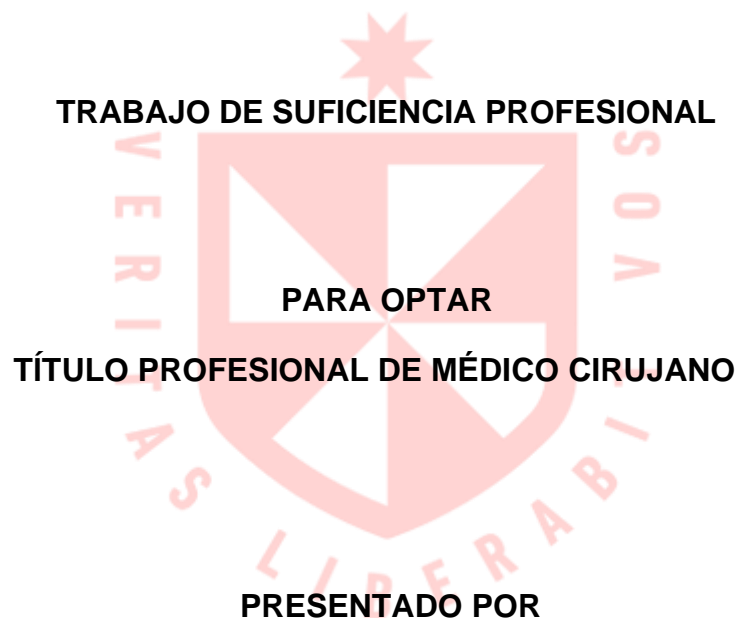


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR Y EN EL CENTRO
MATERNO INFANTIL BUENOS AIRES DE VILLA 2023 – 2024**



ALVARO ALFREDO ALEXANDER ANDERSON TIMOTEO

ASESOR

RULY ADOLFO VILLAIZAN HUATUCO

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

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR Y EN EL CENTRO
MATERNO INFANTIL BUENOS AIRES DE VILLA
2023 - 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ALVARO ALFREDO ALEXANDER ANDERSON TIMOTEO**

**ASESOR
DR. RULY ADOLFO VILLAIZAN HUATUCO**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Agradezco a mi familia por apoyarme de forma incondicional durante toda mi carrera. A mi padre por todo el trabajo que hizo por darme lo mejor y por ser mi ejemplo para seguir, a mi madre por acompañarme durante tantas veladas de estudio y darme su hombro cuando más lo necesité, a mi hermana por ser mi amiga, confidente y mejor consejera a pesar de la distancia que nos separa, a mis amistades por tantos buenos momentos que pasamos juntos.

INDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
INDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
I.1 Rotación en Cirugía	3
I.1.1 Caso clínico N° 1: Apendicitis	4
I.1.2 Caso clínico N° 2: Colecistitis aguda	6
I.2 Rotación en Pediatría	8
I.2.1 Caso clínico N° 3: Ictericia por incompatibilidad de grupo	9
I.2.2 Caso clínico N° 4: Hipoglicemia neonatal	12
I.3 Rotación en Medicina Interna	14
I.3.1 Caso clínico N° 5: Pancreatitis aguda	14
I.3.2 Caso clínico N° 6: Absceso cutáneo en miembro inferior	17
I.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	19
I.4.1 Caso clínico N° 7: Preeclampsia con signos de severidad	20
I.4.2 Caso clínico N° 8: Enfermedad pélvica inflamatoria	22
CAPITULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	28
III.1 Rotación en Cirugía	28
III.1.1 Caso clínico N° 1: Apendicitis	28
III.1.2 Caso clínico N° 2: Colecistitis aguda	30
III.2 Rotación en Pediatría	31
III.2.1 Caso clínico N °3: Ictericia por incompatibilidad de grupo	32
III.2.2 Caso clínico N° 4: Hipoglicemia neonatal	33

III.3 Rotación en Medicina Interna	35
III.3.1 Caso clínico N° 5: Pancreatitis aguda	35
III.3.2 Caso clínico N °6: Absceso cutáneo en miembro inferior	37
III.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	38
III.4.1 Caso clínico N° 7: Preeclampsia con signos de severidad	38
III.4.2 Caso clínico N° 8: Enfermedad pélvica inflamatoria	41
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	44
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	48
VII.FUENTES DE INFORMACION	49

RESUMEN

Objetivo: Describir los conocimientos adquiridos y experiencias vividas en el internado médico en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador y el Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa.

Materiales y métodos: Presentar ocho casos clínicos desarrollados durante las cuatro rotaciones que conforman el internado médico, tomando como base patologías de interés por el autor mediante la revisión de historias clínicas y entrevistas a los pacientes.

Resultados: El internado médico, a pesar de ser una etapa que todo estudiante de la carrera de medicina debe realizar, representa un paso fundamental en la formación de los futuros profesionales de la medicina. Este periodo nos brinda una serie de experiencias esenciales para el desarrollo personal y profesional, desafiándonos a seguir desarrollando nuestras habilidades y afianzar nuestros conocimientos con el fin de formar una base fundamental en nuestras vidas como futuros médicos.

Conclusión: Los internos de medicina cumplen con distintas responsabilidades durante el internado médico, de las cuales se aprende a desarrollar el pensamiento crítico y como tomar decisiones en base a nuestro conocimiento adquirido durante nuestros años de formación, ayudando a desarrollar nuestras capacidades, así como identificar nuestras debilidades y fortalezas con el objetivo de ser mejores.

Palabras clave: Internado médico, Hospital de Emergencias Villa El Salvador, casos clínicos, prácticas preprofesionales.

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge acquired and experiences lived during the medical internship at the Villa El Salvador Emergency Hospital and the Maternal Child Center Buenos Aires de Villa.

Materials and methods: Eight clinical cases developed during the four rotations that make up the medical internship will be presented, based on pathologies of interest to the author through the review of clinical histories and patient interviews.

Results: The medical internship, despite being a stage that every medical student should perform, represents a fundamental step in our training as future medical professionals. This period provides us with a series of essential experiences for personal and professional development, challenging us to continue developing our skills and strengthening our knowledge to form a fundamental basis in our lives as future physicians.

Conclusion: Medical interns fulfill different responsibilities during the medical internship, from which we learn to develop critical thinking and how to make decisions based on our knowledge acquired during our formative years, helping us to develop our capabilities, as well as to identify our weaknesses and strengths to be better.

Key words: Medical internship, Villa El Salvador Emergency Hospital, clinical cases, preprofessional practices.

<p>NOMBRE DEL TRABAJO</p> <p>TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VIL LA EL SALVADOR Y EN EL CENTRO MAT E</p>	<p>AUTOR</p> <p>ALVARO ALFREDO ALEXANDER ANDER SON TIMOTEO</p>
---	--

RECuento DE PALABRAS
12845 Words

RECuento DE CARACTERES
74464 Characters

RECuento DE PÁGINAS
59 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO
181.0KB

FECHA DE ENTREGA
Apr 2, 2024 12:12 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME
Apr 2, 2024 12:13 PM GMT-5

● 18% de similitud general

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- bibliográfico Material citado
- Coincidencia baja (menos de 11 palabras)
- Material
- Material citado



DNI: 40409369
ORCID: 0009-0004-7209-2888
Villaizán Huatuco, Ruly Adolfo

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa en la formación del estudiante de medicina, en donde nos permite llevar a la práctica todos los conocimientos adquiridos durante los años previos de estudio, con el objetivo de consolidar nuestras habilidades que nos servirán en nuestro futuro desempeño como profesionales de la salud.

En la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, el internado no solo consiste en asistir al hospital o centro de salud asignado, sino también nos proporciona una malla curricular donde los tutores nos guían y asesoran de manera virtual en diversos temas mediante seminarios, revisión de casos clínicos, tareas, evaluaciones y conversatorios con el fin de poder afianzar nuestros conocimientos (1). Además de lo mencionado, la universidad también realiza simulacros presenciales con el objetivo de prepararnos para el Examen Nacional de Medicina (ENAM), regulado por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) , el cual se realiza anualmente dirigida principalmente a los estudiantes de medicina que cursan el último año de la carrera, con la finalidad de medir nuestros conocimientos fundamentales como futuros médicos generales, asimismo, la nota obtenida en dicho examen representa un 70% de la calificación para la adjudicación de plazas del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) (2).

La elección de sedes hospitalarias para desarrollar el Internado médico se realiza bajo dos modalidades. Por un lado, tenemos el proceso de asignación de las sedes MINSA, cuya elección se realiza en base estrictamente al orden de mérito obtenido durante los seis años de estudio. Se tienen además a las sedes de ESSALUD, institución que realiza un examen en a nivel nacional y en base a la nota obtenida permite obtener una plaza en alguna de sus instituciones. Cabe mencionar que ESSALUD volvió a recibir internos de medicina en sus instituciones luego de casi tres años debido a la pandemia por COVID-19 (3).

El fin de este trabajo es detallar los conocimientos adquiridos y experiencias vividas en el internado médico durante las prácticas académicas, así como describir ocho casos clínicos de las rotaciones en los servicios de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría en el hospital de Emergencias Villa El Salvador y en el Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa durante el periodo de abril del 2023 hasta enero del 2024.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico se realiza durante el último año de la carrera de Medicina Humana, donde tenemos la oportunidad de desarrollar nuestro pensamiento crítico, resiliencia, capacidad de respuesta y razonamiento no solo poniendo en práctica todos nuestros conocimientos adquiridos a lo largo de nuestros años de estudio, sino también la importancia de poder entablar una buena relación médico paciente para una atención de calidad. (4)

Es necesario precisar que el interno de medicina sigue en formación, por lo que la guía de médicos asistentes, residentes, médicos generales y demás miembros del personal de salud son indispensables para cumplir nuestro objetivo de afianzar nuestros conocimientos y pulir nuestras habilidades como futuros profesionales.

