



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA Y CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL
“MANUEL BERTORINI JORDAN” 2021- 2022**

**PRESENTADO POR
JUAN ALDO JUNIOR FORTTINI FERNANDEZ**

**ASESORA
KAREN PAOLA LAZO RIVERA**

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

**LIMA- PERÚ
2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



USMP | FACULTAD DE
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRÉS | MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y CENTRO DE SALUD
SAN MIGUEL "MANUEL BERTORINI JORDAN" 2021- 2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JUAN ALDO JUNIOR FORTTINI FERNANDEZ**

ASESORA

DRA. KAREN PAOLA LAZO RIVERA

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Mg. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: M.E. Carlos Morales Paitan

Miembro: Dra. Graciela Pilaes Barco

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios, por permitirme estar en esta etapa de mi carrera.

A mi familia, en especial a mis padres por estar a mi lado durante toda la carrera de manera incondicional.

A la Universidad de San Martín de Porres, mi alma máter, por brindarme una formación profesional de calidad.

A todo el personal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y Centro de Salud San Miguel por las enseñanzas que son importantes en mi formación como médico.

ÍNDICE

	Págs.
PORTADA	i
JURADO	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
MEDICINA INTERNA	6
PEDIATRÍA	9
CIRUGÍA GENERAL	12
GINECOBSTETRICIA	15
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza	19
2. Centro de Salud San Miguel “Manuel Bertorini Jordan”	21
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
MEDICINA INTERNA	22
PEDIATRÍA	24
CIRUGÍA GENERAL	26
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	28
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	31
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	36
ANEXOS	40
Anexo 1	40
Anexo 2	41
Anexo 3	42
Anexo 4	43
Anexo 5	44

RESUMEN

Introducción: El internado médico es el año más importante en la formación del estudiante de medicina. Es la etapa donde el interno de medicina aplica los conocimientos que ha adquirido en la carrera. La situación de la pandemia generó cambios en la forma de realizar el internado médico, programando rotaciones en sedes hospitalarias y en centros de salud. En las prácticas hospitalarias se logró reforzar los conocimientos teóricos como prácticos. Por otro lado, el internado en los centros de salud permitió ampliar la visión sobre los programas que se desarrollan en el primer nivel de atención, identificando sus debilidades y fortalezas. Conocimientos que se aplicarán en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

Objetivo: Determinar la importancia del realizar las prácticas médicas en un hospital del tercer nivel y un centro de salud del primer nivel de atención.

Conclusión: El internado médico no debe realizarse en su totalidad en sedes hospitalarias. A pesar de que estos cuentan con especialidades clínico-quirúrgicas y tener un mayor campo clínico, realizar las prácticas en el primer nivel de atención permite tener una visión más amplia en la atención de salud.

ABSTRACT

Introduction: The medical internship is the most important year in the medical student's training. It is the stage where the medical intern applies the knowledge acquired in the career. The pandemic situation generated changes in the way the medical internship was carried out, scheduling rotations in hospitals and health centers. The hospital internships were able to reinforce both theoretical and practical knowledge. On the other hand, the internship in health centers allowed to broaden our vision of the programs developed at the first level of attention, identifying their weaknesses and strengths. Knowledge to be applied in the Rural and Urban Marginal Urban Health Service (SERUMS).

Objective: To determine the importance of performing medical internships in a third level hospital and a first level health center. **Conclusion:** Medical internships should not be performed entirely at hospital sites. Despite the fact that these have clinical-surgical specialties and have a larger clinical field, doing the internship at the first level of care allows having a broader vision of health care.

INTRODUCCIÓN

El internado médico constituye la última etapa de formación médica a nivel de pregrado. Es el momento donde el alumno de medicina aplica los conocimientos que ha adquirido en estos años de la carrera. Las rotaciones se dividen en cuatro grupos, rotando por los servicios de Pediatría, gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General.

Para este internado, se respetó el orden de mérito para las elecciones de las rotaciones. A pesar de no contar con la opción de realizar el internado en EsSalud, se presentaron otras opciones, como establecimientos de salud de MINSA (ya sea centros de salud como hospitales), FF. AA y clínicas.

Si bien al inicio, como nuevo grupo se tuvo dificultades para adaptarse, pero con el tiempo, la dedicación, y la perseverancia por querer mejorar día a día en la práctica médica permitió mejorar y realizar las cosas con mayor seguridad y convicción. La práctica médica no solo era tratar la enfermedad, sino a los pacientes de manera individual. La práctica permitía hacer seguimiento de la evolución de los pacientes, revisando de manera exhaustiva la historia clínica para realizar un plan de trabajo adecuado ya sea en las visitas como en las guardias en la emergencia.

Aunque se llevó de manera diferente el internado por el tema de la pandemia, la carrera de medicina permite desarrollar diferentes habilidades con el fin de adaptarse frente a algún cambio. Por ello, el aplicar los conocimientos y prácticas adquiridas en los diferentes niveles de atención de salud permite ver de manera más integral al paciente, con el objetivo no solo de detectar y tratar de manera oportuna, sino de aplicar medidas para prevenir estos cuadros.

El presente trabajo de suficiencia profesional explicará la importancia del internado médico con el fin de adquirir nuevas habilidades, competencias y capacidades. Sin embargo, se presentan ciertas dificultades al momento de llevar las prácticas y cambiar de centro de

salud a hospitales o viceversa. El fin de este trabajo es poder analizar las ventajas y desventajas identificadas, y así futuras promociones de internos puedan conocer con mayor detalle sobre la atención en el primer nivel de salud, y no solo enfocando en su totalidad las rotaciones hospitalarias.

En el presente trabajo se presenta ocho casos clínicos sobre las patologías más frecuentes observadas durante las 4 rotaciones; una recopilación de los casos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde se llevó a cabo la primera rotación; como en el Centro de salud San Miguel "Manuel Bertorini Jordán, en la segunda rotación.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana, a diferencia de otras carreras de ciencias de la salud, en nuestro país la duración es de 7 años. Los tres primeros incluyen a ciencias básicas, formando parte de la malla curricular cursos generales como lenguaje, matemática hasta aquellos que abarcaban más especialidades como fisiología, fisiopatología, entre otros cursos. No obstante, se realizaron rotaciones en el primer nivel de atención en los cursos de salud Pública y Epidemiología, en el primer y tercer año respectivamente, fue importante para poder entender la realidad de la atención primaria y aplicarla en el internado médico. El objetivo de llevar las prácticas en el primer nivel de atención se dirige a conocer más las diferentes estrategias sanitarias; como programa de tuberculosis, planificación familiar, enfermedades metaxénicas; así como apreciar la realidad de distintos estratos socioeconómicos y sus determinantes sociales de la salud. En una segunda etapa se lleva a cabo los cursos de clínico, iniciando en cuarto año con los cursos de semiología y medicina interna como los más relevantes.

El internado es una etapa muy anhelada por el estudiante ya que se realizan las prácticas médicas en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, entre ellos Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Hospital Hipólito Unanue, Hospital María Auxiliadora, Hospital, Hospital Central FAP, entre otros. En quinto año se llevaron parte de medicina interna, pero en el segundo semestre del quinto año y se realizaron las rotaciones quirúrgicas como: Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología. En el sexto año de la carrera se llevan dos cursos muy importantes como Pediatría y Gineco-Obstetricia. El problema fueron las prácticas pediatría que se realizaron algunos días debidos a la llegada de la pandemia por el SARS-Cov2 a nuestro país, motivo por el cual quedaron suspendidas las clases tanto teóricas y prácticas. Por

ello, se reanudaron las clases en el mes de mayo, reiniciando el primer semestre de sexto año en su totalidad, pero de manera virtual.

Se continuaron las clases de manera remota, alejando cada vez más la posibilidad de realizar las prácticas del internado.

Según la Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA, se aprobaron los lineamientos para iniciar las prácticas de los internos de las ciencias de la salud del año 2021 en la situación de la emergencia sanitaria (1). Se agregaron nuevas medidas y requisitos para el inicio de la última etapa del estudiante de medicina. Al principio fue difícil regresar a las prácticas después de un buen tiempo, luego con ayuda de los residentes y asistentes mejoró este problema. No obstante, se tenía que aprovechar todo momento en aprender con el fin de analizar acerca del plan de trabajo aplicado en cada paciente.

El nosocomio en donde se inició el internado redujo el aforo de internos a diferencia de otros años. El aforo del internado fue de 100 aproximadamente entre otras universidades, 12 vacantes por parte de la universidad. Otro punto que cambio fue el menor tiempo de rotación por cada servicio, en promedio 1 mes y una semana aproximadamente por cada servicio durante los 5 meses de internado en el hospital.

En las rotaciones de pediatría se contaba con zona de hospitalización y zona de emergencia pediátrica. En la primera se dividían en los de cuidados intermedios, luego por edades y géneros y otra zona de aislados donde se encontraban preferentemente los pacientes con diagnóstico de Covid 19. Se reforzaban los conocimientos con las visitas médicas y las actividades académicas.

En neonatología lo importante fue realizar una atención del recién nacido adecuada, aplicando varias escalas ya sea para ver la vitalidad como edad gestacional del bebé, identificando las características fisiológicas, entre otros.

Se busca que el interno identifique las principales enfermedades pediátricas, entre ellas enfermedades diarreicas, cuadros febriles, infecciones respiratorias. Además de identificar de manera adecuada

las presentaciones fisiológicas y patológicas de los pacientes.

