

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE PRÁCTICA PREPROFESIONAL DE
INTERNADO MÉDICO
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**CRISTHIAN ALEXIS ESPINOZA ANDAMAYO
SILVANA NICOLE FERNÁNDEZ TAFUR**

ASESOR

ERICK SANDOVAL MALLMA

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE PRÁCTICA PREPROFESIONAL DE
INTERNADO MÉDICO
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**CRISTHIAN ALEXIS ESPINOZA ANDAMAYO
SILVANA NICOLE FERNÁNDEZ TAFUR**

ASESOR

DR. ERICK SANDOVAL MALLMA

LIMA, PERÚ

2023

Jurado

Presidente: Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Cynthia Legna Huby Muñoz

Miembro: Maria Elena Castro Vallejo

DEDICATORIA

A mi madre, Sonia Andamayo Flores, y a mi hermana, Pamela Diaz Andamayo, quienes estuvieron en todo momento apoyándome para seguir y luchar por mis sueños, de la misma forma a mis tíos, quienes también fueron partícipes en mi formación profesional

Cristhian Alexis Espinoza Andamayo

A Dios, por guiarme; a mis padres, quienes han sido mi principal fuente de inspiración para salir y no rendirme.

A mis hermanos, Claudia, Vanessa y Erwin; a mi sobrina, Sofía, pero en especial para mi papá, en el cielo, este logro es para ustedes.

Silvana Nicole Fernández Tafur

AGRADECIMIENTO

A nuestros maestros, por el tiempo brindado, sus consejos y palabras de aliento quienes nos motivaron para luchar por nuestros sueño y nos permitieron capacitarnos como buenos profesionales.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULOS	
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Rotación en Medicina Interna	2
1.2 Rotación en Cirugía General	10
1.3 Rotación en Gineco- Obstetricia	18
1.4 Rotación en Pediatría	27
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ	38
LA EXPERIENCIA	
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	40
3.1 Rotación en Medicina Interna	40
3.2 Rotación en Cirugía General	46
3.3 Rotación en Gineco- Obstetricia	52
3.4 Rotación en Pediatría	58
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	63
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
FUENTES DE INFORMACIÓN	67
ANEXOS	71

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las experiencias y el conocimiento adquirido durante el internado médico en el contexto postpandemia por la COVID-19 en el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el período de mayo 2022 a febrero 2023. Las principales actividades realizadas estuvieron estrechamente relacionadas al ámbito práctico–teórico. Considerando que el establecimiento de salud era nivel III.1 (hospital de aprendizaje), se evidenció una limitación en el manejo que ocasionó retrasos en los diagnósticos y tratamiento de diversas patologías como consecuencia de un abandono en las mejoras de gestión del hospital postpandemia. El presente trabajo se basa en la recopilación de los casos clínicos más resaltantes en las diversas especialidades. Esta investigación pretende consolidar los fundamentos teóricos y prácticos a través de una comparación de la literatura médica actualizada y al mostrar las diferentes limitaciones.

ABSTRACT

The objective of this work is to show the experiences and knowledge acquired during the medical internship in the post-pandemic context because of COVID-19 at Dos de Mayo National Hospital from May 2022 to February 2023. Main activities during the medical internship were closely related to the practical-theoretical field. Considering that the hospital is an level III institution (learning hospital), a limitation in management was evidenced, causing delays in the diagnoses and treatment of several pathologies as a consequence of abandonment post-pandemic hospital management improvements. This document is based on the compilation of the most outstanding clinical cases in some specialties. This research pretends to consolidate the theoretical and practical foundations through a comparison of the recent medical literature and showing different limitations.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DE PRÁCTICA PREPROFESIONAL DE INTERNADO MÉDICO HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2022-2023

AUTOR

CRISTHIAN ALEXIS ESPINOZA ANDAMAYO

RECuento DE PALABRAS

13969 Words

RECuento DE CARACTERES

79361 Characters

RECuento DE PÁGINAS

78 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.3MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 4, 2023 1:53 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 4, 2023 1:54 PM GMT-5

● **16% de similitud general**

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

- 16% 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
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



Erick Sandoval Mallma
Médico Infectólogo Tropicalista
CMP 59225 RNE 28812

<https://orcid.org/0000-0001-9247-5182>

INTRODUCCIÓN

El principal propósito de este trabajo de suficiencia profesional es ser un espacio de conocimiento a través de experiencias y aprendizajes obtenidos en el internado médico realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el período de mayo 2022 a febrero 2023.

El Hospital Nacional Dos de Mayo es una institución de Minsa de nivel III.1 perteneciente a la región y provincia de Lima, ubicado en Cercado de Lima, considerado como un nosocomio de Referencia Nacional y un Centro Principal de Referencia de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Centro, ofrece una atención especializada en las diferentes especialidades médicas.

El internado médico se define como la etapa en la cual el estudiante de Medicina Humana consolida de forma tangible, a través de pacientes, sus conocimientos teóricos-prácticos brindados durante sus primeros años de estudio. Esta atención ofrecida a la sociedad se considera como prácticas preprofesionales obligatorias de la carrera y cumple un rol importante y fundamental en el equipo de salud, que permite participar de forma activa y desarrollar habilidades médico-paciente.

En el Perú, estas prácticas preprofesionales se realizan en el último año de pregrado de la carrera. La distribución se centra en cuatro rotaciones de especialidades en el ámbito hospitalario: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

Las limitaciones encontradas postpandemia, por COVID-19, no han sido impedimento para un desarrollo más profundo de los conocimientos de los estudiantes. Es así, que mediante la adaptación de las nuevas de medidas en el sistema de salud se pudo desarrollar de forma efectiva y exitosa el aprendizaje de los alumnos, basado en enfrentar a diferentes escalas los problemas y situaciones en el ámbito médico.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Medicina Interna

Caso 1: Pancreatitis aguda

Paciente, mujer de 25 años, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 3 meses; episodio actual de 3 días. Refiere dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia a la espalda, acompañado de sensación de dificultad para respirar, náuseas y vómitos en 4 oportunidades. Niega sensación de alza térmica.

Síntomas principales: Dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:120/60 mmHg	FC: 85 lpm	FR: 20 x1	T: 37 °C	SatO2: 99 %	Fio2: 21%	Peso: 75 kg	Talla: 1.68cm	IMC: 26.6
-------------------	---------------	--------------	-------------	----------------	--------------	----------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA +, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho
Murphy (-), PRU (-)
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnóstico diferencial

1. Síndrome doloroso abdominal: d/c pancreatitis aguda

Plan de trabajo

Se solicita ecografía abdominal, amilasa, lipasa.

Interpretación de resultados

Ecografía abdominal	Se observa múltiples imágenes líticas a nivel de vesícula biliar
Pruebas laboratoriales en sangre	Amilasa :1080 u/L Lipasa: 350 u/L

Diagnósticos finales

1. Pancreatitis aguda de etiología biliar

Tratamiento

1. NPO
2. Hidratación endovenosa energética y analgesia
3. Pasa a hospitalización

Seguimiento

Paciente es hospitalizada en Sala Julián Arce, con evolución favorable durante los días, se calma el dolor e inicia alimentación vía oral.

Caso 2: Neumonía adquirida en la comunidad

Paciente, varón de 73 años, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 1 semana, refiere hiporexia, debilidad, tos con expectoración amarillo-verdosa, disnea, vómitos, diarrea (2 deposiciones líquidas sin moco ni sangre por día). Fiebre cuantificada por termómetro axilar, acude por persistencia de síntomas

Síntomas principales: Hiporexia, debilidad, tos con expectoración, disnea, vómitos, diarrea.

Antecedentes personales

- Patológicos: Hipertensión arterial
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:100/60 mmHg	FC: 115 lpm	FR: 27 x1	T: 37 °C	SatO2: 92 %	Fio2: 21%	Peso: 63 kg	Talla: 1.72cm	IMC: 21.3
-------------------	-------------------	--------------	-------------	----------------	--------------	----------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH, parcialmente orientado

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: No uso de tirajes, MV disminuido en hemitórax derecho, crepitantes en base derecha asociado a aumento de vibraciones vocales, soplo tubárico en hemitórax derecho.
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA +, no doloroso a la palpación
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnóstico diferencial:

1. Síndrome dificultad respiratoria:
 - 1.1 d/c NAC
 - 1.2 d/c insuficiencia cardíaca
 - 1.3 d/c atelectasia
2. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
 - 1.1 d/c sepsis punto de partida pulmonar

3. Síndrome febril

Plan de trabajo:

Se solicita hemograma completo, proteína C reactiva, urea, creatinina, glucosa, AGA y Rx tórax.

Tratamiento inmediato:

1. Colocación de vía periférica para hidratación
2. Colocación de cánula binasal a 3 litros

Interpretación de resultados

Pruebas laboratoriales en sangre	Hemoglobina 9,2 g/dL Hematocrito 28 % Leucocitos: 17903 Proteína C Reactiva 40 mg/dL Urea, Creatinina y Glucosa en valores normales
AGA	PH 7,50 PCO2 32 PO2 86 SAT 93% FIO 21%
Radiografía tórax	Patrón intersticial difuso con broncograma aéreo en pulmón derecho.

Diagnósticos finales

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo I:
 - 1.1 Neumonía adquirida en la comunidad
2. Hipertensión arterial crónica

Tratamiento:

Se decide hospitalizar en Sala Julián Arce

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Ceftriaxona 2gr EV c/24 hrs
3. Azitromicina 500mg EV c/24 hrs
4. Enalapril 10 mg VO c/24hrs

5. Metamizol 1 gr EV condicional a T > 38
6. Cánula binasal a 3 litros condicional a Saturación de oxígeno < 92 %
7. CFV + OSA

Seguimiento

Se solicita AGA de control diario para evaluar evolución de paciente, quien presenta mejoría clínica, concluye 10 días de antibioterapia y es dado de alta.

Caso 3: Infección del tracto urinario complicada

Paciente, mujer de 39 años con tiempo de enfermedad de 5 días acude a emergencia por presentar hiporexia, sensación de alza térmica, vómitos, disuria, polaquiuria asociados a estreñimiento y astenia, en las últimas horas se agrega dolor lumbar por persistencia de síntomas, acude a emergencia.

Síntomas principales: Hiporexia, alza térmica , vómitos, disuria, polaquiuria, astenia, dolor lumbar

Antecedentes personales

- Patológicos: Diabetes *Mellitus* tipo 2 (hospitalizada hace 2 años por CAD), ITU a repetición
- Quirúrgicos: Apendicetomía (hace 10 años)
- Familiares: Hipertensión arterial (madre), Diabetes *Mellitus* tipo 2 (padre)
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:110/60 mmHg	FC: 128 lpm	FR: 29 x1	T: 38.5 °C	SatO2: 98 %	Fio2: 21%	Peso: 97 kg	Talla: 1.54cm	IMC: 40.9
-------------------	-------------------	--------------	---------------	----------------	--------------	----------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas, TCSC aumentado
- TyP: MV pasa bien en ACP, no RA
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA +, no doloroso a la palpación
- GU: PPL (+) bilateral
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnóstico diferencial:

1. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
 - 1.1 Sepsis punto de partida urinario
 - 1.1.1 d/c Infección del tracto urinario superior: pielonefritis complicada
 2. Diabetes *Mellitus* tipo 2
 3. Obesidad mórbida

Plan de trabajo:

Se solicita hemograma completo, proteína C reactiva , Hemoglucotest , examen de orina, urocultivo.

Interpretación de resultados:

Pruebas laboratoriales en sangre	Hemoglobina 7.8 g/dL Hematocrito 25 % Leucocitos 18700 Proteína C Reactiva 27 mg/dL Hemoglucotest 480 mg/ dL
Examen de orina	Leucocitos >100 x campo, hematíes 2 x campo, piocitos +3, nitritos +
Urocultivo	Pendiente

Criterios de SIRS: fiebre, taquicardia, taquipnea y leucocitosis.

Diagnósticos finales

1. Sepsis punto de partida urinario: Infección del tracto urinario (Pielonefritis complicada)
2. Diabetes *mellitus* tipo 2 no controlada
3. Obesidad mórbida

Tratamiento:

1. Se indica hospitalización en Sala Julián Arce
2. Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas
3. Insulina NPH

Seguimiento:

Se reevalúa con resultados de urocultivo: *E Coli Blee* resistente, en el antibiograma se evidencia resistencia a ceftriaxona, por lo cual decide rotarse a meropenem 1 gr c/ 8 horas, con el cual paciente evoluciona de manera favorable, culmina tratamiento antibioterapia por 14 días.

Caso 4: Accidente cerebro vascular isquémico

Paciente, mujer de 45 años, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 6 horas por presentar cefalea intensa global asociada a vómitos y disminución de la fuerza en hemicuerpo izquierdo.

Síntomas principales: Cefalea, vómitos, disminución de la fuerza

Antecedentes personales:

- Patológicos: Hipertensión arterial no controlada, Diabetes *Mellitus* tipo 2 no controlada
- Quirúrgicos: Apendicetomía (hace 8 años)
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico:

PA:210/100 mmHg	FC: 108 lpm	FR: 27 x1	T: 37 °C	SatO2: 99 %	Fio2: 21%	Peso: 79 kg	Talla: 1.70cm	IMC: 27.3
--------------------	-------------------	--------------	-------------	----------------	--------------	----------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH, desviación de la comisura labial.

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA +, no doloroso a la palpación
- SNC: pupilas ligeramente mióticas reactivas a la luz, disminución de la fuerza en hemicuerpo izquierdo, escala Glasgow 13/15(AO 3puntos, RV 5 puntos, RM 5 puntos), no focalización, no signos meníngeos.

Diagnóstico diferencial

1. Crisis hipertensiva
2. ACV isquémico vs hemorrágico

Plan de trabajo:

Se solicita hemograma completo, EKG, TAC cerebral.

Interpretación de resultados

Hemograma completo	Hemoglobina 10.8 g/dL Hematocrito 32 % Resto de examen en valores normales.
EKG	Sin alteraciones
TAC cerebral	Múltiples hipodensidades en el parénquima cerebral

Diagnósticos finales

1. Crisis hipertensiva

2. ACV isquémico

Tratamiento

1. Labetalol EV STAT
2. Aspirina 320 mg VO STAT
3. Monitoreo constante de funciones vitales y examen neurológico cada 24 horas

Seguimiento

Paciente es hospitalizada en Sala Julián Arce, continua con tratamiento antiplaquetario y presenta mejoría por lo que es dada de alta a los 10 días.