I.1 Rotación en Cirugía

La primera rotación en el hospital fue la de Cirugía, donde asistimos a los servicios de Cirugía General, Traumatología, tópico de Emergencias y Cirugía plástica. En dichas rotaciones, los horarios consistían en guardias diurnas y nocturnas según lo asignado por la institución. En los servicios de Cirugía general, Traumatología y Cirugía Plástica, los internos eran responsables de la evolución diaria de los pacientes hospitalizados, curaciones de heridas, toma de signos vitales y realizar el pase de visita correspondiente acompañados por uno o más médicos asistentes, el médico residente, enfermeras y el resto de los internos. En tópico de Emergencias, junto con los doctores a nuestro cargo, evaluábamos y atendíamos a los pacientes que acudían al servicio desde traumatismos o heridas abiertas que necesitaban ser suturadas e incluso la identificación de patologías como apendicitis, colecistitis u otras enfermedades que necesitaban ser operadas de manera inmediata. Durante la rotación en Cirugía, nuestros tutores hicieron énfasis en la importancia de reconocer una patología quirúrgica de una no quirúrgica, hacer uso de diversas escalas tanto para la identificación de las patologías

como para el manejo de estas, el abordaje de distintas emergencias que ocurren diariamente en la población y la importancia del cuidado que requieren los pacientes después de una intervención quirúrgica.

I.1.1 Caso clínico N° 1: Apendicitis

Paciente masculino de 19 años, con tiempo de enfermedad de 18 horas, acude al servicio de Emergencias del hospital refiriendo dolor intenso a nivel abdominal (8/10 en escala del dolor) que inicia en región periumbilical y migra hacia la fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos (3 oportunidades) e hiporexia. Niega sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Personales: Niega
- Familiares: Padre (46 años) fallecido por cáncer de colon y madre (42 años) con diagnóstico de asma desde hace 14 años.
- Quirúrgicos: Niega
- Reacción adversa a medicamentos: Niega

Funciones vitales:

- Temperatura de 37.7°C
- Frecuencia cardiaca de 78 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria 23 respiraciones por minuto
- Presión arterial 118/73mmHg
- Saturación de oxígeno 97%.

Al examen físico:

- General: Hemodinámica menté estable, ventila espontáneamente, aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor de dos segundos. No ictericia.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.

- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y resistencia muscular marcada en cuadrante inferior derecho. Punto Mc Burney (+), Blumberg (+).
- Genitourinario: Genitales sin alteración. Puño percusión Lumbar Negativa. Puntos renoureterales negativos.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización pasiva o activa de extremidades inferiores y superiores.
- Neurológico: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Ante la sospecha de apendicitis aguda, se solicitaron los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma completo, proteína C reactiva, examen de orina y una ecografía abdominal.

En el hemograma se evidenció una leucocitosis de $16.2 \times 10^9/uL$ con desviación izquierda (14% abastoados), proteína c reactiva de 29.7 mg/dL y examen de orina sin alteraciones. En la ecografía abdominal se observan signos ecográficos compatibles con apendicitis aguda: Diámetro apendicular de 9 milímetros, diámetro de pared mayor de 4 milímetros, Mc Burney ecográfico (+).

Plan:

- No alimentos por vía oral (NPO)
- Cloruro de sodio 0.9% x 1000cc vía endovenosa – 30 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 2gr – vía endovenosa cada 24 horas.
- Metronidazol 500mg – 1 ampolla vía endovenosa cada 8 horas.
- Control de funciones vitales.
- Realizar riesgos quirúrgicos y completar exámenes prequirúrgicos.
- Pase a sala de operaciones.

I.1.2 Caso clínico N° 2: Colecistitis aguda

Paciente mujer de 48 años, con antecedente de litiasis vesicular con 15 años de evolución, ingresa al servicio de Emergencias refiriendo dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho con tres días de evolución. Paciente refiere que el dolor se intensifica posterior a la ingesta de comidas altas en grasas, irradiándose a región lumbar derecha, asociándose también a náuseas y vómitos (3 episodios). Acude a centro de salud donde le administran analgésico (metamizol) vía endovenosa, pero refiere persistencia del dolor, motivo por el cual acude a emergencias.

Antecedentes:

- Patológicos: Litiasis vesicular desde hace 15 años.
- Familiares: Madre (74 años) diagnosticada con hipertensión arterial hace 24 años.
- Quirúrgicos: Niega
- Reacción adversa a medicamentos: Niega

Funciones Vitales:

- Temperatura de 36,8 °C.
- Frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto.
- Presión Arterial de 115/78mmHg.
- Saturación de oxígeno en 97%.

Al examen físico:

- General: hemodinámica mente estable, ventilando espontáneamente, aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, poco depresible, dolor moderado a la palpación superficial en hipocondrio derecho que irradia a región lumbar derecha. Signo de Murphy positivo. No reacción peritoneal.
- Genitourinario: Genitales sin alteración. Puño percusión Lumbar Negativa. Puntos renoureterales negativos.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización pasiva o activa de extremidades inferiores y superiores.
- Neurológico: Despierta, orientada en espacio, tiempo y persona. Glasgow 15/15. No signos meníngeos.

Se solicitó los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma completo, proteína c reactiva, perfil hepático, urea, creatinina, amilasa, lipasa, glucosa y una ecografía abdominal como apoyo diagnóstico.

Los resultados de laboratorio y ecografía abdominal fueron los siguientes:

- Hemograma completo: Se evidenció leucocitosis ($17,9 \times 10^9/uL$)
- Proteína c reactiva: 36.09 mg/L
- Glucosa: 102 mg/dl
- Bilirrubina total: 0.99 mg/dl
- Bilirrubina directa: 0.21 mg/dl
- Bilirrubina indirecta: 0.78 mg/dl
- Transaminasa glutámica oxalacética: 17.46 U/L
- Transaminasa glutámica pirúvica: 37.97 U/L
- Fosfatasa alcalina: 69.97 U/L
- Urea y Creatinina: Valores dentro de los rangos normales
- Ecografía abdominal: Se evidenció vesícula biliar (60x32mm) distendida con paredes engrosadas y edematosas (7mm). Imagen litiásica de 24mm. Colédoco y Porta de calibre conservado.

Se establece como impresión diagnóstica: Colecistitis aguda litiásica.

Plan:

- No alimentos por vía oral (NPO)
- Cloruro de sodio 0.9% x 1000cc vía endovenosa – 45 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 2gr – vía endovenosa cada 24 horas.
- Omeprazol 40mg – 1 ampolla vía endovenosa cada 24 horas.
- Metamizol 2gr – vía endovenosa cada 8 horas.
- Control de funciones vitales
- Realizar riesgos quirúrgicos y completar exámenes prequirúrgicos
- Pase a sala de operaciones

I.2 Rotación en Pediatría

La segunda rotación en el hospital fue la de Pediatría, compuesta por los servicios de Hospitalización, tópico de Emergencias y Neonatología. En Hospitalización, los internos se encargaban de la evolución de los pacientes pediátricos, toma de signos vitales, curaciones de heridas y el pase de visita correspondiente junto con los médicos asistentes, médico residente y personal de enfermería. En tópico de emergencias, los internos eran responsables de realizar el traje correspondiente acorde a la emergencia que presentaba el paciente con el fin de clasificar o priorizar la atención, para luego ser atendidos por el médico a cargo del tópico de pediatría. Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes pediátricos acuden a emergencias por presentar fiebre persistente, y este, al ser un signo de alarma, debe ser evaluado con detenimiento con el objetivo de hallar la causa y dar un debido tratamiento. Por último, en el servicio de neonatología, el interno tenía como responsabilidad aprender y ayudar en la evaluación del recién nacido, desde el examen físico hasta el plan de acción en caso el bebé presentara alguna anomalía.

I.2.1 Caso clínico N° 3: Ictericia por incompatibilidad de grupo

Recién nacido a término masculino de 38 semanas, adecuado para edad gestacional, con 18 horas de vida, hospitalizado en el área de Alojamiento Conjunto del servicio de Neonatología.

Antecedentes maternos:

- Madre de 28 años.
- Controles prenatales: 10.
- No antecedentes patológicos de importancia.
- Pruebas serológicas: HIV - No reactivo, prueba rápida sífilis - No reactivo.
- Grupo sanguíneo y factor: Grupo O, Rh positivo.

Antecedentes natales:

- Peso al nacer: 3415 gr.
- Talla: 49 cm.
- Perímetro cefálico: 34 cm.
- Apgar 9-9.
- Sexo: Masculino.
- Producto de parto eutócico.
- Líquido amniótico: Normal.
- Cordón umbilical: Normal.
- Grupo sanguíneo y factor: Grupo B, RH positivo.
- Prueba Coombs directa: Positiva.

Funciones vitales:

- Frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria de 51 respiraciones por minuto.
- Temperatura de 37°C.

Funciones biológicas:

- Buena tolerancia oral (lactancia materna exclusiva).
- Sueño conservado.
- Deposiciones y orina presentes.

Al examen físico:

- General: hemodinámica mente estable, ventilando espontáneamente, aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación. Delta de peso de -2.8% (Peso de nacimiento: 3415g / Peso actual: 3320g).
- Cabeza: Normocéfalo, fontanela anterior blanda y normotensa, rostro simétrico, no secreción ocular, fosas nasales permeables
- Boca y paladar: Sin lesiones e íntegro.
- Orejas: Normo insertas en pabellón auricular.
- Cuello: Simétrico cilíndrico
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, ictericia hasta muslos (Nivel 3 en escala de Kramer), llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, no masas o visceromegalias.
- Genitourinario: Testículos en bolsa escrotal, genitales externos sin alteraciones.
- Locomotor: Barlow (-), Bartolani (-).
- Neurológico: Despierto, activo y reactivo a estímulos. Moro (+), prehensión palmar y plantar positivos. Reflejo de búsqueda y succión preservados.

Se solicita exámenes laboratoriales, los cuales dieron los siguientes resultados:

- Hemoglobina 16.2 g/MI.
- Hematocrito: 46.10%
- Plaquetas: $284 \times 10^3/uL$.
- Leucocitos: $16.42 \times 10^3/uL$
- Bilirrubina total: 13.45 mg/dL.
- Bilirrubina directa: 0.78 mg/dL.
- Bilirrubina indirecta: 12.67mg/dl.
- Recuento de reticulocitos: 13.09%
- Proteína c reactiva: 0.62mg/L.

Se establecen los siguientes diagnósticos:

- Recién nacido a término de 38 semanas/ Adecuado para edad gestacional / Femenino
- Incompatibilidad de grupo O+/B+.
- Hiperbilirrubinemia neonatal.
- Ictericia neonatal.

