



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO 2022-2023 EN LIMA
NORTE: DEL TERCER AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
RICARDO RIOS ROJAS**

**ASESOR
HENRY NELSON MORMONTOY CALVO**

**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 DEL INTERNADO MÉDICO 2022-2023 EN LIMA
NORTE: DEL TERCER AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

RICARDO RIOS ROJAS

ASESOR

HENRY NELSON MORMONTOY CALVO

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro : Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro : Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

El actual trabajo es dedicado a Dios y a mi familia, por su constante apoyo a lo largo de estos 7 años, con especial énfasis en mis padres que fueron el pilar más importante en mi formación, que siempre confiaron en mí y me mostraron su apoyo incondicional, siendo además mi motivo para poder culminar esta carrera.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes a lo largo de estos 7 años que mediante sus enseñanzas y dedicación lograron en mi un sentimiento mucho más profundo hacia la carrera de Medicina Humana.

INDICE

PORTADA	i
JURADOS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
I.INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I : TRAYECTORIA PROFESIONAL	
1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	1
1.2 Rotación en Pediatría	6
1.3 Rotación en Medicina Interna	9
1.4 Rotación en Cirugía	15
CAPÍTULO II : CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	21
CAPITULO III : APLICACIÓN PROFESIONAL	23
CAPITULO IV : REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
II.CONCLUSIONES	44
III.RECOMENDACIONES	45
IV.FUENTES DE INFORMACIÓN	47

RESUMEN

El presente trabajo narra aquellas actividades y experiencias que fueron realizadas durante el internado médico entre el periodo Junio 2022 hasta el mes Marzo 2023 , en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales y Centro de Salud Ermitaño Bajo. El presente internado se realizó durante un lapso de tiempo de 10 meses , dónde 5 meses se realizaron en los hospitales del país mientras que los restantes en un centro de salud en el primer nivel de atención.

El principal propósito fue la descripción de las competencias obtenidas por el autor mediante 8 casos clínicos que fueron divididos en 4 rotaciones : ginecología y obstetricia , medicina interna , cirugía general y pediatría. La metodología para usar fue la de exponer detalladamente la aplicación de guías clínicas mediante casos clínicos además del conocimiento obtenido por médicos residentes o especialistas. Se puede dar como conclusión que el internado es la etapa final de la formación de cada estudiante de medicina humana que implica el aplicar los conocimientos obtenidos tanto en la fase de Ciencias Básicas como en ciencias Clínicas para poder ser lo suficiente resolutivos cuando ya sean médicos.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
2022-2023 EN LIMA NORTE : DEL TERCE
R AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

AUTOR

RICARDO RIOS ROJAS

RECUENTO DE PALABRAS

11850 Words

RECUENTO DE CARACTERES

61543 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

57 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

335.7KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 22, 2023 9:42 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 22, 2023 9:43 PM GMT-5

● **13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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



Mgtr. HENRY NELSON MORMONTOY CALVO
ASESOR

ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-9230-337X>

ABSTRACT

The present work narrates those activities and experiences that were carried out during the medical internship from June 2022 to March 2023, at the Sergio E. Bernales National Hospital and Ermitaño Bajo Health Center. The present internship was carried out during a period of 10 months, where 5 months were performed in the hospitals of the country while the remaining months were performed in a health center at the first level of care.

The main purpose was to describe the competencies obtained by the author through eight clinical cases that were divided into four rotations: gynecology and obstetrics, internal medicine, general surgery, and pediatrics. The methodology to be used was to expose in detail the application of clinical guidelines through clinical cases in addition to the knowledge obtained by residents or specialists. It can be concluded that the internship is the final stage in the training of each student of human medicine that involves applying the knowledge obtained both in the phase of Basic Sciences and Clinical Sciences to be able to be sufficiently decisive when they are already doctors.

I.INTRODUCCIÓN

En el Perú , estudiar la carrera de medicina humana implica una duración de 7 años dividido en 3 fases : Ciencias Básicas dónde se extrae los conocimientos básicos para los siguientes años , Clínicas para tener las primeras experiencias con pacientes y el Internado médico.(1)

Es de amplio conocimiento que el Internado Médico es desarrollado durante el último año académico de un estudiante de Medicina Humana , periodo indispensable que implica que los futuros médicos pongan en práctica lo aprendido a lo largo de la carrera. En este periodo además representa un requisito fundamental para poder lograr el título profesional. (2) (3)

Durante la pandemia COVID 19 , se exigió a las facultades de medicina humana , hospitales y autoridades involucradas en el sector salud , replantear los métodos de enseñanza para dar continuidad al Internado Médico , además de priorizar la salud integral de los internos de Medicina Humana ante los riesgos que involucran su presencia en los establecimientos de salud.(3)

Antes de la pandemia el internado medico solía durar 12 meses, pero una de las principales modificaciones que se realizó a raíz de esto fue la reducción del tiempo de a 5 meses. Para la etapa del Internado Médico 2022-2023 , el interno de medicina debe cumplir 4 rotaciones en el ámbito hospitalario durante los primeros 5 meses : Ginecología – Obstetricia , Medicina Interna , Pediatría y Cirugía. Posteriormente deberá complementar los meses restantes en un establecimiento del primer nivel de atención. El tiempo de jornada laboral por los internos en los centros de salud es de seis horas cada día, treinta y seis horas por semana o ciento cincuenta horas por mes. Este horario es de lunes a sábado sea turno mañana o tarde , según cada establecimiento de salud , con el primer nivel de atención se busca que el interno pueda tener un acercamiento hacia nuestra realidad nacional que enfrenta una serie de problemas en el ámbito de la salud.(4)

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA

La rotación de cirugía general se inició el 23 de septiembre del 2022 y culminó el 31 de octubre del 2022 , realizándose a nivel hospitalario. En el centro de salud solo se realizó la rotación por el servicio de Obstetricia , sin embargo, debido al nivel de atención no fue posible atender ningún parto.

1.1.1 CASO CLÍNICO

Paciente VYCR , gestante de 26 años , procedente de Carabayllo , Lima

ANTECEDENTES :

- Médicos : Niega
- Quirúrgicos : Cesárea (2014) por doble circular de cordón.
- Hospitalizaciones : Cesárea (2014)
- RAM : Niega
- Antecedente de COVID 19 : Niega
- Obstétricos : G3 P2002
- FUR : 10/07/22
- EG : 7 ss 5d x Eco I trimestre
- FPP : 15/05/23

RELATO

Paciente ingresa a tópico de obstetricia , refiriendo sangrado vaginal asociado a leve dolor abdominal en hipogastrio con tiempo de enfermedad de 1 día de, asociado presencia de coágulos, trae consigo una ecografía que evidencia gestación de 5 semanas con embrión y latidos cardiacos.

EXAMEN FÍSICO

- Funciones vitales : Presión Arterial : 100/60 , Frecuencia Cardiaca : 72 lpm , Frecuencia Respiratoria : 19 , SatO2 : 98 % , Temperatura : 37°.
- Aspecto General : AREG , AREN , AREH.
- Piel : Tibio / Hidratado / Elástico , llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y Pulmones : Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares , no ruidos agregados.