1.2 Rotación en Cirugía General

Caso 1: Apendicitis aguda

Paciente, mujer de 24 años, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 8 horas refiriendo dolor abdominal tipo cólico en epigastrio que se irradia a fosa iliaca derecha intensidad 7/10 que no cede con analgésicos, añadiéndose horas después náuseas y vómitos, niega sensación de alza térmica.

Síntomas principales: Dolor en fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales

- Patológicos: Asma (uso de salbutamol en crisis)
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Cáncer de mama (madre)
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:100/60 mmHg	FC: 105 lpm	FR: 20 x1	T: 37.3°C	SatO2: 98 %	Fio2: 21%	Peso: 65 kg	Talla: 1.63cm	IMC: 24.5
-------------------	-------------------	--------------	--------------	----------------	--------------	----------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA +, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, Mcburney (+)
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnóstico diferencial

1. Abdomen quirúrgico: d/c apendicitis aguda

Plan de trabajo

Se solicita prequirúrgicos: Hemograma, proteína C reactiva, Grupo y Factor, glucosa, urea, creatinina, Prueba COVID y perfil de coagulación.

Interpretación de resultados:

Pruebas laboratoriales en sangre	Hemoglobina 13.5 g/dL Hematocrito 38 % Leucocitos 19870 Abastionados 12 % Grupo Sanguíneo y Factor: O+ Glucosa 81mg/dl Urea 23 mg/ dl Creatinina 0.5 mg/dl Proteína C Reactiva 28.5 mg/dL Perfil de coagulación sin alteraciones
---	---

Diagnósticos finales

1. Apendicitis aguda no complicada

Tratamiento

Apendicetomía laparoscópica

Seguimiento

Paciente es llevada a SOP, en informe operatorio se diagnostica apendicitis aguda complicada encontrándose líquido purulento de +/- 300 cc y apéndice paracecal perforada en 1/3 proximal, base en buen estado, tolera procedimiento y es enviado a unidad de cuidados post anestésicos.

Caso 2: Obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides

Paciente masculino 58 años, acude a emergencia de cirugía general con un tiempo de enfermedad de 4 días, refiere dolor abdominal difuso de intensidad 4/10 asociado a estreñimiento (no defeca hace 4 días a pesar de haber consumido laxantes), también refiere náuseas y vómitos hasta en 5 oportunidades de contenido alimentario.

Un día antes del ingreso el dolor aumenta en intensidad 9/10 motivo por el cual acude a emergencia.

Síntomas principales: Dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:120/80 mmHg	FC: 97 lpm	FR: 20 x1	T: 37.°C	SatO2: 98 %	Fio2: 21%	Peso: 84kg	Talla: 1.67cm	IMC: 30.1
-------------------	---------------	--------------	-------------	----------------	--------------	---------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas

- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: distendido, RHA (-), doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior
- SNC: LOTEPEG 15/15

Diagnóstico diferencial

1. Síndrome doloroso abdominal:
 - 1.1 d/c abdomen quirúrgico: obstrucción intestinal
2. Síndrome emético
3. Obesidad grado I

Plan de trabajo

Se solicita hemograma, proteínas C reactiva, Grupo y factor, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación, electrolitos séricos y radiografía de abdomen de pie.

Interpretación de resultados:

Pruebas laboratoriales en sangre	Hemoglobina 11.5g/dL Hematocrito 35 % Leucocitos 17963 Abastados 7 % Grupo Sanguíneo y Factor A+ Glucosa 78mg/dl Urea: 40 mg/ dl Creatinina: 0.7 mg/dl Perfil de coagulación, perfil hepático, electrolitos séricos, PCR sin alteraciones.
Radiografía de abdomen de pie	Niveles hidroaéreos en el lado del hemiadomen izquierdo.

Diagnósticos finales

1. Abdomen quirúrgico:

1.1 Obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides

Tratamiento

Colocación de sonda nasogástrica donde se evidencia salida de contenido intestinal, por lo cual se decide intervención quirúrgica.

Seguimiento

Se le realiza laparotomía exploratoria: sigmoidectomía + colostomía a lo Hartman, en el hallazgo operatorio se reporta un sigmoide rotado en su eje +/- 180 grados desde +/- 20 cm del promontorio, con presencia de líquido inflamatorio y colapso de asas delgadas.

En hospitalización se indica antibioterapia, analgesia y deambulacion con faja abdominal, probando tolerancia oral días posteriores donde el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta.

Caso 3: Colecistitis aguda

Paciente, femenino de 35 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 meses, refiere dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad 7/10 que calma cuando descansa y e ingiere dieta blanda y empeora posteriormente a la ingesta de comida grasa, ingresa a emergencia por aumento de dolor 9/10 el cual se irradia hacia la espalda acompañado de náuseas y vómitos de contenido bilioso.

Síntomas principales: Dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Apendicetomía (hace 15 años)
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:110/60 mmHg	FC: 89 lpm	FR: 19 x1	T: 37.°C	SatO2: 99 %	Fio2: 21%	Peso: 70kg	Talla: 1.57cm	IMC: 28.4
-------------------	---------------	--------------	-------------	----------------	--------------	---------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, distendido, RHA (+), doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+)
- SNC: LOTEPE EG 15/15

Diagnóstico diferencial

1. Síndrome doloroso abdominal:
 - 1.1 d/c abdomen quirúrgico
 - 1.1.1 d/c Cólico biliar
 - 1.1.2 d/c Colecistitis aguda
 - 1.1.3 d/c Pancreatitis aguda
 2. Síndrome emético

Plan de trabajo

Se solicita hemograma, proteína C reactiva, Grupo y Factor, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático, amilasa, lipasa y ecografía abdominal.

Interpretación de resultados

Pruebas laboratoriales en sangre	Hemoglobina 13.5g/dL Hematocrito 38 % Leucocitos 13700 Segmentados 75 %
---	--

	Grupo y Factor O+ glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático, electrolitos séricos, PCR sin alteraciones.
Ecografía abdominal	Litiasis vesicular múltiple

Diagnósticos finales

1. Colecistitis aguda litiásica leve

Tratamiento

1. Reposo gástrico
2. Hidratación EV + analgesia (ketoprofeno + metamizol + hioscina)
3. Programar para colecistectomía laparoscópica.

Seguimiento:

Previo a la cirugía se le indica antibioterapia (ciprofloxacino + metronidazol) en los hallazgos postoperatorios se evidencia una vesícula biliar 9x4x3 cm de paredes engrosadas y edematosas. Se continuó antibioterapia por 5 días, y analgesia condicional, dada de alta días después.

Caso 4: Cuerpo extraño en el recto

Paciente, masculino de 34 años acude a emergencia por haberse introducido objeto extraño (desodorante) por el ano, refiere sentir placer al realizarlo y no poder retirarlo, presenta escaso sangrado en región anal.

Síntomas principales: objeto extraño en el ano, sangrado escaso en región anal.

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega

- Alergias: Niega

Examen físico

PA:120/70 mmHg	FC: 97 lpm	FR: 19 x1	T: 37.2°C	SatO2: 99 %	Fio2: 21%	Peso: 79kg	Talla: 1.74cm	IMC: 26.1
-------------------	---------------	--------------	--------------	----------------	--------------	---------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, distendido, RHA (+), no doloroso a la palpación
- Anoscopia: Se evidencia tapa de desodorante, guante limpio sin restos fecaloideos ni sangre.
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnóstico diferencial:

1. Cuerpo extraño en el ano

Plan de trabajo

Se solicita prequirúrgico: hemograma, Grupo y Factor, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, y serológicos e ingreso a SOP para extracción de cuerpo extraño bajo anestesia

Interpretación de resultados

Pruebas laboratoriales en sangre	Hemoglobina 13g/dL Hematocrito 38 % Grupo Sanguíneo y Factor O+ glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, sin alteraciones Serológicos negativos
---	--

Diagnósticos finales

1. Cuerpo extraño en ano

Tratamiento

Extracción de cuerpo extraño en SOP bajo anestesia

Seguimiento

Reporte operatorio: Extracción de cuerpo extraño de aproximadamente 10 cm ubicado en el recto, paciente tolera procedimiento y pasa a unidad de cuidados post anestésicos para recuperación.

1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso 1: Amenaza de aborto descartar aborto en curso

Paciente, mujer de 17 años con tiempo de enfermedad de 10 horas, acude a emergencia por presentar sangrado vaginal abundante, acompañado de dolor tipo contracción, refiere que eliminó “coágulos”, al momento refiere disminución del sangrado, FUR hace 5 semanas, por lo que acude a emergencia.

Sintomas principales: Sangrado vaginal abundante.

Antecedentes obstétricos

- Edad: 17 años
- G2P0010
- CPN: 0
- FUR: hace 5 semanas

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:120/70 mmHg	FC: 81 lpm	FR: 20 x1	T: 36.9°C	SatO2: 98 %	Fio2: 21%	Peso: 70kg	Talla: 1.64cm	IMC: 26
-------------------	---------------	--------------	--------------	----------------	--------------	---------------	------------------	------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA + no doloroso a la palpación
- Especuloscopia: Sangrado escaso por OCE, OCE dehiscente 1dedo
- TV: Útero 9cm AVF, no dolor a la movilización, no se palpan masas en los anexos
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnóstico diferencial

1. Segundigesta nulípara de 5 semanas
2. Amenaza de aborto d/c Aborto en curso

Plan de trabajo

Realizar Ecografía transvaginal y solicitar prenatales.

Interpretación de resultados

ECO TV	Útero AVF +/- 94x44x66mm, anexos normales sin alteración, saco gestacional sin embrión.
Hematología prenatales	Hemoglobina 12.6 g/dL Hematocrito 35 % Leucocitos 5600 Plaquetas 250 000 Urea: 35 mg/dL Creatinina: 0.7 mg/dL Glucosa: 78 mg/dL

	Grupo Sanguíneo y Factor: O+ BHCG: 20 000 mIU/ml VIH no reactivo Hepatitis B no reactivo RPR no reactivo Perfil de coagulación sin alteraciones
--	--

Diagnósticos finales

1. Aborto incompleto

Tratamiento

Preparar a paciente para AMEU

Seguimiento

Paciente es llevada a Centro Obstétrico donde se le ingresa para realizar AMEU, tolera procedimiento, se da de alta a las 4 horas con metronidazol y doxiciclina vía oral por 7 días . Es importante realizar educación sexual integral, la paciente siendo adolescente cuenta con 2 embarazos, la información, prevención y la distribución de MAC son pieza fundamental para evitar embarazos no deseados, adolescentes y de alto riesgo.

Caso 2: Abdomen quirúrgico d/c embarazo ectópico

Fecha 21/11/22 00:02h. Paciente, mujer de 28 años refiere hace 15 días dolor tipo cólico localizado en hemiabdomen inferior, intensidad 4/10, que se presenta intermitente y ha progresado en el transcurso de los días. Se acompaña de sangrado vaginal escaso sin mal olor. 12 horas antes del ingreso refiere intensificación súbita del dolor 7/10 de las mismas características. Presenta además náuseas y un episodio de vómitos de contenido alimentario, por lo que acude a emergencia. Posibilidad de gestación: desconocida.

Síntomas principales: Dolor abdominal, vómitos.

Antecedentes obstétricos

G2P1011

G1: 2010 legrado por aborto incompleto

G2: 2015 cesárea por DCP

FUR 05/06/21 (inicio del sangrado), sin embargo, su régimen catamenial siempre ha sido regular. Niega otros de importancia

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:80/40 mmHg	FC: 128 lpm	FR: 28 x1	T: 36.8°C	SatO2: 98 %	Fio2: 21%	Peso: 72kg	Talla: 1.60cm	IMC: 28.1
------------------	-------------------	--------------	--------------	----------------	--------------	---------------	------------------	--------------

Paciente quejumbrosa, facies y postura antálgica

- Piel y anexos: fría, húmeda, elástica, llenado capilar <2“. Palidez ++, no cianosis.
- TyP: No tirajes. MV pasa bien en AHT.
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles
- Abdomen: RHA(+), dolor severo a la palpación profundo, resistencia abdominal. McBurney (+)
- Genitourinario: Especuloscopia: presenta sangrado residual amarronado, cérvix anterior, OCE cerrado, dolor intenso a la movilización del cuello y anexos.
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnósticos:

1. Abdomen agudo médico vs. quirúrgico
2. Embarazo probable d/c embarazo ectópico vs. aborto
3. Shock hemorrágico Grado 2 por (2)
4. Anemia debida a pérdida de sangre aguda por (2)

Plan de trabajo

Se solicita: hemograma completo, examen de orina, β -hCG cuantitativa, ecografía abdominal, ecografía transvaginal

Interpretación de resultados

Hemograma completo	Hemoglobina 8.2g/dL Hematocrito 25 % Leucocitos 8923 Plaquetas 230000
Examen de orina	No patológico
β-hCG	12960 mIU/ml
Ecografía abdominal	Masa compleja en anexo izquierdo, hemoperitoneo, Meteorismo intestinal incrementado. Resto sin alteraciones
Ecografía transvaginal	Masa quística compleja en anexo izquierdo en características ecográficas altamente sugestivas de embarazo ectópico complicado (aproximadamente 06 semanas 04 días por CRL). Leve a moderada cantidad de líquido libre 20cc (hemoperitoneo). Meteorismo intestinal incrementado. Resto sin alteraciones

Tratamiento

1. Hidratación endovenosa: Cloruro de Sodio 0.9% EV XX gotas por 24 horas
2. Manejo del dolor: Ketoprofeno 100 mg IM STAT
3. Definitivo: Salpinguectomia laparoscópica

Seguimiento

Reporte operatorio: Hora de inicio: 6:50 Fin 7:30. Trompa izquierda: en zona ampular con embarazo ectópico, totalmente dilatada de +/-5x2x2cm de diámetro. Sangrado en cavidad pélvica abdominal: +/-500cc. Se indica manejo del dolor y anemia, evoluciona favorablemente

Caso 3: Cáncer de mama

Paciente, mujer de 52 años, natural de Ayacucho procedente de Surquillo con tiempo de enfermedad de 2 años principalmente caracterizado por tumoración en mama izquierda de crecimiento lento y dolor constante.

Síntomas principales: Dolor en mama izquierda

Antecedentes obstétricos

- G0P0000

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Histerectomía (2007 – miomatosis uterina)
- Familiares: Niega
- Alergias: Penicilinas

Examen físico

PA:110/60 mmHg	FC: 74lpm	FR: 20 x1	T: 37.3°C	SatO2: 99 %	Fio2: 21%	Peso: 59kg	Talla: 1.58cm	IMC: 23.6
-------------------	--------------	--------------	--------------	----------------	--------------	---------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.