La rotación de Cirugía General se llevó en conjunto a la de Traumatología y Ortopedia (2). La importancia de la rotación era participar durante las cirugías programadas o en emergencia realizando suturas, conocer la evolución del paciente, que cuenten con sus requisitos prequirúrgicos con el fin de un manejo oportuno por parte del servicio de manera conjunta con el grupo del personal de la salud. Continuando en el área de hospitalización, se realizaba la historia clínica correspondiente, limpieza de las heridas de los pacientes post operados y se preparaban a los pacientes para su próxima cirugía.

El servicio de Gineco-Obstetricia en el hospital incluye la zona de Obstetricia, el centro obstétrico para manejo de partos, cesáreas y/o emergencias; hospitalización de Alto Riesgo de obstétrica (2). El servicio de ginecología cuenta con un pabellón para pacientes hospitalizadas. En emergencia se cuenta con un tópico y un pabellón de hospitalización que compartía con medicina interna y algunos pacientes se encontraban en el pabellón de cirugía (6-1). Además, en el internado en ese servicio no se realizó las rotaciones de gineco-oncología. No obstante, no fue impedimento para revisar los casos y complementar los conocimientos. Los casos más frecuentes en la hospitalización era miomatosis uterina y en la emergencia los abortos incompletos. En la rotación de obstetricia, se debe principalmente realizar una adecuada evaluación de la gestante ya sea al momento de realizar la historia clínica como en emergencia aplicando las maniobras de Leopold, medir la altura uterina, tacto vaginal para reconocer el grado de dilatación, la correcta evaluación gestacional. También debe aprender a identificar y diagnosticar sangrados en la primera y segunda mitad de la gestación, emergencias quirúrgicas, enfermedades hipertensivas en la gestante, manejo antibiótico y supervisión de complicaciones. El objetivo era conocer la atención de un parto normal como cesáreas ya sea antes y después de la operación, procedimientos como legrados o aspiración manual endouterina (AMEU).

Por otro lado, también se realizó la rotación de Gineco-Obstetricia en el primer nivel de atención. Siendo este un centro de nivel I-3 no contaba con un centro materno infantil, por lo que no se realizaban partos ni había internamiento como un nivel I-4. Contaba con dos especialistas de gineco-obstetricia y tres obstetras. Lo más característico es el seguimiento de las gestantes mediante los controles prenatales. Para ello se solicitan diferentes exámenes de laboratorio con el fin de descartar patologías e identificación de factores de riesgo importantes con relación al bebé. El interno aplica los conocimientos para evaluar a la embarazada como la medición de altura uterina, monitoreo de latidos cardiacos fetales, maniobras de Leopold. En el caso no pueda solucionar el caso, se realiza la referencia a un centro de mayor complejidad como el centro de salud Magdalena y el Hospital Santa Rosa. Con el tema de planificación, la consejería a las pacientes es importante ya que cada caso es individualizado. En el servicio de ginecología, se pudo realizar procedimientos que no eran función del interno en los hospitales. Por ejemplo, el examen de Papanicolau, la especuloscopia e incluso la colocación de implantes subdérmicos.

La rotación por Medicina Interna. Una rotación muy importante. Se realizaba la historia clínica con una buena anamnesis y examen físico e identificando los principales problemas teniendo un orden al momento de realizar el plan de trabajo. Se tuvo la oportunidad de realizar procedimientos como paracentesis, toracocentesis, punciones lumbares, toma de análisis de gases arteriales, retiro de catéter venoso central.

En contraste, no cuentan con internamiento para pacientes de medicina en el centro de salud del primer nivel, por lo que se evalúan sus casos en la consulta. En la actualidad, los centros de salud se adaptaron a esta coyuntura. En el centro de Salud San Miguel, al comienzo de la rotación, la atención en los consultorios era de 12 pacientes aproximadamente, aplicando los protocolos correspondientes para la atención como mantener los lugares de atención más ventilación, la distancia mínima de metro y medio entre

los pacientes y el médico, entre otros puntos. Para la atención de paciente sospechosos de una enfermedad por COVID 19, se cuenta con un área especial para poder identificarlas de manera oportuna y hacer un manejo correcto. Con el paso de las semanas apareció una nueva variante (Ómicron), no tomando los cuidados respectivos como en el inicio de la pandemia. Como consecuencia de esto y por el miedo de los mismos pacientes a exponerse acudiendo al centro de salud, la afluencia de pacientes no COVID disminuyó considerablemente. Entre las patologías más vistas, se presentaron enfermedades no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, obesidad, lumbalgia, dentro de las enfermedades infecciosas a la tuberculosis e infección urinaria principalmente. Con respecto a la historia clínica no se realizaba de manera completa por el poco tiempo que se tuvo para atender a los pacientes. Al principio llegaban en promedio 12 pacientes a la consulta; sin embargo, en estas últimas semanas esto cambio con el aumento de los contagios, reduciéndose a 8 en promedio. Por esta razón el interno ve limitado de cierta forma realizar el examen físico, pero una buena anamnesis brinda información valiosa para la detección y diagnóstico de patologías.

La importancia en esta etapa es la identificación y manejo básico de enfermedades más frecuentes.

A pesar de no contar con un área netamente quirúrgica por ser primer nivel de atención, en el centro de Salud San Miguel se presentó la oportunidad de realizar algunos procedimientos como: limpieza, sutura y curación de heridas, drenaje de abscesos, retiro de puntos, manejo antibiótico, mordeduras de perros, entre otros. Asimismo, si los casos eran graves y no estaba al alcance de tener una mayor capacidad resolutive, se realizaba la referencia respectiva al establecimiento de salud de mayor complejidad de manera oportuna.

Por último, la rotación de Pediatría en el Centro de Salud San Miguel no tiene una duración en específico. Algo positivo es que cuenta con una especialista, permitiendo evaluar de manera integral a los infantes.

Durante este tiempo, los motivos de llegada a la consulta fueron infecciones respiratorias como gastrointestinales, accidentes, heridas, entre otras cosas. Si bien no eran casos críticos como en la práctica hospitalaria, la rotación fue provechosa.

Sin embargo, el servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) presentó limitaciones durante el tiempo de pandemia, disminuyendo la cobertura de inmunizaciones en niños y evaluación para un adecuado desarrollo. Sin embargo, poco a poco se han ido empleando estrategias con el fin de aumentar el número de niños sanos.

Se presentarán los Casos clínicos de acuerdo con cada especialidad:

MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 79 años refiere que tres días antes de su ingreso dolor abdominal de tipo ardor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho de intensidad moderada, sin irradiación, que calmaba con la ingesta de alimentos, aumentaba cuando deambulaba. Dos días antes del ingreso el cuadro persistió y se agregaron deposiciones de color negruzcas en dos oportunidades. Un día antes del ingreso decidió acudir para manejo en una entidad particular, recibiendo medicación mejoro por un momento el cuadro. El cuadro se volvió a presentar, motivo por el cual acude a la emergencia de medicina interna. En el examen físico lo más relevante fue la palidez (++/+++). Se le realizó tacto rectal se confirmó el dato de las heces negruzcas que orientaron a un cuadro de hemorragia digestiva alta.

Funciones vitales en emergencia: FC 98 x', FR 22 x', T° 36.1°C Sat O2: 96% PA: 105/65 mmHg

Por esta razón le realizaron exámenes auxiliares, lo más resaltante es el nivel de hemoglobina de 6.1, volumen corpuscular medio: 78 fL.

Le realizaron endoscopia digestiva alta con resultado:

Motivo del examen: Melena más anemia severa

Esófago: De aspecto normal

Estómago: Distensibilidad y peristalsis conservada, fondo gástrico sin alteraciones, en el cuerpo presentó en el tercio medio de la curvatura mayor hacia pared posterior una protrusión con mucosa que la recubre de simulares características a la mucosa adyacente que no se modifica con los cambios de posición. Resto de la mucosa con erosiones dispersas y eritema difuso. A nivel de antro: Mucosa con áreas de visualización de patrón vascular submucoso así mismo áreas blanquecinas elevadas en probable relación a metaplasia intestinal. Píloro permeable y excéntrico.

Duodeno: Bulbo y segunda porción duodenal sin alteraciones.

Conclusión:

- Deformación gástrica: D/C compresión extrínseca
- Gastritis erosiva y atrofia antro corporal
- Metaplasia intestinal antral

Antecedentes: Neumonía en el año 2005. Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en el año 2010 sin tratamiento médico. Hipertensión arterial diagnosticada en el año 2016 con tratamiento con lbersartán 150 mg cada 24 horas. Colectomía por litiasis vesicular en el 2016. Hemorragia digestiva alta en el año 2019 transfundiéndose dos paquetes globulares en el Hospital de Sullana. Consumo de AINES 20 días previos al ingreso al hospital por dolor lumbar.

Funciones vitales en hospitalización: FC 77 x', FR 21 x', T° 36.1°C Sat 02: 96% PA: 110/70 mmHg

Examen físico

Piel: turgente, elástico, hidratada, llenado capilar menor de dos segundos, palidez (+/+++), no icterica, no edemas

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, IY (-)

Abdomen: Plano, no distendido, cicatriz a nivel de hipocondrio

derecho, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia.

