



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO EN  
EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ENERO 2020-  
ABRIL 2021**

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

**PRESENTADO POR  
KEVIN RICHARD MORALES RUELAS**

**ASESOR  
DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON**

**LIMA, PERÚ**

**2021**



**Reconocimiento - Sin obra derivada  
CC BY-ND**

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO  
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ENERO  
2020-ABRIL 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**KEVIN RICHARD MORALES RUELAS**

**ASESOR**

**DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Dra. Nelly Mercedes Lizabeth Borra Toledo

**Miembro:** Dra. Tamara Jorquiera Johnson

**Miembro:** Dr. Miguel Tenorio Taramona

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme guiado hasta este punto de mi vida tan importante que es la culminación de una etapa crucial como es la mi formación profesional.

A mi hijo que ha sido la motivación más importante en la carrera dándome aliento en cada momento

A mis padres que en todo momento me dieron su apoyo sincero junto a su cariño y comprensión en los malos momentos. A mi hermana que ha estado junto a mi brindándome su apoyo y su preocupación muchas veces.

A mi familia en general, por compartir conmigo buenos y malos momentos, pero siempre deseándome lo mejor en toda mi formación.

Kevin Morales Ruelas

## **AGRADECIMIENTO**

Primero agradezco a la Universidad San Martín de Porres, por haberme aceptado ser parte de ella para poder estudiar mi carrera y así como mis docentes que me brindaron su apoyo para seguir adelante día a día.

Al Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, que fue mi sede durante todo mi internado lleno de profesionales que me brindaron su apoyo y enseñanzas.

A todos los doctores que durante toda mi formación aportaron grandes enseñanzas siendo pilares en mi carrera.

## ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>viii</b>
<b>CAPITULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
1.1 Rotación de pediatría	1
1.2 Rotación de cirugía	3
1.3 Rotación de ginecología	7
1.4 Rotación de medicina interna	11
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	<b>16</b>
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>17</b>
3.1 Rotación de pediatría	17
3.2 Rotación de cirugía	18
3.3 Rotación de ginecología	22
3.3 Rotación de medicina interna	25
<b>CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>30</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>35</b>
ANEXO N° 1 Escala de Alvarado	36
ANEXO N° 2 Tratamiento antibiótico de EPI	37

## RESUMEN

El internado médico es una de las etapas más importantes de la carrera, se hace presente este trabajo donde se hará un informe completo de todo lo realizado dividiéndolo en cuatro capítulos en el primero se expondrá la trayectoria profesional en el que se expondrá la importancia del internado en la formación profesional, que habilidades se logró alcanzar, así también se expondrá dos casos clínicos por cada rotación que se realizó, en el capítulo dos se desarrolla en el contexto que se desarrolló la experiencia donde se expondrá las características de la sede hospitalaria donde se realizó el internado, así como relatar la situación que se vivió antes y durante la pandemia y como esto afectó el internado, en el capítulo tres se hará una presentación y relato de los procedimientos y actividades realizadas en el internado así como los instrumentos que se usó para alcanzar las habilidades, en el capítulo cuatro se hará una reflexión de la experiencia de cómo se inició y como se terminó el internado en la situación de la pandemia

**Objetivo:** Informar la importancia del internado en la formación profesional y personal de cada médico de acuerdo con la situación de pandemia

**Materiales y métodos:** La población de estudio fueron pacientes que acudían al Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Los casos expuestos fueron 8 en total, 2 casos por cada rotación realizada en el internado 2020-2021.

**Conclusiones:** El internado es la etapa más importante de la formación en la carrera de medicina humana, llevando las rotaciones en un hospital donde se encuentran todos los especialistas de cada rotación junto con residentes el aprendizaje está asegurado y aunque en situación de pandemia el tiempo en cada rotación fue menos se pudo llegar a obtener todo lo necesario.

**Palabras clave:** Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría.

## ABSTRACT

The medical internship, one of the most important stages of the internship, this work is presented where a complete report of everything carried out will be made, dividing it into four chapters where the first one will expose the professional career in which the importance of the internship in the professional training, what skills were achieved, as well as two clinical cases will be presented for each rotation that was carried out, in chapter two the context in which the experience was developed where the characteristics of the hospital headquarters where the internship was carried out will be exposed , as well as recounting the situation that was experienced before and during the pandemic and how this affected the boarding school, in chapter three there will be a presentation and report of the procedures and activities carried out in the boarding school as well as the instruments used to achieve the skills, in chapter four there will be a reflection of the experience of how the internship in the pandemic situation

**Objective:** Inform the importance of the internship in the professional and personal training of each doctor according to the pandemic situation

**Materials and methods:** The study population were patients who attended the Carlos Lanfranco la Hoz Hospital. The cases exposed were 8 in total, 2 cases for each rotation performed in the 2020-2021 boarding school.

**Conclusions:** The internship is the most important stage of training in the human medicine career, taking the rotations in a hospital where all the specialists of each rotation are located together with residents, learning is assured and although in a pandemic situation the time in each rotation it was less it was possible to obtain everything necessary.

**Keywords:** Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics.

## INTRODUCCIÓN

El presente informe dará cuenta en diferentes capítulos todo el curso del internado en el contexto de prepandemia y en pandemia sobre los conocimientos alcanzados, las experiencias y los logros

El internado de medicina inició el primero de Enero del año 2020, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de nivel II-2 de atención ubicado en el distrito de Puente Piedra perteneciente a DIRIS Lima Norte que se escogió por un ranking de notas en la universidad, el hospital cuenta con especialistas requeridos por cada rotación con un laboratorio, farmacia y patología, debido a su nivel todos fueron de mucha ayuda para culminar de la mejor forma el internado y lograr alcanzar todos los conocimientos.

Días antes del ingreso al internado el hospital cito a los alumnos a una capacitación de 3 días donde nos explicaron sobre normas de bioseguridad dentro y fuera del hospital, así como se explicó los cinco momentos del lavado de manos, el reciclaje de basura según el color de bolsas, el uso de mandil en todo momento que se esté en contacto con pacientes, en el segundo día se hizo una presentación de cada rotación representada por un residente de las cuatro rotaciones y también por un especialista dando una pequeña introducción general y palabras del director del hospital donde se dijo el horario, la función del interno y normas generales de comportamiento donde se recalcó la importancia del internado en nuestra formación.

El internado fue el año más importante de la carrera de medicina donde se tuvo oportunidad de estar en contacto más cercano con el paciente, viendo no solo la enfermedad sino teniendo un contacto más humano, durante cada rotación la relación con el paciente varia, en pediatría los pacientes son niños que muchas veces no pueden explicar bien los síntomas, si son neonatos son los padres quienes relatan los síntomas y sus preocupaciones, en cirugía los pacientes frecuentemente venían por traumas, cortes y contusiones que necesitaban un manejo más rápido y oportuno; en ginecología las pacientes en su mayoría eran gestantes donde se tenía que ser muy cuidadoso y respetuoso con cada paciente en cambio en medicina acuden pacientes de todo tipo de enfermedad algunas veces agudas y otras crónicas donde se tenía que ser más minucioso con la historia clínica viendo por los antecedentes. El hospital contaba con todas las prestaciones para realizar el trabajo y si por su nivel de atención no se podía atender a un paciente se podía hacer una referencia a otro centro de mayor complejidad, y así también pacientes de postas y centros de salud de menor complejidad acudían al hospital para atenderse por especialistas capacitados, cada servicio contaba con un tópico de emergencia y centro de hospitalización, así como un centro quirúrgico.

En la etapa prepandemia se cumplió todo lo acordado con el número de guardias y horas dentro del hospital de una manera adecuada, y cuando el 15 de marzo del 2020 se decretó el estado de emergencia y como se solicitó por nuestra universidad que ya no se acuda al internado el hospital acepto y no se permitió que ningún interno regrese, se esperó varios meses hasta que finalmente hubo una fecha de regreso que fue el 1 de octubre del 2020, el Hospital por medio de cada departamento de rotación entregaron los equipos de protección personal se acordó un horario de 7 am hasta la 1 pm con dos guardias de doce horas con 15 días de descanso por cada mes, los doctores fueron comprensivos en cada rotación aunque en comparación a la primera rotación pre pandemia donde se aprovechó al máximo las siguientes rotaciones no fueron lo ideal como debió de ser pero se puso de empeño

## **CAPITULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El paso por el internado un año en el que se logran afianzar todos los conocimientos teóricos aprendidos, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz donde llegan pacientes de todo Lima Norte siendo el único hospital de esa zona, se rota por cuatro rotaciones que son medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y cirugía la afluencia de pacientes y el estar en contacto directo nos da capacidades para poder resolver problemas por nuestra cuenta sin depender de alguien más y poder aplicar todo lo aprendido he ahí la importancia del internado donde se aplican los conocimientos teóricos y se descubre que cada paciente es diferente, no se puede generalizar por que tengan una misma patología cado uno viene con diferentes antecedentes, diferentes personalidades además de estar en contacto con el paciente muchas veces sobre todo en hospitalización se necesita tener contacto con los familiares para explicarles la condición del paciente, su evolución o para pedir medicamentos o implementos que por el SIS no se encuentra disponible, también fue de mucha importancia el poder hacer las historias clínicas de acuerdo a todo lo aprendido y siempre enfocados en la patología del paciente