- Cardiovascular : Ruidos cardiacos rítmicos , buena intensidad , no soplos audibles.
- Abdomen : Blando / depresible , RHA (+) , no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Tacto Vaginal : Cérvix central , OCE-OCI abiertos , sangrado vaginal escaso.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- D/c Aborto Incompleto

PLAN DE TRABAJO

- NPO
- Se solicita exámenes de laboratorio
- Se solicita Ecografía transvaginal
- CFV
- Reevaluación con resultados

LABORATORIO

- Hemograma : Leucocitos 6.5 , Hemoglobina 10.2 , Hematocrito 30.6 % , Plaquetas 184 000 , Segmentados 67 % , bastonados 0 % , linfocitos 23 %
- Creatinina : 0.8 mg/dl
- Urea : 29 mg/dl
- Perfil de coagulación : TP 10.3 , INR 1.10 , TTPA 36.1, Tiempo de trombina 14.7 , Fibrinógeno 423.0.

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

- Se evidencia endometrio engrosado , asociado a presencia de restos embrionarios en cavidad uterina.

MANEJO

- NPO
- NaCl 0.9 % 1000 cc
- Doxiciclina 200 mg VO pre-AMEU
- Control de Funciones Vitales
- Se programa para AMEU

EVOLUCIÓN

Luego del procedimiento , paciente permanece hospitalizada en el área de puerperio por el periodo de 3 días , dónde al notable mejoría se le concede el alta con indicaciones médicas.

1.1.2 CASO CLÍNICO

Paciente AYPV , gestante de 34 años , procedente de Carabayllo , Lima

ANTECEDENTES :

- Médico : Infección del tracto urinario (hace 4 años)
- Quirúrgicos : Cesárea (hace 7 años)
- Hospitalizaciones : Cesárea (hace 7 años)
- RAM : Niega
- Antecedente de COVID 19 : Niega
- Obstétricos :
 - G2 P1001 , G1 : PC (3400 gramos) , G2 : Actual
 - Diabetes gestacional durante actual embarazo.
- EG : 40 ss 0d x Eco I trimestre

RELATO

Paciente acude a emergencia del servicio de Obstetricia con un tiempo de enfermedad de 1 día aproximadamente por cefalea de leve intensidad se ha ido incrementando , además refiere que hace un par de horas observa “ como moscas volando” y zumbidos en ambos oídos. Niega sangrado vaginal , niega pérdida de líquido , percibe movimientos fetales.

Examen Físico :

- Funciones vitales : Presión Arterial : 140/90 , Frecuencia Cardiaca : 84 lpm , Frecuencia Respiratoria : 18 , SatO2 : 97 % , Temperatura : 36°
- Aspecto General : Paciente en decúbito dorsal activo , ventilando espontáneamente en REG , REH y REN.
- Piel : Tibia / Hidratada / Elástica , llenado capilar < 2 segundos , no cianosis , no palidez

- Aparato Respiratorio : No tirajes , MMVV pasa bien en ambos campos pulmonares , no ruidos agregados.
- Cardiovascular : Ruidos cardiacos rítmicos , de buena intensidad , no soplos audibles.
- Abdomen : AU : 37 cm , LCD , LCF : 136 x minuto
- Tacto Vaginal : Cérvix posterior cerrado , AP -4 , pelvis ginecoide
- Neurológico : Despierta , lúcida , no signos de focalización.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- G2 de 40 ss x Eco I trimestre
- NTP
- THE : Preeclampsia con criterios de severidad
- Diabetes gestacional
- ARO : CA 1 vez

PLAN DE TRABAJO

Activamos clave azul que es aquel paquete integral que permite hacer un manejo inicial de aquellos trastornos hipertensivos en el embarazo y se programa cesárea de EMG debido a diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad ya que la paciente presenta una PA de 140/90 asociado a síntomas premonitorios como cefalea y escotomas. Añadido a esto es que la paciente no se encuentra en trabajo de parto y tenemos a un feto a término tardío lo cual no sería un impedimento para que podamos terminar la gestación lo más pronto posible.

MANEJO PRE-SOP

- NPO
- CIna 0.9 % 1000 cc a 30 gotas por minuto
- CFV (PA c/15 minutos)
- Nifedipino 10 mg VO PRN a PA > 160/110
- COE + MMF
- Colocación de Sonda Foley

LABORATORIO

- Hemograma : Leucocitos 10.5 , Abastionados 0 % , Segmentados 72 %
Linfocitos 1.38 , Hemoglobina 12.50 , HCM 35.9 , Plaquetas 160 000.
- Perfil de coagulación : TP 11.5 , INR 1.10 , Dímero D 0.79 , TTPA 42.3
- Bioquímica : Glucosa 102 , Urea 23 , Creatinina 0.9
- Perfil Hepático : BT 3.6 , BD 0.12 , BI 0.39 , Albúmina 3.6 , Globulina 2.9
- Grupo sanguíneo : O+
- Factor Rh : +

MANEJO POST-SOP

- NPO por 8 horas , luego tolerancia oral
- NaCl 9 % 1000 cc + Oxitocina 30 UI → I
- Dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20 % + KCl 20 % + Oxitocina → II- III
- Ceftriaxona 2 gr EV c/24h
- Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
- Ranitidina 50 mg EV c/8h
- Metoclopramida 10 mg EV c/8h
- Tramadol 100 mg EV PRN a dolor intenso
- CFV
- Hematocrito control

1.2 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

La rotación de cirugía general se inició el 1 de junio del 2022 y culminó el 8 de julio del 2022 , realizándose a nivel hospitalario. Posteriormente se complementó esta rotación en el centro de salud Ermitaño Bajo.

1.2.1 CASO CLÍNICO 1

Paciente AJMC , masculino de 2 años , procedente de Comas , Lima.

ANTECEDENTES

- Médicos : Niega

- Quirúrgicos : Niega
- Hospitalizaciones : Niega
- Nebulizaciones : Nunca
- RAM : Niega

RELATO

Paciente es traído por madre al centro de salud refiriendo que su mejor hijo inicia cuadro de deposiciones líquidas desde hace aproximadamente 1 día (4 cámaras por día) , asociado a náuseas y vómitos , sensación de alza térmica además de malestar general.

EXAMEN FÍSICO

- Piel : Seca , tibia , elástica , llenado capilar < 2 segundos , no cianosis , no palidez.
- Cabeza : Normocéfalo , boca y lengua semihidratadas.
- Peso : 12 kg , Talla : 87 cm
- Tórax y pulmones : No tirajes , MMVV pasa bien en ACP ,no ruidos agregados.
- Cardiovascular : Ruidos cardíacos rítmicos ,buena intensidad , no soplos audibles.
- Abdomen : Blando / depresible , RHA (+) , no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- SNC : Despierta , lúcida , no signos de focalización.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diarrea aguda infecciosa sin signos de deshidratación.