Sistema nervioso: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

Diagnóstico:

1. Hemorragia digestiva alta
2. Deformación gástrica: D/C compresión extrínseca
3. Gastritis erosiva y atrofia antro corporal
4. Metaplasia intestinal antral

Plan de trabajo

- Dieta blanda más líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Omeprazol 40 mg cada 12 horas vía endovenoso
- Enalapril 10 mg cada 12 horas vía oral
- Sucralfato 1 g cada 6 horas vía oral
- Control de funciones vitales

Caso clínico N°2

Paciente mujer de 31 años que 12 horas antes del ingreso a emergencia refiere dolor tipo cólico de moderada intensidad que inicia en mesogastrio e hipocondrios, que se exacerba con la ingesta de alimentos, asociado a náuseas con vómitos en dos oportunidades. Luego el dolor aumenta de intensidad y se irradia a los flancos y región lumbar, motivo por el cual acude a emergencia. Niega sensación de alza térmica, deposiciones líquidas.

Antecedente patológico: Episodio de pancreatitis (2021).

EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: FC 80 x', FR 20 x', T° 37.1°C Sat O2: 97%

PA: 130/70 mmHg

Piel y TCSC: Normo térmica, normocrómica, llenado capilar menor de 2 segundos.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados.

Abdomen: Semiglobuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel de mesogastrio e hipocondrio derecho. Murphy (-) hay presencia de dolor a lapresión a nivel de epigastrio.

Neurológico: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos defocalización.

En los exámenes auxiliares se encontraron los niveles de amilasa elevados (2059), bilirrubinas directas de 1.43, transaminasas elevadas (TGP: 1345, TGO: 1430).

A nivel ecográfico, un colédoco de 12mm con lito en su interior de 7mm más una colelitiasis.

DIAGNÓSTICOS

1. Pancreatitis aguda leve de etiología biliar
2. Colelitiasis
3. Coledocolitiasis

TRATAMIENTO

- Hidratación endovenosa más analgesia
- Interconsulta gastroenterología
- Interconsulta a cirugía general

PEDIATRÍA

Caso clínico N°1

Paciente llega al servicio de neonatología en incubadora, referido del Hospital de Rezola, apoyo con oxígeno con cánula binasal, con vía

central (sonda orogástrica) a nivel umbilical, FC: 146x' FR: 58x' SatO2 97% ingresando a Unidad de Cuidados Intensivos.

Antecedente:

Materno: Edad: 40 años. Fórmula obstétrica: G7P6006. CPN: 06. Grupo y factor: "O" positivo. Serológicos: No reactivos. Patológicos: Obesidad. Obstétricas: Preeclampsia.

Natales:

- EG: 40 semanas, Parto: Cesárea (Cesárea anterior 2 veces), CU: circular.
- Placenta: normal, LA: normal.
- Peso de nacimiento: 4500g, talla: 53 cm, PC: 36 cm, PT: 36 cm.
- APGAR: 41 85, requirió VPP al minuto.

Postnatales:

- Cursa con hipoglicemia desde el nacimiento
- Recibió bolos de dextrosa en cuatro oportunidades
- Recibió corticoides (hidrocortisona)

Ingresó al servicio con un tiempo de vida de 6 días, con HGT: 20 mg/dl, contando con los siguientes resultados: insulina 18.6, cortisol AM: 3.3, péptido c: 3.6. Lactato: 0.9, hemograma normal.

Iniciaron cobertura antibiótica: ampicilina más gentamicina

Cursó con dificultad respiratoria: taquipnea transitoria del recién nacido por lo que requirió CPAP con cánula binasal, el cual no continúa con apoyo ventilatorio cuando llegó al hospital.

Manejo VIG elevados, llega con VIG: 14.

Hemogluco-test de ingreso: 70 mg/dl (VIG 14).

DIAGNÓSTICO

1. Recién nacido a término de 40 semanas por Capurro
2. Grande para edad gestacional
3. Hipoglicemia neonatal
4. Hiperinsulinismo

Se inicia infusión de dextrosa 14 mg/kg/min con controles de HGT 33-38, incrementándose VIG 18mg/kg/min, con controles posteriores de HGT 146-122-78-99, por lo que disminuye progresivamente. El séptimo día de hospitalización se inicia manejo con octreotide a dosis de 5mcg/kg/dosis cada 12 horas, dosis que se ha disminuido progresivamente, continuo con dosis de 3.5 mcg/kg/dosis cada 12 horas. El día de hospitalización número 19, se suspendió VIG, quedando con vía oral al 100% más Octreotide. Luego recibió 120 cc cada tres horas con buena tolerancia oral y ganancia de peso.

Caso clínico N°2

Paciente viene con referencia de hospital de Piura con un tiempo de vida de 7 días por presencia de genitales ambiguos al examen físico. En la segunda semana de vida, madre nota decaimiento y disminución de la frecuencia de la leche por lo cual se realiza la tele consulta al hospital, motivo por el cual es traída al servicio de neonatología.

Antecedentes Familiares:

- Hermano: fallecido hace 4 años por holoprosencefalia.
- Prima materna (4 años): Hiperplasia suprarrenal congénita seguimiento por servicio de endocrinología.

Prenatales

- Edad materna: 26 años
- G3P3002
- CPN: >6
- Vulvovaginitis: III T, recibió tratamiento

Natales

- Lugar: Hospital de apoyo II de Sullana
- Parto: Cesárea por cesárea anterior
- Edad Gestacional:38 semanas
- APGAR: llanto inmediato
- Peso: 3900gr
- Talla:50 cm

Post natales

- Hospitalización: desde nacimiento hasta los 7 días de vida por presentar genitales ambiguos
- Lactancia mixta
- Inmunizaciones: del nacimiento

Examen físico

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

Cabeza: fontanela anterior normotensa.

Tórax y pulmones: no distrés, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos, no ruidos agregados.

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

Abdomen: RHA + blando depresible, no se palpa masas

Sistema nervioso: despierto, alerta, reactivo a estímulos, moviliza cuatro extremidades.

Genitales: labios mayores escrotalizados, clítoris hipertrófico.

Diagnostico:

1. Hiperplasia suprarrenal congénita

Tratamiento:

- Lactancia materna directa
- Hidrocortisona 15mg/m²/día
- Fludrocortisona 0.05 mg vo cada 24 horas

En los estudios de laboratorio se encontró hiperkalemia e hiponatremia.

CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico N°1

Paciente varón que acude al tópico de cirugía refiere un día antes del ingreso dolor abdominal a nivel de mesogastrio tipo cólico, de moderada intensidad asociado con malestar general. 4 horas antes del ingreso, persistió el malestar general y el dolor se dirigió hacia la fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos, sensación de alza

térmica e hiporexia. Motivo por el cual acude a la emergencia.

Antecedentes patológicos: Litiasis vesicular (2016).

Con tratamiento con Colectomía laparoscópica.

EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: PA: 125/75 FR: 21 FC: 96 T°: 38.1

SatO2:97% Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de gran intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No estertores.

Abdomen: Plano, no distendido, incisión de Kocher a nivel cuadrante superior derecho, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con una intensidad 7/10, no se palpan masas, signo de McBurney (+) y Blumberg (+).

Neurológico: Irritado, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

DIAGNÓSTICOS

1. Síndrome doloroso abdominal
2. D/C apendicitis aguda

PLAN DE TRABAJO

- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo, exámenes bioquímicos, examen de orina y PCR
- Ecografía abdominal

TRATAMIENTO

- Apendicectomía laparoscópica

El resultado de la ecografía abdominal se encontró hallazgos que sugerían un cuadro de apendicitis aguda. Dentro de los exámenes de laboratorio se evidenció leucocitosis y PCR elevado.

Caso clínico N°2

Paciente varón de 49 años refiere que 12 horas antes presentó dolor a nivel abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio de tipo cólico de intensidad moderada, sin irradiación, aumentando el dolor con la ingesta de comidas copiosas, asociado a náuseas, vómitos dos oportunidades de contenido alimentario y sensación de alza térmica, el cuadro persistió motivo por el cual acude a tópico de cirugía.

Antecedentes patológicos: Apendicetomía hace 7 años, pancreatitis hace 2 años, hipertensión arterial con tratamiento con Losartan 50 mg cada 12 horas.

EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: PA 125/65, FR 19, FC: 78, T°: 38.1 SatO₂:99%

Peso: 92kg, talla: 1.67 cm

Piel y TCSC: tibia, turgente, elástica, llenado capilar <2 segundos, no ictericia.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de moderada intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores.

Abdomen: Plano, ligeramente distendido, incisión de McBurney a nivel de fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a nivel de hipocondrio derecho, signo de Murphy (+), no visceromegalia, no signos peritoneales.

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos defocalización, no signos meníngeos.

DIAGNÓSTICO

1. D/C colecistitis aguda
2. D/C coledocolitiasis

PLAN DE TRABAJO

- Ecografía abdominal
- Exámenes de laboratorio: Hemograma completo, Bilirrubinas directas e indirectas, PCR
- Manejo analgésico
- Manejo antibiótico
- Hospitalización
- Programación para colecistectomía laparoscópica

Los resultados de los exámenes auxiliares se evidenciaron elevación de los niveles de leucocitos y PCR. A nivel ecográfico se encontró un colédoco de 7mm, vesícula biliar de 125x45cm, pared engrosada de 12mm, múltiples cálculos entre 5mm a 12 mm, barro biliar.