### **1.1 Rotación de pediatría**

La primera rotación por la que se empezó fue la de pediatría en época prepandemia donde se rotaba por los servicios de emergencia, alojamiento conjunto, observación, hospitalización y neonatología intermedios. En emergencia se iba de 6 am hasta las 2 pm dos internos de medio turno y uno de

guardia 12 horas siempre acompañados de un médico especialista y un residente, en el tópicó se contaba con bajalenguas, pulsioxímetros, tensiómetros y estetoscopio para la revisión de los pacientes el primer contacto era con los internos, la mayoría de los pacientes pediátricos que acuden es por manifestar fiebre siendo un signo de alarma en estos debido al riesgo de hacer convulsiones donde era de vital importancia resolver esos casos lo más pronto posible con medios fríos, paracetamol en gotas o jarabe o hasta metamizol, otros casos como CRUP, crisis asmáticas, ictericias y demás

CASO A: Al propósito de un caso acudió un niño de 8 años de edad de nacionalidad de Venezuela con tipo de seguro SIS traído por madre al servicio de emergencia a las 16:00 horas por dificultad respiratoria consciente afebril y con el antecedente de ser paciente con asma diagnosticado desde los 3 años con los siguientes signos vitales una frecuencia cardiaca de 120 por minuto, frecuencia respiratoria de 28 por minuto, temperatura de 36,5 grados Celsius y un peso de 26 Kilogramos con una saturación de 95%, al examen físico la piel estaba temperada, húmeda y elástica con un llenado capilar menor de 2 segundos, en el aparato cardiovascular los ruidos cardíacos eran rítmicos, taquicárdico no soplos audibles, en el aparato respiratorio la respiración era ruda con sibilantes a la espiración, el abdomen era blando y depresible con ruidos hidroaéreos presentes, en sistema neurológicos estaba lucido, orientado en tiempo espacio y persona sin signos de focalización, se le hizo el score pulmonar dando un puntaje de 4 que nos indicaría una crisis moderada, el doctor hizo un tratamiento de hidrocortisona de 250 mg endovenoso STAT, salbutamol 8 puf cada 20 minutos tres veces, bromuro de ipratropio 4 puf luego de cada inhalación con salbutamol se controla signos de alarma y controla funciones vitales luego de calmar la crisis se deja para casa que continúe con su tratamiento de salbutamol para su casa, este caso es de importancia ya que estas crisis son de vital importancia tratarlas en su debido momento

CASO B: Otro caso de mucha importancia es porque el motivo de consulta muy frecuente que es la fiebre y aunque sea frecuente por una causa viral es de

mucha importancia identificar el foco de la infección, en este caso, acude por emergencia un niño de sexo masculino de 1 mes de vida traído por su padre con antecedentes de nacido por parto eutócico con un peso de 3495 un Apgar 9'9', niega RAM niega hospitalizaciones previas ingresa a las 2:50 am, el padre refiere un tiempo de enfermedad de 4 días donde el paciente tienen fiebre automedicándose con paracetamol 8 gotas y amoxicilina ya que la fiebre continua deciden acudir al hospital donde niegan que haya otra sintomatología no diarrea, no distrés respiratorio y con buena tolerancia oral con los signos vitales de 99%, pulso de 140 por minuto, frecuencia respiratoria de 54 por minuto una temperatura de 38,8 grados Celsius y un peso 5 kilogramos al examen físico la piel tiene un llenado capilar menor de 2 segundo, el sistema respiratorio el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados, en el aparato cardiovascular los ruidos cardíacos son de buena intensidad no soplos audibles, en el abdomen los ruidos hidroaéreos están presentes, blando depresible no masas palpables, en el sistema nervioso estaba despierto, activo y reactivo al estímulo con fontanela normotensa se pensó en una posible infección de tracto urinario se le pide un hemograma, PCR y examen de orina y mientras se esperaba los resultados se puso medios fríos para bajar la temperatura junto con paracetamol de 15 gotas, a las 5:00 am se reevalúa con resultados donde se encontró leucocitos de 16.400, una hemoglobina de 10.3 plaquetas de 406, PCR de 6, en el examen de orina se encontró leucocitos de >100 por campo y gérmenes de una cruz, se procede a hospitalizarlo este caso es de mucha importancia en el manejo de emergencia ya que se tiene que decidir qué hacer lo antes posible y en este caso lo mejor era la hospitalización

## **1.2 Rotación de cirugía**

La segunda rotación fue de cirugía en periodo de pandemia donde se llevó por un espacio de tres meses con quince días de rotación y quince de descanso según decreto, para lo cual solo se tenía dos guardias de día de 12 horas por cada mes, al iniciar solo se contaba con tres residentes de segundo año y una

residente de tercer año en los meses de octubre y noviembre, recién para el mes de diciembre es cuando se agregan los nuevos residentes de primer año que son tres en total, en el servicio se rotaba por hospitalización, tópico de emergencia y dos días en el tópico de traumatología, en el tópico de emergencia realizaba los procedimientos básicos siempre con los equipos de protección personal que constaba de mandil no estéril, gorro de enfermería, guantes no estériles y siempre estaba habilitado el lavatorio para el lavado de manos según el momento que sea necesario, uno de los procedimientos más frecuentes en el tópico es el de sutura donde mínimo acudían entre cinco a diez pacientes diarios donde lo común era cortes por moledora y la mayoría contaba con seguro SIS, otro procedimiento común era el cambio de sonda vesical si los cortes eran hasta segundo plano iban directo a traumatología, en accidentes de tránsito es muy importante la evaluación neurológica a los pacientes y de ser necesario pedir una tomografía aunque el hospital no cuenta con un tomógrafo se pedía referencia para otro centro particular o a un hospital que cuente con tomógrafo, algunos pacientes de acuerdo a su patología se les dejaba en observación, otro grupo de pacientes que acudían eran los pacientes con síndrome abdominal aguda que en su mayoría eran apendicitis aguda, seguida de colecistitis, pacientes con apendicitis al ser considerada una emergencia se les programaba de inmediato a sala de operaciones donde los internos se encargan de realizar todo el papeleo y del seguimiento del paciente hasta que pase a sala de operaciones, otro caso frecuente que se presentaba son las mordeduras de perro donde se tenía que llenar una ficha epidemiológica y su indicación para la vacuna antirrábica, se hace lavado de la herida y de ser necesario hacer una sutura, por la coyuntura no habían cirugías electivas solo cirugías de emergencia.

En hospitalización los internos se encargan de la evolución diaria de los pacientes junto con las curaciones de las heridas se pasa visita diaria por las mañanas dependiendo del horario con uno o dos asistentes los cuales cada caso explica de forma académica, los conceptos de cada enfermedad, así como el manejo

CASO C: Al propósito de un caso de un paciente de 23 años de sexo masculino sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos y tampoco reacciones alérgicas a medicamentos, acude a emergencia a las 4:10 pm en compañía de familiar refiriendo que cursa con dolor que no cede por lo que acude a clínica particular al no contar con medios económicos acude al hospital manifestando vómitos en tres ocasiones también refiere que no tiene deposiciones líquidas, ni molestias urinarias, al examen físico en piel se encontró temperada, húmeda y elástica con llenado capilar menor de 2 segundos, palidez de una cruz, en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, en abdomen es plano, no distendido blando poco depresible en flanco y fosa iliaca derecha, McBurney positivo, Blumberg negativo, Rovsing negativo y en el sistema nervioso central se encontró lucido orientado en tiempo y espacio no signos de focalización por la clínica se pensó como diagnóstico diferencial una apendicitis aguda se le solicitó una ecografía abdominal donde se encontró un apéndice de +/- 7 cm de diámetro con la presencia de fecalito y un grosor de la pared de +/- 3 cm, también se le solicitó un hemograma donde se encontró glóbulos blancos de  $14.5 \times 10.000$ , una hemoglobina de 14.3, neutrófilos de 88.2%, linfocitos de 7,6%, dando un score de Alvarado de siete puntos, se le hizo todos los preparativos para que entre a sala de operaciones donde se le puso una vía endovenosa para hidratación con NaCl al 0,9% de 1000 cc, se le hizo manejo del dolor con tramadol de 50mg endovenoso STAT, se le hace una operación donde se le hizo una laparotomía exploratoria donde se encontró un apéndice cecal necrosado en toda su extensión perforado en su base de posición retro cecal con absceso peri cecal +/- 80 cc, mediante una incisión mediana supraumbilical con disección por planos hasta cavidad, el paciente pasa a hospitalización donde se le coloca hidratación con ClNa 0.9% de 1000cc endovenoso a 35 gotas por minuto, ceftriaxona de 1 gramo endovenoso cada 12 horas, metronidazol de 500 mg endovenoso cada 8 horas, metamizol 2 gr endovenoso cada 8 horas, metoclopramida 10mg endovenoso cada 8 horas, ranitidina de 50 mg endovenoso cada 8 horas en su post operatorio tres se le solicita exámenes de control de hemograma, PCR, examen de orina, ecografía abdominal, radiografía de tórax y prueba molecular

de COVID 19, encontrándose todo dentro de los valores normales dándose de alta, contrarreferencia a su centro de salud y retiro de puntos a los 15 días.