Plan:

- Lactancia materna a demanda
- Fototerapia doble con protección ocular.
- Observar signos de alarma
- Balance hídrico
- Control de funciones vitales.
- Limpieza de cordón umbilical
- Cuidados de enfermería.

I.2.2 Caso clínico N° 4: Hipoglicemia neonatal

Recién nacido pretérmino femenino de 36 semanas, adecuado para edad gestacional, con 24 horas de vida. Hospitalizado en el área de Alojamiento Conjunto del servicio de Neonatología.

Antecedentes maternos:

- Madre de 34 años.
- Controles prenatales: 8.
- Antecedente de diabetes pregestacional mal controlada.
- Pruebas serológicas: HIV - No reactivo, prueba rápida sífilis - No reactivo.
- Grupo sanguíneo y factor: Grupo O, Rh positivo.

Antecedentes natales:

- Peso al nacer: 3280 gr.
- Talla: 46 cm.
- Perímetro cefálico: 32 cm.
- Apgar 9-9
- Sexo: Femenino
- Producto de parto eutócico
- Líquido amniótico: Normal
- Cordón umbilical: Normal
- Grupo sanguíneo y factor: Grupo O, RH positivo.
- Prueba de Coombs directa: Positivo

Funciones vitales:

- Temperatura: 37.5 °C.
- Frecuencia cardiaca: 142 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 55 respiraciones por minuto.

Funciones biológicas:

- Pobre succión al seno materno.
- Sueño aumentado.
- Deposiciones y orina presentes.

Examen físico:

- General: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
- Piel: Rosada, tibia, húmeda y elástica. Llenado capilar menor de dos segundos.
- Cabeza: Normocéfalo, fontanela anterior blanda y normotensa, rostro simétrico, no secreción ocular, fosas nasales permeables.
- Boca y paladar: Sin lesiones e íntegro.
- Orejas: Normo insertas en pabellón auricular.
- Cuello: Simétrico cilíndrico.
- Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos y pulsos periféricos presentes.
- Abdomen y cordón umbilical: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, cordón umbilical clampado.
- Locomotor: Barlow (-), Bartolani (-).
- Genitales femeninos y ano permeable.
- Neurológico: Irritable, reactivo a estímulos.

Plan:

- Lactancia materna a demanda.
- Examen de glucosa en sangre.
- Observar signos de alarma.
- Control de funciones vitales.
- Limpieza de cordón umbilical
- Reevaluación con resultados.

I.3 Rotación en Medicina Interna

En la rotación de medicina interna, tuvimos la oportunidad de rotar por los servicios de hospitalización y emergencias. En hospitalización, al igual que el resto de los servicios, los internos teníamos como función realizar la evolución diaria de los pacientes, curaciones de heridas, toma de signos vitales y el pase de visita respectivo. En este servicio se encontraban aquellos pacientes con una o más enfermedades crónicas los cuales necesitaban de una atención y tratamiento especializado para su correcta recuperación. Los diagnósticos más comunes en el servicio eran enfermedades respiratorias agudas, enfermedad renal crónica que requerían diálisis como parte de su tratamiento hasta pacientes con pies diabéticos quienes necesitaban limpieza de la herida de forma diaria, o en el peor de los casos, amputación de la extremidad afectada. En el servicio de emergencias, tuvimos oportunidad de observar desde pacientes que presentaban signos y síntomas que afectaban progresivamente su estado de salud hasta pacientes con riesgo inminente de muerte que ingresaban directamente al área de shock trauma para una inmediata evaluación, diagnóstico y tratamiento. Se observó que uno de los exámenes más comunes a realizar en este servicio era la toma de muestras para el análisis de gases arteriales (AGA) el cual permite evaluar el estado de oxigenación, ventilación pulmonar, determinar el estado acido-base entre otros del paciente; dicho examen debía ser dominado por nosotros en calidad de internos, tanto la parte práctica como la parte teórica debido a su importancia y frecuencia en emergencias del servicio de Medicina Interna.

I.3.1 Caso clínico N° 5: Pancreatitis aguda

Paciente mujer de 45 años, acude a emergencias refiriendo un tiempo de enfermedad de cinco días, presentando dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad en epigastrio posterior a la ingesta de alimentos grasos, acompañada de náuseas y vómitos. Acude a médico particular quien indica antiespasmódicos (hioscina) calmando parcialmente su sintomatología. El día del ingreso, paciente persiste con dolor abdominal intenso en epigastrio que

irradia a hipocondrio y región lumbar izquierda, vómitos persistentes (5-6 oportunidades), sin diarrea, acompañada de sensación de debilidad generalizada motivo por el cual ingresa al servicio de emergencia.

Antecedentes Patológicos:

- Asma diagnosticada a los 13 años con última crisis asmática hace tres años; tratamiento con salbutamol a demanda.
- Intolerancia a los alimentos grasos (distensión y dolor abdominal, náuseas) desde los 30 años.
- Diagnóstico de cálculo en vesícula biliar a los 35 años diagnosticada por ecografía abdominal presentando cólicos ocasionales
- Última vez que requirió agonistas beta2 adrenérgicos de acción corta (SABA) fue hace un mes.
- Hospitalizaciones previas solo una vez por cesárea por placenta previa en el año 2020 en el mismo nosocomio.
- Paciente con obesidad.
- No recibe otra medicación además del salbutamol a demanda.

Funciones biológicas:

- Apetito disminuido.
- Sed aumentada.
- Orina de coloración amarilla-oscura.
- Deposiciones normales.

Antecedentes fisiológicos:

- Menarquia a los doce años.
- Régimen catamenial regular.
- No uso de métodos anticonceptivos.

Al examen físico se evidencia:

- General: hemodinámica mente estable, aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente mal estado de hidratación.
- Piel: Fría, pálida, poco elástica, llenado capilar mayor a dos segundos, no se observa ictericia en conjuntiva ni en piel, no signos de cianosis y no se observan signos de deshidratación
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Apariencia en delantal, sin signos de circulación colateral, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy negativo con sonoridad conservada.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización pasiva o activa de extremidades inferiores y superiores.
- Neurológico: Despierta y orientada en lugar, espacio y persona, sin signos de focalización.

Se solicitan exámenes auxiliares como: Hemograma completo, amilasa, lipasa, glucosa, examen de orina; además se solicita ecografía abdominal.

Los resultados de laboratorio y de imagen son los siguientes:

- Leucocitos: $14.6 \times 10^9/uL$
- Hematocrito: 52%
- Amilasa: 911 u/L
- Lipasa: 1325 u/L
- Examen de orina: Sin alteraciones
- Electrolitos: Sin alteraciones
- Glucosa: 98 mg/dl
- Ecografía abdominal: Se observan múltiples imágenes líticas a nivel de vesícula biliar

Finalmente, la impresión diagnóstica fue: Pancreatitis aguda leve con criterios de APACHE II: 5 puntos, BISAP: 0 puntos; y asma bronquial intermitente por historia clínica.

Plan:

- NPO
- Fluidoterapia con solución salina isotónica al 0.9% en infusiones de 10 mL/Kg/h – 600cc por hora (60kg.)
- Tramadol 50mg – 1 ampolla endovenoso cada 24 horas.
- Control de funciones vitales.

I.3.2 Caso clínico N° 6: Absceso cutáneo en miembro inferior

Varón de 19 años, de iniciales M L R F, con un tiempo de enfermedad de 7 días, presenta lesión pruriginosa en dorso de pie izquierdo que aumenta de volumen con el progresar de los días. Dos días antes de su ingreso, refiere haber acudido a médico particular por persistencia del aumento de volumen y dolor, quien le indica paracetamol y amoxicilina vía oral, sin embargo, el aumento progresivo de volumen y dolor persisten, motivo por el que acude a emergencias.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega.
- Familiares: Madre (39 años) diagnosticada de diabetes mellitus hace 8 años.
- Quirúrgicos: Niega.
- Reacción adversa a medicamentos: Niega.
- Tomó amoxicilina 500 mg vía oral cada ocho horas y paracetamol 1gr cada 8 horas por dos días.

Funciones vitales:

- Temperatura de 37.3 °C.
- Presión arterial de 113/69 mmHg.
- Frecuencia cardiaca de 98 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno de 99%.

Al examen físico:

- General: hemodinámica menté estable, aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
- Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a dos segundos. Miembro inferior izquierdo aumentado de tamaño en dorso de pie, se evidencia ulcera necrótica de 6x3 cm con bordes eritematosos y secreción purulenta, dolor intenso a la palpación superficial en la zona.
- Tórax y pulmones: Murmullo pasa bien por ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no dolor a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, moviliza 4 extremidades
- Neurológico: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No signos de focalización.
- Otros: Se evidencia un ganglio axilar izquierdo de 3x5 cm no doloroso a la palpación.

Debido a las manifestaciones clínicas y examen físico, se plantea como diagnóstico sintromico: Celulitis de miembro inferior izquierdo.

Se solicitan los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma completo, proteína c reactiva y ecografía de partes blandas.

Los exámenes de laboratorio solicitados dieron los siguientes resultados:

- Leucocitos $18.6 \times 10^9/uL$
- Segmentados: 93%
- Plaquetas: $235 \times 10^3/uL$
- Proteína c reactiva: 45 mg/L.
- La ecografía de partes blandas reveló una colección de aproximadamente 15 cc en tejido celular subcutáneo.

Finalmente, la impresión diagnóstica fue: Absceso cutáneo en miembro izquierdo.

Plan:

- Hospitalización.
- Dieta completa + líquidos a voluntad.
- Oxacilina 2 gr. vía endovenosa cada 4 horas.
- Clindamicina 600mg vía endovenosa cada 8 horas.
- Paracetamol 1gr. Condicional a dolor intenso o fiebre ($>38^\circ C$).
- Limpieza de lesión con gluconato de clorhexidina al 4% y solución fisiológica.
- Interconsulta al servicio de Cirugía General para posibilidad de desbridamiento y drenaje quirúrgico.