GINECOBSTETRICIA

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 34 años refiere dolor abdominal tipo contracción uterina desde hace 1 día, de intensidad 4/10 con una frecuencia de 115 por minuto. Paciente niega: síntomas premonitorios de preeclampsia, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico y percibe movimientos fetales

Antecedentes: Niega antecedentes patológicos.

Ginecológicos:

Menarquia: 14 años, FUR: no refiere, Régimen catamenial: 4/irregular, MAC: niega. Fórmula obstétrica: G4P3003.

ABEG, ABEH, ABEN

PA: 103/52mmHg, FC: 68x', FR: 18x', T°: 36.4°C, Talla: 1.57 cm, Peso:

47 kg

Examen físico:

Piel y mucosas: Turgente, elástico, hidratado, llenado capilar menos de 2 segundos.

TCSC: No edemas

Sistema linfático: No adenopatías.

Sistema respiratorio: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Sistema cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Útero gravídico, AU: 38CM

- Feto 1 SPP: Longitudinal cefálico derecho, Latidos cardiacos fetales: 140 latidos por minuto.
- FETO2 SPP: Transverso, Latidos cardiacos fetales: 132 latidos por minuto.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Tacto vaginal: Dehiscente: 1 dedo B:20% AP: 4 MO: NE

Sistema Nervioso: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona.

Diagnóstico:

1. Multigesta 32 3/7 semanas ecografía del II trimestre/ alppt
2. Embarazo gemelar biamniótico bicoriónico
3. Vulvovaginitis
4. Paridad satisfecha
5. D/c infección del tracto urinario
6. Anemia moderada
7. Delgadez

Plan de trabajo

- Exámenes de laboratorio
- Examen de orina
- Monitoreo fetal.

Caso clínico N°2

Paciente mujer de 71 años refiere molestias y sensación de bulto a nivel de canal vaginal desde hace 17 años aproximadamente. Hace 3 meses se presentó asociado a pérdida de orina al realizar la maniobra de Valsalva (al momento de toser, pujar o subir escaleras). Además, se agrega sensación de escape de orina antes de llegar al baño, motivo por el cual acude al servicio de ginecología.

Antecedentes:

- Patológicos: Hipertensión arterial con tratamiento con Losartan 50 mg cada 12 horas. Infección de tracto urinario a repetición.
- Ginecológicos: Menarquia: 15 años, Fecha de última regla: 48 años, Régimen catamenial: 5/28, Fórmula obstétrica: G6P3033, Métodos anticonceptivos: Ampolla de los tres meses (por cuatro años), 1° relación sexual: 18 años, Última relación sexual: una semana previa, Número de parejas sexuales: 2.

AREG, AREH, AREN

Funciones vitales: PA 125/70, FR 19, FC 75, T°: 36.3, SatO2 97%

Peso: 81 kg, talla: 1.61.

Examen físico

Piel: turgente, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a nivel de la palpación a nivel de hemiabdomen inferior.

Genitourinario: PPL (+), PRU (+).

Especuloscopia: Orificio cervical externo cerrado, cuello atrófico, flujo vaginal blanquecino, no evidencia de sangrado. Protrusión del compartimiento anterior hasta el introito. Mucosa vaginal humectada.

Diagnóstico:

- Distopia genital grado II: Prolapso del compartimiento anterior
- D/C infección de tracto urinario
- Incontinencia urinaria: D/C cuadro mixto
- Vulvovaginitis atrófica

Tratamiento

- Examen completo de orina
- Urocultivo
- Clindamicina/clotrimazol 100/100mg 1 óvulo intravaginal por 7 días
- Cambio de estilo de vida

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza

El hospital pertenece al distrito de Centro de Lima, exactamente en la Av. Alfonso Ugarte 848 perteneciente al régimen del MINSA. La historia del establecimiento inicia en el año 1549 mediante el arzobispo del Perú llamado Jerónimo Loayza (2).

En la actualidad, es un centro de referencia de categoría III-1 en nuestro país, cuenta con los servicios de atenciones de estrategias sanitarias, consultorio externo, atenciones de emergencia, intervenciones quirúrgicas, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados coronarios, pabellón para la realización de exámenes de laboratorio, procedimientos médicos, pabellón para estudios de imágenes, en emergencia tienen un equipo para realizar tomografías computarizadas, centro de hospitalización para diferentes servicios como cirugía general, ginecología, pediatría, neonatología, medicina interna y otras especialidades (2).

Dentro de las hospitalizaciones, el servicio que cuenta con más camas es medicina interna con 28.32 % de las 536 operativas en el año 2020 debido a la Pandemia por el COVID-19, seguido de las otras especialidades quirúrgicas con un 14.55%. Se debe tener en cuenta que el común denominador de la mayoría de las causas de morbilidad en este nosocomio es la enfermedad por Covid 19 e insuficiencias respiratorias agudas.

Las morbilidades en Hospitalización Cirugía General más frecuentes fueron:

- Apendicitis aguda
- Cálculo de conducto Biliar con colecistitis aguda
- Apendicitis aguda con absceso peritoneal
- Colecistitis aguda
- Hernia inguinal unilateral no especificada

En el servicio de ginecología:

- Leiomioma
- Otros quistes ováricos
- Prolapso útero vaginal incompleto
- Embarazo ectópico
- Tumor maligno de la mama

Las morbilidades en Hospitalización en obstetricia más frecuentes fueron:

- Parto único espontáneo
- Parto por cesárea
- Complicación relacionada con el embarazo
- Pancreatitis aguda
- Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo

Las morbilidades en Hospitalización medicina interna más frecuentes fueron:

- Insuficiencia Renal crónica
- Infección de las vías urinarias
- Pancreatitis Aguda
- Accidente cerebral encefálico
- Celulitis en otra parte de los miembros

Las morbilidades en Hospitalización Neonatología más frecuentes fueron:

- Recién nacido pre término
- Ictericia Neonatal
- Sepsis bacteriana del recién nacido
- Feto y recién nacido afectados por enfermedades renales y vías urinarias de la madre
- Hipoglicemias neonatales

Las morbilidades en Hospitalización y emergencias más frecuentes fueron: dolor abdominal e infección del tracto urinario (2)

El objetivo de este hospital es impulsar la docencia e investigación en el sector salud. Esto por su parte lo convierte en uno de los hospitales más solicitados y se encuentran una diversidad de casos enriqueciendo la formación del personal de salud.

2. Centro de Salud San Miguel “Manuel Bertorini Jordan”

El establecimiento de salud fue fundado el 14 enero de 1967, por habitantes de la comunidad, catalogado como de Gota de leche. (3)

Pertenece al distrito de San Miguel, categorizado como un establecimiento de nivel I-3 y pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, que forma parte de los 77 establecimientos de salud de Diris Lima Centro. La atención es de 12 horas (8 am a 8 pm) de lunes a sábado. Cuenta con área para el control de pacientes con diagnóstico de Covid 19.

El distrito de San Miguel cuenta con dos establecimientos de salud de primer nivel.

Según ASIS de Diris centro del año 2020, la población de San Miguel cuenta con 177.372. La morbilidad es de 100.7 y la mortalidad de 4.8 por cada mil habitantes. Dentro de los problemas de salud más importantes según este estudio fue faringitis aguda, obesidad y rinofaringitis aguda respectivamente (Anexo 1) (4).

Otro problema importante a nivel nacional son los casos de tuberculosis. Según la estadística del año 2021, los casos de tuberculosis de tipo sensible son de 45, 5 pacientes con tuberculosis multidrogorresistentes (MDR) y 01 pacientes tuberculosis extremadamente resistente (XDR).

Es importante mencionar que el centro de salud San Miguel se afectó al igual que otros establecimientos de salud declarándose en estado de emergencia sanitaria convirtiéndose en centro COVID con el fin de brindar la atención médica, como pruebas diagnósticas y una vez identificado al paciente con el diagnóstico, reportando estos casos con el fin de hacer seguimiento.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

MEDICINA INTERNA

El caso número uno, se trata de una hemorragia digestiva alta. Es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes a nivel intra y extra hospitalario generando una alta morbimortalidad. Se divide en hemorragia digestiva alta y baja si la lesión se encuentra proximal o distal al ángulo de Treitz respectivamente. La presentación más frecuente en hospitalización son las hemorragias digestivas altas. La clínica se caracteriza por la presencia de melena (deposiciones negruzcas alquitranadas con mal olor), hematemesis (vómitos sanguinolentos de color rojo o posos de café). Sin embargo, no todos los casos de melena son de causas altas, porque en un pequeño porcentaje puede ser causa de un problema bajo por un tránsito intestinal lento. Además, se debe distinguir si las deposiciones negras son melena o pseudomelena cuya causa son medicamentos o alimentos (5).

Por eso se debe realizar una buena historia clínica descubriendo las causas de este sangrado. En el caso de la paciente tiene antecedente de hemorragia digestiva alta. Además, tiene un dato importante es la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos para calmar el dolor lumbar que presentó semanas previas al ingreso. Otros datos relevantes fueron la melena y anemia severa. Existen diferentes escalas para medir este cuadro. Sin embargo, hay evidencia que previo a un procedimiento endoscópico se debe aplicar la clasificación de Blatchford. Esta clasificación incluye diferentes puntos como niveles de urea, hemoglobina, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, presencia de melena, síncope, enfermedad hepática e insuficiencia cardíaca. Esta paciente contó con un puntaje mayor de 2, siendo candidata para la endoscopia digestiva alta (6). Previo a este procedimiento, evaluando que la causa del problema es no variceal, se administran inhibidores de bomba de protones como omeprazol 80mg endovenoso en bolo, luego cambiar a 40mg cada 12 horas o

infusión de 8mg/hora (6).