CASO D: Otro caso como la de una paciente mujer de 42 años que acude por emergencia del servicio de medicina interna a las 18 horas donde refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho que se irradia a epigastrio y espalda, acompañado de vómitos en dos oportunidades con sensación de alza térmica, no refiere antecedentes, niega reacciones adversas a medicamentos, con signos vitales de 100/60, pulso de 114, temperatura de 38.5, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, al examen físico en piel se observa temperada, húmeda y elástica con llenado capilar menor de 2 segundo, en tórax y pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales, en el aparato cardiovascular los ruidos cardiacos son rítmicos, no soplos audibles, en abdomen se auscultan ruidos hidroaéreos, es blando y depresible, signo de Murphy positivo dolor a la palpación en epigastrio, en el sistema nervioso escala de Glasgow de 15 no signos de focalización, se le solicita exámenes de glucosa, urea, creatinina, hemograma, PCR, amilasa y lipasa, se plantea como diagnósticos el síndrome doloroso abdominal, d/c colecistitis aguda, d/c pancreatitis como tratamiento se le pone una vía endovenosa para hidratación con NaCl al 0,9% de 1000 cc a 60 gotas por minuto, para manejo del dolor con tramado de 100mg más dimenhidrinato, en un NaCl de 0,9% de 100cc STAT, ranitidina de 50mg endovenoso STAT, y se reevalúa con resultados ese mismo día a las 20:00 horas donde la paciente refiere persistir con el dolor en hipocondrio derecho, niega náuseas y vómitos, en el laboratorio se encontró amilasa de 36. Lipasa de 34, GGT de 17, FA de 93.9, leucocitos de 27.4 x 10.000, plaquetas de 317 x 10.000, PCR de 24, BT de 1.49, BD de 0.28, BI de 1.21, neutrófilos de 92%, una hemoglobina de 12.3, en la ecografía se encuentra una vesícula de 82x49 mm, una pared vascular de 9mm con contenido de litiasis, por lo cual se le diagnostica con colecistitis aguda cálculos y se pide la interconsulta con cirugía general donde lo evalúan el mismo día a las 22:00 horas donde la paciente persiste con el dolor abdominal, acompañado de náuseas y vómitos por el examen clínico y por los resultados de laboratorio se concluye que es una colecistitis aguda calculosa donde se le

programa para entrar a sala de operaciones solicitando los exámenes pre quirúrgicos más la interconsulta a anestesiología dejando como tratamiento, nada por vía oral, hidratación con ClNa al 0,9% de 1000 cc pro 45 gotas por minuto, ceftriaxona 1gr endovenoso cada 12 horas, metronidazol 50 mg endovenoso cada 8 horas, dexketoprofeno de 50mg cada 8 horas, tramadol de 100mg más dimenhidrato de 50mg en un ClNa de 0,9% de 100cc, control de funciones vitales más balance hidroelectrolítico, con metamizol 1gr endovenoso condicional a una temperatura > 38°, al día siguiente pasa a sala de operaciones con el diagnostico de colecistitis aguda calculosa, donde se plantea hacer una colecistectomía vía laparoscópica y termina realizando una colecistectomía laparoscópica más dren Penrose, se halló múltiples adherencias firmes y laxas colecistoeiploicas, colecisto colónicas y colecisto duodenales, una vesícula biliar de +/- 10x7x5 cm de paredes edematosas empotrada en el hígado conteniendo cálculos de +/- 20mm, bilis clara y escasa, contenido cístico de +/- 4mm, conducto colédoco no evidenciable por adherencias y tejido inflamatorio, arteria cística única parénquima hepático friable, se le hizo una incisión transumbilical, neumoperitoneo abierto, videlap de T2, T4 según técnica francesa identificación de hallazgos colecistectomía mixta, se deja pared posterior de forma parcial y retira en bolsa, revisión mas control de hemostasia se deja dren Penrose en lecho vesicular pasa por Morrison sale por T2, retiro de trocares bajo revisión directa cierre de puertas, en su PO1 el paciente refiere leve dolor en sitio operatorio, con puntos laparoscópicos bien afrontados continua con la misma medicación con una evolución favorable hasta su alta medica

### **1.3 Rotación de ginecología**

La siguiente rotación fue la de ginecología que duro un periodo de dos meses donde se rotaba por tópico de emergencia, hospitalización de puérperas y post operadas, en esta rotación se contaba con una residente de tercer año, tres residentes de segundo año, y tres residentes de primer año, días antes del inicio de la rotación se citó a los internos para una explicación sobre el servicio donde

se mostró cada servicio por donde se rotaba explicando el papeleo y el cómo hacer las evoluciones y presentaciones durante el pase de visita, también se programó fechas para la exposición de temas junto con casos clínicos que se exponían vía la plataforma de zoom debido a la pandemia y no poder estar en un espacio cerrado, en el servicio de emergencia estaba presente un solo interno el día de su guardia acompañado de dos residentes y el asistente de guardia donde llegaban casos en su mayoría de gestantes donde se dio la oportunidad de hacer las evaluaciones iniciales a la paciente como es el tacto vaginal, las maniobras de Leopold y toma de signos vitales de cada paciente, encargarse de la programación a sala de operaciones de ser necesario, luego en el servicio de hospitalización de puerperio se evoluciona las pacientes que tuvieron un parto vía vaginal y también a las pacientes con abortos o pacientes que tuvieron un parto domiciliario donde se les atendió en el hospital luego, luego en hospitalización de post operadas se evalúa a las pacientes que se les realizó una operación quirúrgica, también hay un servicio que es de centro obstétrico donde se evalúa a las pacientes que están en el proceso de dilatación, el interno de medicina junto con las internas de obstetricia se dividen los casos para que cada uno pueda atender algún parto, en el caso del interno de medicina de tocarle atender el parto tenía que estar pendiente de la paciente todo el momento hacerle su toma de signos vitales, hacer un buen tacto vaginal donde se pueda tener datos de la incorporación y la dilatación de la paciente llenándolos en el partograma luego de se pasa a sala de partos donde junto con la residente de turno apoya al interno en atender el parto que previamente tener conocimiento de la teoría de las maniobras, otra función del interno era la entrar a sala de operaciones siempre en pacientes no COVID, donde apoyaba con aspirando, sujetando piel, haciendo la asepsia y antisepsia, colocando la sonda Foley y dependiendo de cada asistente se le dejaba al interno poder suturar. Otras pacientes que acudían por un aborto incompleto el interno podían entrar a ver el procedimiento de AMEU y poder participar en el procedimiento ayudando al doctor

CASO E: Al propósito de un caso donde una paciente de 22 años de nacionalidad venezolana acude a emergencia a las 04:20 am tras presentar un parto domiciliario dos horas antes del ingreso refiere sangrado vaginal y con placenta en bolsa, como antecedentes tiene una gestación anterior son signos vitales de presión arterial 100/60, un pulso de 80 por minuto, una temperatura corporal de 36.8°, una frecuencia respiratoria de 20 por minuto y un peso de 70 kilogramos, en el examen físico la piel y tejido células subcutáneo se ve temperada, húmeda, elástica, con un llenado capilar menor a 2 segundos, en el tórax y pulmones se ausculta murmullo vesicular que pasa bien en ambos hemitórax no rales, en el aparato cardiovascular donde los ruidos cardiacos eran rítmicos no soplos audibles, en el abdomen se ve un útero contraído, en el tacto vaginal se evidencia sangrado vaginal escaso con abundante coágulos se plantea como diagnostico púérpera inmediata de 2 horas, parto extrahospitalario con anemia leve se le pidió exámenes auxiliares de glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, hemograma, test de Coombs donde se le pasa a hospitalización donde se le reevalúa con resultados, donde es grupo O +, hemoglobina 11.4, en el examen de orina se ve leucocitos de + de 3 por campo, se le deja como tratamiento CINA al 0,9% de 1000 cc junto con oxitocina 30 UI en dos tiempos, sulfato ferroso de 300mg una tableta cada 12 horas, paracetamol 500mg dos tabletas condicional al dolor, control de signos vitales, observación de signos de alarma, se le programa para revisión de cavidad, clindamicina de 600mg endovenosa cada 8 horas, gentamicina de 800mg cada 8 horas endovenoso, pasa revisión de cavidad a las 4:50 horas revisión de cavidad donde un útero de 16 cm, senos Endo uterinos 10cc membranas ovulares, regular cantidad de coágulos sin más complicaciones pasa a su cama en hospitalización donde la paciente refiere leve dolor en epigastrio con sangrado vaginal escaso que son loquios escasos sin mal olor