I.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

En la rotación de Ginecología - Obstetricia, tuvimos la oportunidad de asistir en los servicios de hospitalización, emergencias y centro obstétrico. El servicio de hospitalización está dividido en dos áreas, hospitalización de bajo y alto riesgo, los cuales, tal y como su nombre lo dice, se encontraban aquellas pacientes quienes luego de haber sido evaluadas por el médico asistente, eran catalogadas como pacientes de alto o bajo riesgo acorde a la patología que presentaban y a los posibles riesgos que podían presentar. En el servicio de emergencias, acudían principalmente aquellas pacientes embarazadas quienes referían presentar signos o síntomas que podían aquejar el estado de salud de su bebé, quienes luego de ser examinadas por el médico ginecólogo,

determinaba si ameritaba un tratamiento que podía seguir en casa o si debía ser hospitalizada debido a la presencia de alguna anomalía durante la evaluación. Por último, en el servicio de centro obstétrico, se encontraban internadas aquellas pacientes embarazadas quienes ya se encontraban en inicios de trabajo de parto para ser monitorizadas para luego, llegado el momento, ser llevadas a sala de partos para el nacimiento de su bebé.

Esta especialidad tiene como objetivo la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades que aquejan a los órganos reproductores femeninos, además de brindar atención, control y manejo durante el embarazo, cuidado prenatal, trabajo de parto y cuidado post parto (6).

I.4.1 Caso clínico N° 7: Preeclampsia con signos de severidad

Gestante de 39 años, de iniciales K A G S, acude a emergencias refiriendo dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio que inició doce horas antes del ingreso, percibe movimientos fetales, niega cefalea, niega tinnitus, niega escotomas, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal.

Antecedentes patológicos:

- Preeclampsia en última gestación hace 8 años.

Antecedentes familiares:

- Madre con diabetes mellitus tipo 2

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Fecha de última regla: 09/05/23
- RC:3/30
- Método anticonceptivo: Método de barrera
- Fórmula obstétrica: G4 P3003 de las cuales primera y segunda gestación hace veinte y diez años respectivamente, ambos por partos eutócicos, y tercera gestación por cesárea por preeclampsia hace ocho años.

- Embarazo actual de 35 semanas 2/7 por ecografía del I trimestre, cuenta con solo dos controles prenatales.

Funciones vitales:

- Presión arterial de 165/112mmHg
- Frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto
- Temperatura de 36. 7° C
- Saturación de oxígeno del 97%

Al examen físico:

- General: hemodinámica mente estable, aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
- Piel: Tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Tejido celular subcutáneo: Edema en miembros inferiores +/-+++
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no ruidos agregados.
- Abdomen: Altura uterina de 30 cm, situación de posición de presentación: Longitudinal cefálica izquierda, latidos cardiacos fetales 143 por minuto, movimientos fetales ++, dinámica uterina ausente.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.
- Ginecológico: Tacto vaginal: Cérvix largo, cerrado, posterior, altura de presentación -4, pelvis ginecoide, no ruptura de membranas. Útero ocupado por feto único activo.
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización pasiva o activa de extremidades inferiores y superiores.
- Neurológico: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos y reflejos osteotendinosos (ROT) +++.

Se plantean los siguientes diagnósticos de ingreso:

- Multigesta de 35 semanas por ecografía del primer trimestre.
- Ausencia de trabajo de parto.
- Edad materna avanzada.
- Periodo intergenésico largo.
- Alto riesgo obstétrico por multiparidad.
- cesárea da anterior una vez por preeclampsia.
- Trastorno hipertensivo del embarazo: Preeclampsia con criterios de severidad.

Plan:

- Activación de clave azul
- Hidratación endovenosa con cloruro de sodio 0.9% x 1000cc a chorro en 20 minutos.
- Sulfato de magnesio 10 gramos (5 ampollas de 10ml al 20%) + cloruro de sodio 0.9% x 1000cc – pasar 400cc (4 gramos) en 20 minutos, luego 100cc por hora hasta completar 24 horas.
- Metildopa 1gr vía oral cada 12 horas.
- Nifedipino 10 mg vía oral, luego condicional a crisis hipertensiva.
- Colocación de sonda Foley para control de diuresis.
- Control de reflejos osteotendinosos y presión arterial.
- Se solicitan las siguientes pruebas: Perfil de preeclampsia (hemograma completo, transaminasa glutámica oxalética, transaminasa glutámico pirúvica, bilirrubina total y fraccionada, deshidrogenasa láctica, creatinina, urea, proteinuria cualitativa y fibrinógeno) y perfil preoperatorio.
- Pase a hospitalización del servicio de Ginecología-Obstetricia

I.4.2 Caso clínico N° 8: Enfermedad pélvica inflamatoria

Paciente femenina de 26 años, con tiempo de enfermedad de 7 días, acude a emergencias refiriendo dolor pélvico intenso (9/10) con predominio del lado

izquierdo, fiebre cuantificada en tres oportunidades (38.3°C), dispareunia, náuseas, niega vómitos, dos episodios de deposiciones sueltas sin moco, sin sangre. Se automedica con paracetamol 500mg cada ocho horas, refiere que cede el dolor más no el resto de los síntomas motivo por el cual acude a emergencias.

Antecedentes ginecológicos:

- Fecha de última regla: 18/12/2023.
- Fórmula obstétrica: G1P1011 los cuales G1 parto eutócico en el año 2018, G2 aborto espontaneo en el año 2020
- Inicio de relaciones sexuales: 16 años
- Número de parejas sexuales en total: 9
- Número de parejas sexuales en el presente año: 5
- Método anticonceptivo: Niega.

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Antecedentes patológicos:

- Sífilis tratada en 2020
- COVID (2020)

Funciones Vitales:

- Temperatura: 37.9°C
- Frecuencia cardiaca: 115 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto
- Saturación de oxígeno 98%
- Presión arterial: 109/73mmHg

Al examen físico:

- General: hemodinámica mente estable, respira espontáneamente, aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional,

regular aparente estado de hidratación, con facie dolorosa y en posición antiálgica.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a dos segundos.
- Tórax y pulmones: Murmullo pasa bien por ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos (+), blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas iliacas, no masas palpables, no signo de rebote
- Locomotor: Rangos articulares conservados, no limitación a la movilización pasiva o activa de extremidades inferiores y superiores.
- Neurológico: Despierto y orientado en lugar, espacio y persona. Glasgow 15/15. No signos de focalización.

Al examen ginecológico:

- Especulo copia: Se aprecia flujo vaginal verdoso y maloliente.
- Tacto vaginal: Dolor a la palpación uterina, dolor a la movilización cervical, dolor anexar bilateral.

Se solicitan exámenes de laboratorio y ecografía transvaginal, se evidencian los siguientes resultados:

- Hemoglobina: 12.70 g/dL.
- Plaquetas: $284 \times 10^3/uL$
- Hematocrito: 38%
- Leucocitos: $11.2 \times 10^9/uL$
- Grupo y factor: O+
- Bioquímica y electrolitos: No patológico.
- Examen de orina: Leucocituria, nitritos negativos
- Ecografía transvaginal: Signos ecográficos compatibles con salpingitis bilateral, líquido libre en fondo de saco de Douglas.

El diagnóstico de ingreso de la paciente fue: Enfermedad pélvica inflamatoria tipo II.

Manejo:

- Hospitalización
- Hidratación por vía periférica con cloruro de sodio 0.9% x 1000cc – 45 gotas por minuto.
- Dimenhidrato 50mg, 1 ampolla vía endovenosa condicional a náuseas o vómitos.
- Antibioticoterapia (clindamicina 900 mg IV cada ocho horas más gentamicina en dosis de carga 2 mg por kilo y luego 1.5 mg por kilo cada ocho horas).

CAPITULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico 2023 tuvo una duración de 10 meses los cuales se dividió en dos periodos, dos meses de rotación en un centro de salud de primer nivel de atención y ocho meses en un centro hospitalario; el autor de este trabajo realizó dichas rotaciones en el Centro de Salud Materno Infantil de Buenos Aires de Villa y en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador (HEVES).

II.1 Hospital de Emergencias Villa el Salvador

Establecimiento de salud que fue inaugurado el 7 de abril del 2016, ubicado en Av. 200 Millas, Villa EL Salvador, perteneciente al MINSA. En la actualidad está catalogado como un hospital de nivel II-2 y está a cargo del Dr. Ysoe Rigoberto Ramírez Jiménez.

Además de contar con servicios especializados enfocados en la atención primaria, secundaria y terciaria, también cuenta con una moderna infraestructura y un sistema electrónico hospitalario que permite la virtualización de documentos como historias clínicas, recetas, evoluciones, ordenes de laboratorio, entre otros, así como el acceso a estos con el fin de brindar una atención rápida, eficiente y de mayor calidad.

El HEVES, además de ser un establecimiento que brinda atención especializada en salud, es también una sede docente que presta apoyo para la formación de alumnos de pregrado y posgrado pertenecientes a las carreras de ciencias de la salud (7).

II.2 Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa

Ubicado en el cruce calle Belén con calle 15 de octubre Asociación Pro-Navidad de Villa del Distrito de Chorrillos. Este establecimiento de salud, al contar con camas de internamiento y atención las 24 horas del día, es catalogado como un centro de salud I-4. Cuenta con los servicios de planificación familiar, nutrición, oftalmología, endocrinología, odontología,

ginecología, centro obstétrico, vacunación, medicina general, laboratorio y emergencias a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud como médicos, enfermeras, obstetras, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, pediatras, laboratoristas, entre otros(8).

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Cirugía

III.1.1 Caso clínico N° 1: Apendicitis

La inflamación del apéndice vermiforme se considera la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, la edad de mayor incidencia es entre los 20 y 30 años, sin predominancia de género. La clínica puede ser variable, iniciando con un dolor periumbilical de tipo migratorio; el cual puede ser asociado a hiporexia, anorexia y/o náuseas(9).

La fisiopatología de esta entidad nos dice que se puede producir por la reducción de la luz apendicular debido a fecalitos, parásitos, linfomas, etc. Esta patología inicia con la inflamación de la pared apendicular, seguida de la congestión vascular e isquemia, para la posterior perforación; a su vez se pueden generar colecciones de pus, considerándose así una peritonitis generalizada. Los signos indicativos de dolor son: punto Mc Burney (punto de mayor dolor), Blumberg positivo hace referencia al dolor a la descompresión en el cuadrante inferior derecho, Rovsing positivo nos indica dolor en la fosa iliaca contralateral a la presión (9,10).