PLAN DE TRABAJO

Se inicia terapia de rehidratación oral por 2 horas en el centro de salud con posterior reevaluación.

EVOLUCIÓN

Paciente tolera la terapia instaurada y se le proporciona alta con indicaciones:

- Sales de rehidratación oral 1L c/24h y a reposición de volumen.
- Paracetamol 7.5 ml c/8h VO
- Zinc 20 mg c/24h x 10 días.
- Se restringe la ingesta de grasas y azúcares.

1.2.2 CASO CLÍNICO 2

Paciente MAVA , femenina de 4 años , procedente de Comas , Lima.

ANTECEDENTES

- Médicos : Dolor en rodilla izquierda por 2 días hace 2 meses.
- Vacunas : Incompletas (Falta Influenza)
- Nebulizaciones : Nunca
- Hospitalizaciones : Niega

RELATO

Madre refiere que hace 2 semanas paciente cursa con dolor en rodilla izquierda por 3 días , 1 episodio de fiebre y limitación funcional .Hace 3 días inicia con deposiciones líquidas sin moco ni sangre (4 cámaras / día).Hoy se agrega dolor en rodilla izquierda asociado a limitación funcional y aumento de volumen por lo que acude a emergencia.

EXAMEN FÍSICO

- Aspecto general : Semisentado , ventilando espontáneamente , REG , REH ,REN.
- Piel : Tibia / Hidratada / Elástica , mucosas húmedas , llenado capilar < 2 segundos.
- Osteoarticular : Rodilla izquierda con aumento de volumen que se extiende hasta zona pre-tibial , signos de flogosis y limitación funcional.
- Tórax y pulmones : No tirajes , MMVV pasa bien en ACP , no ruidos agregados.
- Cardiovascular : Ruidos cardiacos rítmicos , buena intensidad , no soplos audibles.
- Abdomen: Distendido , RHA (+) , doloroso a la palpación profunda en mesogastrio.
- Neurológico : Glasgow 15/15 , no signos focalización.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- D/c Artritis séptica
- D/c Artritis reactiva

PLAN DE TRABAJO

- DC+LAV

- V.S
- Ketorolaco 4.5 mg c/6h EV
- Metamizol 360 mg PRN a dolor intenso
- Se solicita hemograma , PCR , Radiografía de Miembros inferiores
- CFV + OSA
- Pasa a observación

1.3 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

La rotación de cirugía general se inició el 9 de julio del 2022 y culminó el 15 de agosto del 2022 , realizándose a nivel hospitalario. Posteriormente se complementó esta rotación en el centro de salud Ermitaño Bajo.

1.3.1 CASO CLÍNICO 1

Paciente FAO , masculino de 55 años , procedente de Comas , Lima.

ANTECEDENTES :

- Médicos : Litiasis vesicular
- Quirúrgicos : Laparotomía exploratoria (2021)
- Hospitalizaciones : Antecedente de hospitalización en UCI desde el mes de noviembre 2021 hasta mayo 2022 por pancreatitis severa.
- RAM : Niega.
- Antecedente de COVID 19 : Niega.
- Hábitos nocivos : Hace 5 años dejó de beber alcohol , sin embargo , tras el fallecimiento de su hijo hace 17 años aproximadamente , adoptó el hábito de beber alcohol hasta el grado de emborracharse , haciéndolo durante 5 años consecutivos aproximadamente.

RELATO

Paciente acude a la emergencia con tiempo de enfermedad de 1 semana de inicio insidioso , curso progresivo , el cual inicia con epigastralgia y dolor en mesogastrio , el cual va aumentando de intensidad , no refiere fiebre , no nauseas ni vómitos. Además, se asocia dolor lumbar que no lo deja dormir por las noches.

FUNCIONES BIOLÓGICAS

- Apetito : Conservado
- Diuresis : Conservado

- Sed : Conservado
- Sueño : Conservado
- Deposiciones : Hábito defecatorio cada 4 días posterior a la intervención de laparotomía exploratoria.

EXAMEN FÍSICO

- Funciones vitales : Presión Arterial : 110/60 , Frecuencia Cardiaca : 78 lpm , Frecuencia Respiratoria : 16 , SatO2 : 98 % , Temperatura : 36.8°
- Piel y Faneras : Tibia / Hidratada / Elástica , llenado capilar < 2 segundos , no cianosis , no palidez , no ictericia.
- TSCS : No presencia de edemas.
- Aparato respiratorio : No tirajes , MMVV pasa bien en ambos campos pulmonares , no ruidos agregados.
- Abdomen : No distendido , blando / depresible , RHA (+) , con dolor a la palpación profunda a predominio de cuadrante superior derecho , Murphy (-).
- Génito – Urinario : No globo vesical , PRU (-) , PPL (-) .
- Sistema Nervioso Central : Despierto , lúcido , no signos de focalización, Glasgow 15/15

SÍNDROMES

- Síndrome doloroso abdominal

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Pancreatitis aguda leve de etiología biliar : APACHE II 6 , BISAP 1 , MARSHALL 0
- Colecistitis aguda calculosa
- Coledocolitiasis de moderada probabilidad
- Colección peripancreática y lumbar izquierda

PLAN DE TRABAJO

- Dieta blanda Hipograsa sin lácteos + LAV
- Completar antibioticoterapia
- Analgesia

- Se solicita hemograma , glucosa , urea , creatinina , perfil hepático , perfil de coagulación , radiografía de tórax , riesgo cardiológico , riesgo neumológico.

LABORATORIO

- Hemograma : Leucocitos 11.5 , Hemoglobina 12.2 , Hematocrito 35.9 % , Plaquetas 239 000 , Segmentados 78 % , abastionados 0 % , linfocitos 14 %
- Glucosa : 91 mg/dl
- Urea : 42
- Creatinina : 1.1
- Perfil hepático : Amilasa 294 , Lipasa 201 , Fosfatasa Alcalina 294 , GGTP 160 , BT 0.27 , BD 0.14 , BI 0.13 , TGO 13 , TGP 87
- Perfil de coagulación : TP 13.5 , INR 1.00 , TTPA 43.2, Tiempo de trombina 16.4 , Fibrinógeno 659.0
- Paciente cuenta con riesgo neumológico (II) y riesgo cardiológico (II)

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

- No se evidencia alteraciones

Ecografía Abdominal

- Estudio limitado por interposición gaseosa , barro biliar.

Tomografía Espiral Multicorte Abdominal

- Páncreas adelgazado a nivel del cuerpo , se evidencia colección líquida que parece extenderse hacia el borde anterior de la cabeza de páncreas y cara interna de la región lumbar izquierda , cuyo realce hace considerar absceso.
- Quiste simple hepático
- Litiasis Vesicular
- Engrosamiento de la pared vesical
- Derrame pleural izquierdo

MANEJO

- Dieta blanda Hipograsa sin lácteos + LAV
- V.S

- Ceftriaxona 2gr EV c/24h
- Ketoprofeno 100 mg PRN a dolor
- CFV + BHE

EVOLUCIÓN

Se realiza interconsulta a cirugía , cuya respuesta fue que el paciente debía ser intervenido quirúrgicamente sin embargo no se contaba con camas disponibles. El paciente quedó hospitalizado por un periodo de 10 días a espera de disponibilidad sin embargo firmó su retiro voluntario para ser atendido de manera particular.