CASO F: Otro caso es de una paciente de 30 años acude a emergencia a las 20:00 horas refiriendo dolor en la fosa iliaca derecha e hipogastrio desde hace +/- 3 días niega sangrado vaginal, niega sensación de alza térmica, refiere como antecedentes reacciones adversas a medicamentos a la hioscina, una gesta anterior y como fecha de ultima regla 10 días antes del ingreso se le tomo signos

vitales de presión arterial de 100/70, pulso de 96 por minuto, temperatura de 37°, frecuencia respiratoria de 20 por minuto con un peso de 56Kg, saturación de 100%. Al examen físico en piel esta temperada, húmeda y elástica con un llenado capilar menor de 2 segundos, tórax y pulmones con un murmullo vesicular que pasa bien en ambos hemitórax no rales, en aparato cardiovascular con ruidos cardiacos rítmicos sin soplos audibles, en el abdomen los ruidos hidroaéreos están presentes , blando depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio, dolor al rebote positivo, en el tacto vaginal el cérvix esta fibromuscular, útero antero verso flexionado de +/- 7cm, se palpa masa en fosa iliaca derecha móvil dolorosa a la palpación se solicita los exámenes auxiliares de glucosa, urea, creatinina, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, grupo, factor, examen de orina, hemograma, VIH, RPR, VHS, covid-19 se plantea los diagnósticos de síndrome doloroso abdominal, descartar quiste a pedículo torcido, abdomen agudo quirúrgico, se le deja una vía salinizada, se le pone en nada por vía oral y se programa para laparotomía exploratoria, donde ingresa a sala con el diagnostico de abdomen agudo quirúrgico ginecológico, descartar quiste a pedículo torcido, anemia leve, se propone una laparotomía exploratoria más lavado de cavidad y drenaje, donde se halla cavidad pélvica bloqueada por plastrón epiploico, secreción purulenta con mal olor de +/- 500cc, útero con pared posterior cubierto con fibrina, anexo derecho, hidrosalpinx de 3 cm de grasa, fimbrias edematizadas, ovario cubierto con superficie de fibrina, anexo izquierdo trompa y ovarios cubiertos con superficie de fibrina, se hace una incisión tipo Pfannfield, disección de planos hasta cavidad donde se aspira la secreción purulenta más lavado de cavidad, se llama a cirujano de turno que explora la fosa iliaca derecha y flanco derecho localizando apéndice indemne, se deja dren Penrose en fondo de saco posterior se cierra planos y pasa a hospitalización donde la paciente en su día de hospitalización numero 1 la paciente refiere mejoría con leve dolor en sitio operatorio niega náuseas y vómitos y con tratamiento de dieta blanda con líquidos a voluntad, vía salinizada, ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, clindamicina 900mg endovenoso cada 8 horas, amikacina de 500mg endovenoso cada 12 horas, tramadol 100mg

subcutáneo cada 8 horas, sulfato ferroso de 300mg vía oral cada 12 horas, con evolución favorable hasta su alta medica

#### **1.4 Rotación de medicina interna**

La última rotación fue la de medicina interna, al igual que en las demás se citó a los internos días antes del inicio de la rotación donde a cargo de los residentes de turno se pasó a explicar cada servicio por donde se iba a rotar, en medicina interna se pasa por tópico de emergencia, hospitalización y observación, en el tópico de emergencia se iba solo cuando tocaba guardia en total 2 veces por mes y aunque es de mucha importancia el paso por ahí el tiempo no alcanzo, en el tópico de emergencia se contaba con un solo interno un residente de turno y de uno a dos especialistas que muchas veces no eran médicos internistas sino también médicos ocupacionales, reumatólogos, cardiólogos, psiquiatras, etc. En emergencia la función del interno es estar en primer contacto con el paciente tomando nota de la consulta y decidiendo si amerita que sea una emergencia o pueda ser una consulta externa, y por el contexto de la pandemia si los pacientes venían con sintomatología sugestiva de Covid-19 se les mandaba a triaje diferenciado donde se les tomaba la prueba rápida, demás patologías que no tengan una sintomatología sugestiva de Covid-19 lo primero que se hacía es tomar funciones vitales, luego llenar la historia clínica y pedir los medicamentos y exámenes que se solicite, de ser necesario una reevaluación se le manda al paciente a una zona de transito donde pueda estar sentado o si lo requiere en una camilla.

En el paso de observación están los pacientes que necesiten una evaluación continua y que no se espere que tengan que estar mucho tiempo en el hospital la función del interno es la evolucionar todas las camas solo hasta la apreciación luego el residente de turno se encarga de hacer el plan y las indicaciones, en observación uno de los procedimientos que más se realizaban era la toma de análisis de gases arteriales donde ayudo bastante en la práctica y los residentes enseñaron los diferentes puntos de toma de mal muestra

En hospitalización estaban los pacientes más crónicos donde al igual que en observación la función del interno era la evolucionar a los pacientes hasta apreciación, la mayoría de estos pacientes eran pie diabéticos donde se les tenía que hacer limpieza de la herida diaria, toma de hemoglucotest dependiendo si es de cada 8 a 12 horas, y acá también la toma de análisis de gases arteriales es un procedimiento frecuente, muchas veces al no contar con tomógrafo en el hospital los pacientes tenían que ser referidos a otros centros de diagnóstico u hospitales para la toma de estos exámenes y el interno era el que se encargaba de hacer el papeleo de la referencia e ir junto con el paciente en la ambulancia, otros pacientes con enfermedades como cáncer necesitan una cita en el INEN (instituto nacional de enfermedades neoplásicas), que muchas veces eran por la tarde o noche las referencias y el interno debía de estar al tanto de eso.

En el paso de medicina interna los residentes programaron exposiciones de temas propios de la especialidad donde se invitaba a los internos asistir, una de las exposiciones más didácticas fue la de RCP donde se trajo un muñeco especial para la práctica junto con un desfibrilador, también dentro de cada servicio el residente a cargo mandaba temas para estudiar y responder al día siguiente donde el residente también explica el tema con diapositivas

CASO G: Un caso de medicina interna por ejemplo una paciente mujer de 31 años que ingreso en una primera oportunidad por emergencia de ginecología a las 15:00 donde presenta malestar general, refiere fiebre hace 2 días asociado a dolor pélvico se acompaña de náuseas y vómitos refiere disuria, es una gestante de 11 semanas por fecha de ultima regla, esta con los signos vitales de presión arterial de 100/60, pulso de 115 por minuto, temperatura de 38.5°, frecuencia respiratoria de 20 por minuto un peso de 43 Kg, al examen físico la piel esta temperada, húmeda, elástica con un llenado capilar menor de 2 segundos, en el aparato respiratorio el murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no rales, en el aparato cardiovascular los ruidos cardiacos son rítmicos, no soplos audibles, en el abdomen están los ruidos hidroaéreos presentes, es blando depresible, doloroso en hemiabdomen inferior, en el genitourinario, con puño

percusión lumbar derecho positivo, puntos renoureterales positivos, en el tacto vaginal, el cérvix es posterior cerrado no cambios cervicales, se le solicita los exámenes de glucosa, urea creatinina, examen de orina, ecografía renal. Hemograma, PCR y se reevalúa con los resultados, se plantea los diagnósticos de infección de tracto urinario, y descartar COVID 19, se le puso metamisol 1gr intramuscular STAT. Se reevalúa a la paciente con los exámenes auxiliares solicitados con un examen de orina con leucocitos de 3 a 5 por campo, gérmenes 3 cruces, nitritos positivos, tiempo de coagulación 6.3, tiempo de sangría de 2, leucocitos de  $8.6 \times 10.000$ , plaquetas de 243, glucosa de 104.9, creatinina de 0.56, urea de 21.2, PCR de 12.67, en la ecografía renal sin alteraciones, en la ecografía obstétrica se ve una gestación única de 16 semanas por biometría fetal, en feto transverso, ponderado fetal de 161 gramos, líquido amniótico conservado. La paciente refiere persistencia de dolor lumbar y pélvico en menor intensidad con los diagnósticos de pielonefritis aguda se hospitaliza y es dada de alta del servicio de ginecología, luego de un mes la paciente vuelve a acudir al hospital por emergencia pero de medicina interna a las 16:00 refiriendo dolor tipo cólico en hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómitos en 3 ocasiones con los signos vitales de 100/70, un pulso de 78 por minuto, una temperatura de  $37^{\circ}$ , una frecuencia respiratoria de 20 por minuto y saturación de 98%, al examen la piel esta temperada húmeda y elástica con llenado capilar de menos de 2 segundos, en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados, en el aparato cardiovascular, los ruidos cardíacos son rítmicos de buena intensidad, en el abdomen tiene una altura uterina de 33 cm, con una situación de longitudinal cefálico izquierdo, con ruidos hidroaéreos positivos, doloroso a la palpación, entre con los diagnósticos de gestante de 33 semanas por ecografía, síndrome doloroso abdominal, se le da analgesia con hioscina de 20mg endovenoso se solicita una ecografía donde se evidencia una litiasis vesicular, se le solicita interconsulta a ginecología donde concluyen que no es un problema obstétrico y que se continúe el manejo por medicina interna se le indica maduración pulmonar con betametasona de 12mg intramuscular cada 24 horas en dos dosis e indican que si el cuadro clínico progresa y urge

culminar gestación se debe coordinar con neonatología ya que es un producto prematuro con la posibilidad de referir a la paciente a un hospital de mayor complejidad