Según las guías prácticas, para el manejo de estos cuadros se utilizan ciertos algoritmos (anexo 2). Para esto se debe estabilizar al paciente hemodinámicamente, una opción es la fluidoterapia. Si presenta niveles de hemoglobina menores de 7 sin patología cardiovascular o valores menores de 9g/dL con Patología cardiovascular se recomiendan transfusión de paquetes globulares. Esta paciente presentó la primera situación, motivo por el cual se le transfundió dos paquetes globulares. El objetivo post transfusión es tener valores entre 7 a 9, en esta paciente se elevó hasta 9.4 (5). Con respecto a la endoscopia, no se evidencia sangrado activo.

El segundo caso clínico, es una paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología biliar, cuyos resultados que confirmarían el cuadro son a nivel de laboratorio los niveles de amilasa elevados (2059), bilirrubinas directas de 1.43, transaminasas elevadas (TGP: 1345, TGO: 1430). A nivel ecográfico, un colédoco de 12mm con lito en su interior de 7mm más una colelitiasis.

Este cuadro es una de las causas más frecuentes de hospitalización. Los casos leves se presentan en gran porcentaje, la tercera parte de los cuadros son moderados y el resto de los casos son graves. Esta enfermedad se complica con falla multiorgánica. Las estadísticas a nivel mundial oscilan entre 4,9 a 73,4 casos por cada 100 000 habitantes. En nuestra nación, los valores para el año 2009 se presentaron en 28 casos por 100 mil (7).

La causa que se presenta en mayor porcentaje se debe a enfermedades de causa biliar. Existen diferentes revisiones, una de ellas se llevó en Atlanta en el año 2013, clasificando la pancreatitis en leve, moderado y severa de acuerdo con el grado de falla multiorgánica y complicaciones sistémicas (7).

No obstante, se han realizado diferentes escalas para cuantificar el cuadro de pancreatitis. Entre estas escalas encontramos a Ranson, APACHEII, BISAP, entre otros (7). Según la asociación americana de gastroenterología, estos carecen de nivel de evidencia alto reflejando

poco impacto en los casos de la práctica médica (8). Por lo tanto, la presencia de la clínica, los exámenes de laboratorio y el incremento de los niveles de la amilasa o lipasa tres veces o más del valor normal nos indica un cuadro de pancreatitis aguda (9).

Como manejo, las guías demuestran un beneficio con la administración de líquidos, la alimentación oral temprana y la nutrición enteral en vez de la nutrición parenteral (8).

PEDIATRÍA

En el caso clínico 1 se trata de un hiperinsulinismo neonatal. Antes de abordar el diagnóstico, se debe recordar que existe una transición de la vida fetal el cual dependía netamente de la madre al momento del nacimiento generando una hipoglicemia transitoria durante las primeras horas posterior al parto cuyos valores no deben ser menores de 40 (10). Según la guía de práctica clínica del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja para considerar hipoglicemia neonatal se considera como punto de corte valores menores de 45 mg/dL (10). Valores que cumplían con esta paciente (Hemoglucoest de 20mg/dl). Entonces existen diferentes causas ya sea por incremento de la utilización o por inadecuado aporte de glucosa (10).

Por lo tanto, la causa de esta paciente es por un hiperinsulinismo congénito. Este consiste en una hiperfunción de las células beta del páncreas por un aumento de las células o de la función provocando hipoglicemias persistentes (más de cinco a siete días) (10).

Según Salomón Estébanez, para el manejo de hipoglicemia severos se considera un máximo de VIG entre 15 a 20 mg/kg/min (11). Si se aplica en el caso, se le administro 18 mg/kg/min con controles posteriores de HGT 146-122-78-99.

El tratamiento de estos casos representa un desafío. El objetivo es elevar la glicemia a valores mayores de 65mg/dl evitando daño

neurológico. La forma de elevar los niveles incluye la administración de glucosa exógena o incrementando la formación de glucosa endógena mediante medicamentos como el glucagón favoreciendo a la glucogenólisis y gluconeogénesis. Otro mecanismo es inhibiendo la acción de la insulina en las células beta del páncreas con análogos de la somatostatina como el octreotide o diazóxido, ambos de gran utilidad en estos pacientes (11). El manejo de este caso fue con octreotide. Si bien es una buena alternativa, no se debe dejar de lado los efectos adversos. En un estudio, se asociaron a cuadros de enterocolitis necrosante mortal en los lactantes pequeños (12). Aunque en un inicio se pensó que suprimía el crecimiento, los últimos estudios muestran que no tiene un efecto clínicamente relevante sobre el crecimiento lineal (13).

El caso número dos de pediatría se trata de un paciente con hiperplasia suprarrenal congénita. Según NTS R.M. N.º 558-2019/MINSA, es considerada una enfermedad al momento de nacer por déficit de la enzima 21-hidroxilasa, afectando la corteza suprarrenal, específicamente a nivel de los glucocorticoides. La manifestación clínica más llamativa es el mal desarrollo de los genitales externos y puede complicarse con trastornos hidroelectrolíticos y shock (14).

La forma clásica se debe por el déficit de la 21-hidroxilasa; sin embargo, esta se subdivide en dos tipos: Virilizante simple y perdedora de sal. Desde el nacimiento los genitales ambiguos están presentes en las niñas, además de alteración en los niveles de virilización, útero aparentemente normal pero el desarrollo de la vagina se encuentra alterado (14).

Embriológicamente, en las primeras seis semanas gestacionales, los embriones masculinos y femeninos son indiferenciados, comienzan formando los conductos paramesonéfricos (conductos de Müller) y los conductos mesonéfricos (conductos de Wolff), la falta de expresión del gen SRY ubicado en el cromosoma permite que quede como remanente estructuras femeninas. En cuadros patológicos, tiene un papel importante en el desarrollo anormal de la vagina, ya que está

estrechamente relacionado con los conductos paramesonéfricos o de Müller y seno urogenital (15).

En la mayoría de los casos las presentaciones no clásicas se diagnostican en la adolescencia (14). Este consiste en presentar disminución de peso, vómitos, anorexia, aumento de la sed, vómitos, debilidad, coma provocando disminución de los niveles de sodio y glucosa y aumento del potasio como trastorno hidroelectrolítico. Los niveles hormonales de 17OHP, androstenediona, testosterona, DHEA y ACTH se encuentran elevados; mientras que los niveles de cortisol y aldosterona están disminuidos (16).

El tratamiento de este cuadro es con fluorhidrocortisona por vía oral. Por ser lactantes como la paciente, requiere de mayores dosis entre 0.1 a 0.2 mg/día. Si hubiera sido lactante mayor o niña, la dosis sería 0,05-0,1mg/día. En los primeros meses se administran suplementos de cloruro sódico oral (2-4mEq/kg/día) fraccionado en varias tomas hasta que comiencen con alimentación complementaria. El manejo en nuestra paciente con salbutamol se debe por el cuadro de hiperkalemia severa que presentó (17).

CIRUGÍA GENERAL

En el primer caso clínico se refiere a un paciente varón que acude al tóxico de cirugía por cuadro de dolor abdominal como principal síntoma. Lo que llama la atención es la secuencia del dolor ya que inicio a nivel de mesogastrio y luego se irradió hacia la fosa iliaca derecha, esto podría impresionar la cronología de Murphy por la migración del dolor abdominal hacia la fosa iliaca derecha (18). Además, se agregaron otras manifestaciones clínicas como hiporexia, náuseas, vómitos y sensación de alza térmica. En el examen físico a nivel de abdomen se detecta dolor después de descomprimir bruscamente a nivel del cuadrante inferior derecho sugestivo de signo de Blumberg, el cual puede sugerir irritación peritoneal (19). Un signo importante en este paciente es Mc Burney positivo que es sugerente un cuadro de apendicitis.

En las emergencias quirúrgicas, la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, para ello se requiere un diagnóstico adecuado para una pronta intervención. La clasificación más conocida para evaluar el grado de apendicitis del paciente es La puntuación de Alvarado modificada permitiendo diferenciar de otras causas de dolor a nivel del abdomen. Se evalúan los signos, síntomas y exámenes de laboratorio (ver anexo 3). La interpretación de la escala es un puntaje menor de cuatro aleja un cuadro de apendicitis; mientras uno mayor o igual a 4 se realizan mayores exámenes para identificar si la causa se debe a una apendicitis (20).

Aunque, no es la única escala para evidenciar este diagnóstico, existen otras como la escala AIR (apendicitis inflammatory response) y RIPASA (21). Para ello, los exámenes auxiliares y de imágenes son de gran ayuda para el diagnóstico. La prueba de elección es la tomografía computarizada. Sin embargo, previo a este examen, primero se evalúa si hay signos imagenológicos que sugieran apendicitis en la ecografía. En puntaje del paciente en la escala de Alvarado fue de 6, ampliando el estudio con exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal. El resultado de la ecografía informó un engrosamiento de la pared apendicular de 7 mm, acumulo de líquido en la zona del cuadrante inferior derecho y ecogenicidad de la grasa que cubre el apéndice. El tratamiento fue realizar la apendicetomía laparoscópica, previo al ingreso del paciente se deben completar requisitos preoperatorios. Estos cuadros son operaciones de prioridad por ser una emergencia que se puede complicar con perforación (24).