1.3.2 CASO CLÍNICO 2

Paciente MBP , masculino de 70 años , procedente de Huacho , Lima.

ANTECEDENTES :

- Médicos : Diabetes mellitus hace 30 años (Glibenclamida 5 mg VO c/8h)
- Quirúrgicos : Niega
- Familiares :
 - Padre : Fallecido (por Insuficiencia renal)
 - Madre : Fallecida (por una úlcera gástrica)
 - Hermanos : 7 hermanos (Aparentemente sanos)
 - Hijos : 2 hijos , 1 con diabetes mellitus
 - Conyugue : Fallecida (Diabetes Mellitus)
- Hospitalizaciones : Niega
- RAM : Niega
- Antecedente de COVID 19 : Niega

RELATO

Paciente varón de 70 años con antecedente de diabetes mellitus , acude por emergencia hemodinámicamente estable , que ingresa por presentar lesión vesicular en 5to dedo de pie derecho. Refiere que acude por Emergencia el día 8 de agosto del 2022 donde se le indica antibioticoterapia por vía oral , sin embargo al no observar mejoría del cuadro asiste nuevamente a Emergencia donde se le realiza eco Doppler de MMII evidenciando alteración en el flujo arterial. Es evaluado por cirugía de Tórax y Cardiovascular que solicita

AngioTEM de MMII y Endocrinología indica que no amerita curaciones por su servicio , posteriormente se decide su internación en el servicio de Medicina.

FUNCIONES BIOLÓGICAS

- Apetito : Conservado
- Sed : Conservado
- Orina : Aumentado
- Deposiciones : Conservado

EXAMEN FÍSICO

- Funciones vitales : Presión Arterial : 125/85 , Frecuencia Cardíaca : 93 lpm , Frecuencia Respiratoria : 19 , SatO2 : 99 % , Temperatura : 36.4° .
- Aspecto General : Paciente en decúbito dorsal activo , ventilando espontáneamente con vía periférica en REG , REH y REN.
- Piel y TCSC : Tibia / Hidratada / Elástica , mucosas pálidas , no se aprecian edemas , no ictericia , no cianosis.
- Tórax y Pulmones : Móvil , simétrico , murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular : Ruidos cardíacos rítmicos regulares , buena intensidad , no se evidencia choque de punta.
- Abdomen : Plano , RHA (+) , no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Génito – Urinario : Genitales externos de características normales , no globo vesical.
- Extremidades : Tono y trofismo conservados , se aprecia lesión isquémica en 5to orjejo de pie derecho , pulsos pedios +/-+++
- Sistema Nervioso Central : Despierto , fuerza muscular 4/5 en las 4 extremidades , ROT +++/+++ , Glasgow 15/15.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Pie diabético derecho Wagner IV , Texas III C
- Diabetes mellitus tipo 2 con manifestaciones tardías
 - Macrovasculares : Enfermedad arterial periférica
 - Microvasculares : Retinopatía diabética leve , Polineuropatía diabética , d/c nefropatía diabética.

- Anemia moderada normocítica normocrómica

PLAN DE TRABAJO

- Informe a familiar
- Antibioticoterapia
- Se solicita hemograma , urea , creatinina , perfil de coagulación , perfil hepático.
- Hemoglucoest 6 am – 4 pm – 10 pm

LABORATORIO

- Hemograma : Leucocitos 9.20 , Abastionados 0 % , Segmentados 68%
Linfocitos 1.38 , Hemoglobina 9.80 , VCM 87.30 , HCM 30.20 ,
Plaquetas 480 000.
- Perfil de coagulación : TP 14.5 , INR 1.08 , Dímero D 0.88 , TTPA 39.8
- Bioquímica : Glucosa 181 , Urea 18 , Creatinina 0.85
- Perfil Hepático : BT 3.4 , BD 0.12 , BI 0.19 , Albúmina 3.1 , Globulina 2.8.

DOPPLER ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES

- Presenta arteria tibial anterior y pedía de características monofásicas en pie derecho

MANEJO

- Dieta hipoglúcida + LAV
- V.S
- Ranitidina 50 mg EV c/12 h
- Metamizol 1.5 gr EV PRN a T > 38.5
- Cilostazol 100 mg VO c/24 h
- Atorvastatina 40 mg VO c/24h
- Ketoprofeno 100 mg EV c/12h
- CFV + BHE
- Curación de pie diabético diario
- Insulina R a escala móvil
- Cefazolina 2 gr EV c/8h
- Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 h

- HGT 6 am – 4pm – 10 am
- Pasa a hospitalización del servicio de Medicina Interna.

EVOLUCIÓN

Paciente permanece hospitalizado por 15 días con curaciones diarias , sin embargo, ante la falta de mejoría se decide realizar una interconsulta al servicio de traumatología que considera como diabético Wagner tipo IV de mala evolución y sugiere amputación de 5to dedo.

El paciente posteriormente continúa con la falta de mejoría por lo cual el servicio de traumatología recomienda ampliación de amputación cuyo reporte operatorio fue la exéresis de tercer y cuarto dedo de pie derecho , desbridamiento de tejido desvitalizado , lavado profuso con cloruro de sodio al 0.9 % 4 litros , escaso sangrado , cierre por planos , colocación de apósitos y vendaje , con un tiempo operatorio de 120 minutos.

La indicación post-SOP por el servicio de Traumatología fue el inicia dieta completa luego de 6 horas , iniciar antibioticoterapia con ceftriaxona y continuar con indicaciones de Medicina Interna.

Luego de aproximadamente 50 días , es dado de alta por notable mejoría con indicaciones médica y control por consultorio externo.

1.4 ROTACIÓN EN CIRUGÍA

La rotación de cirugía general se inició el 16 de agosto del 2022 y culminó el 22 de septiembre del 2022 , realizándose a nivel hospitalario.

1.4.1 CASO CLÍNICO 1

Paciente BMT, femenina de 67 años , procedente de Carabayllo , Lima.

ANTECEDENTES :

- Médicos : Hipertensión arterial controlada con losartán de 50 mg VO c/12h
- Quirúrgicos : Apendicectomía (Hace 40 años aproximadamente)
- Hospitalizaciones : Niega
- RAM : Niega
- Antecedente de COVID 19 : Niega

RELATO

Paciente mujer de 67 , quien acude de consultorio con el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa , asimismo paciente refiere que hace 2 años presentó su primer cuadro de cólico vesicular , acompañado de náuseas y vómitos que se asocia a ingesta de comidas copiosas , además refiere presentar cuadros similares en 3 oportunidades , siendo su último cuadro de cólico vesicular hace 1 semana , motivo por el cual acude a consultorio de cirugía general para ser intervenida quirúrgicamente.