CASO H: El otro caso especial en medicina interna es el de una paciente de sexo femenino de 54 años que ingresa a emergencia de medicina interna a las 23:00 por presentar dolor abdominal difuso desde hace 3 días que es más intenso en hipogastrio, niega antecedentes niega reacciones adversas a medicamentos con signos vitales de presión arterial de 110/6, un pulso de 80 por minuto, temperatura de 36.7°, frecuencia respiratoria de 23 por minuto con una saturación de 98%, en el examen físico la piel esta temperada, húmeda, elástica con leve palidez, llenado capilar menor de 2 segundos, en el aparato respiratorio lo murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, en el aparato cardiovascular los ruidos cardiacos son rítmicos de buena intensidad, en el abdomen los ruidos hidroaéreos son positivos, es blando depresible, se palpa globo vesical, doloroso a la palpación de hipogastrio, se le solicita exámenes auxiliares de glucosa, urea, creatinina, radiografía de abdomen y tórax, hemograma, perfil hepático, se le plantea el diagnostico de ingreso de síndrome doloroso abdominal, globo vesical, descartar neoplasia de vejiga, en el plan de trabajo se le coloca una sonda Foley, en el tratamiento se le puso en nada por vía oral, tramadol de 100mg más dimenhidrinato de 50mg en un CINA al 0,9% de 100cc endovenoso STAT, omeprazol de 40mg endovenoso, metoclopramida de 10 mg endovenoso, hemoglucotest cada 8 horas y control de funciones vitales, luego de la llegada de los resultados se revalúa a la paciente el día siguiente a las 3:00 am, donde la paciente refiere persistencia del dolor abdominal con irradiación hacia región lumbar en el hemograma leucocitos de 22.1x10.000, hemoglobina de 10.6, plaquetas de 472, glucosa de 123.5, creatinina de 0.54, urea de 34.5, PCR de 15, TGO de 20, TGP de 31.3, GGT de 60.8, bilirrubina total de 0.36, bilirrubina directa de 0.05, bilirrubina indirecta de 0.31, fosfatasa alcalina de 102.6, tiempo de protrombina de 13.8, INR de 1.3, en el examen de orina se encontró leucocitos de 20 a 25 por campo, neutrófilos de 10 a 12 por campo, en el análisis de gases arteriales se encontró un pH de 7.6, PO2 de 122, potasio de 3.8, sodio de 133,

calcio de 1.23, lactato de 1.8, HCO<sub>3</sub> de 27.7, en la ecografía abdominal se concluye una colecistitis crónica calculosa, tumoración vesical a descartar NM vesical, ectasia pielocalicial bilateral hidronefrosis de tercer grado, se concluye como diagnóstico de sepsis de punto de partida urinario, infección de tracto urinario complicado, tumoración vesical, hidronefrosis bilateral de tercer grado, colecistitis crónica calculosa, anemia leve normocítica normocrómica, se solicita tomografía abdominal con contraste, pasa a hospitalización con el tratamiento de dieta blanda, líquidos a voluntad, hidratación con CIna al 0.9% de 1000cc a 30 gotas por minuto, omeprazol de 40mg endovenoso cada 24 horas, metoclopramida 10mg endovenoso cada 8 horas, tramadol de 100mg, dimenhidrinato de 50mg en un CIna al 0.9% de 100 cc cada 8 horas, metamizol 1gr condicional a una temperatura mayor de 38.5°, lactulosa de 33.3% 30cc vía oral cada 8 horas, hemogluco test cada 8 horas control de funciones vitales más balance hidroelectrolítico, en el informe de la tomografía se concluyó que tiene una litiasis uretral distal derecha más hidronefrosis, litiasis vesical de 87x62 mm, abundante contenido fecal y gaseoso en asas intestinales

Se le hizo interconsulta con urología que indico continuar con el tratamiento para la infección del tracto urinario, cambio de sonda Foley cada 7 días, se cambia antibióticos por leucocitosis a meropenem 1 gramo cada 12 horas, continua con evolución favorable hasta terminar con antibióticos

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ubicado a 31 Km. al norte de Lima, se inauguró el 17 de septiembre de 1971, inicio con la atención en Medicina, Pediatría, Gineco – Obstetricia, Cirugía y Odontología. Actualmente cuenta con 50 años de funcionamiento, al inicio funciona como un puesto de salud, que luego pasa a ser un centro de salud materno infantil, conforme la población aumenta pasa a ser un hospital donde brinda atención a cerca de 500.000 habitantes donde atiende a la población de puente piedra y distritos cercanos. Actualmente el Hospital cuenta con 109 camas. En los últimos 20 años debido al fenómeno migratorio se incrementó la población, es el único Hospital situado entre la localidad de Chancay y los Hospitales de Lima como el hospital Cayetano Heredia y el Hospital Collique. En la actualidad el Hospital es de categoría II-2.

Con el inicio de la pandemia el hospital hizo varias modificaciones como la separación por zonas COVID y no COVID tomando pruebas rápidas a todos los pacientes que necesiten pasar a hospitalización se armó carpas en la loza deportiva para la atención de los pacientes COVID, el departamento de epidemiología hacia iba por todo el hospital para asegurarse del buen uso de los equipos de protección personal, el lavado de manos en cada servicio y a la no aglomeración de personal en los servicios

## **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

En el presente capítulo busca contrastar el método de trabajo que se realiza en el hospital con las normas técnicas, guías o bibliografía disponible.

### **3.1 Rotación de pediatría**

En el caso de pacientes con asma expuesto en el capítulo I, donde acude un menor edad por dificultad respiratoria, el asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, dando clínica de tos persistente con dificultad respiratoria, afecta la calidad de vida en el paciente como en la familia así como en lo económico según la norma técnica (1) la clasificación de la severidad del asma es según la clínica antes del tratamiento en cuatro niveles, el diagnóstico según esta norma en menores de 5 años es por historia clínica y por examen físico, el diagnóstico es por la presencia de episodios recurrentes de obstrucción, y a su vez que se caractericen por cinco ítems, el primero que sea sibilancias espiratoria, tos recurrente, criterios mayores (padres con asma, diagnosticado con dermatitis atópica), criterios menores (diagnóstico de rinitis alérgica, sibilancias, eosinofilia igual o mayor de 4%), síntomas ocurren más de noche, limitación en el flujo de aire por espirometría. En los niños mayores de cinco años como es el caso expuesto en el capítulo I, se debe de medir el flujo espiratorio pico por flujometría, en el tratamiento se debe hacer manejo de prevención, educación y seguimiento

Otro de los motivos de consulta en pediatría es la de diarrea aguda, según la guía de práctica clínica peruana del año del 2017(2), esta se caracteriza por heces líquidas de más de tres ocasiones en un día, y no por más de 14 días, según esta guía la divide en tres tipos, diarrea aguda acuosa, disentérica y persistente. En el hospital el diagnóstico es por anamnesis y examen físico, según la guía algunos centros piden leucocitos en heces siendo positiva cuando hay más de 20 por campo, pero no hace el diagnóstico de disentería, en el centro donde se realizó el internado no se pedía este examen, luego del diagnóstico se hace el manejo inicial con antibioticoterapia, hidratación si esta deshidratado, dieta durante y después de la enfermedad, verificar las vacunas. En otro estudio recomiendan como objetivos principales la prevención, control de los síntomas, y el tratamiento de la infección como pilares en el tratamiento de la diarrea (3), en el hospital se examinaba al niño si es que tenía signos de deshidratación porque dependiendo de eso se hace el manejo de urgencia o no, iniciando por la rehidratación y luego con los antibióticos.

La rehidratación en el hospital se hacía dependiendo si había signos de deshidratación, y de acuerdo con qué nivel de deshidratación ya que si es leve se hace una rehidratación oral con sales de rehidratación oral de baja osmolaridad, con sodio entre 75 y 84% mmol/L.

El tratamiento antibiótico es de acuerdo con las causas más frecuentes y los antibióticos más usados son Cotrimoxazol, Furazolidona o ácido nalidíxico y cualquiera de estos debe ser usado por cinco días, en el hospital se contaba solo con cotrimoxazol por lo que era el único antibiótico que se les recetaba.

### **3.2 Rotación de cirugía**

En la rotación de cirugía un motivo de consulta frecuente es el abdomen agudo, donde puede ser por varias causas una de las más comunes es por apendicitis aguda siendo esta una emergencia era una de las pocas operaciones que se realizaban, esta es una enfermedad que es la inflamación de la apéndice, en los pacientes adultos mayores si tienen una apendicitis perforada corren con más

riesgo de hacer complicaciones (4), según su fisiopatología se puede clasificar según si es complicada y no complicada aunque datos epidemiológicos sugieren que no la fase complicada no es la evolución de la no complicada sino son de distinta fisiopatología. En las apendicitis no complicadas la fase catarral es caracterizada por la infiltración de leucocitos polimorfonucleares en la mucosa del apéndice, en la fase flemonosa hay edemas en toda la pared, en la apendicitis complicada esta la fase gangrenosa y la fase perforada (5). En el manejo del hospital los pacientes llegan con signos de dolor abdominal donde se evalúa varios signos y sus características ya que el cuadro clínico clásico de la enfermedad de acuerdo a la fase en la que este el paciente se presentan, primero se manifiesta como un dolor en epigastrio en las primeras seis horas de la enfermedad donde no es localizado el dolor muchas veces inespecífico, a veces acompañado de náuseas, fiebre no más de 38.5, luego en las siguientes seis horas el dolor suele localizarse en la fosa iliaca derecha aunque puede variar de acuerdo a la posición del apéndice y suele ser intenso no calma con la posición ni con analgésicos, los pacientes suelen llegar en este momento cuando el dolor es localizado e intenso, lo siguiente es pedir pruebas de laboratorio como es el hemograma para poder hacer el diagnóstico con el sistema de puntuación de Alvarado (ver Anexo 1) que es el que más se usa en esta sede hospitalaria, donde divide en síntomas, signos y laboratorio, siendo los síntomas anorexia, náuseas o vómitos, migración del dolor a la fosa iliaca derecha y estos valen un punto cada uno; en los signos están el dolor a la palpación de fosa iliaca derecha que vale dos puntos, dolor al rebote un punto, fiebre un punto; en el laboratorio la leucocitos de más de diez mil vale 2 puntos, desviación izquierda vale 1 punto, en total son 10 puntos de los cuales menos de 4 puntos es poca probabilidad de apendicitis aguda, entre cinco y seis puntos es consistente con apendicitis pero no diagnóstico, mayor de siete puntos es alta probabilidad de que sea apendicitis (6), luego del diagnóstico de apendicitis se procede a pedir la interconsulta con anestesiología, el consentimiento informado, interconsulta con medicina interna para que realice el riesgo quirúrgico, además de los exámenes auxiliares prequirúrgicos. En el tratamiento debe ser quirúrgico ya sea por una