- Mama izquierda: tumoración de 6 x 5 cm de diámetro de bordes irregulares, en radio 9 a 2 cm del complejo areola pezón, adherida no móvil, no compromete piel, no se palpa adenopatías
- Mama derecha: Sin alteraciones
- Abd: globuloso, RHA (+) no doloroso a la palpación
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnóstico diferencial

1. Tumoración en mama izquierda d/c cáncer de mama

Plan de trabajo

Solicita hemograma completo, Grupo y Factor , mamografía bilateral, ecografía de mama izquierda, marcador tumoral Ca 15-3.

Interpretación de resultados

Hemograma completo	Hemoglobina 12,5 g/dL Hematocrito 38 % Leucocitos 8523 Plaquetas 346 000 Grupo Sanguíneo y Factor A + CA 15-3 : 980 u/mL
Mamografía bilateral	Mama izquierda presenta asimetría irregular con presencia de múltiples microcalcificaciones en el cuadrante super externo sugestivas de malignidad Mama derecha sin alteraciones
Ecografía de mama izquierda	Mama izquierda en el cuadrante super externo en el radio 10 a 1 cm del pezón se observa imagen de aspecto nodular irregular con contornos no circunscritos, Doppler (+) de aproximadamente 4.2 x 1.8 cm en sus diámetros mayores, asociados a múltiples calcificaciones sugestivas de

	malignidad, en la región axilar se observa 1 ganglio cortical engrosado sugestivo de BI-RADS: 6
--	---

Reevaluación

Diagnóstico por imagen y marcador tumoral sugestivo de cáncer de mama, se solicita BAFF + Biopsia core.

Interpretación de resultados

BAFF de ganglio axilar izquierdo	Hiperplasia linfoide, negativo para neoplasia
Biopsia core mama izquierda	Carcinoma ductal <i>in situ</i>

Diagnósticos finales

1. Carcinoma ductal *in situ*

Tratamiento

Mastectomía total izquierda más biopsia de ganglio centinela

Seguimiento

Paciente es llevada a centro quirúrgico en donde se le realiza mastectomía total de mama izquierda y exceresis de ganglio axilar izquierdo el cual es enviado a anatomía patología, tolera procedimiento y es dada de alta con analgésicos.

Caso 4: Gestante del III trimestre con preeclampsia con criterios de severidad

Paciente, mujer de 23 años, gestante de 30 semanas, con tiempo de enfermedad de 12 horas, acude a emergencia por referida de centro de salud por presentar

dolor en epigastrio, cefalea y tinnitus, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

Síntomas principales: Dolor en epigastrio, cefalea y tinnitus.

Antecedentes obstétricos

- Edad: 23 años
- G3P2002
- CPN: 7
- FUR: 23/07/2022

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

PA:180/90 mmHg	FC: 135lpm	FR: 23 x1	T: 37.°C	SatO2: 98 %	Fio2: 21%	Peso: 78kg	Talla: 1.68cm	IMC: 27.6
-------------------	---------------	--------------	-------------	----------------	--------------	---------------	------------------	--------------

Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, presenta edemas en miembros inferiores.
- TyP: MV pasa bien en AHT
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: AU: 29 cm, LCF: 160
- Especuloscopia: no se evidencia sangrado vaginal, ni perdida de líquido.
- TV: cérvix cerrado corto.
- SNC: LOTEP EG 15/15

Diagnóstico diferencial

1. Multigesta 30 2/7 semanas por Eco I
2. Trastorno hipertensivo del embarazo:
 - a. d/c Preeclampsia con criterios de severidad

Plan de trabajo

Solicitar prenatales, electrolitos séricos y proteinuria cuantitativa

Interpretación de resultados

Hematología prenatales	Hemoglobina 12 .8 g/dL Hematocrito 37 % Leucocitos 5600 Plaquetas 250 000 Grupo Sanguíneo y Factor O+ Serológicos: Negativo Urea, creatinina, perfil hepático, DHL, electrolitos séricos sin alteraciones Proteinuria cuantitativa > 2gr en 24 horas
-------------------------------	---

Diagnósticos finales

1. Multigesta 30 2/7 semanas por Eco I
2. Trastorno hipertensivo del embarazo: Preeclampsia con criterios de severidad

Tratamiento

1. Activar clave azul obstétrica
2. Maduración pulmonar con betametasona 12mg c/24 horas x 2 dosis
3. Vigilancia estricta de presión arterial y signos de alarma

Seguimiento:

Paciente es hospitalizada en centro obstétrico donde recibe maduración pulmonar y se informa a neonatología para conocimiento del caso.

1.4 Rotación de Pediatría

Caso 1: Bronquiolitis aguda

Paciente, femenino de 1 año acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días. Madre refiere que cuadro inicia con alza térmica no cuantificada y deposiciones líquidas (3 veces al día) con pujo, de poca cantidad, sin moco ni sangre. 12 horas antes del ingreso, se agrega dolor abdominal y 3 vómitos de contenido alimentario, motivo por el cual es traído a emergencia. Ampliación de anamnesis: desde hace 3 días presenta tos con movilización de secreciones.

Síntomas principales: Alza térmica, diarrea, dolor abdominal, vómitos y tos.

Antecedentes perinatales

- Parto: eutócico
- F.N: 17/01/22 – 18:19 h
- APGAR: 1'9 – 5'9
- Lugar de nacimiento: Maternidad de Lima
- EG: 38 semanas
- Peso: 3600 g Talla: 48.5 cm
- Grupo y Rh: O+
- Inmunizaciones: completas
- LME: sí
- Alimentación complementaria desde los 6 meses.

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

FC: 98lpm	FR: 40 x1	T: 38.5 °C	SatO2: 93 %	Fio2: 21%	Peso: 10kg
-----------	-----------	------------	----------------	-----------	------------

Paciente en: AREG, AREN, AREH, cianosis perioral al llanto

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: Uso tirajes. MV pasa bien en AHT. crépitos difusos en AHT y sibilantes inspiratorios y espiratorios.
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA ++. Dolor difuso en todo el abdomen. Mc Burney (-)
- Orofaringe: granulosa, eritematosa, no placas.
- SNC: lucido, conectado con el medio, no signos meníngeos

Diagnóstico

1. Bronquiolitis aguda
2. Diarrea aguda infecciosa

Plan de trabajo

Debido a que la mayoría de las causas de bronquiolitis y diarreas agudas infecciosas son de etiología viral, el plan de trabajo es estabilizar al paciente.

Tratamiento

1. Nebulización con solución salina hipertónica
2. Colocación de CBN a 4 litros
3. Aspiración de secreciones a demanda
4. Paracetamol 120 mg/5ml →6 cc VO STAT. Luego, condicional a T>38
5. Simeticona 80 mg/ml →20 gotas VO STAT.
6. Hidratación con SRO según plan A de rehidratación.

Seguimiento

El paciente es dado de alta con indicaciones y explicación de signos de alarma. Es importante que a los padres se les explique que la mayoría de las enfermedades diarreicas y bronquiolitis agudas son causadas por virus, y que el inicio de antibióticos significaría un mayor riesgo de resistencia bacteriana.

Caso 2: Otitis media aguda

Paciente, masculino de 12 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días, refiere que cuadro inicia con fiebre de 39 °C cuantificada por termómetro vía axilar, la cual cedió tras la toma de 1 tableta de paracetamol de 500 mg. 1 día antes del ingreso, se agrega otalgia en el oído izquierdo. Además, vuelve a presentar 1 episodio de fiebre de 39 °C. Debido a la persistencia de síntomas acude a emergencia del HNDM.

Síntomas principales: Fiebre, otalgia

Antecedentes perinatales

- Parto: eutócico
- F.N: 28/07/10 – 10:19 h
- APGAR: 1'9 – 5'9
- Lugar de nacimiento: HNDM
- EG: 39 semanas
- Peso: 3500 g Talla: 49.5 cm
- Grupo y Rh: O+
- Inmunizaciones: incompletas
- LME: sí hasta el año de vida.
- Alimentación complementaria desde los 6 meses

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Diabetes *Mellitus* tipo 2 (madre)

- Alergias: Niega

Examen físico:

FC: 100 lpm	FR: 20x1	T: 37.5 °C	SatO2: 99 %	Fio2: 21%	Peso: 46kg
----------------	----------	------------	----------------	-----------	------------

Paciente en: AREG, AREN, AREH.

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: No tirajes. MV pasa bien en AHT. No ruidos agregados.
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA (+), B/d/no doloroso.
- Oído izquierdo: CAE permeable con presencia de secreción serosa. Membrana timpánica eritematosa sin signos de sangrado. Signo de trago (+)
- Oído derecho: Sin alteraciones
- SNC: LOTEPE, no focalización.

Diagnóstico

1. Otitis media aguda

Plan de trabajo

El tratamiento de la otitis media aguda no complicada es ambulatorio, el paciente fue dado de alta con indicaciones y explicación de signos de alarma.

Tratamiento

1. Paracetamol 500 mg (tabletas) → 1 tableta vía oral condicional a T>38C
2. Amoxicilina 500 mg (tabletas) → 1 tableta vía oral c/8h por 7 días.
3. Control por consultorio externo de su centro de salud.

Seguimiento

El paciente es dado de alta con indicaciones y explicación de signos de alarma. Además, se indica control por consultorio externo en su centro de salud más cercano. Es importante explicarles a los padres la importancia de culminar los 7 días de tratamiento antibiótico, ya que muchas veces ante la mejora clínica los niños no reciben un tratamiento antibiótico completo lo cual conlleva un mayor riesgo de resistencia bacteriana.

Caso 3: Enfermedad diarreica aguda con deshidratación moderada

Paciente, masculino de 6 años, es traído por la madre debido a presentar en las últimas 24 horas, alza térmica, diarrea (5 cámaras) deposiciones líquidas con presencia de sangre y moco asociado a vómitos de contenido alimentario en 3 oportunidades (último vómito hace 20 minutos), refiere haber consumido comida fuera de casa hace 2 días.

Síntomas principales: Fiebre, diarrea, vómitos.

Antecedentes perinatales

- Parto: eutócico
- F.N: 08/09/07
- APGAR: 1'9 – 5'9
- Lugar de nacimiento: Centro Salud Surquillo
- EG: 39 semanas
- Peso: 3789 g Talla: 51 cm
- Grupo y Rh: O+
- Inmunizaciones: completa
- LME: sí hasta el año de vida.
- Alimentación complementaria desde los 6 meses

Antecedentes personales

- Patológicos: Asma (uso esporádico de corticoides: hospitalizado 1 año antes por crisis asmática)

- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Hipertensión arterial (padre)
- Alergias: Niega

Examen físico:

FC: 120 lpm	FR: 28x1	T: 38.5 °C	SatO2: 97 %	Fio2: 21%	Peso: 16kg SC: 0.6
----------------	----------	------------	----------------	-----------	-----------------------

Paciente en: AREG, AREN, AREH, mucosa oral seca, ojos hundidos.

- Piel y TCSC: Tibia, no hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas, signo de pliegue (+)
- TyP: No tirajes. MV pasa bien en AHT. No ruidos agregados.
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA (+), blando, depresible no doloroso, signos peritoneales (-)
- SNC: LOTEP, no focalización.

Diagnóstico

1. Enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación moderada

Plan de trabajo

El tratamiento de la enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación moderada se basa principalmente en hidratar al paciente vía oral o vía parenteral, en este caso es un paciente con criterios de deshidratación moderada (ojos hundidos y mucosas secas), y evaluar si la diarrea es de origen viral o bacteriano, se solicita: hemograma completo, Proteína C Reactiva, Electrolitos (Sodio, Potasio, Cloro) ya que los trastornos hidroelectrolíticos son frecuentes en los pacientes deshidratados, Reacción Inflamatoria en Heces y Coprocultivo

Tratamiento

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000cc

NaCl 20%	40cc	Pasar 300cc/h por 4 horas, luego pasar
KCl 20%	10cc	40cc/h
3. Ondasentron 2.5 mg EV STAT, luego condicional a vomitos
4. Ceftriaxona 800mg EV cada 24 horas
5. Metamizol 400mg EV condicional a fiebre
6. Ranitidina 16mg EV cada 8 horas
7. CFV + BHE
- 8. Interpretación de resultados:**

Hemograma completo	Hemoglobina 11.6. g/dL Hematocrito 35 % Leucocitos 18780 Abastionados 540 Plaquetas 320 000 Proteína C Reactiva < 5 mg/dL Electrolitos en valores normales Reacción inflamatoria en heces +++ Coprocultivo: pendiente
---------------------------	---

Reevaluación a los 30 minutos

1. Se inicia hidratación con SRO según plan A de rehidratación, con buena tolerancia oral.
2. Ceftriaxona 50 mg/ kg/ día cada 12 horas
3. Reevaluación en 3 días en centro de salud.

Seguimiento

El paciente presentó un cuadro de Diarrea Aguda Infecciosa de etiología Bacteriana (disentería), que se evidencio en la clínica (diarrea con moco, con

sangre) y se confirmó con los exámenes de laboratorio, presentando Leucocitosis con desviación Izquierda, además del resultado de Reacción Inflamatoria: positivo, se procede a realizar hidratación rápida al paciente, ya que presenta un cuadro de deshidratación moderada debido a la Diarrea, y además ya que el paciente no toleraba la vía oral, se inició tratamiento Antibiótico vía Endovenosa (Ceftriaxona a dosis de 50mg/kg/día).

Paciente es dado de alta al 3er día de Hospitalización, presentando mejoría clínica, no presentaba fiebre, el flujo diarreico había disminuido y toleraba la vía oral, se explica signos de alarma a la madre.

Caso 4: Faringoamigdalitis aguda

Paciente, femenino de 9 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días, refiere que cuadro inicia con fiebre de 38.5 cuantificada por termómetro vía axilar, la cual cedió tras la toma de antipiréticos, refiere también dolor de garganta que llega a no poder pasar alimentos sólidos.

Síntomas principales: Fiebre, odinofagia

Antecedentes perinatales:

- Parto: distocico
- F.N: 27/01/14 – 10:09 h
- APGAR: 1'9 – 5'9
- Lugar de nacimiento: HNMD
- EG: 38 semanas
- Peso: 3570 g Talla: 49 cm
- Grupo y Rh: A+
- Inmunizaciones: incompletas
- LME: sí hasta el año de vida.
- Alimentación complementaria desde los 6 meses

Antecedentes personales

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega
- Alergias: Niega

Examen físico

FC: 94 lpm	FR: 20x1	T: 37.5 °C	SatO2: 98 %	Fio2: 21%	Peso: 49kg
------------	----------	------------	-------------	-----------	------------

Paciente en: AREG, AREN, AREH.