EXAMEN FÍSICO

- Funciones vitales : Presión Arterial : 130/80 , Frecuencia Cardiaca : 79 lpm , Frecuencia Respiratoria : 18 , SatO2 : 98 % , Temperatura : 36.5° , Talla 1.58 m , Peso 59.2 , IMC 23.7 .
- Piel y Faneras : Tibia / Hidratada / Elástica , llenado capilar < 2 segundos , ictericia leve , no palidez , no cianosis.
- Uñas : Color conservado , onicomiosis en dedo gordo de pie derecho.
- TSCS : No presencia de edemas.
- Huesos y articulaciones : Dolor en articulaciones interfalángicas proximales de ambas manos.
- Aparato respiratorio : No tirajes , MMVV pasa bien en ambos campos pulmonares , no ruidos agregados.
- Abdomen : Blando / depresible , RHA (+) , con dolor a la palpación profunda a predominio de epigastrio , cicatriz supra-infraumbilical (Mediana).
- Génito – Urinario : No globo vesical , PRU (-) , PPL (-) .
- Sistema Nervioso Central : Despierto , lúcido , no signos de focalización, Glasgow 15/15

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Colecistitis crónica litiásica
- Hipertensión arterial por historia clínica.

PLAN DE TRABAJO

- Programación para colecistectomía laparoscópica
- Antihipertensivos

- Completar exámenes de laboratorio
- Completar riesgo quirúrgico

LABORATORIO

- Hemograma : Leucocitos 5.26 , Hemoglobina 14.3 , Plaquetas 239 000
- Glucosa : 91 mg/dl
- Urea : 39.4
- Creatinina : 1
- Perfil hepático : BT 0.70 , BD 0.20 , Fosfatasa alcalina 124.4 , TGO 27 , TGP 16.8 , GGT 18.9
- Examen de orina : Color amarillo , Densidad 1003, Leucocitos aislados 1-3 x campo , Hematíes 0-1 x campo , Gérmenes 2 + , Células epiteliales 1-2 x campo , Nitritos negativo , Glucosa NEGATIVO , Albúmina NEGATIVO , SANGRE NEGATIVO.
- Paciente cuenta con riesgo neumológico (II) y riesgo cardiológico (II)

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

- Hígado de tamaño y morfología conservada , parénquima de ecogenicidad conservada , no lesiones sólidas ni quísticas , no dilatación de las vías biliares intrahepáticas.
- Vesícula biliar : Mide 62 x 34 mm , pared 3 mm de grosor , se evidencia algunas litiasis dónde el mayor es de 19 mm .
- Porta : 8 mm , colédoco : 3 mm
- Páncreas : Cabeza 24 mm y cuerpo 17 mm , de tamaño y morfología conservada , no lesiones sólidas ni quísticas
- Bazo : Mide 77 x 29 mm . No lesiones sólidas ni quísticas
- No líquido libre en abdomen superior.

MANEJO

Luego de 2 días en hospitalización , paciente es programado a SOP quedando en NPO por 12 horas previas a la cirugía. El reporte operatorio menciona como hallazgos una vesícula biliar de 7 x 3 cm de paredes engrosadas , conteniendo múltiples litos en su interior , conducto cístico de 3 mm , arteria cística de 2mm. El plan de trabajo luego de la cirugía fue tolerancia oral , Analgesia , antibioticoterapia y deambulacion precoz :

- NPO por 12 horas , luego pasar a dieta líquida.
- Dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20 % + NaK 20 % a 35 gotas
- Ceftriaxona 2 gr EV c/24 h
- Tramadol 100 mg + NaCl 0.9 % 1000 cc EV c/8h
- Deambulaci3n precoz asistida
- Limpieza de herida operatoria posterior a las 24 horas.
- Control de Funciones vitales c/8h

Paciente es hospitalizado con diagn3stico de colecistitis aguda liti3sica , presentando tres heridas operatorias d3nde el de mayor tama1o se encuentra ubicado en epigastrio de aproximadamente 3 cm , cubierta con gasas y ap3sitos , sin signos de flogosis ni secreciones. Luego de 24 horas por mejoría es dada de alta con indicaciones m3dicas.

1.4.2 CASO CLÍNICO 2

Paciente OPR , femenina de 19 a1os , procedente de Comas , Lima.

ANTECEDENTES :

- M3dicos : Infecci3n del tracto urinario (2018)
- Quir3rgicos : Niega
- Hospitalizaciones : Niega
- RAM : Niega
- Antecedente de COVID 19 : SÍ (Agosto 2020)

RELATO

Paciente de 19 a1os , que acude al t3pico de cirugía acompa1ado de familiar por dolor abdominal de intensidad 9/10 desde hace aproximadamente 18 horas , localizado en fosa iliaca derecha. Asociado a hiporexia , Fiebre cuantificada por term3metro en 38 grados , no nauseas ni v3mitos. Refiere que el dolor inicia en epigastrio y posteriormente se irradia. Niega consumo de medicamentos para el dolor. Niega inicio de relaciones sexuales.

EXAMEN FÍSICO

- Funciones vitales : Presi3n Arterial : 110/70 , Frecuencia Cardiacas : 91 lpm , Frecuencia Respiratoria : 20 , SatO2 : 97 % , Temperatura : 37.3°
- Piel y Faneras : Tibio / hidratado / el3stico , llenado capilar < 2 segundos , no cianosis , no palidez.

- TSCS : No presencia de edemas.
- Aparato respiratorio : No tirajes , MMVV pasa bien en ambos campos pulmonares , no ruidos agregados.
- Abdomen : Simétrico , blando / depresible , RHA (+) , doloroso a la palpación profunda en FID , Murphy (-) , Mc Burney (+) , Blumberg dudoso , no se palpan masas , timpanismo conservado.
- Génito – Urinario : No globo vesical , PRU (-) , PPL (-) .
- Sistema Nervioso Central : Despierto , lúcido , no signos de focalización, Glasgow 15/15.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Síndrome doloroso abdominal :

- D/c Apendicitis aguda
- D/c ITU
- D/c Embarazo ectópico
- D/c Patología Anexial

PLAN DE TRABAJO

Se decide que el paciente quede en observación y se solicitan exámenes de hemograma , glucosa , urea , creatinina , examen de orina , perfil hepático , B-HCG cualitativo , además de una ecografía abdominal.

LABORATORIO

- Hemograma : Leucocitos 13 200 , Hemoglobina 14.30 g/dl, Hematocrito 43.00 % , Plaquetas 239 000 , Segmentados 63.1 % , Abastionados 5 % , Linfocitos 29 %
- Glucosa : 91 mg/dl
- Urea : 25 mg/dl
- Creatinina : 0.8 mg/dl
- Examen de orina : Color amarillo , Densidad 1020 , Leucocitos aislados 0-2 x campo , Hematíes 1-2 x campo , Gérmenes 1 + , Células epiteliales 1-2 x campo , Nitritos negativo , Glucosa NEGATIVO , Albúmina NEGATIVO , Sangre NEGATIVO.
- Prueba rápida COVID 19 : Negativo

- Perfil Hepático : Fosfatasa Alcalina 27 U/L , reactivos agotados para los componentes restantes.
- B-HCG cualitativo : Negativo

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

- No se define apéndice cecal , no se evidencia lesiones solidas ni quísticas en anexos.