Aplicamos la escala de Alvarado modificada para el diagnóstico y manejo, esta tiene como criterios: Dolor migratorio en la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náuseas y vómitos (1 punto), signo de rebote positivo (1 punto), dolor a la palpación en fosa iliaca derecha (2 puntos), leucocitosis (2 puntos), temperatura mayor a 38°C (1 punto) y neutrofilia > 75%. Una vez establecido el puntaje, se clasifica en: Menor de 5 puntos como duda diagnóstica, de 5 a 6 puntos como diagnóstico sugestivo, de 7 a 8 puntos como diagnóstico probable y de 9 a 10 puntos como diagnóstico muy probable; este último siendo considerado como criterio para intervención quirúrgica (9).

El caso clínico presentado es de un paciente de 19 años con tiempo de enfermedad de 18 horas refiriendo dolor en zona periumbilical y migra a fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos e hiporexia; al examen físico se evidenció McBurney positivo, signo del rebote positivo, dando como diagnóstico presuntivo apendicitis aguda. Para confirmar el diagnóstico, se solicitaron exámenes del laboratorio y una ecografía abdominal los cuales resultaron en una leucocitosis ($16.2 \times 10^9/uL$) con desviación izquierda, proteína c reactiva elevada (29.7mg/dL) y signos ecográficos compatibles con apendicitis aguda. Puntaje en escala de Alvarado: 9 puntos.

Posterior al manejo inicial con restricción de alimentos por vía oral (NPO), fluidoterapia y antibioticoterapia profiláctica; además de riesgos quirúrgicos y completar exámenes prequirúrgicos, el paciente es trasladado a sala de operaciones para una apendicetomía laparoscópica. En el informe postquirúrgico, se detalla un apéndice cecal de 6x1cm, posición pélvica, necrosada en toda su extensión, base indemne, liquido inflamatorio en fondo de saco +- 30 cc.

Luego de la intervención, el paciente es trasladado a la unidad de hospitalización del servicio de Cirugía General donde se da indicaciones de continuar tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2gr vía endovenosa cada 24 horas y metronidazol 500mg vía endovenosa cada 8 horas por dos días. Luego de cumplir el tratamiento, el paciente presenta una evolución favorable, hemodinámica menté estable, afebril, deambula, tolera vía oral, refiere leve dolor en herida operatoria, no signos de eritema o de flogosis. El paciente es dado de alta con las indicaciones de continuar tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 500mg vía oral cada 12 horas y metronidazol via oral 500mg cada 8 horas por 5 días, y analgesia con naproxeno 500mg vía oral cada 8 horas por 3 días. Además, cita control en 7 días por consultorio externo de Cirugía General para evaluación de herida operatoria y retiro de puntos. Diagnóstico de egreso: Apendicitis aguda necrosada.

III.1.2 Caso clínico N° 2: Colecistitis aguda

La colecistitis aguda es una urgencia clínico-quirúrgica que se caracteriza por presentar un proceso inflamatorio agudo de la vesícula; predomina más en mujeres que en hombres (relación de 3/2) y representa el 20 a 25% de la patología quirúrgica de emergencia. Clínicamente caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, que pueda ir acompañado de fiebre y leucocitosis (11).

Para el diagnóstico, podemos hacer uso de los criterios de Tokio los cuales permiten realizar el diagnóstico de colecistitis aguda, dichos criterios se dividen en: Signos locales de inflamación como signo de Murphy positivo, masa palpable en el cuadrante superior derecho asociado a dolor y/o sensibilidad; signos sistémicos de inflamación como fiebre, proteína c reactiva elevada y leucocitosis; y, por último, hallazgos de imágenes característicos con apendicitis aguda. Si el paciente presenta un signo local de inflamación más un signo sistémico, se considera como sospecha diagnóstica; en caso el paciente presente un signo local, sistémico y hallazgo de imágenes, se confirma el diagnóstico de colecistitis. También, podemos hacer uso de los criterios de Tokio para clasificar la enfermedad según el grado de severidad (grado I o leve, grado 2 o moderada y severa (grado 3 o intensa) los cuales se dividen en: Grado I es aquel que no cumple con los criterios para grado II y III; el grado II es aquel que presenta leucocitosis $> 18 \times 10^9/uL$, masa doloroso palpable en cuadrante superior derecha, duración de los síntomas >72 horas y marcada inflamación local (gangrena, enfisema, etc.); y el grado III en caso presente falla de un sistema como disfunción cardiovascular (hipotensión que requiera vasopresores), disfunción neurológica (alteración del estado de conciencia), disfunción respiratoria ($PAO_2/FIO_2 < 300$), disfunción renal (oliguria, creatinina sérica >2 mg/Dl), disfunción hepática ($INR > 1.5$) y disfunción hematológica (plaquetas $< 100000/mm^3$) (12).

El caso clínico presentado es de una paciente de 48 años, con un tiempo de enfermedad de 3 días, quien refiere dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho, el cual se intensifica posterior a la ingesta de comidas altas de grasas; además, refiere antecedente de litiasis vesicular con 15 años

de evolución. En la exploración física, se evidencia dolor a la palpación en hipocondrio derecho de moderada intensidad y signo de Murphy positivo; en los exámenes de laboratorio se evidencia leucocitosis ($17,9 \times 10^9/uL$) y proteína c reactiva elevada (36.09 mg/L), y en la ecografía abdominal se observan signos compatibles con el diagnóstico de colecistitis, confirmando así el diagnóstico.

Posterior al manejo inicial con restricción de alimentos por vía oral (NPO), fluidoterapia y antibioticoterapia profiláctica, el paciente es preparado y trasladado a sala de operaciones para una colecistectomía laparoscópica. En el reporte postquirúrgico detalla una vesícula biliar +/- 80x60mm, paredes engrosadas, plasmada por epiplón y colon transversal, bilis purulenta y cálculo único +/- 3cm, conducto cístico +/- 4mm, arteria cística única.

Luego del procedimiento, la paciente es llevada a la unidad de hospitalización del servicio de Cirugía General con indicaciones de tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2gr vía endovenosa cada 24 horas, metoclopramida 10mg cada 8 horas y metamizol 2gr cada 8 horas. Luego de completar el tratamiento intrahospitalario, se reevalúa a la paciente quien muestra una evolución favorable, hemodinámica mente estable, afebril, deambula, tolera vía oral, refiere leve dolor en herida operatoria, no signos de eritema o de flogosis. Paciente es dada de alta con indicaciones de continuar tratamiento antibiótico en casa con cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas y metronidazol 500mg vía oral cada 8 horas por 5 días, y analgesia con paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas por 5 días. Además, cita control en 7 días en consultorio externo de Cirugía General para evaluación de herida operatoria y retiro de puntos. Diagnóstico de egreso: Colecistitis aguda litiasica.

III.2 Rotación en Pediatría

III.2.1 Caso clínico N °3: Ictericia por incompatibilidad de grupo

La ictericia neonatal se define como la coloración amarillenta de las mucosas y de la piel debido al aumento de la bilirrubina en el organismo (>5 mg/dl) (13).

La incompatibilidad de grupo es la condición en la cual, la madre tiene grupo sanguíneo O y el recién nacido es de un grupo diferente, pudiendo ser A o B. Como consecuencia de esta diferencia de grupos, se produce la enfermedad hemolítica del recién nacido, en la cual los anticuerpos maternos anti A o anti-B atraviesan la barrera útero-placentaria y se adhieren a los antígenos de glóbulos rojos neonatales produciendo hemólisis de estos, generando una hiperbilirrubinemia que se manifiesta en forma de ictericia (14).

La expresión clínica de esta hemólisis incluye anemia leve con hiperbilirrubinemia que ocurre en el primer día de vida, formando parte del grupo de ictericia patológica. La hiperbilirrubinemia puede ser directa (cuando la bilirrubina directa es 4,5mg% del valor total) o indirecta precoz (inicia antes de las 24 horas de vida) (13).

En cuanto al tratamiento, según la *“Guía práctica clínica para el diagnóstico y manejo de ictericia neonata”* del MINSA, se recomienda el uso de fototerapia o exanguinotransfusión (de acuerdo con la edad gestacional, valor de bilirrubina y edad post natal) con el fin de mantener los niveles de bilirrubina por debajo de valores que pudieran causar daño a órganos blanco. La fototerapia consiste en el tratamiento de la enfermedad mediante radiación ultravioleta, en este caso con luz azul debido a que es considerada como la más eficaz, para descomponer la bilirrubina no conjugada en formas más hidrosolubles y así facilitar su excreción mediante el hígado o riñón sin glucuronización. Debe realizarse preferencialmente de forma perpendicular a la piel del recién nacido y cubriendo sus ojos y periné. Por otro lado, la exanguinotransfusión o recambio sanguíneo es una técnica que consiste en la sustitución sanguínea del recién nacido por sangre de un donante. Ambos procedimientos deben ser realizados por profesionales entrenados y con experiencia, monitoreo continuo de las funciones vitales y siguiendo las medidas de bioseguridad establecidas (13).

El caso clínico expuesto es de un recién nacido a término de 38 semanas, adecuado para edad gestacional, de sexo masculino, con 18 horas de vida. Antecedente de madre con grupo sanguíneo O positivo y recién nacido con grupo sanguíneo B positivo. Al examen físico se evidencia ictericia hasta muslos (nivel 3 en escala de Kramer). Además, en los exámenes de laboratorio se observan valores elevados de bilirrubina total (13.45 mg/dL) y reticulocitos (13.09%). Debido al antecedente materno-natal, examen físico y exámenes laboratoriales, se establece como diagnóstico definitivo: Hiperbilirrubinemia neonatal por incompatibilidad de grupo.

El paciente, al estar dentro de los rangos aptos para fototerapia (bilirrubina total >10.8 mg/dl) y por debajo de valores de exanguinotransfusión (bilirrubina total >16.7mg/dl) acorde a su edad gestacional (38 semanas) y a su edad post natal (18 horas), se da indicaciones de hospitalización e inicio de fototerapia (13).

El paciente es trasladado a la unidad de cuidados intermedios para el inicio del tratamiento donde permaneció 2 días hospitalizado hasta que los valores de bilirrubinas descendieran a rangos normales; finalmente fue dado de alta con indicación de cita control por consultorio externo de neonatología e instrucción sobre signos de alarma.