Es importante evidenciar la clínica de este cuadro con una buena anamnesis y examen físico porque un diagnóstico tardío puede tener mal pronóstico para los pacientes.

En el segundo caso, era un paciente con un cuadro de colecistitis aguda. Como causas de la inflamación de la vesícula biliar esta la edad, el sexo femenino, y la obesidad. Otros estudios incluyen la

paridad y uso de anticonceptivos orales combinados (22).

Para el diagnóstico se utilizan los criterios de Tokio. Según la última guía del año 2018, consideran tres puntos: signos de inflamación local, sistémica y hallazgos imagenológicos (ANEXO 4). Si lo aplicamos en este paciente cumple con los tres criterios. Como signos de inflamación local se encontró dolor a nivel de cuadrante superior derecho y signo de Murphy positivo; como signos de inflamación sistémica, fiebre y PCR elevado y los hallazgos de imágenes se encontraron signos característicos de colecistitis aguda (23).

Las complicaciones más frecuentes de las lesiones de las vías biliares se encuentra el Íleo Biliar, Síndrome de Mirizzi, Coledocolitiasis Sintomática, Colangitis Aguda (22). El manejo quirúrgico es de elección. Para los cuadros de colecistitis aguda existen dos tipos de abordajes, colecistectomía laparoscópica o convencional (23). La primera opción quirúrgica tiene mayores ventajas como menor dolor después de la operación, menores casos de síntomas como emesis, consumo de analgésico, antieméticos y menor tiempo de hospitalización (24).

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

En el primer caso clínico, presentó anemia moderada, motivo por el cual se le transfundieron dos paquetes globulares subiendo en dos puntos sus niveles. En su examen de orina salió patológico recibiendo antibioticoterapia. Con respecto a la gestación no se presentaron alteraciones en los estudios realizados durante la hospitalización. Fue evaluada por el servicio de hematología sospechando entre un cuadro de anemia carencial frente a una ferropenia. Luego la paciente refiere lesiones papulares y placas eritematosas, asociadas a prurito intenso, a predominio nocturno. Fue evaluada por dermatología refiriendo que eran lesiones propias del embarazo, estuvo con hidrocortisona por 3 días. Luego se elevan los niveles de hemoglobina y pasa a alto riesgo

obstétrico. Después de dos semanas hospitalizada, uno de los estudios de laboratorio presentó elevaciones de los niveles de enzimas sugestivas a un cuadro colestásico (Fosfatasa alcalina y gamma glutamil transpeptidasa). Se le realizó un examen donde los niveles de ácidos biliares se encontraron muy elevados orientando el diagnóstico en colestasis intrahepática en el embarazo.

La colestasis intrahepática gestacional es un cuadro reversible que afecta a nivel hepático, aparece en el último trimestre de la gestación. Al momento que la paciente culmina la gestación suele resolverse el cuadro. Se ha relacionado con problemas en el feto generando prematuridad, líquido amniótico meconial, incremento de cesáreas y óbito fetal. La clínica se presenta con prurito a nivel de plantas y palmas mayormente en las noches, a nivel de laboratorio se elevan los niveles de ácidos biliares mayor o igual a 10 micromoles/l y los marcadores bioquímicos son más sensibles y precoces en esta enfermedad (25).

Para el manejo de estas gestantes, el cambio de dieta genera protección a nivel hepático. Para el manejo farmacológico, se indica el ácido ursodesoxicólico 900mg/día agregado de antihistamínicos de primera generación como la dexclorfeniramina se deberá dar dos comprimidos por día o los de segunda generación como la loratadina instaurándose un comprimido por día (25). En el caso de esta paciente, su edad gestacional se encuentra entre las 24 y 34 semanas, por lo que se recomienda la maduración pulmonar de los fetos con corticoides como betametasona 12 mg, intramuscular una vez al día por dos dosis o dexametasona 6mg dos veces al día por cuatro dosis (26).

El segundo caso clínico se trata de una mujer adulta mayor con un cuadro de distopia, por los factores de riesgo que presenta la paciente como la edad, la multiparidad, obesidad aumenta la probabilidad de presentar este cuadro. Por la clínica impresiona como una infección de tracto urinario al examen físico puño percusión lumbar positiva y

puntos renoureterales, el iniciar antibiótico terapia previa al examen urinario o urocultivo podría enmascarar el diagnóstico.

Según el ACOG, las distopias son la salida de los órganos pélvicos más allá del himen. Esto como consecuencia afecta a los músculos del piso pélvico y otros compartimientos de la vagina. Los factores de riesgo para este cuadro son de tipo no modificables como la paridad, parto vaginal, edad y los modificables como la obesidad y estreñimiento (27).

En esta paciente se presenta la multiparidad, edad avanzada y obesidad como causales.

Para estratificar el prolapso existen dos formas, sistema de Baden-Walker, el cual describe los hallazgos de la distopia de manera clínica y el sistema POP-Q que se utiliza más en la práctica y tiene mayor precisión (ANEXO 5) (27).

Para el manejo existen diferentes alternativas, lo más importante es que la paciente cambie su estilo de vida y baje de peso mejorando significativamente esta enfermedad. De acuerdo con el manejo no quirúrgico, Si existe compromiso del compartimiento apical, una opción es la suspensión del ligamento uterosacro y sacroespinoso. Si el compromiso es de la pared vaginal anterior, el uso de malla de polipropileno mejora anatómicamente, pero se asocia a mayor mortalidad (27).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico 2021 se realiza de manera diferente. El comienzo del internado se postergaba cada vez más, debido a que en esos momentos fueron críticos en la etapa de la pandemia, el hecho de realizar las prácticas ponía en riesgo a poder contagiarse. El inicio del internado para las rotaciones de establecimientos de salud del Minsa fue en el mes de julio, realizando las prácticas en la sede hospitalaria aplicando y desarrollando destrezas y conocimientos con un mayor campo clínico. Una ventaja fue el realizar las cuatro rotaciones en el hospital, situación que no se cumplían en los demás hospitales, Sin embargo, se realizaron menos tiempo de rotaciones, motivo por el cual se aprovechó el tiempo en aprender procedimientos nuevos y aplicar los conocimientos adquiridos. Esto se dio con orientación de los doctores ya sean residentes como asistentes, revisando de manera exhaustiva los diferentes tópicos de sus especialidades y con sus experiencias para poder tenerlas presentes frente a una situación similar aplicando medicina basada en evidencia.

A pesar de que se tenía como precedente del internado de la promoción anterior, Se presentaron mejoras como implementar las medidas de bioseguridad adecuadas, entre ellas los equipos de protección personal tanto a nivel hospitalario como primer nivel de atención.

Con respecto al internado en centro de salud, contaban con ciertas limitaciones, entre ellas la ausencia de servicio de hospitalización, unidad de partos, generando dificultad al seguimiento de la historia natural de la enfermedad de los pacientes. Por otro lado, se dirigían a las medidas preventivas y tratamiento adecuado. Si el centro de salud no podía manejarlo, se dirigía al paciente a un centro de mayor complejidad, en este caso al Hospital Santa Rosa. Además, no se contaban con todos los exámenes de laboratorio, pero se podía realizar estudios como ecografías y radiografías como ayuda diagnóstica imagenológica. Sin embargo, en estos casos lo más importante era realizar el diagnóstico clínico aplicando la semiología.

A diferencia de otros establecimientos de primer nivel de atención, contaba con diferentes especialistas de endocrinología, cardiología, psiquiatría, oftalmología, pediatría, geriatría, medicina física y rehabilitación, gineco-obstetricia.

En la rotación de medicina interna un año previo se contaba con 3 pabellones no-Covid (2, 8-I y 10). Sin embargo, para la última rotación del internado se apertura un pabellón más de medicina (3 I-II) con un total de 16 camas por cada pabellón (2). Fue una decisión importante, porque meses previos se contaba con pacientes con la enfermedad de Covid 19.

En el servicio, se puede integrar más los conocimientos por la variedad de casos en la hospitalización y emergencia por ser un establecimiento con un alto poder resolutivo. En esta etapa es donde se deben afianzar ciertas dudas.

En las rotaciones en el área de Cirugía General no se generaron mayores inconvenientes, porque se pudo realizar las prácticas en las unidades de tópico de emergencia de cirugía, hospitalización de cirugía y sala de operaciones. Algo relevante en los pacientes que llegaban con cuadro sugestivo de abdomen agudo quirúrgico era identificar estos cuadros de manera temprana ya que si no se detectaba pasaban a tener mal pronóstico.

El Servicio contaba con dos pabellones, se realizó las prácticas en el Pabellón 6-I y 6-II, el primero contaba con un promedio de 50 camas compartidas con el servicio de ginecología, el segundo contaba con un promedio de 60 camas (2). El objetivo de estas fueron no solo mejorar las capacidades clínico-quirúrgicas ya sea participar durante las cirugías programadas o en emergencia realizando suturas, sino estar al tanto de la evolución del paciente, que cuenten con sus requisitos prequirúrgicos con el objetivo de realizar un manejo oportuno por parte del servicio de manera conjunta con el personal de la salud. Continuando en el área de hospitalización, se realizaba la historia clínica correspondiente, limpieza de las heridas de los pacientes post operados y se preparaban a los pacientes para su próxima cirugía. Por

otro lado, la rotación de traumatología fue importante para aprender las patologías más importantes que se van a tratar en la práctica médica. Además de tener la oportunidad de aprender de las cirugías programadas.