MANEJO

Una vez descartado cualquier patología ginecológica por medio de la ecografía abdominal , examen de orina negativo y debido a que la paciente presentó un puntaje de 8/10 según la escala de Alvarado (Anexo 1) se programa para apendicectomía abierta cuyo reporte operatorio fue un apéndice cecal de 14 x 4 cm , necrosado en toda su extensión , perforado en tercio medio proximal y de posición Paracecal interna ascendente.

El plan de trabajo luego de la cirugía fue Analgesia , antibioticoterapia y deambulación precoz :

- NPO por 6 horas , luego tolerancia oral
- Dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20 % + NaK 20 % a 35 gotas
- Omeprazol 40 mg EV c/24 h
- Ceftriaxona 2 gr EV c/24 h
- Metronidazol 500 mg EV c/8h
- Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
- Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg + NaCl 0.9 % 1000 cc EV c/8h
- Deambulación precoz
- Limpieza de herida operatoria posterior a las 24 horas
- Control de Funciones vitales c/8h

Paciente queda hospitalizado con diagnóstico postoperatorio de Apendicitis aguda complicada , presentando una herida operatoria de aproximadamente 5 cm , cubierta con gasas , sin signos de flogosis en región de fosa iliaca derecha. Luego de 7 días por mejoría es dada de alta con indicaciones médicas.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico dio inicio el 1 de junio del año 2022 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales ubicado en la Av. Túpac Amaru N° 8000 P.J. Collique , en el distrito de Comas. Este hospital inició su construcción en el año 1939 durante el Gobierno del Mariscal Oscar R. Benavides mediante Decreto Supremo Número 749 , que en un principio fue dedicado de modo especial y exclusivo para la asistencia de pacientes pediátricos tuberculosos. Fue durante 15 de agosto de 1940 mediante Resolución Ministerial número 860 que el hospital inicia su atención a la población. Además, es de reconocer que el hospital cuenta con 21 especialidades y además es considerado un establecimiento de III nivel. (5)

Durante los primeros 5 meses , las rotaciones se dieron en el ámbito hospitalario iniciando con el servicio de Pediatría y Neonatología a cargo del Dr. Vilela en el cual pudimos consolidar el manejo en la atención inmediata de un recién nacido y además del manejo de las principales urgencias como emergencias en los pediátricos tales como faringitis , diarreas agudas , crisis asmáticas , etc.

La segunda rotación se dio en el servicio de Medicina a cargo del Dr. Herrera en coordinación con la Dra. Puma quién es la Jefe de Servicio , dónde se pudo diagnosticar y manejar las enfermedades crónicas que afectan sobre todo a nuestros adultos mayores como complicaciones de diabetes mellitus , enfermedades cerebrovasculares , úlceras a presión , además el actuar rápido y efectivo en las emergencias para los pacientes. Durante este servicio se tuvo la oportunidad de rotar por los servicios de Gastroenterología y Neumología.

La tercera rotación fue dada en el servicio de Cirugía , a cargo del Dr. Lahoud dónde para el autor tuvo gran importancia el área de emergencia ya que permite al interno consolidar con la práctica los conocimientos teóricos mediante suturas , colocación de Sonda Foley , curaciones siempre en compañía de un médico residente o asistente. La rotación fue dividida en en el área de hospitalización y tópicos de emergencias Se tuvo la oportunidad de asistir en las cirugías y poder ser observador en las especialidades de Cirugía General , Urología , Cirugía Pediátrica , Cirugía de Tórax y Cardiovascular ,

etc. Las principales patologías más frecuentes en esta rotación fueron los politraumatismos , apendicitis y colecistitis agudas.

La última rotación en el ámbito hospitalario fue de Ginecología – Obstetricia a cargo del Dr. Otoyá donde para muchos de los internos fue la primera vez de poder participar en la atención un parto o participar en una cesárea. La rotación fue dividida en el área de hospitalización de ginecología , alto riesgo obstétrico , puerperio , además de contar con un tópico de emergencia 24 horas.

Los 5 meses restantes se realizaron en el centro de salud Ermitaño Bajo , donde se realizaron rotaciones en el servicio de Tuberculosis , Medicina General , Enfermedades no transmisibles , Obstetricia y Urgencias. En estos meses se pudo entrar en contacto con nuestra realidad nacional además de poder consolidar y afinar nuestros conocimientos que pudimos obtener en los hospitales para el manejo de las patologías.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA

3.1.1 ABORTO ESPONTÁNEO

DEFINICIONES

Aborto

Los sangrados durante el 1er trimestre de la gestación realmente son una patología frecuente obstétrica observada en nuestra realidad nacional ya que un 25 % de estas puede tenerla. (6)

Según la Guía de práctica clínica MINSA sobre emergencias obstétricas considera como aborto a la salida de un embrión o feto con menos de quinientos gramos de peso o antes de las 22 semanas.(7)

CLASIFICACIÓN

Aborto precoz

Aquel expulsión de feto o embrión que ocurre antes de las 12 semanas , en muchas ocasiones preceden a la menstruación. (8)

Aborto tardío

Se produce después de las 12 semanas de gestación.

EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente un 20 % de las gestaciones culminan en abortos espontáneos.(7)

FACTORES DE RIESGO

- Edad sea < 15 años o > 35 años
- Multípara
- Antecedente de aborto
- Desnutrición
- Violencia doméstica
- Factores genéticos

CLÍNICA

Gestante de primer trimestre que presente dolor abdominal en bajo asociado a sangrado vaginal incluso escaso con o sin cambios en el cérvix. No es necesario la expulsión del feto.

DIAGNÓSTICO

- Embarazo inferior a 22 semanas
- Sangrado vaginal
- Dolor abdominal bajo

a) Aborto Completo

Es la expulsión de manera total del feto o embrión , además el cuello uterino está abierto.

b) Aborto Incompleto

Es la expulsión de manera parcial del feto o embrión , además el cuello uterino está abierto.

c) Aborto Inevitable

Existe una pérdida de líquido amniótico asociado a cuello uterino abierto

d) Aborto Retenido o diferido

Existe una ausencia de latido cardiacos en el feto o embrión por medio de una ecografía antes de las 22 semanas.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Examen de orina
- RPR o VDRL
- Prueba de ELISA
- Prueba de B-HCG sea cuantitativo o cualitativo
- Ecografía transvaginal ya que nos puede revelar presencia de restos embrionarios en cavidad del útero.

MANEJO

En el caso de nuestra paciente nos encontramos ante una hemorragia de I trimestre asociado a leve sangrado y dolor abdominal bajo . En nuestro plan de trabajo debemos incluir :

- Colocación de vía EV segura con CINA 9%
- Vía aérea permeable. Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto

- Examen con espéculo para observar cambios cervical y retirar coágulos de canal vaginal si es posible
- Control de funciones vitales
- Según la Guía Práctica Clínica del MINSA sobre emergencias obstétricas , ante un aborto incompleto no complicado como en el caso de nuestra paciente podemos realizar un AMEU ya que su gestación es menor a 12 semanas.