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no presenta edemas
- TyP: No tirajes. MV pasa bien en AHT. No ruidos agregados.
- Orofaringe: eritematosa, congestiva, petequias en el paladar
- Ganglios linfáticos: Se palpa 1 ganglio linfático a nivel submandibular
- CV: RCR. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abd: globuloso, RHA (+), B/d/no doloroso.
- SNC: LOTEPE, no focalización.

Diagnóstico

1. Faringoamigdalitis aguda

Plan de trabajo

El tratamiento de la faringoamigdalitis aguda es ambulatorio

Tratamiento

1. Paracetamol 500 mg (tabletas) → 1 tableta vía oral condicional a T>38C
2. Amoxicilina 500 mg (tabletas) → 1 tableta vía oral c/8h por 7 días
3. Control por consultorio externo de su centro de salud

Seguimiento

Paciente cumple con los Criterios de CENTOR, es mayor de 3 años, ha presentado fiebre, ausencia de tos, presenta 1 ganglio linfático, y al examen físico, presenta 1 exudado en la orofaringe. Por lo cual cumple con los criterios de CENTOR positivo para una Amigdalitis de etiología bacteriana. El tratamiento de la faringoamigdalitis aguda es ambulatorio

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El proceso de elección para el internado médico se inicia con la propuesta debidamente detallada por parte de la casa de estudio para la selección de las diversas plazas disponibles en los diferentes nosocomios de DIRIS de Lima y provincias. Este procedimiento se realiza bajo el criterio de adjudicar de acuerdo al orden de mérito obtenido por parte del estudiante en su promoción.

La duración de las prácticas preprofesionales es de diez meses desarrollado en el periodo 2022-2023. Se realiza en las principales especialidades médicas del nosocomio: Medicina Interna (3 meses), Cirugía General (2 meses), Ginecología y Obstetricia (2 meses y medio) y Pediatría (2 meses y medio). Es a través de las instrucciones y seguimiento continuo de los asistentes y residentes que se logra obtener un contacto directo con los pacientes. El trabajo conjunto entre médicos e internos logra ser beneficioso para el paciente, el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

Asimismo, en detalle a esta investigación el Hospital Nacional Dos de Mayo se ubica en Av. Miguel Grau 13, en el Cercado de Lima, en el departamento de Lima. Es un nosocomio de categoría III.1 y Centro de Referencia Nacional para diversas patologías y catalogado como el principal hospital de referencia para DIRIS Lima Centro.

Este se encuentra dividido en múltiples departamento tales como Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Especialidades Médicas, Cirugía de Tórax y Cardiovascular y Ondotoestomatología. Además, cuenta con el Departamento de Servicios Auxiliares y Diagnóstico por Imagen conformado por las siguientes especialidades: Patología Clínica y Anatomía Patológica, Banco de Sangre y Hemoterapia, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Diagnóstico por Imágenes, Servicio de Medicina Nuclear, Enfermería, Farmacia, Nutrición y Dietética, Servicio Social, Emergencia y Cuidado Críticos, Cuidados Intensivos, Emergencia y Trauma Shock y Consulta Externa.

Es por ello, es importante destacar que esta preparación es fundamental para el mundo laboral que se enfrentarán los futuros médicos; así como los resultados obtenidos del interno durante este período: elaboración de una historia clínica adecuada, realización de actividades académicas, capacidad de afianzar el vínculo médico-paciente y destrezas clínico–quirúrgica.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Medicina Interna

Caso 1: Pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda es una patología causada por la inflamación del páncreas principalmente, la principales etiologías son los cálculos biliares, el consumo excesivo de alcohol, hipertrigliceridemia (1). (Anexo 1).

Esta patología se divide en: a) pancreatitis aguda leve: no presenta disfunción orgánica y las complicaciones suelen ser locales, b) pancreatitis aguda moderadamente grave: presenta disfunción orgánica transitoria y las complicaciones puede ser locales o sistémicas > 48 horas, c) pancreatitis aguda grave: disfunción orgánica persistente.

Es importante mencionar la clínica característica se basa en dolor abdominal que aumenta con el transcurso de las horas ubicado en el hemiabdomen superior, en cinturón de faja, según la etiología se ha evidenciado que el dolor asociado a cálculos biliares suele tener un inicio rápido y es localizado, por el contrario, el dolor asociado a etiología alcohólica suele ser de inicio lento y mal localizado. En el examen físico, es importante realizar uno adecuado del abdomen en donde se evidenciará dolor a la palpación en el hemiabdomen superior, distensión abdominal, disminución de ruidos hidroaéreos.

El diagnóstico principalmente es clínico–laboratorial, por lo que es importante a toda sospecha clínica solicitarle amilasa, lipasa sérica siendo esta la que presenta mayor sensibilidad ya que aumenta a las 4 -6 horas posterior al inicio de síntomas y permanece elevada hasta 14 días, dentro del apoyo diagnóstico la ecografía abdominal es de gran ayuda ya que es un recurso rápido y al alcance de la mayoría de los centros de salud y/o hospitales. (2)

En el caso clínico presentado es de una paciente, mujer 25 años, con un tiempo de enfermedad de 3 meses que refiere un episodio agudo de 3 días caracterizado por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia hacia la

espalda; clínica característica de pancreatitis aguda, al momento del ingreso y durante la evaluación no presentó criterios de severidad por lo cual el plan de trabajo en emergencia fue solicitar ecografía abdominal donde se evidencia múltiples imágenes líticas en vesícula biliar y laboratorialmente enzima pancreáticas elevadas (amilasa y lipasa), concluye como diagnóstico pancreatitis aguda leve de etiología biliar.

El pilar del manejo de todo paciente con pancreatitis aguda se basa en hidratación, analgesia y apoyo nutricional; la hidratación endovenosa es el tratamiento más eficaz pues diversos estudios han demostrado una disminución significativa de la morbimortalidad asociada a esta patología, respecto a la analgesia se recomienda el uso de opioides pues han demostrado ser seguros y eficaces, el apoyo nutricional básicamente se basa en mantener al paciente en estricto ayuno por lo menos por 48-72 horas ya que esto puede complicar el cuadro, el reinicio de la alimentación debe ser progresiva evaluando la tolerancia del paciente. Es importante un monitoreo estricto por 48 horas para poder el diagnóstico precoz de las diferentes complicaciones (3).

Caso 2: Neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad respiratoria de origen infeccioso que compromete el parénquima pulmonar, generada principalmente por la invasión de patógenos (virus, bacterias, hongos y parásitos) adquiridos en la comunidad, con alta morbimortalidad.

Los principales factores de riesgo asociados son edad avanzada, comorbilidades, hábitos nocivos, hacinamiento, antecedente de patología pulmonar, inmunodeficiencia; dentro de los patógenos más frecuentes detectados son el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o la *Moraxella catarrhalis*, bacterias atípicas como *Legionella* spp, *Mycoplasma pneumoniae* o *Chlamydia pneumoniae*; es importante tener en cuenta el contexto actual y tomar en consideración el SARVSCO2 como causa de neumonía (Anexo 2).

El principal mecanismo de contagio es persona a persona mediante gotitas o por medio de la inhalación de aerosoles, posterior el patógeno coloniza la flora nasofaríngea por lo que hace al parénquima pulmonar susceptible a los diferentes patógenos mencionados, teniendo en consideración la anatomía humana los lóbulos pulmonares inferiores presentan mayor ventilación por lo cual son el principal foco de ataque de los microorganismos.

Dentro de la clínica esta suele ser al principio inespecífica posteriormente se instauran los síntomas respiratorios: tos seca o productiva, disnea, malestar general, síntomas gastrointestinales, los adultos mayores pueden presentar trastorno de conciencia, hiporexia, caídas. En el examen físico, es característico a la auscultación encontrar crepitantes, disminución del murmullo vesicular, roncales y sibilantes.

Dentro los criterios diagnósticos el paciente debe presentar: síntomas de infección respiratorios, exploración física alterada, ausencia de otra causa que explique la clínica; la indicación de hospitalización se basará en diferentes SCORES que se pueden usar sin embargo el más utilizado es el CURB -65 (confusión, Urea > 44, FR >30 , PAS < 90 mmHg o PAD<60 mmHg y edad > 65 años) y el CRB -65 que no tiene en consideración el valor de la urea, un puntaje de 0 : neumonía leve, puntaje 1-2: neumonía moderada requiere hospitalización y puntaje de 3-4: neumonía severa requiere hospitalización UCI.(4)

Es importante tener en cuenta que las imágenes nos apoyarán a la confirmación del diagnóstico, en este caso se recomienda ante la sospecha clínica de neumonía se solicite una radiografía de tórax.

El tratamiento se basará en un monitoreo estricto de funciones vitales principalmente saturación de oxígeno, la elección de antibioterapia empírica dependerá del tipo de germen probable, el riesgo de resistencia y comorbilidades del paciente.

En el caso clínico nos menciona un paciente de 73 años con tiempo de enfermedad de una semana que refiere tos con expectoración amarillento-

verdosa, disnea y síntomas gastrointestinales, al examen físico se ausculta disminución del murmullo vesicular, asociado a aumento de vibraciones vocales, soplo tubárico en hemitórax derecho; presentando un CRB-65 de 2 puntos ya que presenta confusión y edad > 65 años por lo que el diagnóstico es neumonía adquirida en la comunidad con criterios de hospitalización.

Al ingreso el paciente presenta una oximetría de 92 % por lo que como medida inmediata se le coloca CBN a 3 litros, con el cual se evidencia un aumento de la SatO₂, respecto a los exámenes de laboratorio, se puede ver una leucocitosis y en la radiografía de tórax un patrón intersticial difuso con broncograma aéreo en pulmón derecho con los cuales se confirman el diagnóstico planteado.

Caso 3: Infección del tracto urinario complicada

Las infecciones del tracto urinario se dividen en: cistitis (infecciones del tracto urinario inferior) y pielonefritis (infecciones del tracto urinario superior), la patogenia inicialmente comienza con la colonización del introito vaginal por patógenos fuertemente asociados a la flora fecal debido a la continuidad de esta, posterior asciende a través de la uretra hacia la vejiga y a los riñones a través de los uréteres.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran: relaciones sexuales reciente, antecedentes de ITU, diabetes *mellitus tipo 2*, anomalías estructurales de las vías urinarias, el patógeno más frecuentemente aislado es la *Escherichia coli* principal causa de cistitis aguda, sin embargo, existen otros patógenos fuertemente asociados a esta patología como *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella sp.*, *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*.

La clínica en ITU baja se asocia a urgencia, disuria, polaquiuria, olor fétido de orina por el contrario en ITU alta se asocia a: escalofríos, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos.

Los criterios diagnósticos se basan en la clínica mencionada por el paciente, examen de orina patológico y urocultivo en pacientes que se sospeche resistencia al tratamiento empírico.

El tratamiento empírico debe ser iniciado de manera inmediata utilizando los beta lactámicos, sin embargo, si la clínica persiste se debe sospechar de un patógeno resistente y se debe rotar a un antibiótico como aminoglucósidos o quinolonas hasta el resultado del urocultivo, los pacientes que presenta criterios de sepsis o comorbilidades deben ser hospitalizado para una estricta vigilancia (5) (Anexo 3).

El caso clínico es de una mujer de 39 años con tiempo de enfermedad de 5 días con sintomatología urinaria baja, con factor de riesgo de diabetes *mellitus* e ITU a repetición, lo que nos hace sospecha nuevamente un cuadro de infección urinaria muy probable de patógeno resistente. En examen de orina se evidencia > 100 leucocitos por campos, piocitos + y nitritos + lo que nos confirma de ITU complicada asociado a diabetes mellitus 2 no controlada ya que el HGT tomado en EMG da como valor glucosa 480mg/dL, el tratamiento médico es hospitalización, antibioterapia empírica en este caso ceftriaxona 2gr EV c/24 horas y control de glucosa; sin embargo, en hospitalización el resultado de urocultivo nos indica la presencia de *E Coli Blee* por lo que inmediatamente se decide el cambio de esquema terapéutico por meropenem 1gr EV c/8 horas con el cual paciente presenta mejora clínica.

Caso 4: Accidente cerebro vascular isquémico

El accidente cerebro vascular se clasifica en isquémicos y hemorrágico, el primero se origina principalmente por la oclusión de un vaso arterial generando isquémica sin embargo esta suele ser de manera transitoria, el hemorrágico se origina por la ruptura de un vaso sanguíneo generando acumulación de sangre a nivel del parénquima cerebral.

Dentro de las principales etiologías de ACV isquémico son enfermedad aterotrombótica, cardioembolismo, enfermedad oclusiva de pequeños vasos.

La clínica se basará en la localización, extensión y arteria afectada

1. Circulación anterior
 - a. Arteria cerebral anterior: hemiparesia e hipoestesia contralateral a la lesión, disartria, incontinencia urinaria

- b. Arteria cerebral media: hemiplejía e hipoestesia contralateral, hemianopsia homónima, desviación de la mirada, afasia, alteración de la conciencia
- 2. Circulación posterior
 - a. Arteria cerebral posterior: afectación del campo visual contralateral, ceguera cortical, crisis visuales
 - b. Territorio vertebrobasilar: compromiso cerebeloso.

La evaluación inicial se realiza mediante la escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) la cual sirve para evaluar la severidad del cuadro clínico (Anexo 4).

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico suele ser clínico, sin embargo, se solicita TAC para evaluar la localización y extensión de la lesión.

El tratamiento se basará principalmente en medidas de soporte aplicando de manera inmediata el ABC a todo paciente con sospecha de ACV isquémico, protegiendo la vía aérea, además de valorar el uso de oxígeno complementario, la temperatura corporal, la presión arterial y la glicemia.

Se deberá valorar el tiempo de inicio de síntomas para poder emplear el tratamiento adecuado, si este es < 4.5 horas la indicación es trombólisis IV con alteplase 0.9 mg/kg teniendo en cuenta las contraindicaciones como ACV hemorrágico, ACV isquémico < 6 meses, tumores del sistema nervioso central, TEC <3 semanas. Posteriormente, al inicio del tratamiento, se debe vigilar de manera estricta las funciones vitales del paciente y se solicitar TAC control a las 24 horas de inicio.