En el servicio de Pediatría y neonatología, la primera parte fue en el servicio de pediatría y la segunda en el servicio de neonatología. El primero cuenta con Consultorio, Unidad de Monitoreo Pediátrico, Pabellón de Hospitalización, Emergencia pediátrica y de Cirugía Pediátrica. La rotación de neonatología se dividía en Alojamiento Conjunto, Intermedios, UCI neonatal y Atención inmediata del RN (2). En la rotación de Gineco- Obstetricia la dificultad más preocupante fue que el centro de salud no contaba con una sala de partos, por lo que no se tuvo la oportunidad de poder atender partos, lo cual si es un punto en contra de las rotaciones en el primer nivel de atención. Sin embargo, tienen a favor el contar con dos especialistas a pesar de ser un centro de primer nivel siendo de gran ayuda para la prevención secundaria mediante el screening clínico para cáncer de mama y cuello uterino, junto con las obstetras que ayudaban a orientar la atención en los controles prenatales y planificación familiar, como también en la aplicación de las diversas guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

CONCLUSIONES

- El internado de medicina es la etapa más importante en la formación de todo médico porque permite afianzar e integrar los conocimientos y aplicarlos en la práctica.
- A diferencia de otros establecimientos de primer nivel, se tuvo la oportunidad de realizar el internado con diferentes especialidades como ginecología y obstétrica, pediatría, geriatría, oftalmología, endocrinología, cardiología, psiquiatría, medicina física y rehabilitación.
- Las prácticas hospitalarias son importantes por la variedad de casos clínicos y presenta mayor campo clínico, no debe ser exclusivo en el aprendizaje del interno de medicina.
- El manejo del primer nivel se enfoca en las enfermedades más frecuentes en el medio, con el objetivo de aplicar estrategias sanitarias implementadas por el MINSA. Esto permite identificar los puntos positivos y negativos de estas medidas sirviendo como base para la práctica como médico cirujanos durante el SERUMS.
- A pesar de que el centro de salud San Miguel sea de nivel I-3, cuenta con diferentes especialidades enriqueciendo la práctica en el internado.

RECOMENDACIONES

- A pesar de que se continúa con la pandemia, la duración del internado debería regresar a 12 meses a diferencia del internado actual.
- Aunque el internado no se realiza en su totalidad en las sedes hospitalarias, en el primer nivel de salud es importante para poder ver las enfermedades más prevalentes en nuestra práctica médica.
- Las especialidades quirúrgicas deben enfatizarse más en el segundo y tercer nivel de atención, debido a que en el primer nivel de atención difiere el objetivo con respecto al paciente.
- Se debe continuar brindando al interno de medicina los equipos de protección personal, estipendios y seguros de salud.
- La universidad y los establecimientos de salud deben respetar y asegurar que se cumplan los contratos del internado médico.
- Se espera con este trabajo del internado sirva a las futuras promociones con el fin de llevar un internado de la mejor manera y sirva como herramienta para su práctica profesional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>
2. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental HNAL. Análisis de Situación de Salud 2019. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2020.
3. Centro de Salud San Miguel - 3426 | PDF | Hospital | Tuberculosis [Internet]. Scribd. [Citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/134210243/Centro-de-Salud-San-Miguel-3426>.
4. Epidemiología [Internet]. DIRIS LIMA CENTRO. [Citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dirislimacentro.gob.pe/epidemiologia/>
5. Resolución Directoral N° 011-2022-DG/HNAL [Internet]. [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/normas-legales/2715904-011-2022-dg-hnal>
6. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondan A, Zafra-Tanaka JH, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Revista de Gastroenterología del Perú. 15 de mayo de 2018; 38(1):89-102.
7. Jamanca-Milian H, Cano-Cardenas L. Factores pronósticos de severidad en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. RFMH. 15 de enero de 2020; 20(1):14-9.

8. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 1 de marzo de 2018; 154(4):1096-101.
9. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la pancreatitis aguda - UpToDate [Internet]. [Citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
10. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipoglicemia neonatal [Internet]. 2019 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Direccion/RD%20175%20SB%202020.pdf>
11. SALOMÓN ESTÉBANEZ MA. Hiperinsulinismo Congénito: nuevas terapias médicas. *Revista española de endocrinología pediátrica*. 2018; <https://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=455&idlangart=ES>.
12. Treatment and outcomes of congenital hyperinsulinism - UpToDate [Internet]. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcomes-of-congenital-hyperinsulinism?search=hiperinsulinismo&source=search_result&selectedTitle=2~47&usage_type=default&display_rank=2
13. De los Santos La Torre MA. HIPERINSULINISMO CONGÉNITO: REPORTE DE 4 CASOS CLÍNICOS Y RETOS EN EL MANEJO EN UN PAÍS EN VÍAS DE DESARROLLO. *Revista peruana de pediatría*. 2018. 23 de febrero de 2022. VOL 70 N° 02. <https://pediatria.org.pe/revista-de-la-spp/>.

14. Resolución Ministerial N° 558-2019/MINSA [Internet]. [Citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/280743-558-2019-minsa>
15. Medina S C, Aguirre F J, Montecinos G J, Schiappacasse F G. Revisión pictográfica de las anomalías de los conductos de Müller por resonancia magnética. Revista chilena de obstetricia y ginecología. abril de 2015;80(2):181-90.
16. Requelme Cabrera EJ. Hiperplasia suprarrenal congénita, reporte de caso y presentación clínica. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2021 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7180>
17. Rodríguez A, Ezquieta B, Labarta JI, Clemente M, Espino R, Rodriguez A, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con formas clásicas de hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa. An Pediatr (Barc). 1 de agosto de 2017; 87(2): 116.e1-116.e10.
18. Rocha Quintana A, Fernández Suárez O, Rodríguez Larraburu E, Castro Rodríguez C. Valoración de la secuencia de Murphy como elemento clínico de diagnóstico en la apendicitis aguda. MediSur. Abril de 2011; 9(2):81-7.
19. Young P. La apendicitis y su historia. Revista médica de Chile. Mayo de 2014; 142(5):667-72.
20. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation - UpToDate [Internet]. [Citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=criterios%20de%20alvarado%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
21. Polo Urbina MG. Utilidad de las escalas de Ripasa y Air sobre la escala de Alvarado, para el diagnóstico de apendicitis aguda en pacientes atendidos en el servicio de cirugía del

- Hospital José Agurto Tello de Chosica en el periodo 2015 – 2019. Repositorio institucional - URP [Internet]. 2021 [citado 24 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3925>
22. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatrística-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educación Médica*. Julio de 2019; 20(4):199-205.
 23. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018; 25(1):41-54.
 24. Lucena JR. Colectomía laparoscópica frente a colectomía convencional por minilaparotomía. *Cir Esp*. 1 de junio de 2005; 77(6):332-6.
 25. Chambi Chipana DJ. Prevalencia de colestasis intrahepática gestacional Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales 2017-2018. Universidad de San Martín de Porres – USMP [Internet]. 2018 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4988>
 26. Pérez-Escanilla JA, Benavente JM, Moro J, Sánchez-Sánchez MM, García-Robles RM, Leiva A, et al. Preguntas y respuestas en torno a la corticoterapia antenatal. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 1 de junio de 2000; 27(6):212-33.
 27. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. *Obstetrics & Gynecology*. Noviembre de 2019; 134(5): e126.