III.2.2 Caso clínico N° 4: Hipoglicemia neonatal

La hipoglicemia neonatal es el trastorno metabólico más frecuente en los recién nacidos, y se define como niveles de glucosa inferiores a 45mg/dl (16).

La causa más frecuente de hipoglicemia neonatal está asociada a un incremento de la utilización de glucosa (hijos de madres diabéticos, eritroblastosis, drogas maternas, hiperplasia o hiperfunción de los islotes de Langerhans, producción de insulina por tumores, Síndrome Niemann-Beckwith), a un aporte inadecuado de glucosa endógeno o exógeno (pretérminos, retraso de crecimiento intrauterino, ayuno prolongado, estrés

perinatal, policitemia, exanguinotransfusión, deficiencia hipotalámica, deficiencia de glucagón, entre otros), o una combinación de ambos (15).

Según la *“Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipoglicemia neonatal”* elaborada por la Sub-Unidad Integral Especializada del Paciente de Cirugía Neonatal y Pediátrica, el tratamiento depende del cuadro clínico que presente el recién nacido, si es una hipoglicemia sintomática o asintomática y de la etiología que se sospeche. En la hipoglicemia asintomática, se recomienda dar leche materna o fórmula en lapsos de 20 a 30 minutos, en caso la glucosa se haya normalizado, continuar con la alimentación enteral cada 2 horas con controles de glucosa preprandiales por 12 - 24 horas. En cuanto a la hipoglicemia sintomática, se sugiere iniciar con un bolo de 200mg/kg de dextrosa al 10% seguido de una infusión continua de 5-8mg/kg/min. La finalidad del tratamiento es normalizar la glucemia lo antes posible y evitar nuevos episodios (16).

El caso clínico expone el caso de un recién nacido femenino de 36 semanas con 24 horas de vida, quien presenta como antecedentes: Nacido pretérmino, pobre succión al seno materno y madre con diagnóstico de diabetes pregestacional; y al examen físico se evidencia irritable. Debido a los antecedentes y factores de riesgo, se solicita un examen de glucosa el cual dio como resultado 40 mg/dl, motivo por el cual es catalogada como una hipoglicemia leve (30 mg/dl-45 mg/dl) asintomática, por lo que se procedió a realizar la administración de leche materna en los lapsos de 20 a 30 minutos durante 6 horas. Luego del periodo establecido, se evaluó nuevamente los niveles de glucosa resultando en 53mg/dl. Se dio la indicación de mantener la alimentación enteral cada 2 horas con controles de glucosa antes de la toma de alimentos por 1 día. A la reevaluación, paciente muestra una evolución favorable, despierto, activo y reactivo a estímulos, buena succión al seno materno y niveles de glucosa dentro de los rangos normales; motivo por el cual es dada de alta con la indicación de cita control en consultorio externo de Neonatología en 7 días. El diagnóstico definitivo de la paciente fue: Hipoglicemia neonatal transitoria.

III.3 Rotación en Medicina Interna

III.3.1 Caso clínico N° 5: Pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda es el proceso inflamatorio del páncreas, la cual es considerada como una de las patologías gastrointestinales más comunes en requerir evaluación por el servicio de emergencias. Se relaciona con alteraciones metabólicas y sistémicas que pueden dar lugar al fallo de varios órganos y sistemas. Por lo general, afecta a personas entre los 40 a 60 años y posee una etiología multifactorial, sin embargo, las causas con mayor prevalencia son los cálculos biliares y el alcoholismo (17).

El proceso inflamatorio del páncreas es causado por la activación anticipada de enzimas digestivas debido a la presencia de bilis o contenido duodenal en el conducto pancreático, provocando la auto digestión de tejido pancreático y, a la vez, a la activación de los macrófagos en producir cito quinonas proinflamatorias causando la inflamación del órgano y del tejido adyacente (17).

La presentación clínica típica es dolor severo en epigastrio que puede irradiar hacia el dorso, este dolor puede ir acompañado de náuseas y o vómitos. Sin embargo, estos síntomas y signos son pocos específicos y pueden estar asociadas a otras enfermedades, motivo por el cual es importante conocer los diagnósticos diferenciales (colecistitis, perforación de ulcera, etc.) y poder confirmar o descartar el diagnóstico (18).

Se necesitan 2 de 3 criterios diagnósticos: Dolor en epigastrio que puede irradiar hacia el dorso, enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa) elevadas e imágenes tomográficas sugerentes(17). El uso de puntuaciones o *scores* ayudan a predecir la severidad de la enfermedad, como por ejemplo la puntuación del índice clínico de gravedad en la pancreatitis aguda (BISAP) la cual predice la mortalidad dentro de las primeras 24 horas del ingreso del paciente, el cual evalúa los siguientes criterios: nitrógeno ureico en la sangre (BUN) > 25 mg/dl, una escala de Glasgow < 15 puntos, evidencia de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), edad > 60 años, efusión pleural;

cada uno con un valor de un punto, la interpretación es que más de dos puntos indica un mal pronóstico (20); y el sistema de puntuación APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) el cual es usado para predecir la severidad o gravedad de las enfermedades, su puntaje va desde 0 hasta 71 puntos evaluando 12 parámetros fisiológicos, donde a mayor puntuación o *score*, corresponde a mayor severidad de la enfermedad y un mayor riesgo de muerte (19).

El tratamiento de esta patología dependerá de la severidad de la enfermedad y de la existencia de complicaciones. Según la *“Guía de práctica clínica para el manejo de la pancreatitis aguda en el seguro social del Perú (Es salud)”* de la Sociedad de Gastroenterología del Perú, el manejo inicial se basa en brindar el tratamiento básico que consiste en fluidoterapia, analgesia y control de la nutrición. La fluidoterapia tiene como objetivo mantener los niveles de e volemia en el paciente con diagnóstico de pancreatitis durante las primeras horas, siendo este un papel esencial en su evolución, el fluido más usado es la solución salina normal, sin embargo, se ha demostrado que el lactato de Ringer reduce el riesgo de acidosis hiperclorémica e inflamación pancreática. El manejo del dolor es primordial en el tratamiento temprano de la enfermedad, el uso de analgésicos como opioides y antiinflamatorios no esteroideos son de uso común. Por último, el uso de nutrición parenteral es recomendada como vía de elección inicial, debido a que permite brindar los nutrientes necesarios vía exógena evitando empeorar el estado inflamatorio causado por la sobreestimulación del páncreas y liberación de enzimas, además se evidencia una menor tasa de mortalidad, falla multiorgánica o complicaciones de origen infeccioso (20).

El caso presentado es de una paciente mujer de 45 años, que acude a emergencias por presentar dolor a nivel de epigastrio que irradia a hipocondrio y región dorsolumbar izquierda, antecedente de litiasis vesicular, valores laboratoriales de amilasa y lipasa (911 u/L y 1325 u/L respectivamente) tres veces más que el límite superior de lo normal y hallazgos imagenológicos compatibles (múltiples imágenes líticas a nivel de vesícula biliar); cumpliendo con los tres criterios diagnósticos para pancreatitis aguda. El manejo consistió en restricción de alimentos por vía oral (NPO), fluidoterapia con solución

salina isotónica al 0.9% 600cc por hora (60kg) y analgesia con tramadol 50mg vía endovenosa condicional al dolor. El reinicio de la alimentación fue progresivo evaluando la tolerancia de la paciente con lo que presentó mejoría del dolor, finalmente fue dada de alta luego de haber estado hospitalizada dos días. Diagnóstico de egreso: Pancreatitis aguda leve.

III.3.2 Caso clínico N °6: Absceso cutáneo en miembro inferior

Tanto la celulitis como los abscesos son considerados parte de las infecciones de la piel más frecuentes. La celulitis es una infección de la piel causada por la entrada de organismos bacterianos a través de la barrera la piel, el patógeno más común que lo causa son los estreptococos betahemolíticos del grupo A como el *Streptococo piógenos* y se manifiesta clínicamente como enrojecimiento, inflamación del tejido (edema) y calor perilesional. Por otro lado, el absceso es la acumulación de material purulento en la dermis o espacio subcutáneo siendo el *Estafilococo áureos* es el patógeno causal más frecuente (21).

El tratamiento del absceso consiste en la incisión y drenaje del material purulento, adicionalmente se recomienda una ecografía en algunos casos con el objetivo de poder delimitar la zona afectada. Luego del procedimiento, antisépticos y valoración de tratamiento antibiótico con cobertura para anaerobios como amoxicilina más ácido clavulánico o clindamicina vía oral durante 7 – 10 días (22).

Para el diagnóstico de sepsis, se hace uso de los criterios de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), establecidas por el “*Grupo de Trabajo de las Definiciones de Sepsis en el tercer consenso internacional de las definiciones de sepsis y shock séptico*”, algunos de los cuales son: Temperatura mayor a 38,3°C, frecuencia cardíaca mayor a 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria mayor de 30 respiraciones por minuto o una PCO₂<32 mmHg, leucocitos mayores de 12000 cel/uL o menor de 4000 cel/uL o con más de 10% de formas inmaduras entre otros (23).

En el caso de la paciente, se evidenció en los exámenes de laboratorio leucocitos elevados ($18.6 \times 10^9/uL$), frecuencia cardiaca y respiratoria elevadas (98 latidos por minuto y 22 respiraciones por minuto respectivamente) y la ecografía de partes blandas reveló una colección de aproximadamente 15 cc en tejido celular subcutáneo.

El paciente es hospitalizado para iniciar tratamiento antibiótico con Oxacilina 2 gr. vía endovenosa cada 4 horas, clindamicina 600mg vía endovenosa cada 8 horas y analgesia con paracetamol 1gr. condicional a dolor intenso o fiebre ($>38^\circ C$). Además, se envía interconsulta al servicio de Cirugía general para posibilidad de desbridamiento y drenaje quirúrgico, quienes refieren continuar con tratamiento antibiótico y reevaluación en 48 horas.

A las 48 horas del ingreso, persistencia de aumento de volumen y dolor en miembro inferior izquierdo; reevaluación por el servicio de Cirugía General quienes dan las indicaciones para preparación para drenaje.

Al tercer día de hospitalización, paciente es preparado y trasladado a sala de operaciones para el drenaje de la lesión. En el reporte postquirúrgico detalla incisión y drenaje del material purulento de $\pm 20cc$, no uso de suturas para cicatrización por segunda intención. Dejan indicaciones de seguir con tratamiento antibiótico y limpieza diaria de herida.