Si el tiempo es > 4.5 horas el tratamiento se indicará el manejo médico el cual se basará en la administración de antiagregantes plaquetarios dentro de las primeras 24-48 horas del inicio de síntomas (6).

El caso clínico nos presenta una mujer de 45 años con tiempo de enfermedad de 6 horas con cefalea intensa global, asociada a disminución de la fuerza motora de manera súbita, refiere como antecedentes patológicos importante de hipertensión arterial y diabetes mellitus no controlada. Al examen físico se

evidencia desviación de la comisura labial y disminución de la fuerza en hemicuerpo izquierdo, además de una PA 210/100, por lo que se plantea los diagnósticos de crisis hipertensiva y ACV isquémico vs hemorrágico. Se solicita una TAC cerebral donde se evidencia múltiples hipodensidades en el parénquima cerebral, dado el tiempo desde el inicio de síntomas (6 horas) el tratamiento se basó en medidas de soporte, disminución de la presión arterial y el uso de antiplaquetarios.

3.2 Rotación en Cirugía General

Caso 1: Apendicitis aguda

La apendicitis aguda es considerada una de las principales causas de abdomen quirúrgicos en adultos, ocasionándose por la inflamación de la pared apendicular asociado posteriormente a una isquemia localizada pudiendo llegar a generar perforación de esta.

La etiología más común de apendicitis es la obstrucción apendicular está puede ser causada por fecalitos, hiperplasia linfóide, procesos infecciosos o tumores.

Dentro de las manifestaciones clínicas más comunes en el cuadro clínico está el dolor abdominal, manifestación clínica más común, este dolor suele presentar a nivel de epigastrio y luego migra a fosa iliaca derecha; sin embargo, existen otras manifestaciones clínicas las cuales son muy inespecíficas como: náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, malestar generalizado. Al examen físico es importante evaluar adecuadamente el abdomen pues existen diferentes signos físicos que nos orientan al diagnóstico como McBurney: la unión 1/3 medio con los 2/3 internos desde la espina iliaca anterosuperior derecha hasta el ombligo, Rovsing: dolor en fosa iliaca derecha a la presión de fosa iliaca izquierda, Blumberg: dolor a la descompresión de fosa iliaca derecha. En los hallazgos laboratoriales, se encontrará leucocitosis con desviación izquierda.

La escala de Alvarado principalmente es utilizada para evaluar el curso de la enfermedad, en esta se evalúa los siguientes parámetros: dolor migratorio en cuadrante inferior derecho (1 punto), anorexia (1 punto), náuseas o vómitos (1

punto), sensibilidad en el cuadrante inferior derecho (2 puntos), sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho (1 punto), fiebre $>37.5^{\circ}\text{C}$ (1 punto) y leucocitosis de recuento de leucocitos $>10\text{mil}$ (2 puntos). Un puntaje bajo nos orienta a la posibilidad de replantear nuestro diagnóstico, por el contrario, un puntaje alto no indica una alta probabilidad sugestiva de apendicitis aguda por lo cual es indispensable una exploración laparoscópica.

Con respecto a los exámenes por imágenes, la ecografía y la tomografía demuestran alta sensibilidad para el diagnóstico de esta patología.

La apendicitis aguda se divide en no complicada o no perforada, el tratamiento se basará principalmente en una hidratación adecuada, corrección electrolíticas y antibioterapia pre operatoria; la cual nos ayudará a disminuir el riesgo de infección del sitio operatorio, y apendicetomía laparoscópica o abierta, por otro lado la apendicitis aguda complicada o perforada suele presentar clínica más significativa en el paciente por lo que el tratamiento quirúrgico se debe realizar de manera precoz (7).

El caso clínico se basa en una paciente, mujer 24 años con tiempo de enfermedad de 8 horas con dolor abdominal en epigastrio que se irradia a fosa iliaca derecha (dolor migratorio característico de apendicitis aguda), al examen físico abdominal: McBurney(+) dándonos la sospecha clínica de abdomen quirúrgico por apendicitis aguda, diagnóstico confirmado en los exámenes auxiliares donde se encuentra leucocitosis con desviación izquierda, PCR elevado por lo que la indicación inmediata es apendicetomía laparoscópica , en el reporte operatorio se confirma el Diagnóstico de apendicitis aguda complicada por la presencia de líquido purulento de aproximadamente 300 cc debido a la perforación de la apéndice, sin embargo paciente tolera procedimiento y es llevada a sala de recuperación.

Caso 2: Obstrucción intestinal por vólvulo del sigmoides

El vólvulo se define como la torsión de un órgano a través de un eje, sobre su pedículo vascular en el cual a menudo conduce a la obstrucción intestinal. Los sitios más comunes de vólvulo son el colon sigmoides y el ciego.

El vólvulo sigmoides se define como la rotación axial de un segmento de intestino lleno de aire sobre su mesenterio estrecho, el cual conlleva al desarrollo de bridas, produciendo obstrucción y oclusión vascular mesentérica temprana, disminuyendo el flujo vascular del colón generando isquemia tisular, hipoxia y necrosis con las subsecuente perforación y peritonitis (8).

Existen diversos factores que interactúan para la formación de un vólvulo sigmoide, dentro de los cuales, se dividen en necesarios como es el colon sigmoides redundante con un mesocolon de base estrecha; predisponentes: mesocolonitis retráctil, dolicomegacolon andino; y precipitantes: ingesta copiosa de alimentos fermentables, uso crónico de laxantes, embarazo y presencia de masa pélvica.

El vólvulo sigmoides puede ser clasificado:

- Primario: Resultado de una malrotación congénita del intestino
- Secundario: Rotación del colon sigmoide redundante entorno a su meso estrecho por torsión de este.

También puede ser clasificado en:

- No complicado: Sin signos de necrosis
- Complicado: Con signos de necrosis

Clínicamente, el paciente acude por presentar dolor abdominal tipo cólico asociado a náuseas, vómitos, constipación, distensión abdominal y dificultad para eliminar flatos. El 33 % presenta la triada del vólvulo de sigmoides: distensión abdominal, emesis y dolor más constipación. Dentro de los principales hallazgos físicos que podemos encontrar son la distensión abdominal asimétrica y sensibilidad, timpanismo, recto vacío, peristalsis visible.

El diagnóstico principalmente es clínico, sin embargo, los hallazgos radiológicos característicos pueden ayudar a confirmar o descartar otras patologías. (9)

En la radiografía simple de abdomen la clave diagnóstica es el colon dilatado sin haustras con forma de “U” invertida localizado en línea media con dirección hacia cuadrantes superiores. Otro signo característico es el “grano de café” producido por el contacto de las paredes mediales del asa volvulada y las paredes laterales que dan lugar a los bordes del grano. El estudio de elección es la TAC debido a que tiene una sensibilidad de 100% y especificidad >90%; los signos específicos tanto de la tomografía como la radiografía se muestran en el Anexo 5.

El tratamiento para el vólvulo sigmoideo no complicado, la primera acción consiste en efectivizar una colonoscopia diagnóstica terapéutica para poder valorar la viabilidad sigmoidea, así como la detorsión de este.

Si hay imágenes sugestivas de necrosis, información bioquímica de isquemia o la colonoscopia no es accesible, amerita cirugía de emergencia en la cual incluye técnicas no definitivas o definitivas como devolvulación, prexia del sigmoides, mesosigmoidoplastia con anastomosis primaria.

Caso 3: Colecistitis aguda

La colecistitis aguda es una enfermedad caracterizada por un proceso inflamatorio de la vesícula biliar, siendo esta la complicación más común de la colelitiasis, la principal causa de este cuadro es la obstrucción del conducto cístico o del bacinete vesicular (90 %) provocado por un cálculo enclavado.

La presentación clínica más importante para el diagnóstico es la presencia del dolor abdominal ubicado en hipocondrio derecho de forma persistente que puede irradiarse hacia epigastrio, región dorso lumbar derecha y hombro homolateral, asociado a fiebre que es otro síntoma significativo y presencia del signo de Murphy + (10).

La mayoría de los pacientes pueden presentar leucocitosis que van de los 12000 a 15000 a predominio neutrófilos, si estos valores superan los 20000 se debe sospechar de perforación, colecistitis gangrenosa o colangitis.

La ecografía es el estudio imagenológico más útil y sencillo para el diagnóstico, teniendo una sensibilidad del 85-95 %.

Para el diagnóstico se utilizan los criterios de TOKIO en el cual se subdividen en:

A. Signos de inflamación local:

- Murphy (+)
- Dolor en hipocondrio derecho

B. Signos de inflamación sistémica:

- Fiebre
- PCR elevado
- Recuento de glóbulos blancos elevados

C. Hallazgos imagenológico caracterizado por colecistitis aguda

Interpretación:

- Sospechoso: Un ítem de A más uno de B
- Definitivo: Un ítem de A más uno de B más uno de C

Criterios de severidad:

- Grado I (leve): Cuando no cumple criterios de grado II o III
- Grado II (moderado): Presencia de al menos uno de los siguientes:
 1. Glóbulos blancos > 18000
 2. Masa dolorosa palpable en HCD
 3. Duración de síntomas > 72 horas
 4. Infamación local (gangrena, enfisema, abscesos, peritonitis biliar)
- Grado III (severa) falla de órganos:
 1. Disfunción cardiovascular: Hipotensión que requiere de vasopresores
 2. Disfunción neurológica: Presencia de alteración del estado de consciencia
 3. Disfunción respiratoria: PA O₂/FIO₂ < 300

4. Disfunción renal: Creatinina > 2mg/dl, oliguria
5. Disfunción hepática: INR >1.5
6. Disfunción hematológica: Plaquetas <100000

El manejo de una colecistitis aguda radica en suspender alimentación por vía oral asociado al uso de antibióticos para tratar las complicaciones infecciosas como los abscesos y poder prevenir de futuras infecciones de heridas quirúrgicas, el tratamiento definitivo es netamente quirúrgico por medio de la colecistectomía laparoscópica o convencional (Anexo 6)

El cuadro clínico es de una paciente de 35 años con tiempo de enfermedad 3 meses caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho que aumenta de intensidad en los últimos días, asociado a ingesta de comida grasa, clínica que nos orienta a una colecistitis aguda. Al examen físico presenta dolor a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy +, hemograma con leucocitosis y una ecografía donde se evidencia múltiples imágenes líticas a nivel de vesícula biliar confirmando así el diagnóstico planteado. El tratamiento indicado fue la colecistectomía laparoscópica confirmando así el Diagnóstico en el post operatorio.

Caso 4: Cuerpo extraño en recto

Los cuerpos extraños rectales suelen ser un problema clínico que resultan ser todo un desafío para los cirujanos debido a que existen una serie de dificultades para el adecuado tratamiento; son causados por diversos objetos que dan lugar a grados variables de trauma local ocasionando perforaciones o lesiones tardías.

La puerta anal es la principal puerta de entrada, generalmente motivada por el autoerotismo seguido de la oral y con menor frecuencia por migración desde órganos vecinos.

Los cuerpos extraños se clasifican como voluntarios frente a involuntarios y sexuales frente a no sexuales (Anexo 7)

Según la característica del cuerpo extraño se pueden clasificar en

- Fácil agarre: Encontramos elementos cortopunzantes pequeños, huesos, espinas, consoladores, vibradores, velas, frutas.
- Difícil agarre: Corresponden a envases, botellas, tarros, frascos, bombillos, etc.

Clínicamente el diagnóstico suele ser difícil debido a la vergüenza de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia de forma tardía. El síntoma primordial es el dolor anal o constipación.

Las radiografías de abdomen suelen ser los exámenes de elección para hacer el abordaje inicial, permitiéndonos localizar el objeto y estimar el tamaño y la cantidad.

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso 1: Aborto incompleto

El aborto se define como pérdida del producto antes de las 22 semanas de gestación o un peso menor de 500 gr del producto, considerada la principal complicación del embarazo; siendo los cuadros clínicos de aborto retenido (saco gestacional vacío o embrión sin latidos cardiacos) y aborto incompleto (presencia de tejido trofoblástico en útero) la principal indicación para limpieza uterina.

Dentro de la clínica asociada a la pérdida del embarazo principalmente se evidenciará un sangrado activo similar a la menstruación con presencia de diversos coágulos y dolor abdominal tipo cólico. Los factores de riesgo están asociados: edad materna avanzada, antecedente de aborto anterior, comorbilidades maternas, infección, uso de medicamentos.

La etiología principalmente incluye alteraciones cromosómicas, anomalías anatómicas maternas o traumatismo; las alteraciones cromosómicas están presente en la mayoría de las pérdidas < 20 semanas (11).

Se recomienda tener en cuenta y valorar la edad gestacional, sea por FUR confiable o una ecografía transvaginal que nos oriente, para gestaciones < 9 semanas se indica manejo expectante, gestaciones 7 a 14 semanas está

indicado manejo con medicamentos, y >14 semanas la posibilidad de AMEU o legrado uterino.

El manejo con medicamentos está indicado en gestaciones <14 semanas que no presenten contraindicaciones como: embarazo ectópico, alguna comorbilidad importante materna, inestabilidad materna. El medicamento indicado es Misoprostol análogo de prostaglandina E1 por vía vagina, bucal o sublingual. El efecto esperado es un sangrado abundante > 14 días y dolor tipo cólico parecido a la menstruación y los efectos secundarios del medicamento están asociados a síntomas gastrointestinales, no es necesario realizar un control ecográfico posterior.

Por otro lado, la aspiración manual endouterina (AMEU) es un procedimiento en el cual se realiza la aspiración contenido intrauterino mediante una cánula conectado a un aspirador portátil que permite crear vacío de manera manual, considerado un procedimiento rápido, confiable y se realiza de manera ambulatoria (12).

El caso clínico es una paciente de 17 años con FUR hace 5 semanas, tiempo de enfermedad de 10 horas caracterizado por sangrado abundante acompañado de dolor tipo cólico, dado el contexto de presentar FUR hace 5 semanas nos hace sospechar una gestación incipiente a descartar una amenaza de aborto, en la especuloscopia se evidencia un OCE dehiscente 1 dedo, útero 9cm AVF. El plan de trabajo es solicitar BHCG en sangre para la confirmación de la gestación la cual salió positiva y en ecografía se evidencia un saco gestación sin embrión confirmando así el diagnóstico de aborto incompleto.

Por la edad gestacional de 5 semanas se debió realizar un manejo medico sin embargo se optó por la realización de AMEU, procedimiento que la paciente tolero.

Caso 2: Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es definido como la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina (implantación: cervical, intersticial, ovárico y abdominal), siendo la implantación ampular- tubárica la más frecuente.