apendicetomía vía laparoscópica o abierta, siendo la que conviene más la que es vía laparoscópica ya que como beneficios tiene que los pacientes están menos tiempo en hospitalización, su recuperación es más rápida, la dieta oral puede ser más antes y tiene menos complicaciones post operatorias. En el tratamiento antibiótico pre operatorio según estudios se recomienda cefotetan, cefoxitina y seguido en el post operatorio de ticarcilina-clavulanico(6), en cambio en la sede hospitalaria solo se dejaba como antibióticos ceftriaxona y metronidazol en el pre y post operatorio. Una de las complicaciones clásicas son los abscesos(5).

Otra de las patologías frecuentes en la sede hospitalaria es la obstrucción intestinal, esta patología puede ser por una vía mecánica o adinámica, esta obstrucción causa dolor, vómitos y disminución del apetito, si es de causa mecánica necesita cirugía pero si es de causa a dinámica se suele resolver en pocos días(7), esta obstrucción puede ocurrir en el intestino delgado como en el intestino grueso la causa más común en el intestino delgado es por bridas mientras la causa más frecuente de obstrucción en el intestino grueso es por cáncer, también se puede clasificar esta obstrucción según su ubicación topográfica siendo alta cuando es por encima del ángulo de Treitz, medida entre el ángulo de Treitz y la válvula ileocecal y baja cuando es por debajo de la válvula ileocecal. En la obstrucción mecánica hay inflamación del peritoneo (8), con lesiones extramurales que son los que obstruyen desde fuera este es el más frecuente, acá están las bridas o adherencias postoperatorias, lesiones intramurales estas nacen desde dentro de la como los canceres, diverticulitis, intraluminales es algo que obstruye desde adentro como el íleo biliar, bezoar, cuerpos extraños. En la fisiopatología de esta obstrucción lo que ocurre en la zona proximal es la acumulación de gases fundamentalmente nitrógeno, secreciones gástricas y alimento, por delante de la obstrucción hay una falta de eliminación de heces y gases por el recto y a esto se le conoce como cierre intestinal(7,8), se puede retener bastante liquido por lo tanto mientras más baja o distal sea la obstrucción será más grande esta retención generando edema de pared y esto genera congestión, en una obstrucción alta se genera alcalosis con hipocalcemia e hipoglucemia porque hacen vómitos precoces ya que se bota los

ácidos del estómago por eso quedamos en alcalosis metabólica, en una obstrucción baja se hace acidosis con hiponatremia porque hay acumulación de líquidos para el diagnóstico se pide una radiografía simple de abdomen de pie donde algunos signos que se pueden ver son el signos de pilas de monedas, niveles hidroaéreos, aunque a veces las radiografías son normales pero cuando los síntomas son compatibles una tomografía puede ser de más utilidad, en la obstrucción los síntomas característicos son dolor acompañado de vómitos con distensión abdominal, en el tratamiento tenemos que discernir entre no complicado y complicado siendo los no complicados los que no tienen fiebre ni leucocitosis en general no hay signos de inflamación y lo que se hace es que el paciente resuelva solo así sea la obstrucción parcial o total se hace hidratación endovenosa, nada por vía oral más sonda nasogástrica entre 12 a 24 horas, en pacientes complicados son los que tienen signos de estrangulamiento con fiebre y leucocitosis o si es que falla el manejo en los lo complicados se hace laparotomía(9).

En el vólvulo intestinal es la torsión en sentido antihorario del intestino alrededor de un eje, es la primera causa de obstrucción del intestino grueso en países no desarrollados sobre todo en el sigmoides, ciego y transverso algunas de las causas es por meso largo, estreñimiento crónico, abuso de laxantes, adherencias y la existencia de asas de intestino con una movilidad anormal este giro provoca obstrucción y oclusión de vasos, si no se trata puede producir necrosis(10), la clínica es con dolor cólico intenso, vómitos tardíos pueden ser fecaloides y distensión abdominal en la radiografía en decúbito podemos ver el signo de café o asa en omega, en bipedestación niveles hidroaéreos en pelvis, con enema opaco con hidrosoluble ósea con contraste confirma el diagnostico. El tratamiento si no hay signos de estrangulación se hace devolvulacion por colonoscopia y luego se hace una colectomía electiva para que no se vuelva a volvular, si existen signos de estrangulación o fallo de colonoscopia se hace cirugía de urgencia se hace colectomía más anastomosis primaria, pero si hay gangrena colectomía más colostomía tipo Hartmann.

### **3.3 Rotación de ginecología**

En ginecología una de las patologías más comunes que acudían a emergencia era la enfermedad inflamatoria pélvica que es un conjunto de infecciones del tracto genital superior que puede ser o no sintomática, que se manifiesta como cervicitis, endometritis, salpingitis, ooforitis e inclusive pelviperitonitis, se relaciona más frecuentemente por *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y anaerobios asociados a vaginosis bacteriana, las personas jóvenes corren más riesgo de presentar esta enfermedad(11), el mecanismo principal es por vía ascendente y hematógeno, si se tuvo una EPI previa hace más riesgo de cronificas o reagudizar o el endometrio queda afectado, todo lo que espesa el moco como los anticonceptivos disminuyen el riesgo de EPI. Los síntomas con los que acuden los pacientes son el dolor en hemiabdomen inferior, secreción vaginal, dispareunia profunda y hemorragia vaginal anormal, dolor a la movilización de cérvix(12), el diagnostico se hace por criterios de Hager donde hay criterios mayores como dolor abdominal bajo, dolor a la movilización de cérvix, dolor anexial, antecedente de contacto sexual reciente, una ecografía negativa de abdomen agudo, en criterios menores tenemos fiebre, VSG elevado, leucocitosis, exudado cervical que da positivo a gonococo. Dando como diagnostico si hay dos criterios mayores o un criterio mayor y dos criterios menores para el tratamiento primero debemos de estadificarlos mediante los estadios de MONIF, siendo estadio uno salpingitis sin peritonitis el dolor es abdominal bajo, estadio dos salpingitis con peritonitis el dolor es a la presión del abdomen bajo con signo del rebote más dolor a la movilización del cérvix, estadio tres absceso pélvico o tubo ovárico el dolor anexial es marcado y estadio cuatro ruptura de abscesos dando peritonitis(13). En el estadio uno y dos el manejo es médico ambulatorio en el estadio uno y hospitalario en el estadio dos, en el estadio tres y cuatro es manejo médico y quirúrgico en el tres se hace drenaje de la masa y en el cuatro lavado peritoneal, si no tratamos una EPI se genera dolor pélvico crónico, el manejo se hace con doxiciclina para Chlamydia y ceftriaxona para gonococo y metronidazol

opcional si tiene flujo por tricomonas o inserción de DIU o legrado(14), (ver Anexo 2).