ANEXOS

Anexo 1

Anexo N°1: Indicadores Sanitarios Generales

Distritos	Mortalidad	Morbilidad	EDA	BA	ITS	VM	SIDA	TBC	Demencia aguda c5	Demencia crónica c5	Sobrepeso c5	Obesidad c5	Demencia de gestantes	Anemia ges	Mortalidad materna	Diabetes	Hipertensión	Violencia	Enf dentales y periodontales	Carril
Breña	8	173.3	8.1	4334.1	6.6	35.6	4	79	30.3	62.2	89	28.3	60	0.5	105.1	9.2	51.5	10.95	31	3
Atari	8.9	89	8.4	2128.8	3.9	21.3	2.8	46.1	11.4	44.9	59.6	19.5	66.7	0.1	160.5	5.6	57.3	5.31	21.9	2
La Victoria	7.8	223.7	17.5	7738.9	8.8	42.5	1.2	238	30.4	78.3	140.9	69.3	49.4	1.1	40.3	10.5	50.1	25.11	98.9	4
Lima	21.9	273.8	13.2	7354.8	12.5	64.4	4.8	159	38.3	78.8	134.1	63.1	89.5	0.5	172.9	4.4	18.8	18.82	39.4	4
Lince	9.8	84.8	14.8	6802.6	4.7	31.9	8	81.6	5.6	2.1	4.1	2.1	20.9	0	0	13.9	49.8	13.56	78.2	3
Magdalena	5.9	191.7	6	5623.3	5.9	28.3	5.5	23.8	27.5	77.6	209.1	28.2	262.4	1.4	0	5.5	137.2	13.45	16.1	3
Miraflores	7.2	45.9	4.7	2616.6	0	33	5.3	35.4	6.4	30.5	69.7	12.4	31.9	0.2	0	2.4	53.7	2.09	99.6	1
Pueblo Libre	6.1	481	6.5	86.2	4.3	36.8	6.1	0	0	0	0	12.3	64.9	0.2	183.9	0	0	0.98	0	1
San Borja	4	11.4	4.5	4975.4	8.3	24.3	0	33.1	61.6	34.7	61.3	24.2	18.3	0.1	0	84.9	112.6	7.43	78.3	2
San Isidro	6.2	34.9	4.9	1301.9	0.2	12.9	1.8	22.1	24.2	56.7	247.8	34.4	22.6	0	0	9.2	12.9	2.52	165.6	1
Surco	2.1	234.3	8	3362	7.4	46.3	4.1	82.6	28.3	108.5	178.1	33	90.3	1.1	106.6	78.8	31.8	33.87	103.1	6
San Luis	4.1	128.4	4.2	4803.1	0.9	22.6	1.7	111	18.5	45.9	61.9	17.3	77.1	0.2	0	22.6	53.8	4.85	57.2	2
San Miguel	4.8	100.7	3.8	3999	4.4	18	3.7	42.8	9.5	68.6	141.6	32.5	42.6	0.4	0	7.4	37.6	3.81	52.7	2
Surquillo	4.7	175.8	8.2	6024.7	9.1	33.9	4.4	89.8	22.4	42.2	71.4	18.9	10.3	0.6	0	12	51.5	10.08	39.7	3
Total	7.3	167.9	8	4138	5.8	31.6	3.8	72.3	18.1	52.2	91.5	28.4	63.2	0.4	56.6	18.8	50.6	10.1	62.7	

Elaboración: Equipo de Epidemiología – DIRISLC

Anexo 2

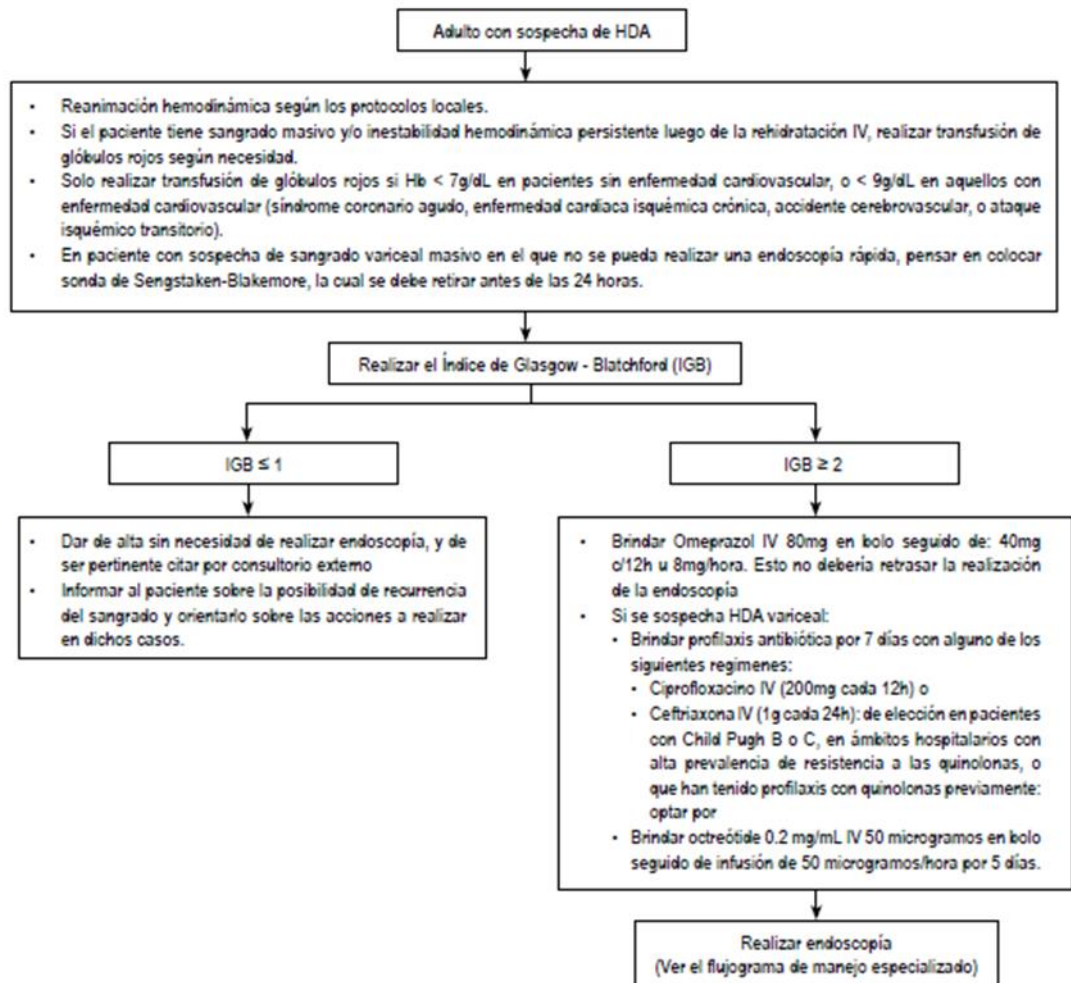


Figura 1. Flujograma de manejo inicial.

Anexo 3

Modified Alvarado score for diagnosis of appendicitis

Feature	Points
Migratory right lower quadrant pain	1
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Tenderness in the right lower quadrant	2
Rebound tenderness in the right lower quadrant	1
Fever >37.5°C (>99.5°F)	1
Leukocytosis of white blood cell count >10 × 10 ⁹ /liter	2
Total	9

Score of 0 to 3 indicates appendicitis is unlikely and other diagnoses should be pursued. Score of ≥4 indicates that the patient should be further evaluated for appendicitis.

C: centigrade; F: Fahrenheit.

Modified from: Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986; 15:557.

UpToDate®

Copyrights apply

Anexo 4

Table 1. TG18/TG13 diagnostic criteria for acute cholecystitis

A. Local signs of inflammation etc. (1) Murphy's sign, (2) RUQ mass/pain/tenderness
B. Systemic signs of inflammation etc. (1) Fever, (2) elevated CRP, (3) elevated WBC count
C. Imaging findings Imaging findings characteristic of acute cholecystitis
Suspected diagnosis: one item in A + one item in B
Definite diagnosis: one item in A + one item in B + C

Cited from Yokoe et al. 5

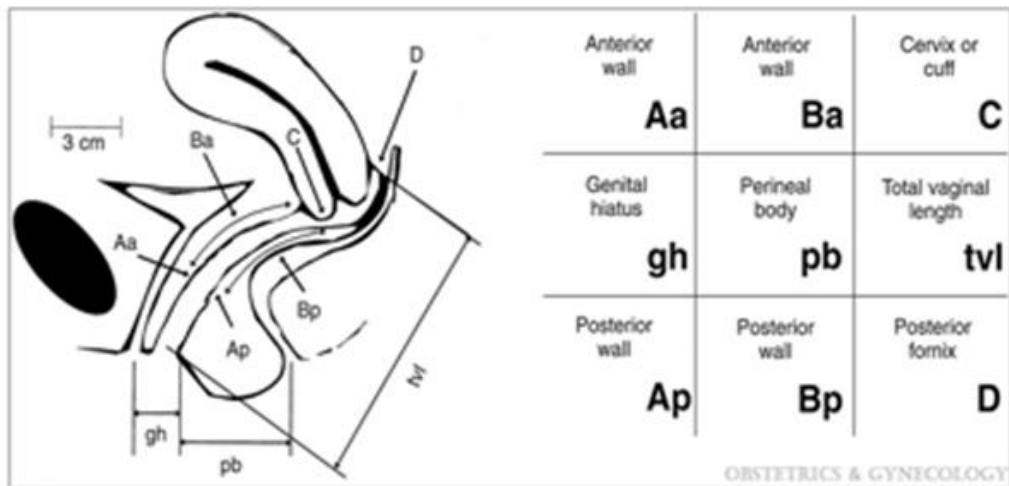
The TG13 diagnostic criteria of acute cholecystitis was judged from numerous validation studies as useful indicators in clinical practice and adopted as TG18 diagnostic criteria without any modification

Acute hepatitis, other acute abdominal diseases, and chronic cholecystitis should be excluded

CRP C-reactive protein, RUQ right upper abdominal quadrant, WBC white blood cell

Anexo 5

Figure 1.



Pelvic Organ Prolapse Quantification System. Nine defined points measured in the midline and relative to the hymen assessed during maximal Valsalva except for TVL: Aa, 3 cm proximal to the external urethral meatus; Ba, most prolapsed portion of the anterior vaginal wall; C, leading edge of the cervix or vaginal cuff; gh, middle of the urethral meatus to the midline of the posterior hymen; pb, middle of the posterior hymen to the middle of the anal opening; tvl, maximum depth of the vagina with prolapse reduced; Ap, 3 cm proximal to the posterior hymen; Bp, most prolapsed portion of the posterior vaginal wall; D, posterior fornix in a woman who has a cervix. (Reprinted with permission from Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker L, DeLancey J, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:10–17.)

Obstetrics & Gynecology 134(5):e126–e142, November 2019.



Copyright © 2022 by The American College of Obstetricians and Gynecologists