En incremento de casos tiene como factores de riesgo: la enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico previo, uso de DIU y cirugía tubárica previa.

La clínica principalmente del embarazo ectópico suele estar asociada a una triada clásica: dolor abdominal, sangrado vaginal y amenorrea esta suele aparecer en la semana 6 a 8 de gestación, las molestias normales del embarazo pueden o no estar presentes debido a que los niveles de progesterona, BHCG pueden estar ligeramente disminuidos.

La ruptura de la trompa uterina por embarazo ectópico puede llegar a ser mortal, inicia de manera súbita con dolor abdominal intenso difuso asociado a sangrado vaginal precedido de amenorrea, pérdida del conocimiento. Se debe realizar un examen físico minucioso vigilando de manera estricta las funciones vitales de la paciente.

El diagnóstico de embarazo ectópico se debe sospechar en una paciente con amenorrea, BHCG + y en la ecografía no se evidencia embarazo intrauterino (13).

El caso clínico es de una paciente de 28 años que refiere un tiempo de enfermedad de 15 días asociado a un dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior el cual progresa con el transcurso de los días y sangrado vaginal escaso, no recuerda su FUR.

Al ingreso en emergencia presenta hipotensión arterial, taquicardia y taquipnea además de lucir quejumbrosa y adolorida, en el examen físico se evidencia palidez, dolor abdominal a la palpación difuso, en la especuloscopia sangrado vaginal amanorrado, dolor intenso a la movilización del cuello. Con los datos mencionados podemos sospechar de shock hemorrágico por abdomen quirúrgico y dado que no se cuenta con el dato exacto de FUR la posibilidad de un embarazo ectópico, el plan de trabajo se basó principalmente en prequirúrgicos, ecografía abdominal y transvaginal donde en la reevaluación se confirma gestación por

BHCG + , encontrándose en la ecografía abdominal una masa compleja en anexo izquierdo asociado a hemoperitoneo y en la ecografía transvaginal se confirma la presencia de masa en anexo izquierdo sugestivo de embarazo ectópico complicado de aproximadamente 6 semanas, por lo cual se indica ingreso a SOP inmediatamente para salpinguectomía laparoscópica. Confirmándose, posteriormente, el diagnóstico con el reporte operatorio, de embarazo ectópico en zona ampular del anexo izquierdo + hemoperitoneo.

Caso 3: Carcinoma in situ

Se presenta el caso de una mujer de 52 años con tiempo de enfermedad de 2 años caracterizado principalmente por presentar tumoración en la mama izquierda de crecimiento lento y dolor constante tipo hincada.

Contextualizando el caso clínico presentado es importante reconocer de manera precoz los diferentes síntomas relacionados con el cáncer de mama entre los cuales tenemos (14):

- Hinchazón del seno o alguna parte de este, alteración del tamaño y/o forma
- Formación de hoyuelos de la piel asemejando una cascara de naranja u otra alteración
- Dolor en el seno en el pezón
- Retracción del pezón
- Secreción anormal a través pezón
- Ganglios linfáticos hinchados (axilas, clavícula)

Para un adecuado diagnóstico de una patología mamaria se debe realizar un examen físico minucioso el cual principalmente se basa en dos momentos: inspección y palpación.

Es importante tener en cuenta ciertas recomendaciones al momento de la inspección: principalmente se basará en la observación en donde la paciente se encontrará sentada frente al examinador descubriendo los senos; en la inspección estática evaluaremos principalmente alteración en la forma, volumen,

coloración de la piel y los pezones, esta se realiza con los brazos colgando a lo largo del tórax. Por otro lado, la inspección dinámica se realiza en 3 pasos, el primero se le indica la paciente levantar los brazos por encima de la cabeza, el segundo paso se le solicitara a la paciente colocar ambas manos en las caderas y como último paso se le solicita que se incline hacia adelante, en donde principalmente vamos a observar la presencia de asimetrías.

El segundo momento se enfocará a la palpación la cual se debe realizar de forma suave con la palma de mano o yema de los dedos buscando lesiones en las mamas, axilas o regiones adyacentes (15).

En el caso clínico se al examen físico se encontró una tumoración de 6 x 5 cm de diámetro aproximadamente de bordes irregulares, en radio 9 a 2 cm del complejo areola pezón, adherida no móvil, no compromete piel y no se palpa adenopatías como completo al diagnóstico se solicitó marcador tumoral Ca15-3 el cual está fuertemente asociado a patología maligna de mama.

El siguiente paso para definir el tratamiento y el manejo de la enfermedad será realizar el estadiaje mediante la clasificación TNM, en el cual no se encontró extensión de la enfermedad en cadena ganglionar axilar confirmado por medio de la biopsia core de la mama izquierda, lo que nos orienta y confirma que el Diagnóstico es un carcinoma in situ estadio 0 (Anexo 8).

El tratamiento indicado frente a esta patología es mastectomía total con o sin biopsia de ganglio centinela, esto se evalúa al momento del acto quirúrgico según el compromiso de tejido afectado, el caso clínico presentado se optó por una mastectomía total con biopsia de ganglio centinela en el cual mediante anatomía patología no se evidenció extensión del carcinoma (16).

Caso 4: Gestante del III trimestre con preeclampsia con criterios de severidad

La preeclampsia es considerada un trastorno hipertensivo del embarazo que tiene como definición elevación de la presión arterial asociado a proteinuria

después de la semana 20 de gestación, tiene una alta morbimortalidad materna y mortalidad neonatal asociado a: RCIU, oligohidramnios y prematuridad.

Dentro los factores de riesgo se encuentran: antecedente de preeclampsia, comorbilidades maternas, sobrepeso materno, nuliparidad.

El diagnóstico se basa el PA $> 140/90$ y proteinuria > 2 gr en 24 horas, los criterios de severidad son: PA $> 160/110$ en dos oportunidades, cefalea, escotomas, concentración sérica de transaminasas > 2 veces su valor normal, plaquetas $< 100\ 000$, LDH > 600 , creatinina > 1.1 , edema pulmonar.

Es importante establecer un monitoreo materno-fetal estricto, por lo que es vital conocer la edad gestacional para el manejo adecuado.

El tratamiento se basará en preeclampsia con o sin criterios de severidad, nos enfocaremos en primer lugar preeclampsia sin criterios de severidad, la cual el tratamiento suele ser expectante buscando reducir la PA, por otro lado preeclampsia con criterios de severidad dependerá la edad gestacional de la paciente si es < 34 semanas se indicará hospitalización+ maduración pulmonar + control de presión arterial con tratamiento hipertensivo + tratamiento profiláctico para evitar las convulsiones con sulfato de magnesio; es vital vigilar, frecuencia respiratoria, diuresis y reflejos osteotendinosos para evitar una intoxicación, si la gestación > 34 semana se recomienda la culminación de esta lo antes posible(17).

El caso clínico nos presenta una mujer múltipara de 30 semanas con tiempo de enfermedad de 12 horas refiriendo cefalea, tinnitus y epigastalgia, al ingreso presenta una PA $180/90$ lo que nos orienta a un trastorno hipertensivo del embarazo a descartar preeclampsia con criterios de severidad, es importante tener en cuenta que los exámenes laboratoriales no demuestran daño de órgano ya que todos se encontraron en valores normales.

Al sospechar de una gestante con preeclampsia se activa la clave azul pues está constará de un manejo especializado: reposo absoluto de la gestante, CFV Y MMF estricto, vigilar diuresis mediante colocación de sonda Foley, hidratación

adecuada a la gestante, el control de la PA mediante antihipertensivos, maduración pulmonar de ser el caso y/ o culminación precoz de la gestación. (Anexo 9)

3.4 Rotación en Pediatría

Caso 1: Bronquiolitis aguda

La bronquiolitis aguda es el primer episodio de sibilancias en un niño posterior a un cuadro infeccioso respiratorio alto, principalmente causado por virus sincitial respiratorio; sin embargo, existen otros virus como: rinovirus, adenovirus, coronavirus asociado a bronquiolitis severas que dejará secuelas en el paciente. Dentro los factores de riesgo están fuertemente asociados a: edad < 6 meses, prematuridad, desnutrición, comorbilidades, no lactancia materna, factores sociales de carencia económica.

El diagnóstico es meramente clínico, debiendo cumplir 2 criterios importantes: < 2 años y primer episodio de sibilancias. La clasificación de severidad se determina con la escala tal en donde se evalúa: frecuencia respiratoria, sibilancias, retracciones y cianosis (Anexo 10).

Los principales criterios de hospitalización son: bronquiolitis leve con factores de riesgo, bronquiolitis moderada o severa, bronquiolitis en <1 mes.

El tratamiento se diferenciará según la severidad del cuadro: bronquiolitis leve: alimentación normal, hidratación y fisioterapia respiratoria; bronquiolitis moderada – severa: oxigenoterapia, hidratación adecuada, b2 agonista inhalado, monitorización respiratoria (18).

El cuadro clínico es un paciente de 1 año con tiempo de enfermedad de 2 días, con SAT, diarrea y tos. Al examen físico se auscultan sibilantes inspiratorios y espiratorios, crépitos difusos en AHT; clínica que nos hace sospechar de una bronquiolitis aguda asociada a DAI probable.

Según las escala de TAI la paciente presenta una puntuación de 5: FR 30-50 (1punto), sibilancias espiratorios e inspiratorias audibles con el estetoscopio

(2puntos), retracciones leves (1punto) y cianosis al llanto (1punto), lo que nos indica una bronquiolitis modera de manejo hospitalario.

El tratamiento brindado se basó en 4 pilares fundamentales: hidratación adecuada, nebulizaciones con solución salina hipertónica, oxigenoterapia y aspiración de secreciones a demanda.

Caso 2: Otitis aguda media

La otitis media aguda es una patología común en niños menores de 5 años, definida por el abultamiento de la membrana timpánica. Los factores de riesgo asociados son edad < 12 meses, antecedentes familiares, frecuentar lugar concurridos por otros niños.

Dentro de la patogénesis es importante tener en cuenta el antecedente de una infección viral del trato respiratorio el cual con lleva a una inflamación de la mucosa respiratoria de la nariz, nasofaringe y trompa de Eustaquio, como consecuencia existe una obstrucción del istmo de la trompa de Eustaquio generando una mala ventilación y presión negativa del oído el cual contribuye al crecimiento bacteriano. Los patógenos bacterianos frecuentemente encontrado son: *S pneumoniae*, *H influenzae* y *Moraxella catarrhalis*.

La clínica característica de la patología incluye otalgia, perdida de la audición, drenaje de contenido purulento por el oído afectado. El diagnóstico se basará en una buena historia clínica asociado a evaluación otoscópica donde se evaluará la membrana timpánica y se valorará movilidad, cambios de color y vascularización.

El tratamiento médico se basará principalmente en antibioterapia de manera empírica se indica amoxicilina para la mayoría de OMA el cual se recomienda por 10 días sin embargo debe evidenciarse mejoría clínica al 3- 5 días de lo contrario deberá optarse por cambiar el tratamiento (19) (20).

El cuadro clínico es un paciente de 12 años con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por fiebre y otalgia. Al examen físico en la otoscopia se evidencia

presencia de secreción serosa y membrana timpánica eritematosa en el oído derecho, asociado a signo del trago + (signo físico frecuentemente asociado a otitis media aguda), el Diagnóstico planteado es otitis media aguda ya que presenta la clínica característica, el tratamiento empleado fue el que mayormente se usa de manera empírica (amoxicilina) con el cual fue dado de alta y posteriormente se indicó reevaluación en centro salud.

Caso 3: Enfermedad diarreica aguda con deshidratación moderada

La enfermedad diarreica aguda en pediatría es una patología muy frecuente, principalmente ocasionada por la inflamación de la mucosa gástrica e intestinal, la principal etiología se asocia a virus, aunque existen agentes bacterianos asociados a determinadas estaciones del año. El rotavirus sigue siendo el principal agente patógeno viral aislado en enfermedad diarreica aguda y el *Campylobacter spp*, *Shigella spp* agentes bacterianos.

La clínica principalmente se basa en deposiciones líquidas asociadas a vómitos que pueden llevar al paciente a cuadro de deshidratación severa o muerte.

El Diagnóstico se basará en la realización de una buena historia clínica y examen físico, así como valoración del estado de hidratación del paciente. Según la pérdida de peso se dividen: <5% leve, 5-10 % moderada y >10 % grave. ANEXO 11

Respecto al tratamiento el objetivo es evitar la deshidratación del paciente por lo que se plantea un manejo médico según el cuadro de deshidratación.

Plan A: Paciente con deshidratación leve; el tratamiento se dirigirá de manera ambulatoria con suero de rehidratación oral reposición pérdida volumen a volumen.

Plan B: Paciente con deshidratación moderada; el tratamiento se dividirá en una atención inmediata en el lugar de atención con suero de rehidratación oral 50-100 ml/kg en 4 horas, y luego reevaluar si la deshidratación mejora será dado de alta con Plan A, si por el contrario sigue con cuadro clínico de deshidratación

continuará la terapia inicial por 2 horas más, se realizará una segunda reevaluación, si existe mejoría se irá de alta con Plan A, por el contrario si aún persiste deshidratación será derivado al Plan C.

Plan C: Paciente con shock hipovolémico; el tratamiento se basará en hidratación EV de manera enérgica con solución polielectrolítica 25ml/kg/hora y valorar casa 2 horas evolución clínica de deshidratación (21).

El caso clínico es un paciente de 6 años con tiempo de enfermedad de 24 horas de alza térmica diarrea en 5 oportunidades, 3 vómitos alimentarios, con el antecedente de ingesta de comida fuera de casa. Al examen físico se le encuentra mucosa oral seca, ojos hundidos letárgicos lo que nos indica clínicamente una deshidratación moderada, además de presentar taquicardia, taquipnea y fiebre. Se indica como medida inicial antiemético y antipirético para luego iniciar tolerancia oral con PLAN A, el cual tolera de manera adecuada y es dado de alta con antibioterapia.

Caso 4: Faringitis aguda

La faringoamigdalitis aguda, es una de las patologías más comunes en pediatría, dentro de la etiología principalmente está asociado *al Streptococcus pyogenes* o conocido como *Streptococcus betahemolítico* del grupo A. La principal fuente de contagio ocurre por contacto cercano positivo, la transmisibilidad ocurre en la fase sintomática de la infección con periodo de incubación de 2-5 días.

La sintomatología característica: odinofagia, fiebre, cefalea, náuseas, vómito y dentro los signos encontrados: inflamación y exudado faringoamigdalino e inflamación de ganglios cervicales.