Otro de las enfermedades importantes en la rotación de ginecología es la preeclampsia que es la hipertensión arterial más de 140/90, en al menos dos medidas separadas de 4 horas en gestantes de más de 20 semanas de gestación o una medida de 160/110 asociado a proteinuria en una muestra de 24 horas mayor a 300mg, o el índice de proteína creatinina mayor de 0,3 o tira reactiva una cruz y que se resuelve esta hipertensión dentro de las 12 semanas post parto(15), en el año 2013 la sociedad americana de ginecoobstetricia define la preeclampsia en ausencia de proteinuria, pero debe haber falla de órgano (síntomas premonitorios: cefalea, escotomas, dolor abdominal; trombocitopenia, compromiso hepático, edema pulmonar). No solo diagnostican preeclampsia en ausencia de proteinuria, si no también dan el pronóstico de severidad(16). Es la primera causa de muerte materna en zona urbana. La mala placentación, desde que el blastocisto se implanta y luego se forma a partir del trofoblasto la placenta, habrá alteraciones por factores genéticos, inflamatorios, inmunológicos que van a determinar una mala placentación, porque se va a producir una mala invasión de células del trofoblasto. En la preeclampsia las células del trofoblasto invaden inadecuadamente, por lo tanto, la arteria espiral conserva su capa muscular y aumenta e hipertrofia, entonces entra en estado de vasoconstricción con lo cual el flujo uterino disminuye y la resistencia aumenta generando insuficiencia uteroplacentaria por alteración de invasión de células del trofoblasto. Al final lleva a disfunción endotelial, en la cual se van a formar sustancias vasoconstrictoras, que van a inducir el aumento de presión arterial, también aumenta la permeabilidad vascular producto de la disfunción endotelial, por ello el plasma se sale de los vasos. En una gestante el volumen plasmático esta aumentado y hay hemodilución, pero en la preeclampsia es lo contrario hay hemoconcentración por bajo volumen plasmático. Los factores predictores de preeclampsia de alto riesgo como preeclampsia anterior, factor cardiovascular (DM1-2, HTA), enfermedad renal crónica, factores inmunológicos (LUPUS, SAF) de moderado riesgo: gestante añosa, gestante adolescente, nulípara, embarazo múltiple,

trombofilia, obesidad, afroamericana. Y como factor protector tabaco y raza asiática. Predictor ecográfico Doppler de arterias uterinas entre las 20 – 24 semanas, al hacer el Doppler de la arteria Uterina, la arteria espiral estará pequeña, con alta resistencia y bajo flujo en arteria uterina, diástole más pequeña, veremos una muesca llamada notch proto diastólico nos predice preeclampsia. Hay predictores bioquímicos como el factor anti angiogénico, que evita el remodelado: tirosina cinasa 1 o sflt1. aumento de ácido úrico. Lo considero severo si PAS>160 o PAD >110 mmHg , el otro factor son síntomas premonitorios: cefalea, escotomas o fopsias, tinnitus, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho) Plaquetopenia (<100 000) Elevación de transaminasas (TGO), Edema agudo de pulmón, Falla renal, Eclampsia, convulsión tónico-clónica generalizada(17). La preeclampsia genera como complicación aguda rotura hepática, la lesión característica es necrosis hepatocelular, fibrosis que distiende la capsula de glisson, hematoma subcapsular que puede llevar a rotura. prevención gestante de alto riesgo para preclamsia se usa aspirina 81-100 mg c/ 24 horas (disminuye el tromboxano A2). Se da a partir de las 12 semanas hasta las 34 ss. o calcio 2gr/24 horas en mayores de 13 semanas. Tratamiento en preeclamsia leve es expectante hasta lo más que se pueda monitoreo de movimientos fetales cada 72 horas, terminar la gestación cuando llegue a término. La preeclamsia acelera la maduración de los pulmones en el feto. En la preeclamsia severa los tres componentes es controlar la presión si está muy elevada con antihipertensivos si la PA>160/110. El basal es metildopa, agonista alfa2, con acción central. Si no controla, se asocia nifedipino por vía oral. El mejor es labetalol porque aumenta la perfusión placentaria. Para tratar o prevenir la convulsión se usa un neuro protector que es el sulfato de magnesio al 20%, si queremos tratar la convulsión damos protocolo SIBA: 6gr endovenoso en bolo y 2gr/hora infusión continua, para tratar, para prevenir: 4 gr en bolo EV, luego 1 gr por hora hasta las 24 horas posparto(18).

### **3.3 Rotación de medicina interna**

Otra de las enfermedades comunes en la rotación de medicina es la pancreatitis aguda que es un proceso inflamatorio, edematoso del páncreas, el 80% de las pancreatitis son leves (llamada también edematosa intersticial) y el 20% son severas (llamada también necro-hemorrágica) y es la que tiene mayor tasa de mortalidad. Como etiología tienen los más frecuente Litiasis vesicular los cálculos pequeños menores de 5mm, que pasan el cístico y se enclavan en la parte distal del colédoco desencadenando una pancreatitis aguda(19), consumo crónico de alcohol de 40 a 50g de etanol al día nos lleva a una pancreatitis aguda y también llegar a una pancreatitis crónica, alteraciones metabólicas como la hipertrigliceridemia cuando los triglicéridos son más de 1000, las hipercalcemias nos producen pancreatitis, fármacos tiazidas, furosemidas, valproato, tetraciclinas, de la terapia de VIH, están asociadas a la producción de pancreatitis, raumas directos trauma abdominal cerrado o post CEPRE también desencadenan pancreatitis, las infecciones virales en los niños como la parotiditis están asociado a pancreatitis, la causa más frecuente es la obstructiva biliar, el alcohol es la segunda causa que produce un daño directo de las células pancreáticas, acinos pancreáticos y todo esto ya sea por la obstrucción biliar o el alcohol llevan a que las enzimas pancreáticas se activen de forma prematura sobre todo la Tripsina que es la enzima proteolítica, la elastasa que se activan de forma prematura en los acinos pancreáticos, normalmente se deberían activas en el intestino delgado, pero en este caso se activan en los acinos pancreáticos y eso va a producir el edema a nivel del páncreas y hasta la necrosis o la hemorragia que ya es lo grave(20). En el diagnóstico, el criterio clínico es lo más importante, el dolor abdominal en epigastrio, severo, súbito, por eso es la causa más frecuente de abdomen agudo medico el paciente viene a emergencia con dolor en abdomen severo en epigastrio que se irradia al dorso en faja o en cinturón ahí sospechamos en pancreatitis(21). En la mayoría de los casos la pancreatitis produce un íleo paralítico con síntomas de náuseas, vómitos, ruidos hidroaéreos ausentes y al final hacen falla de órgano. Signos de severidad que nos indica la presencia de un hemoperitoneo y esto se produce cuando hay una

pancreatitis necro hemorrágica son la equimosis periumbilical que se llama signo de Cullen, equimosis en flancos que se llama equimosis Grey Turner, y se confirma el diagnóstico con amilasa y lipasa que se elevan tres veces su valor normal y ahí vamos a diagnosticar una pancreatitis aguda, solo nos dan diagnóstico. La pancreatitis grave es cuando hay complicaciones locales o complicaciones sistémicas, en las complicaciones locales tenemos a la más frecuentes como el pseudoquiste pancreático que es una colección generalmente única ubicada en cuerpo, cola del páncreas, generalmente asintomática solo va a requerir vigilancia ecográfica porque la mayoría es no complicada la mayoría tiene resolución espontánea, el absceso pancreático habrá fiebre, dolor abdominal, leucocitosis con desviación a la izquierda, necrosis pancreática es lo más grave, es una zona de hipoperfusión en el páncreas, si no está infectado es una necrosis estéril de buen pronóstico. La que tiene mal pronóstico es la necrosis infectada, con 30% de mortalidad se sospecha cuando hay fiebre, aire en la tomografía o en la punción por aspiración con aguja fina el gram o el cultivo sale positivo, esos son los criterios para pensar en una necrosis infectada. Para evaluar el pronóstico se usa los criterios de Ranson que son 5 parámetros que se miden al inicio y 6 parámetros que se miden a las 48 horas, cada parámetro alterado es un punto, y al final se suma, si en el total de lo sumado sale más de 3 es un mal pronóstico, APACHE que sea mayor de 8, es un mal pronóstico y es el que tiene mayor predicción. Y la prueba bioquímica ideal que evalúa el pronóstico es el PCR > 150 mg/dl, y es ideal porque es accesible, con buena calidad, no invasiva y se correlaciona bien con el pronóstico además de que hay a disposición, la interleucina 6 o procalcitonina también nos dan mal pronóstico en pancreatitis, son más exactas que el PCR, pero no son prácticas porque no hay a disposición. Índice de severidad tomográfica, luego de los marcadores evaluados que la pancreatitis es grave luego a las 72 horas se pide tomografía, y aquí se suman dos marcadores: Baltazar que es sin contraste y la Necrosis que se evalúa con la tomografía con contraste Baltazar A: es normal, tiene 0 puntos Baltazar B: edema de páncreas. Tiene 1 punto Baltazar C: compromiso de la grasa peri pancreática. Tiene 2 puntos Baltazar D: 1 colección de líquido. Tiene

3 puntos Baltazar E: si hay 2 o más colecciones de líquido o basta que haya aire o gas. Tiene 4 puntos A este puntaje de Baltazar le sumas el puntaje de necrosis: Si se necrosa menos de 30% es 2 puntos Si se necrosa del 30 al 50% es 4 puntos Si se necrosa más del 50% es 6 puntos Entonces el puntaje de necrosis y el de Baltazar se suman para sacar el índice de severidad tomográfica que es de mal pronóstico cuando el puntaje es más de 7(22). Tratamiento es dieta absoluta es decir nada por vía oral, reposición hidroelectrolítica es muy importante porque el paciente pierde liquido por tercer espacio y se le pasara cristaloides y aquí el lactato de ringer es mejor que el cloruro de sodio, porque tiene actividad antiinflamatoria y se pasa 250 a 500ml/h, oxigenoterapia si está desaturando, opioides por el dolor intenso, soporte nutricional cuando es grave y la de elección es la de la vía enteral, se le coloca sonda naso yeyunal. Esa es la mejor forma de evitar la infección en pancreatitis dando adecuado soporte nutricional, antibioticoterapia (imipenem + cilastatina) es cuando se demostró la infección.