Paciente es dado de alta luego de cumplir diez días de tratamiento antibiótico en total y presentar una evolución favorable. Diagnóstico de egreso: Absceso en miembro inferior izquierdo.

III.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

III.4.1 Caso clínico N° 7: Preeclampsia con signos de severidad

Según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP), la preeclampsia es un trastorno hipertensivo en el periodo de gestación caracterizado por una presión arterial mayor o igual a 140/90mmHg medidas en dos ocasiones separadas por un lapso de tiempo mínimo de 4 horas luego de las 20 semanas de gestación (24).

Esta patología puede clasificarse en: Preeclampsia leve o sin criterios de severidad donde la gestante presenta una presión arterial <160/110mmHg, proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico (1+) o tira reactiva (2+) o con proteinuria cuantitativa mayor o igual a 300mg en orina de 24 horas; y preeclampsia severa o con signos de severidad la cual está asociada una presión arterial >160/110mmHg, deterioro de función hepática (enzimas hepáticas dos veces el valor normal), dolor abdominal en cuadrante superior derecho o en epigastrio que no cede ante medicamentos, trombocitopenia, edema pulmonar, creatinina > 1,1mg/dL, trastornos cerebrales o visuales y disfunción útero-placentaria (24).

Con respecto a la fisiopatología, esta inicia con el desplazamiento habitual de células citotrofoblastos de la placenta a través de la decidua basal de las arterias espirales maternas, sin embargo, no logran penetrar el segmento miometrial, lo que ocasiona un inadecuado remodelado de arterias espirales generando una disminución en la perfusión placentaria, hipoxia, reducción del flujo sanguíneo y estrés oxidativo teniendo como consecuencia la liberación de factores como endotelina, tromboxano A2 y angiotensina 2; esto afectará a nivel glomerular el riñón, necrosis hepatocelular y atetosis aguda a nivel placentario (24).

Los factores de riesgo asociados a preeclampsia son hipertensión crónica, diabetes gestacional y pregestacional, antecedente de preeclampsia previa, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico, índice de masa corporal mayor a 30 kg/m², edad materna avanzada entre otros. Cabe mencionar que existen una variedad de factores de riesgo que se asocian a posibilidad de desarrollar preeclampsia, sin embargo, la mayoría de casos ocurren en mujeres sanas nulíparas sin factores de riesgo evidentes (24).

En el caso presentado, debido a las características clínicas de la paciente como: Gestante de 35 semanas, edad materna avanzada (39 años), antecedente de preeclampsia en última gestación, presión arterial de 165/112mmHg, epigastralgia y edema en miembros inferiores; se orienta de manera inmediata al diagnóstico de preeclampsia severa. Ante dicho diagnóstico, según la *“Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo”* del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, el primer paso en el manejo inmediato será la activación de la clave azul e iniciar hidratación con cloruro de sodio 0.9% x 1000cc a chorro en 20 minutos, uso de sulfato de magnesio como anticonvulsivante (5 ampollas de 10ml al 20%) diluidas en 1000cc de cloruro de sodio al 0.9% y uso de antihipertensivos como metildopa (1gr vía oral cada 12 horas) y nifedipina (10mg vía oral condicional y luego condicional a crisis hipertensiva), colocación de sonda Foley para control de diuresis (la cual debe ser mayor de 30cc por hora), control de los reflejos osteotendinosos y presión arterial (25).

Luego del manejo inicial, se evidencia persistencia de dolor abdominal, con ausencia de dinámica uterina, la presión arterial disminuyó a 140/90mmHg, resto de signos vitales estables, ecografía obstétrica se evidencia gestación única activa de 3130g +/- 400 g, líquido amniótico normal, placenta normo inserta grado II, test no estresante reactivo, transaminasas elevadas más de dos veces su valor normal, proteinuria semicuantitativa dos cruces, resto del perfil en rangos normales.

Se decide terminar la gestación por cesárea, el informe operatorio reporta un tiempo operatorio de 01:19 horas, operación realizada: Cesárea segmentaria iterativa, donde se realizó la extracción del feto vivo en cefálico de 37 semanas por Capurro, Apgar 9-9.

Luego de la cirugía, debido al diagnóstico de preeclampsia severa con evidencia de disfunción hepática, la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos para evaluación y monitoreo materno. Luego de ser evaluada y presentar funciones vitales estables, es trasladada a la unidad de

hospitalización del servicio de Ginecología - Obstetricia con las indicaciones de continuar el tratamiento antihipertensivo con metildopa 1 gramo vía oral cada 12 horas, continuar con la infusión de sulfato de magnesio hasta cumplir las 24 horas postparto y analgesia con tramadol 50mg vía endovenoso las primeras 24 horas, luego paracetamol 1gr. vía oral cada 8 horas (25).

En la reevaluación, paciente se encuentra con una presión arterial de 130/80mmHg, resto de signos vitales estables, diuresis adecuada, reflejos osteotendinosos dos cruces, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical y herida operatoria cubierta sin evidencia de sangrado, se le solicita un perfil de preeclampsia y hematocrito control los cuales resultan dentro de los valores normales.

En el día postoperatorio tres, la paciente cumple con los criterios de alta (normalización de presión arterial, normalización de los exámenes de laboratorio y evolución clínica favorable), por lo cual es dada de alta con las indicaciones de continuar con sus controles postparto por consultorio externo de Ginecología-Obstetricia y Cardiología.

III.4.2 Caso clínico N° 8: Enfermedad pélvica inflamatoria

La enfermedad pélvica inflamatoria es una infección que tiene como punto de origen el tracto genital superior (útero, trompa de Falopio, ovarios y cuello uterino. En la mayoría de los casos, esta infección es causada por una bacteria de transmisión sexual como la *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*, los cuales son los patógenos más comunes (26).

Su fisiopatología comienza como una infección en el tracto genital superior femenino el cual provoca daños inflamatorios, dando lugar a la formación de cicatrices, adherencias y obstrucción parcial o total de las trompas de Falopio. Dichos daños generan pérdida de las células epiteliales ciliadas del revestimiento de las trompas de Falopio, alterando el transporte del ovulo, mayor riesgo de infertilidad y embarazo ectópico (26).

Según la *“Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú”*, la enfermedad pélvica inflamatoria se manifiesta clínicamente con dolor abdominal bajo, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dolor a la movilización del cérvix y descensos vaginales. Los factores que predisponen a padecer de esta enfermedad son las conductas sexuales (múltiples parejas y relaciones sexuales sin uso de preservativo) y factores que favorecen el ascenso de infecciones desde el cérvix o vagina hacia el endometrio o el endosalpinx (duchas vaginales, uso de dispositivo intrauterino, abortos inducidos, infecciones intrapartos, etc.) (27).

Esta patología se divide en 4 estadios según Gainesville los cuales son: Estadio I (salpingitis aguda sin pelviperitonitis), estadio II (salpingitis aguda con pelviperitonitis), estadio III que se divide en IIIA (salpingitis con formación de absceso tubo ovárico y IIIB (plastrón anexo) y por último estadio IV (rotura de absceso y pelviperitonitis) (28).

El tratamiento inicial consiste en la administración de antibiótico por vía parenteral con clindamicina 900 mg vía endovenosa cada ocho horas más gentamicina en dosis de carga 2 mg por kilo y luego 1.5 mg por kilo cada ocho horas por dos días. Si la paciente presenta mejoría clínica, esperar 48 horas más y cambiar a terapia oral con doxiciclina 100mg cada 12 horas y clindamicina 450mg vía oral cada 6 horas hasta completar 14 días en total (27).

En el caso presentado, se trata de una paciente de 26 años que acude a emergencias refiriendo dolor pélvico intenso, fiebre (38.6°) y dispareunia. Al examen físico, evidencia de flujo verdoso maloliente a la especuloscopia dolor a la movilización cervical al tacto vaginal; y signos ecográficos compatibles con salpingitis. Además, presenta conductas sexuales como factor de riesgo (múltiples parejas sexuales y no uso de métodos anticonceptivos) Dichas manifestaciones clínicas, factores de riesgo y hallazgos ecográficos, nos orientan al diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria de estadio II.

Luego de dos días de haber iniciado el tratamiento inicial, la paciente presentó una evolución favorable, donde se evidenció disminución del dolor, ausencia de fiebre y disminución de flujo vaginal; motivo por el cual optaron por esperar 48 horas más para dar de alta a la paciente con las indicaciones de continuar tratamiento antibiótico vía oral con doxiciclina 100mg cada 12 horas y clindamicina 450mg vía oral cada 6 horas hasta completar 14 días de tratamiento en total. Paciente es dada de alta con el diagnóstico de egreso: Enfermedad pélvica inflamatoria estadio II.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico fue más allá de mis expectativas en varios aspectos, no solo en cuestiones de aprendizaje debido a que la adquisición y práctica de nuestros conocimientos fueron solo una parte de las tantas tareas y responsabilidades que teníamos como internos en nuestras sedes hospitalarias o centros de salud, sino también que pudimos ver de primera mano que no solo existe una amplia gama de enfermedades que solo habíamos tenido la oportunidad de ver en libros de texto, sino también de pacientes y como cada uno de ellos era una nueva historia la cual debíamos indagar detenidamente para un correcto diagnóstico, pudimos ser testigos de la realidad de nuestro sistema de salud en nuestro país viendo cuales eran sus fortalezas tanto como sus deficiencias; y el equipo multidisciplinario conformado por varios profesionales con el cual tuvimos oportunidad de trabajar resaltando la importancia que conlleva un ambiente laboral ameno y la importancia del trabajo en equipo.

Esta etapa de nuestra carrera puede ser considerada un trabajo el cual tenemos que realizar como parte de nuestra formación, sin embargo, ha sido un privilegio el poder tener esta oportunidad. Tuvimos a nuestra disposición médicos especialistas, médicos residentes, personal de enfermería y demás profesionales quienes nos brindaron su conocimiento y tiempo con el fin de ayudarnos a alcanzar nuestros objetivos y superar aquellos obstáculos que se presentaron durante el camino; nos permitió conocer internos de otros centros educativos que hicieron de este supuesto trabajo una convivencia diaria llena de experiencias que, en lo personal, me ayudaron a no solo desarrollarme a nivel profesional sino también a nivel personal; y enseñarnos como es el día a día en un establecimiento de salud.