El diagnóstico suele ser clínico sin embargo se recomienda realizar prueba microbiológica de cultivo de garganta. El tratamiento indicado para la erradicación de la bacteria es la amoxicilina, la cual se indicará según peso del paciente. (22)

El caso clínico nos narra una paciente de 9 años es decir se encuentra en etapa escolar con tiempo de enfermedad de 2 días, con fiebre, odinofagia, al examen

físico orofaringe: eritematosa, congestiva, petequias en el paladar lo que nos orienta a una faringoamigdalitis aguda, además se encuentra ganglio linfático a nivel submandibular probablemente asociado al cuadro. Al ser una patología de tratamiento ambulatorio se indica antibioterapia y control en centro de salud.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERENCIA

Durante la pandemia por COVID-19 el número de atenciones para atender diversas patologías de baja, media y alta complejidad en el Hospital Nacional Dos de Mayo se vio afectado de forma considerable en las diferentes especialidades. Es así, que se limitó la atención y recursos al área COVID y no COVID del nosocomio.

Esta situación conllevó a que los internos estén expuesto al contagio del COVID-19. Por ello, era fundamental que antes de su incorporación, el estudiante cuente con seguro médico y acceso al equipo de protección personal (EPP) de manera indispensable y obligatoria. Asimismo, era ineludible que antes de iniciar este período de prácticas preprofesionales, los futuros médicos asistan a capacitaciones y cuenten con las tres dosis de vacuna contra el COVID- 19; así como también los documentos solicitados de forma reglamentaria como certificado de salud física y mental, radiografía de Tórax con informe médico, PPD y cartilla de vacunación actualizada.

Durante el internado los estudiantes tuvieron la oportunidad de trabajar en cuatro principales especialidades. En primer lugar, fue la rotación en Medicina Interna, la cual se centró en la atención de pacientes en salas de hospitalización empleando todos los recursos clínicos como exámenes de laboratorio, imágenes e incluso trabajar estrechamente con otras especialidades para el diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente pluripatológico.

En segundo lugar, rotación en Cirugía General permitió a los internos en Medicina Humana tener la capacidad de poder desarrollar destrezas clínico-quirúrgicas gracias a una rotación especializada en: salas de hospitalización, tópico de emergencia y salas de operaciones. Es así, que los estudiantes tuvieron la oportunidad de tomar un papel fundamental en la atención directa con los pacientes.

En tercer lugar, rotación en el servicio de Ginecología y Obstetricia. En Ginecología, el interno tuvo la oportunidad de adquirir conocimientos prácticos en consulta externa de ginecología, oncología ginecológica y hospitalización. Por otro lado, en Obstetricia, a través de consultorio externo de obstetricia, planificación familiar, hospitalización obstétrica, centro obstétrico y tópicos de emergencia. Es esta rotación donde el interno comprende las diferentes patologías Gineco-Obstétricas existentes; así como también, una atención de partos adecuada desarrollando sus habilidades favoreciendo una relación positiva entre la paciente gineco-obstétrica y médico.

Por último, rotación en las especialidades de Pediatría y Neonatología, no se encuentra lejano a lo descrito. Por el lado de Neonatología, se prepara al estudiante para una atención inmediata del recién nacido, ingreso a hospitalización y/o cuidados intermedios e intensivos neonatales si el paciente lo requiere. En Pediatría, el interno con los conocimientos previos de las rotaciones anteriores debe continuar con los procesos de hospitalización y examinar en tópicos de emergencia a los diversos pacientes para ser clasificados de acuerdo con el diagnóstico. Este trabajo es realizado de manera conjunta entre residentes, asistentes e internos para brindar el diagnóstico y tratamiento adecuado a las patologías más frecuentes encontradas en el nosocomio.

En conclusión, durante el proceso de rotación, en cada especialidad, los internos tuvieron dificultades propias del contexto y del básico conocimiento con el que ingresaban a la rotación y es justamente esta mezcla de acciones que hicieron que refuercen sus habilidades en la búsqueda inmediata de diagnósticos certeros para una posterior aplicación de tratamiento al paciente.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa de finalización de los estudiantes de la carrera de Medicina Humana para convertirse en médicos. Por ello, es fundamental que en este trayecto el interno adquiriera el mayor conocimiento médico-práctico, así como también logre adquirir destrezas para el adecuado manejo de diferentes habilidades médico-paciente, pensamiento crítico, reconocimiento de debilidades y fortalezas personales.

Asimismo, es importante tener en cuenta que este internado es el primero Postpandemia COVID-19. El cual no se desarrolló de manera usual como se extiende en años anteriores a la pandemia. El reinicio de este programa de prácticas preprofesionales se desarrolló en una duración de 10 meses. Sin embargo, es importante resaltar y reconocer la labor del personal médico del Hospital Dos de Mayo, principalmente de los internos que, a pesar de las limitaciones, su ímpetu por continuar con los estándares de aprendizaje práctico-teórico llevaron a adaptarse a situaciones extraordinarias en su formación como médicos a pesar de las limitaciones y la singular situación.

RECOMENDACIONES

Es importante considerar que el internado médico en el período de 2022- 2023 fue el retorno de los estudiantes al nosocomio y el primer internado postpandemia.

A pesar del corto receso de los internos en el hospital se pudo evidenciar la existencia aún de limitaciones que nos ha dejado el COVID-19.

Por lo cual, se debe integrar nuevos modelos de aprendizaje, en donde se fomente la participación de los internos en diversos seminarios sobre las patologías más frecuentes, incentivar el aprendizaje basado en manejo de los casos clínicos de las cuatro grandes especialidades como Medicina Interna, Cirugía general, Pediatría y Gineco.Obstetricia, para así tener las herramientas necesarias para desarrollarnos como médicos generales, y poder afrontar un año muy difícil, como es el SERUMS, en el cual se realiza atención primaria y manejo de emergencias.

Buscar fomentar la empatía con los pacientes, ya que ellos acuden a nosotros buscando ayuda o una solución a su enfermedad, es por eso que debemos tener un trato amable y objetivo, basado en nuestra formación.

Estar constantemente capacitándonos en la prevención y promoción de la salud, con el fin poder hacer campañas contra las enfermedades no transmisibles en la atención primaria.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Etiología de la pancreatitis aguda - UpToDate [Internet]. [citado 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1
2. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la pancreatitis aguda - UpToDate [Internet]. [citado 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. Manejo de la pancreatitis aguda - UpToDate [Internet]. [citado 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H22664712
4. Guía de Práctica Clínica del Departamento de Medicina Interna 2022 - Parte 2.pdf.pdf [Internet]. [citado 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2943585/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20del%20Departamento%20de%20Medicina%20Interna%202022%20-%20Parte%202.pdf.pdf>
5. Echevarría-Zarate J, Sarmiento Aguilar E, Osoreo-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Médica Peru. enero de 2006;23(1):26-31.
6. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. [citado 29 de marzo de 2023]; Disponible en:

[https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/60-3%20\(2019-III\)/231059231008/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/60-3%20(2019-III)/231059231008/)

7. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20adulto&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
8. Sosa-Torres A, López-Martínez BL, Pérez-Linares K, Arteaga-Ramírez K. Características clínico-quirúrgicas de pacientes con vólvulo del sigmoidees en el Hospital Joaquín Albarrán, durante el año 2019. Univ Médica Pinareña [Internet]. 10 de diciembre de 2022 [citado 29 de marzo de 2023];18(3). Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/887>
9. 17995.pdf [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/12468/1/17995.pdf>
10. ccuarentayuno.pdf [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>
11. Pregnancy loss (miscarriage): Clinical presentations, diagnosis, and initial evaluation - UpToDate [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-clinical-presentations-diagnosis-and-initial-evaluation?search=P%C3%A9rdida%20del%20embarazo%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
12. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D. Artículos de Investigación. REV CHIL OBSTET GINECOL.
13. Espinola Castiglioni GR. Embarazo ectópico. Rev Nac Itauguá. diciembre de 2012;4(2):23-9.

14. Signos y síntomas del cáncer de seno [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/signos-y-sintomas-del-cancer-de-seno.html>
15. La técnica correcta para la exploración de mama [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200044&lng=es
16. Tratamiento del carcinoma ductal in situ [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa/tratamiento-del-carcinoma-ductal-in-situ.html>
17. Huarte M, Modroño A, Larrañaga C. Conducta ante los estados hipertensivos del embarazo. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32:91-103.
18. Yanes Macías JC, Fonseca Hernandez M, García Rodríguez I, Llul Tombo C, Tio González D, Díaz Ceballos JC, et al. Atención al niño con bronquiolitis: consideraciones clínico-terapéuticas generales. *MediSur.* abril de 2022;20(2):175-82.
19. Acute otitis media in children: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=otitis%20media%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
20. Richardson-López Collada V, Borgaro-Payró R, Jaramillo-Bernal L, Fragoso-Cuéllar E, Newton-Sánchez OA. Otitis media aguda en pediatría. *Salud Pública México.* septiembre de 1998;40:450-5.

21. 2-diarrea_aguda.pdf [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf
22. Pavez D, Pérez R, Cofré J, Rodríguez J, Pavez D, Pérez R, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Rev Chil Infectol. febrero de 2019;36(1):69-77.

ANEXOS

Anexo 1.

Etiology of acute pancreatitis

Mechanical	Gallstones, biliary sludge, ascariasis, periampullary diverticulum, pancreatic or periampullary cancer, ampullary stenosis, duodenal stricture or obstruction
Toxic	Ethanol, methanol, scorpion venom, organophosphate poisoning
Metabolic	Hyperlipidemia (types I, IV, V), hypercalcemia
Drugs	Didanosine, pentamidine, metronidazole, stibogluconate, tetracycline furosemide, thiazides, sulphasalazine, 5-ASA, L-asparaginase, azathioprine, valproic acid, sulindac, salicylates, calcium, estrogen
Infection	Viruses-mumps, coxsackie, hepatitis B, CMV, varicella-zoster, HSV, HIV Bacteria-mycoplasma, Legionella, Leptospira, salmonella Fungi-aspergillus Parasites-toxoplasma, cryptosporidium, Ascaris
Trauma	Blunt or penetrating abdominal injury, iatrogenic injury during surgery or ERCP (sphincterotomy)
Congenital	Cholodochocoele type V, pancreas divisum*
Vascular	Ischemia, atheroembolism, vasculitis (polyarteritis nodosa, SLE)
Miscellaneous	Post ERCP, pregnancy, renal transplantation, alpha-1-antitrypsin deficiency
Genetic	CFTR, PRSS1, SPINK1, and other genetic mutations

*Whether pancreas divisum causes pancreatitis or is an incidental finding is controversial. 5-ASA: 5-aminosalicylic acid; CMV: cytomegalovirus; HSV: herpes simplex virus; HIV: human immunodeficiency virus; ERCP: endoscopic retrograde cholangiopancreatography; PRSS: protease serine; SPINK: serine protease inhibitor Kazal type; SLE: systemic lupus erythematosus; CFTR: cystic fibrosis transmembrane conductance regulator.

Anexo 2.

Tabla 5. Condiciones epidemiológicas y/o factores de riesgo relacionados a patógenos específicos en NAC.

CONDICIÓN	PATOGENOS ENCONTRADOS COMUNMENTE
Alcoholismo	Streptococcus pneumoniae, anaerobios orales, Klebsiella pneumoniae, especies de Acinetobacter, Mycobacterium tuberculosis
EPOC y/o tabaquismo	Haemophilus influenzae, Pseudomonas aeruginosa, especies de Legionella, S. pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Chlamydia pneumoniae
Aspiración	Patógenos entéricos Gram-negativos, anaerobios orales
Absceso pulmonar	CA-MRSA, anaerobios orales, neumonía fúngica endémica, M. tuberculosis, micobacterias atípicas
Exposición a excrementos de murciélagos o pájaros	Histoplasma capsulatum
Exposición a las aves	Chlamydia psittaci (si aves de corral: influenza aviar)
Exposición a conejos	Francisella tularensis
Infección VIH (temprana)	S. pneumoniae, H. Influenzae, M. tuberculosis
Infección VIH (tardía)	Los patógenos listados para infección temprana más Pneumocystis jirovecii, Cryptococcus, Histoplasma, Aspergillus, micobacteria atípica (especialmente Mycobacterium kansasii), P. aeruginosa, H. influenzae
Estancia en hotel o crucero en las 2 últimas semanas	Especies de Legionella
Viaje o resistencia en el suroeste de EEUU	Especies Coccidioides, Hantavirus
Viaje al suroeste y este de Asia	Burkholderia pseudomallei, influenza aviar, SARS
Influenza activa en la comunidad	Influenza, S. pneumoniae, Staphylococcus aureus, H. influenzae
Tos >2 semanas con chillido o vómito posterior a la tos	Bordetella pertussis
Enfermedad estructural pulmonar (p.e. bronquiectasias)	Pseudomonas aeruginosa, Burkholderia cepacia, S. aureus
Uso de drogas inyectables	S. aureus, anaerobios, M. tuberculosis, S. pneumoniae
Obstrucción endobronquial	Anaerobios, S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus
En el contexto de bioterrorismo	Bacillus anthracis (ántrax), Yersinia pestis (plaga), Francisella tularensis (tularemia)

CA-MRSA, Staphylococcus aureus adquirido en la comunidad metilina resistente; EPOC, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SARS, Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

Anexo 3.