## **CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado medico la última etapa de la formación de pregrado, y la más importante donde se adquieren habilidades técnicas y maduración personal ya que es el año donde se está en contacto más cercano con los pacientes y también es cuanto más tiempo se pasa en el hospital, acá se realizan las cuatro grandes rotaciones que son pediatría, cirugía general, ginecología y medicina interna, donde se tuvo acceso a los diferentes servicios que ofrece cada rotación y cada rotación tiene la duración de tres meses en periodo pre pandemia y luego en pandemia tuvo una duración de dos meses con quince días de descanso

Se realizo el internado en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el distrito de puente piedra todo el internado 2020-2021, este hospital cuenta con todos los especialistas para poder realizar el internado, así como cuenta con servicios de laboratorio, hospitalización, observación, etcétera.

La primera rotación que se empezó fue la de pediatría esta rotación se llevó en periodo prepandemia en la que se pudo llevar a plenitud con guardias de noche y horarios más extensos se pudo estar en contacto y hacer todas las maniobras importantes en la rotación así es como la atención del recién nacido, la evaluación de los neonatos en alojamiento conjunto desafortunadamente termino la rotación en quincena de marzo por motivo de la pandemia.

La segunda rotación fue la de cirugía que se llevó en octubre en la misma sede hospitalaria a diferencia de la primera es que acá los horarios eran reducidos, los internos no podían entrar seguido a las salas de operaciones ya que por

pandemia no se podía agrupar mucha gente además que las operaciones electivas estaban canceladas y solo se atendían las operaciones de urgencia, a pesar de eso lo más importante fue estar en el tópico de emergencia donde con ayuda de los residentes se pudo atender a todos los pacientes y poder realizar los procedimientos como son las suturas.

La tercera rotación fue la de ginecología y al igual que en cirugía el tiempo era reducido por lo que era difícil poder estar en la atención de partos ya que las internas de obstetricia también tenían que atender, pero con ayuda de los residentes se pudo lograr atender algunos partos, por la pandemia se tuvo que reducir el número de internos por cada servicio

En la cuarta rotación y ultima de medicina interna se tuvo más acceso en los servicios de hospitalización y observación, pero en emergencia que fue el lugar donde más se podía aprender solo se acudía en las guardias es decir dos veces por mes y quizás eso fue una de las más grandes debilidades de esta rotación

## **CONCLUSIONES**

1. El internado es la etapa más importante en la formación profesional de medicina humana por la cercanía a los pacientes y el estar siempre acompañado de residentes que son como maestros
2. El internado en un hospital a diferencia de realizarlos en un centro de primer nivel tiene más beneficios como es la presencia de todos los especialistas de cada rotación junto con los respectivos residentes hacen una formación adecuada de cada interno además de que la llegada de pacientes y la variedad de patologías hace más diversa la enseñanza en cada rotación
3. La pandemia jugo un papel importante en esta formación ya que limito el acceso a los internos a la rotación que no se pudo lograr todo lo que se pudo haber hecho de no ser así
4. El internado debe de realizarse con el tiempo que antes de pandemia para poder garantizar una mejor educación para los demás internos

## **RECOMENDACIONES**

- Se necesita llevar un internado con el horario prepandemia para asegurar una formación adecuada en todos los internos, así como mayor inclusión de los internos en los procedimientos y no tanto en los papeleos
- Es necesario implementación de mayor infraestructura en los tópicos de emergencia con más camillas para los pacientes, así como materiales de uso de emergencia como gasas, hilos de sutura y esparadrapo
- Respaldo al interno para que pueda realizar un internado digno con todas las facilidades como son los equipos de protección personal

## BIBLIOGRAFIA

1. Personas PM de SDG de S de las. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña: Enfermedades Respiratorias. Guías Práctica Clínica Para Aten Las Patol Más Frecuentes Cuid Esenciales Niño Niña Enfermedades Respir. 2006;70-70.
2. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
3. Arco RTS del, Lázaro JMM, Díaz PC. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la diarrea aguda. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de octubre de 2019;12(87):5135-9.
4. Cirugía en el paciente geriátrico - Sabiston. Tratado de cirugía - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491131328000135#hl0001119>
5. Pariente A, Bonnefoy O. Enfermedades del apéndice. EMC - Tratado Med. 1 de junio de 2014;18(2):1-5.
6. Apendicitis Overview - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 2 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/topic/apendicitis>
7. Trastornos intestinales - Medicina de urgencias. Secretos - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 2 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491132233000361#hl0000196>
8. Patología del intestino - Introducción a la medicina clínica - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 2 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491133520000136#hl0000294>

9. Identificación de la obstrucción intestinal y el íleo - Radiología básica - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 2 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491136651000157#hl0001000>
10. Intestino grueso - Lo esencial en aparato digestivo - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 2 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788490227282000052#hl0001154>
11. Neisseria gonorrhoeae (gonorrea) - Mandell, Douglas, Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491134992002125#hl0001081>
12. Enfermedad inflamatoria pélvica - Lo esencial en ginecología y obstetricia - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491137016000090#hl0000194>
13. Dolor de causa ginecológica - González-Merlo. Ginecología - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491133841000103#section-hl0000193>
14. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents - UpToDate [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermedad%20pelvico%20inflamatoria%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermedad%20pelvico%20inflamatoria%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
15. Estados hipertensivos del embarazo - González-Merlo. Obstetricia - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B978849113122900027X#hl0000899>
16. Gestational Hypertension and Preeclampsia [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/06/gestational-hypertension-and-preeclampsia>
17. Trastornos obstétricos - Ginecología y obstetricia esencial - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788490227749000081#hl0000358>

18. Hipertensión en el embarazo - Lo esencial en ginecología y obstetricia - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491137016000211#hl0000347>
19. Infecciones pancreáticas - Mandell, Douglas, Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B978849113499200076X#hl0000568>
20. Pancreatitis aguda. Pseudoquistes y abscesos pancreáticos - Medicina y cirugía del aparato digestivo - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B978849113650700053X#hl0000251>
21. Enfermedades del páncreas - Farreras Rozman. Medicina Interna - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491135456000260#hl0000965>
22. Páncreas exocrino - Sabiston. Tratado de cirugía - ClinicalKey Student [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B978849113132800055X#hl0001212>

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### Modified Alvarado score for diagnosis of appendicitis

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

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

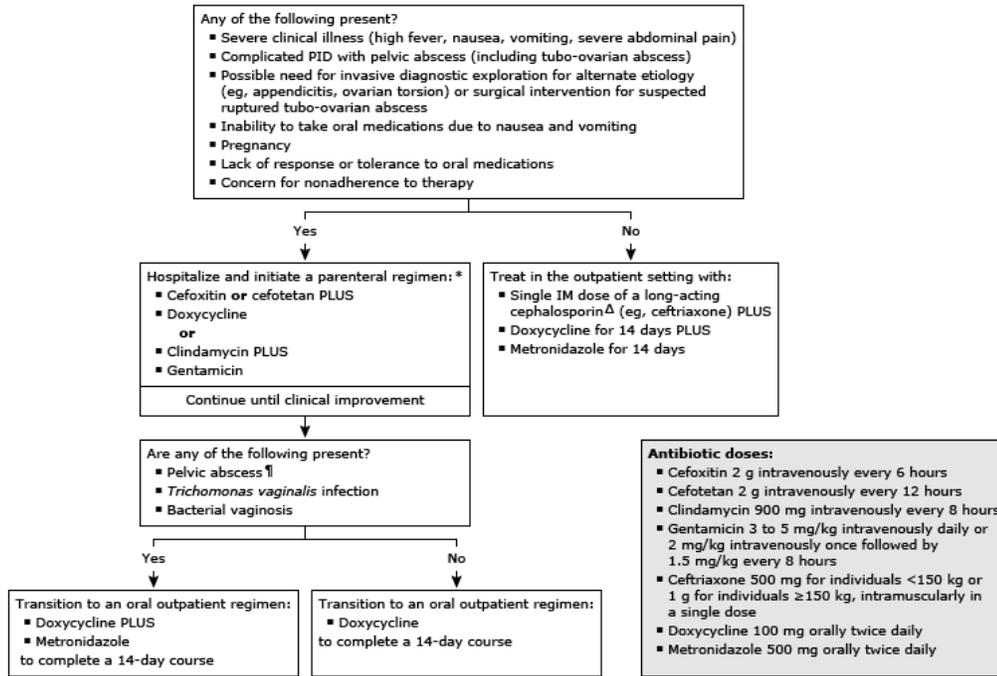
C: centigrade; F: fahrenheit.

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

UpToDate®

## ANEXO N° 2

### Antimicrobial therapy for pelvic inflammatory disease in adults and adolescents



This algorithm represents our approach to antimicrobial selection for patients with PID. Treatment should be tailored to the individual. Refer to other UpToDate content on PID therapy for doses and details on alternative regimens.

PID: pelvic inflammatory disease; IM: intramuscular.

\* These two regimens are both recommended by the Centers for Disease Control and Prevention in the United States. We generally prefer cefoxitin or cefotetan plus doxycycline for its overall safety and tolerability.

¶ Refer to other UpToDate content for details on additional management considerations, including other potential antibiotic regimens, for women with a tubo-ovarian abscess.

Δ We prefer ceftriaxone because it has the best and most established activity against *Neisseria gonorrhoeae*. Other appropriate cephalosporins include cefoxitin (with probenecid), cefotaxime, and ceftizoxime.

UpToDate®