En los servicios de consultorio externo y hospitalización tuve la oportunidad de desarrollar aquellas habilidades necesarias para atender a los pacientes, como la importancia de una correcta entrevista, desarrollo de una óptima historia clínica y una minuciosa exploración física con el fin poder llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, en el servicio de

emergencias pude aprender a desarrollar la resiliencia necesaria para atender cualquier eventualidad, el pensamiento crítico y mi capacidad de respuesta.

Una de las reflexiones que me trajo esta experiencia del internado, es que es importante mencionar que todos los pacientes al final del día no solo serán un aprendizaje, sino una anécdota que nos enriquece en muchos sentidos, desde un agradecimiento de aquel paciente que vino por una simple consulta hasta aquel paciente que acompañamos durante varios días debido a que estaba hospitalizado y finalmente dado de alta; darle malas noticias a nuestros pacientes como un mal pronóstico o incluso enterarnos de la noticia de un deceso. Pude finalmente comprender que, así como estoy agradecido con mis maestros y amigos por haberme acompañado durante este periodo en mi formación, también debo agradecer a aquellos pacientes a quienes tuve la oportunidad de atender.

V. CONCLUSIONES

1. El internado médico está dividido en 4 rotaciones, que son las más frecuentes en el día a día de la consulta médica, estas son: Cirugía, Pediatría, Medicina Interna y Ginecología y obstetricia. Tuvimos la oportunidad de rotar por dichos servicios en nuestra sede hospitalaria asignada, permitiéndonos tratar con los pacientes, observar y aprender de los casos clínicos que llegaban a este, así como poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante nuestra formación universitaria.
2. El haber trabajado en un centro de salud de primer nivel y en un hospital nos permite notar con mayor facilidad las diferencias entre estos, desde la disponibilidad de materiales, especialidades médicas, exámenes de laboratorio de mayor complejidad, entre otras. Esta experiencia nos ayuda a reconocer que urgencias pueden ser tratadas en el momento, así como saber cuándo debemos referir a un paciente a un centro de mayor complejidad
3. Esta última etapa en la formación de un estudiante de medicina es solo el primer escalón en el resto de su vida laboral, ya que, desde el internado, aprendemos a formar nuestro pensamiento crítico y como tomar decisiones en base a nuestro conocimiento adquirido durante nuestros años de estudio, nos obligó a sacar al máximo nuestras capacidades permitiéndonos identificar nuestras debilidades y fortalezas con el objetivo de mejorar como futuros profesionales.
4. El sistema electrónico hospitalario del Hospital de Emergencias Villa el Salvador es innovador en varios aspectos. No solo es uno de los pocos centros hospitalarios que cuenta con un sistema virtual, sino que además de ayudar en la organización de información y agilizar el trabajo del personal de salud, permite brindar al paciente una atención eficaz y de calidad.
5. El establecer una adecuada relación médico-paciente al igual que un ambiente laboral ameno con los demás trabajadores del establecimiento de salud es y siempre será fundamental en nuestra vida como profesionales.

6. La virtualización de las clases y el no haber podido asistir a prácticas hospitalarias a causa de la pandemia de COVID 19, puede ser considerado una desventaja para el estudiante de medicina, sin embargo, fue una razón más por la que sentíamos que debíamos aprovechar cada día del internado, cada interacción con nuestros tutores, cointernos, pacientes y personal del hospital fue una experiencia que nos permitió crecer como persona, estudiante y, en consecuencia, como futuros médicos.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se espera que el trabajo presentado pueda ayudar a futuros colegas que estén próximos a realizar el internado médico, y que puedan tomar en cuenta las recomendaciones dadas en base a la experiencia del autor.
2. Aprovechar esta oportunidad que nos brinda el internado de poder acudir a hospitales y centros de salud para interactuar con los pacientes y poder presenciar la interacción, desarrollo de la historia clínica, examinación, diagnóstico y tratamiento que dan los médicos a nuestro cargo. Dichas experiencias no solo formaran una base para la próxima etapa de nuestra carrera que es el SERUM, sino también en toda nuestra trayectoria como futuros médicos.
3. Seguir las medidas de seguridad establecidas por el establecimiento de salud es fundamental. Como estudiantes y futuros médicos, tenemos la responsabilidad de usar el equipo de protección correspondiente con el fin de realizar correctamente nuestras prácticas clínicas minimizando el riesgo a exponernos ante cualquier peligro, asimismo, dar el ejemplo y educar a los pacientes y a la ciudadanía en general resaltando la importancia de la prevención y promoción de la salud.
4. Mejorar las condiciones laborales a los médicos quienes trabajan en los centros de salud de primer nivel con el fin de que puedan brindar una mejor atención a sus pacientes y también impartir una mejor enseñanza a los futuros internos a su cargo.

VII. FUENTES DE INFORMACION

1. Universidad San Martín de Porres. Directiva de Internado. [Internet]. [Citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/wp-content/uploads/normativas/DIRECTIVA_UNIDAD_INTERNADO_MEDICO_2023.pdf
2. Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Bases del examen nacional de medicina - ENAM. [Internet]. [Citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.aspefam.org.pe/enam/enam2022e/bases_15.05.2022.pdf
3. Seguro Social de Salud - EsSalud. Bases para la postulación. [Internet]. [Citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/programa-de-internado-medico/>
4. Elizalde JJ. La importancia de la medicina crítica en el internado de pregrado. [Internet]. [Citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2018/ti183a.pdf>
5. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guía de procedimientos asistencial para la toma de muestra para gases arteriales. [Internet]. [Citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2771882/R.D.%20N%C2%B0%20009-2022-DG-HNAL%20TOMA%20MUESTRA%20GASES%20ART-EMERG-18En22.pdf.pdf>
6. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Especialidades. [Internet]. [Citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/index.php/la-sociedad/especialidades>.
7. Plataforma digital única del Estado Peruano. Hospital de Emergencias Villa El Salvador - HEVES [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heves/institucional>

8. Centro Materno Infantil Buenos Aires De Villa en Chorrillos | MINSA [Internet]. Establecimientos de Salud. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-sur/centro-materno-infantil-buenos-aires-de-villa-chorrillos>
9. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [Internet]. 2019 [Citado 13 de marzo de 2024] ; 41(1): 33-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>
10. Moris D, Paulson EK, Pappas TN. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. JAMA [Internet]. [Citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bookcafe.yuntsg.com/ueditor/jsp/upload/file/20220123/1642927644446013241.pdf>
11. Monestes J y Galindo F. Colecistitis aguda. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva [Internet]. [Citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>
12. Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de colecistitis en el hospital de Emergencias Villa El Salvador. Gob.pe [Internet]. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4870972/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20manejo%20de%20colecistitis.pdf?v=1689794522>
13. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo ictericia neonatal. Ministerio de Salud [Internet]. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/3_GU%C3%8DA%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA%20PARA%20E

L%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20MANEJO%20DE%20ICTERICIA
%20NEONATAL.pdf

14. Routray SS, Mishra D, Kanungo GN, Behera R. Hemolytic Disease of Newborn due to ABO Incompatibility between B Blood Group Mother and A Blood Group Neonate. J Lab Physicians [Internet]. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10104695/#:~:text=ABO%20hemolytic%20disease%20of%20the,to%20fetal%20anemia%20and%20hyperbilirubinemia>.
15. Fernández Lorenzo JR, Couce Pico M, Fraga Bermúdez JM. Hipoglucemia neonatal. Protoc Diagnóstico Ter AEP [Internet]. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_1.pdf
16. Sub Unidad Integral Especializada del Paciente de Cirugía Neonatal y Pediátrica. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipoglicemia neonatal. insnsb.gob.pe [Internet]. [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiL9vj--vWEAxVygGEGHZJ3AQsQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.insnsb.gob.pe%2Fdocs-trans%2Fresoluciones%2Farchivopdf.php%3Fpdf%3D2019%2FRD-067-2019.pdf&usg=AOvVaw3XT8auoiu4kFcjnod6MIZ&opi=89978449>
17. Garro V, Thuel M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Revista Médica Sinergia [Internet]. [Citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>
18. Zhong F-P, Wang K, Tan X-Q, Nie J, Huang W-F, Wang X-F. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in patients with mild gallstone pancreatitis. Medicine [internet] 2019 [consultado 26 oct 2019]; 98:40(e17429). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000017429>

19. Surco Y, Huerta Mercado J, Pinto J, Piscocoya A, De Los Ríos R, Prochazka R et al . Predicción precoz de severidad en pancreatitis aguda. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. [Citado 2024 Mar 17] ; 32(3): 241-250. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000300002&lng=es.
20. Guzmán E, Suárez W, Chávez L, Zavaleta L, Díaz M, Quiroga W et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la pancreatitis aguda en el seguro social del Perú (Essalud) [Internet]. Rev Gastroenterol Perú [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/1523/1188>
21. Spelman D, MBBS, FRACP, FRCPA, Baddour L et. al. Celulitis y absceso cutáneo: epidemiología, microbiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico. UpToDate [Internet]. [Citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.studocu.com/co/document/fundacion-universitaria-autonoma-de-las-americas/medicina/cellulitis-and-skin-abscess-clinical-manifestations-and-diagnosis-up-to-date/38815540>
22. Vásquez E, Saavedra J. Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso. Guía ABE [Internet]. [Citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-\(i\):-impetigo-celulitis-absceso-](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(i):-impetigo-celulitis-absceso-)
23. Neira Sanchez E, Málaga G. Sepsis-3 y las nuevas definiciones, ¿es tiempo de abandonar SIRS?. Acta Médica Peruana [Internet]. Citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96648717008>
24. Departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo. [Internet]. [Citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_326-2019-HCH-DG.pdf

25. Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo. [Internet]. [Citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435751/14.%20guía%20para%20el%20diagnóstico%20y%20tratamiento%20de%20Transtornos%20hipertensivos%20del%20embarazo.pdf.pdf>

26. Jennings LK, Krywko DM. Pelvic Inflammatory Disease. StatPearls [Internet]. [Citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499959/>

27. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú. [Internet]. [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf

28. De la Cruz G, Bautista M. Estudio clínico–epidemiológico de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428177002>