Tabla 4. Infección del tracto urinario (ITU) en el adulto

Categoría	Criterio diagnóstico	Patógenos principales	Terapia de primera línea	Comentarios
• Cistitis aguda no complicada	Análisis de orina con piuria y hematuria	<i>Escherichia coli</i> <i>Staphylococcus saprophyticus</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Neisseria pneumoniae</i> Otros	Nitrofurantoina Cefalosporinas de 1ª generación TMP-SMX DS Ciprofloxacina Norfloxacina Amoxicilina/ácido clavulánico	Tres días de terapia Quinolonas pueden ser usadas en áreas donde hay resistencia o en pacientes que no toleran el TMP-SMX
• Cistitis recurrente en mujer joven	Presencia de síntomas y urocultivo > 100 UFC/ mL	<i>Escherichia coli</i> <i>Staphylococcus saprophyticus</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Neisseria pneumoniae</i> Otros	Ciprofloxacina Norfloxacina	Repetir la terapia, por 7 a 10 días, basada en el resultado del cultivo. Usar profilaxis.
• Cistitis aguda en hombre joven	Urocultivo con un conteo de 1 000 a 10 000 UFC/mL	<i>Escherichia coli</i> <i>Staphylococcus saprophyticus</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Neisseria pneumoniae</i> Otros	Nitrofurantoina Cefalexina Cefadroxilo TMP-SMX DS Ciprofloxacina Norfloxacina	Terapia por 7 a 10 días
• Pielonefritis aguda no complicada	Urocultivo con un conteo de 100 000 UFC/mL	<i>Escherichia coli</i> <i>Staphylococcus saprophyticus</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Neisseria pneumoniae</i> Otros	Para gramnegativo: fluoroquinolona Para grampositiva: amoxicilina Si la vía parenteral es necesaria: cefalosporina o fluoroquinolona Gentamicina, amikacina En caso de <i>Enterococcus</i> sp: amoxicilina con o sin gentamicina. Si es resistente usar linezolid	Iniciar con EV, luego pasar a vía oral Terapia de 14 días a 1 mes.
• ITU complicada	Urocultivo > 10 000 UFC/mL	<i>E. coli</i> <i>K. pneumoniae</i> <i>P. mirabilis</i> <i>Enterococcus</i> sp. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Otros	Para gramnegativo: fluoroquinolona Si la vía parenteral es necesaria: cefalosporinas antipseudomonas y/o una fluoroquinolona y/o gentamicina, amikacina En caso de <i>Enterococcus</i> sp: amoxicilina con o sin gentamicina. Si es resistente usar linezolid	Terapia por 10 a 14 días
• Bacteriuria asintomática en el embarazo	Urocultivo > 10 000 UFC/mL	<i>Escherichia coli</i> <i>Staphylococcus saprophyticus</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Neisseria pneumoniae</i> Otros	Amoxicilina Nitrofurantoina Cefalexina Aztreconam Evitar tetraciclinas y fluoroquinolonas	Terapia por 3 a 7 días
• ITU asociada a catéter	Síntomas y urocultivo > 100 UFC/mL	Depende del tiempo de cateterización	Para gramnegativo: fluoroquinolona Para grampositiva: usar amoxicilina más gentamicina	Si es posible, remover el catéter o cambiarlo. Tratar por 10 días. En uso de catéter de larga data y síntomas, tratar por 5 a 7 días

TMP-SMX = trimetoprim-sulfametoxazol; UFC= unidad formadora de colonias; EV= endovenoso
Adaptada de Stamm WE, Hoston TM. N Engl J Med. 1993;329:1238-34. Magaña CP. Uso racional de antibióticos 2002. Congreso de Medicina Interna. Fha SD. N Engl J Med. 2003;349(3):259-266.

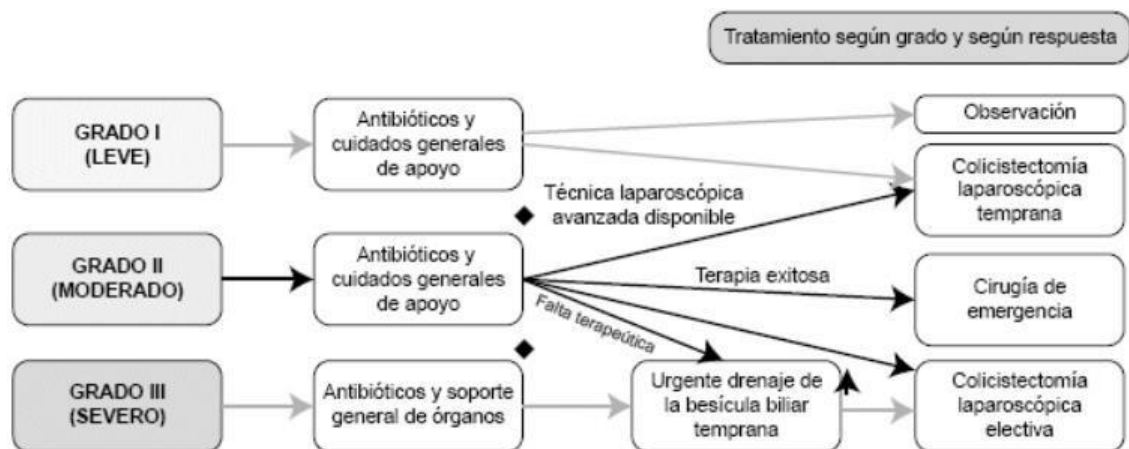
Anexo 4.

Ítem	Aspecto evaluado	Respuesta y puntaje
1A	Nivel de conciencia	0: alerta 1: somnoliento 2: estuporoso 3: comá
1B	Orientación (dos preguntas)	0: ambas respuestas correctas 1: solo una respuesta correcta 2: ambas respuestas incorrectas
1C	Ejecución de dos comandos	0: ejecuta ambas órdenes de forma correcta 1: ejecuta solo una correctamente 2: no ejecuta ninguna
2	Mirada	0: normal 1: paresia de la mirada conjugada 2: parálisis completa de la mirada
3	Campos visuales	0: sin déficit 1: hemianopsia parcial 2: hemianopsia completa 3: hemianopsia bilateral
4	Expresión facial	0: normal 1: paresia facial menor 2: paresia facial parcial 3: paresia facial completa
5	Fuerza (miembro superior) a. izquierdo b. derecho	0: normal 1: desviación hacia abajo antes de 5 segundos 2: caída antes de 5 segundos 3: sin esfuerzo antigravitatorio 4: sin movimiento
6	Fuerza (miembro inferior) a. izquierdo b. Derecho	0: normal 1: desviación hacia abajo antes de 10 segundos 2: caída antes de 10 segundos 3: sin esfuerzo antigravitatorio 4: sin movimiento
7	Ataxia apendicular	0: ataxia 1: ataxia en una extremidad 2: ataxia en dos extremidades
8	Sensibilidad	0: sin déficit sensitivo 1: déficit sensitivo leve 2: déficit sensitivo grave
9	Lenguaje	0: normal 1: afasia leve 2: afasia grave 3: afasia global o mutista
10	Articulación	0: normal 1: disartria leve 2: disartria grave
11	Inatención	0: ausente 1: leve (solo una modalidad sensorial) 2: grave (dos modalidades)

Anexo 5.

	Vólvulo sigmoideo	Vólvulo colónico
Radiografía abdominal	Asa intestinal dilatada con niveles hidroaéreos	Distensión de asa que se extiende de cuadrante superior derecho a epigastrio o cuadrante superior izquierdo Un solo nivel hidroaéreo
Tomografía axial computarizada	Signo de "grano de café" Ausencia de gas en ampulla rectal Asa intestinal dilatada con ausencia de haustra Signo de <i>whirlpool</i> : torsión del mesenterio y vasos mesentéricos Signo de "pico de pájaro" Signo de "grano de café" Signo de "X": el entrecruzamiento de asas intestinales en el sitio de torsión Signo de "pared dividida": por grasa mesentérica que se invagina en pared intestinal	Dilatación de colon Dilatación focal de aire con haustra en cuadrante superior izquierdo Signo de <i>whirlpool</i> : torsión del mesenterio y vasos mesentéricos Signo de "pico de pájaro" Signo de "X": el entrecruzamiento de asas intestinales en el sitio de torsión

Anexo 6.



Anexo 7.

	Voluntarios	Involuntarios
Sexuales	Vibradores, dildos y otra variedad de objetos	Violación o asalto
No sexuales	Embalaje en el cuerpo de drogas ilícitas	Enfermos mentales, niños o ingesta de huesos, plásticos, entre otros

Anexo 8.

<p>Rasgo T:</p> <p>T0: el tumor primario no se detecta</p> <p>T1s: cáncer preinvasivo (<i>in situ</i>): cáncer ductal (<i>ductal carcinoma in situ</i>: DCIS), T1s [DCIS]), enfermedad de Paget sin coexistencia de un foco de cáncer infiltrante o <i>in situ</i> en la glándula mamaria (T1s [Paget])</p> <p>T1: tumor ≤2 cm (T1mi ≤1 mm, T1a >1 mm y ≤5 mm, T1b >5 mm y ≤10 mm, T1c >10 mm y ≤20 mm)</p> <p>T2: tumor >2 cm y ≤5 cm</p> <p>T3: tumor >5 cm</p> <p>T4: tumor de cualquier tamaño que infiltra la pared torácica o la piel, es decir, presencia de ulceración o nódulos macroscópicos cutáneos. No se consideran infiltración las retracciones de la piel o de la areola ni otras lesiones no enumeradas como infiltración. Estos cambios pueden producirse en todos los estadios T1-3</p> <p>T4a: infiltración de la pared torácica. La infiltración de los músculos pectorales no se considera infiltración de la pared torácica</p> <p>T4b: infiltración de la piel (sin las características del cáncer inflamatorio)</p> <p>T4c: presencia simultánea de los criterios que caracterizan T4a y T4b</p> <p>T4d: cuadro de cáncer inflamatorio</p>
<p>Rasgo N:</p> <p>N0: no se detectan metástasis en los ganglios linfáticos (tras reseca ≥ 10 ganglios linfáticos)</p> <p>N1: presencia de metástasis en los ganglios linfáticos axilares (niveles I y II) ipsilaterales al tumor, ganglios móviles (N1mi: micrometástasis [diámetro 0,2-2 mm])</p> <p>N2: presencia de metástasis en los ganglios linfáticos axilares (niveles I y II) ipsilaterales al tumor; ganglios fijos entre sí o respecto a las estructuras adyacentes (N2a) o en los ganglios linfáticos mamaros internos ipsilaterales (si los ganglios axilares no están afectados) (N2b)</p> <p>N3: presencia de metástasis en los ganglios axilares del nivel III (infraclavicular) (N3a) o en los ganglios mamaros internos ipsilaterales al tumor (si los ganglios axilares de los niveles II y III están afectados) (N3b) o en los ganglios supraclaviculares ipsilaterales (N3c)</p>

Anexo 9.

Tabla 2. Fármacos antihipertensivos utilizados en el manejo de los estados hipertensivos del embarazo.

Fármaco	Nombre comercial	Posología	Dosis máxima	Efectos secundarios	Contraindicaciones
Labetalol	Trandate® (cp de 100-200 mg) (ampollas de 100 mg)	vo: 50-400 mg/6 h iv: bolus inicial 20 mg (repetir 40,60,80 mg) bolus inicial de 50 mg (repetir 4 bolus de 50 mg) perfusión: 50-400 mg/6 h	2400 mg/24 h	Bradicardia	Insuficiencia cardíaca Asma bronquial Bradicardia materna
Hidralazina	Hydrapress® (cp de 25, 50 mg) (ampollas de 1 mg)	vo: 25-50 mg/6-8 h iv: bolus inicial 10 mg (repetir 4 bolus de 5 mg) perfusión 3-7 mg/kg/h	200 mg/24 h	Taquicardia	Enfermedad coronaria Cardiopatía Taquicardia
Nifedipino	Adalat® (cp de 10 mg) Adalat Retard® (cp de 20 mg) Adalat Oros® (cp de 30 y 60 mg)	vo: 10-20 mg/6-8 h	60-80 mg/24 h	Cefalea Rubor Taquicardia	Estenosis intestinal
Nitroprusato sódico iv		Perfusión continua a dosis de 0,25 µg/kg/min aumentando la dosis 0,25 µg/kg/min cada 5 min.	No administrar >4 horas con feto intraútero.	Muy fetotóxico por acumulo de clantida	
Nitroglicerina iv		5 µg/min v doblando la dosis cada 5 min	100 µg/min		Encefalopatía hipertensiva
Alfa metildopa	Aldomet®	250-500 mg/8 h v.o.			
Furosemida	Seguril®	20-40 mg iv en bolo o en infusión sin diluir (individualizar dosis en función de la dosis o mejora hemodinámica)	Sólo indicado en caso de oliguria, preeclampsia sobreañadida a cardiopatía o neuropatía, edema cerebral o pulmonar	Disminuye el volumen plasmático y el flujo uteroplacentario	Iranúrica Hipopotasemia Hiponatremia Hipovolemia Coma hepático

Contraindicados el atenolol que se ha asociado con crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y alteraciones en el CTG, los IECAS que se asocian a pérdidas fetales precoces y tardías, insuficiencia renal y malformaciones fetales. (nivel de evidencia II)

Anexo 10.

Puntaje	FR \geq 6 meses	FR \leq 6 meses	Sibilancias	Retracciones	Cianosis
0	≤ 40	≤ 30	No	No	No
1	41-55	31-55	Espiratoria con estetoscopio	Leve	Perioral al llanto
2	56-70	46-60	Espiratoria e inspiratoria con estetoscopio	Moderada	Perioral al reposo
3	≥ 70	≥ 60	No sibilancias	Severa	Generalizado

Anexo 11.

Tabla N°7 de la versión extensa

Deshidratación no detectable clínicamente (leve)	Deshidratación clínica (moderada)	Deshidratación severa y choque hipovolémico
(3% - 5%)	(6% a 9%)	(>9%)
Alerta y responde órdenes	Capacidad de respuesta alterada (por ejemplo, ansioso, irritable)	Disminución del nivel de conciencia
Ojos no hundidos	Ojos hundidos	Ojos hundidos
Sed normal	Sed incrementada	Imposibilidad de beber o beber en poca cantidad
Llenado capilar normal	Llenado capilar normal	Llenado capilar prolongado
Aparentemente bien	Aparentemente deteriorado	-
Mucosas húmedas	Mucosas secas	-
Presión arterial normal	Presión arterial normal	Presión arterial normal (choque compensado) o Hipotensión (choque descompensado)
Patrón respiratorio normal	Taquípnea	Taquípnea
Frecuencia cardíaca normal	Taquicardia	Taquicardia
Pulso periférico normal	Pulso periférico normal	Pulso periférico débil
Turgencia de piel normal	Turgencia de piel disminuida	-
Flujo urinario normal	Flujo urinario disminuido	-
Color de piel sin cambios	Color de piel sin cambios	Palidez o piel moteada
Extremidades temperatura normal	Extremidades con temperatura normal	Extremidades frías

Tabla adaptada de la sección 1.2 de NICE y tomando como guía la clasificación de la OMS.
Dentro de la categoría de "deshidratación clínica" o "moderada" existe un espectro de gravedad indicado por características clínicas cada vez más numerosas y más pronunciadas. Para cada grado de deshidratación se espera que estén presentes 1 o más de las características clínicas enumeradas. El guión (-) indica que esta categoría no específicamente es característica de choque hipovolémico.
Comentario: se decide colocar las categorías leve para DH no detectable clínicamente y moderado para DH clínica. Respetando y considerando la clasificación más ampliamente usada de la OPS que es concordante con esta propuesta.