3..1.2 PREECLAMPSIA

DEFINICIÓN

Preeclampsia es definida como una presión elevada dónde la PAS es > o igual a 140 o PAD es > o igual a 90 (teniendo 2 mediciones en un intervalo de 4 horas) pasada las 20 ss , a esto se le debe agregar la presencia de proteinuria (> igual a 300 mg en orina 24 h) o criterio de falla de órgano , sin embargo desde el año 2013 se puede definir preeclampsia en ausencia de proteinuria pero necesariamente debe tener criterios para falla de órgano, la preeclampsia en el postparto suele resolver en las primeras 12 semanas.(9)

DEFINICIÓN DE PROTEINURIA EN PREECLAMPSIA

- \geq a 300 mg o \geq 0,3 gr en orina 24 h
- Índice Pro / Cr > 0.3 en muestra de orina simple
- Tira reactiva proteína \geq 1+

CRITERIOS DE FALLA DE ÓRGANO (PREECLAMPSIA SEVERA)

- Síntomas premonitorios: Cefalea persistente , Escotomas-Fotopsias , Dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio derecho
- Trombocitopenia : Recuento < 100 mil
- Insuficiencia renal : Creatinina > 1.1 mg o el doble del basal
- Compromiso Hepático : Aumento de transaminasas al doble (TGO > 70)
- Edema agudo del pulmón

FISIOPATOLOGÍA

Primer evento : Suele ocurrir una placentación anormal ; porque hay una

mala invasión de las células del trofoblasto a las arterias espirales ,debido a esto las arterias se quedan con ↓ Flujo y ↑ RVP ya que no hubo un buen remodelado vascular. Este mal remodelado suele deberse a una pérdida del equilibrio entre los factores angiogénicos (VEFG y PIGF) y anti-angiogénicos (SFlit-1 y sENG) que conlleva a que la balanza esté a favor de los anti-angiogénicos. En un mal remodelado la arteria espiral quedaría con una gruesa capa muscular , bajo flujo y alta resistencia. Tanto el VEFG : Factor de crecimiento endotelio vascular y PIGF : Factor de crecimiento placentario ; que son factores angiogénicos deberían promover el buen remodelado vascular de la arteria espiral.(10)

Segundo evento : Insuficiencia Útero-Placentaria ya que no hay un buen remodelado debido a una falla en las oleadas de placentación,

Tercer evento : Disfunción endotelial [Aumentan los Vasoconstrictores (Tromboxano ,endotelina)] causando la Hipertensión y además disminuyen los vasodilatadores [(Prostaciclina , Óxido nítrico)]

Esta disfunción endotelial genera un aumento de la permeabilidad vascular generando una ↓ Volumen plasmático y así terminando en una hemoconcentración.

Cuarto evento : Falla de órgano

- La lesión anátomo-patológica en el riñón es una endoteliosis glomerular.
- En el hígado producto de la isquemia hace se produce una necrosis hepato-celular

CLÍNICA

- La Hipertensión es lo más frecuente debido a que aumentan los vasoconstrictores
- Cefalea intensa :Este suele ser un síntoma pre-monitorio para un posterior cuadro neurológico grave que es eclampsia caracterizado por una convulsión tónico-clónico generalizada o alteración del sensorio.
- Escotomas - Fotopsias
- Dolor abdominal
- Edemas patológicos de cara y manos

FACTORES DE RIESGO

- **Mayores**
 - Preeclampsia anterior
 - DM
 - HTA crónica
 - Enfermedad renal Crónica
 - Problema inmunológico : SAAF - LES
- **Intermedios**
 - Edad >40 años o <18 años
 - Nuliparidad (Primigesta)
 - Embarazo Múltiple
 - Historia de Trombofilia
 - Raza afroamericana
 - Epilepsia
 - Fertilización in vitro
 - Período Intergenésico > 10 años Pasan más de 10 años entre el primer y segundo hijo
 - IMC > 30

Predictor Ecográfico

El eco Doppler de arteria uterina que se realiza en gestantes con factores de riesgo es el predictor ecográfico más importante y se evalúa a las 20 a 24 ss pudiendo encontrar un NOTCH PROTODIASTÓLICO ,asimismo indicándome severidad.

Predictor Bioquímico

- Elevación de la Tirocin Cinasa 1(Sflt 1) o Ácido úrico ↑ , ↓ PIGF : Se puede presentar incluso 1 mes antes de la elevación de la presión arterial.
- Ratio SFLT1 / PIGF > 85 : Nos traduce una pre-eclampsia precoz , es decir ,en las primeras 34 semanas , y cuando el valor es > 110 nos predice una pre-eclampsia tardía , es decir pasada , las 34 semanas.

FACTOR PROTECTOR

- Raza Asiática
- Gestantes usuarios de tabaco

COMPLICACIONES

SÍNDROME DE HELLP

Se considera una anemia hemolítica microangiopática

CRITERIOS

- BI > 1.2 mg/dl
- Esquistocitos(Hematíes rotos) en el frotis periférico
- TGO > o igual a 70 UI /L
- LDH > o igual a 600 UI/L
- Plaquetas < o igual a 100 000/ ul

Es necesario la presencia 1 de los 3 para hacer diagnóstico de Síndrome de HELLP en el contexto de Pre-eclampsia.(80 %) , sin embargo, el 20 % se puede presentar de manera aislada sin hipertensión.(9)

PREVENCIÓN

- Aspirina 81-100 mg / 24h a partir de las 12 ss
- Suplemento de calcio 2 gr / 24 hrs a partir de las 13 ss

MANEJO

Leve(No existen criterios de severidad)

- Monitoreo materno fetal
- Esperar a 37 semanas (A término) y puedo terminar la gestación mediante inducción de trabajo de parto.
- El término de la gestación debe ser inmediato cuando la paciente tiene 34 ss o más y alguno de los siguientes factores :
 - Sospecha de DPP
 - RPM
 - RCIU
 - Oligohidramnios
 - Sufrimiento fetal agudo

SEVERA

- Activo clave AZUL
- Debo hacer un buen Control de la presión

- Labetalol : Es de elección ya que aumenta perfusión placentaria)
- Alfametildopa
- Hidralazina
- Nifedipino
- Contraindicados : IECAS , ARA2 por ser teratogénicos , nitroprusiato.
- Doy sulfato de magnesio 20 %
 - Dosis : 4-6 gr EV bolo y 1-2 gr /hora hasta por 24 a 48 horas
 - Para prevenir la convulsión y como tratamiento.
 - Control ROT y coloco sonda Foley para control de diuresis.
 - Si hay hiporreflexia se ha intoxicado por sulfato y su antídoto es Gluconato de Calcio al 10 %
 - La diuresis sirve para controlar la función renal ; si la pacientes está es insuficiencia renal (Oliguria) no puedo usar sulfato de magnesio ; y tendré que usar otro antiepiléptico como diazepam o fenitoína . (11)
- Una vez estable la paciente debo culminar el embarazo.

ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

3.2.1 DIARREA AGUDA INFECCIOSA

DEFINICIÓN

Se define diarrea cuando se tiene más de 3 deposiciones en 24 horas asociado a un aumento de frecuencia o disminución de consistencia , para un lactante menor es más importante la disminución de la consistencia. Sin embargo, existe una excepción en el lactante ya que solo toma leche materna por lo tanto realiza sus deposiciones cada vez que lacta y son pastosas. Dé manera objetiva también se ha definido a la diarrea cuando existe un peso de heces en 24h mayor a 200g .(12)

EPIDEMIOLOGÍA

Es una causa de alta morbi-mortalidad , que afecta principalmente a niños < 5 años.

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente es Viral y entre ellos tenemos al rotavirus en primer

lugar luego Adenovirus y Norovirus , en la segunda causa más frecuente tenemos a los bacterianos como Shigella , Salmonella , E.coli enterohemorrágica y Campylobacter , por último, se tienen a los parásitos que suelen causar diarreas crónicas y persistentes siendo más frecuente la Giardia Lamblia.(13)

CLASIFICACIÓN

- 2 semanas : Agudo
- 2-4 semanas : Subagudo o persistente
- Mayor a 4 semanas : Crónico

A las diarreas agudas infecciosas también podemos clasificarlas por la presencia de sangre y/o moco , si no se observa rastros de sangre se denomina acuosa , por lo contrario, si se observa rastros de sangre y moco se llamará disentérica.

- **DISENTÉRICA** :Aquí la causa más frecuente es por Campylobacter Jejuni sobretodo en pacientes menores a 2 años , en mayores a esta edad la causa más frecuente es Shigella Flexneri que incluso se puede asociar a pujo y tenesmo.
- **ACUOSA** : En menores de 2 años la causa más frecuente es rotavirus que suele afectar sobretodo a niños no vacunados y presenta una diarrea Color amarillo verdoso y suele antecederle un cuadro catarral. En mayores de 2 años está presente la E.Coli Enterotoxigénica

EVALUACIÓN

Debo evaluarlo con un examen físico detallado y buena anamnesis , el mejor parámetro para definir estado de hidratación es calcular aproximadamente el porcentaje de bajada de peso.

TABLA 1

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

(*) "Signos claves de deshidratación"
(a) La letargia y la inconsciencia no son lo mismo. Una niña o niño letárgico no está simplemente adormecido sino que su estado mental está embotado y no se despierta completamente; la niña o el niño parece derivar hacia la inconsciencia.
(b) En algunos lactantes, niñas y niños los ojos están normalmente algo hundidos. Es útil preguntarle a la madre si los ojos de la niña o el niño están como siempre o más hundidos de lo normal.
(c) El pliegue cutáneo tiene menos utilidad en los lactantes, niñas o niños con marasmo, kwashiorkor u obesos.
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de la referencias bibliográficas^{5,14}

FUENTE : Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en el niño y el niño , MINSa , 2017

MANEJO

BENEFICIOS de SRO

Ante un proceso diarreico , el intestino se inflama y se pierde función de los enterocitos alterando los transportadores a excepción del co-transportador Na-Glucosa , es aquí donde lo aprovecho SRO evitando que el paciente pierda glucosa , Na y retenga agua.

SIN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN (PLAN A)

Cuando no hay signos de deshidratación debo seguir un Plan A dónde me pregunto si hay factores de riesgo o existe riesgo alto de deshidratación como :

- 3 o más vómitos por hora o > 5 vómitos en 4 horas
- 10 deposiciones en 24 horas o > 4 deposiciones en 4 horas
- Difícil acceso geográfico
- Sospecha de cólera en la zona

Si no existiera este riesgo alto de deshidratación debo realizar un manejo ambulatorio con hidratación por vía oral con líquidos caseros pudiendo hacer reposición volumen - volumen , es decir que por cada diarrea o vómito que

pierda el niño deberá reponerse 30 a 50 ml/kg con Sales de Rehidratación Oral (SRO) añadiendo un Método "ACREZ"

- A : Se deberá aumentar la ingesta de líquidos en mayor cantidad de lo habitual
- C : Continuación de la alimentación habitual
- R : Enseñar a la madre a reconocer signos de alarma y de deshidratación
- E : Enseñarle a la madre para que no tenga nuevos episodios el correcto lavado de manos y alimentos.
- Z : Implementar el zinc en el tratamiento

Caso contrario si el niño tuviera alto riesgo de deshidratación debo mantenerlo en el establecimiento de salud por 2 horas para probar tolerancia oral , si el niño responde al manejo inicial puedo tratarlo de manera ambulatorio , sin embargo, sí no responde debo manejarlo como un Plan B.

CON SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN LEVE-MODERADO (PLAN B)

Debo mantenerlo en el establecimiento de salud en las Unidades de Rehidratación oral "URO" proporcionando hidratación vía oral , en el caso de vómitos debo esperar 10 minutos para volver a ofrecer , si no responde por vía oral puedo realizar una gastroclísis que es el pasaje de una sonda nasogástrica con sales de rehidratación oral(SRO) de baja osmolaridad a una cantidad 50-100 cc / kg / 4h.Si el paciente responde puedo tratarlo de manera ambulatoria con un Plan A y si no responde en este caso debería manejarlo en un plan C.(14)

Indicaciones de sonda nasogástrica (SNG)

- Si vomita más de 4 veces en 1 hora
- Si no toma la solución
- Falta de madre o acompañante

CON SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN (SEVERO)

En este plan debo hospitalizar para manejo con soluciones endovenosas a razón de 100 cc x kg en un periodo de 3 o 6 h , antes de proporcionar volumen debo observar la presencia de signos de shock como hipotensión ,falta de diuresis o trastorno del sensorio

Si tiene signos de Shock indico bolo de 10-20 cc x kg con ClNa 0.9 % o Lactato

Ringer , y puedo intentarlo de 2 a 3 oportunidades. Si el paciente responde a los bolos posteriormente puedo manejarlo con soluciones EV a 100 ml x kg x 3 o 6 h , si el niño no responde al segundo o tercer bolo debo agregarle vasopresores .Si el niño no presenta signos de shock debo manejar con soluciones EV 100 ml x kg x 3 o 6 h.

- Menor a 1 año :En 6 horas
 - En un primer momento (1h)el 30 % de volumen calculado y en un 2do momento(5h) el 70 %
- Mayor a 1 año : En 3 horas
 - En un primer momento (0.5 h) del 30 % de volumen calculado y en un 2do momento(2.5h) el 70 %

Actualmente se está poniendo mucho más en prácticas la técnica de Rehidratación rápida en 3 a 4 horas :

- 50 % en la primera hora , 25 % en la 2da hora y 25 % en la 3ra hora.

MANEJO COMPLEMENTARIO

- Antibióticos
 - Campylobacter : Macrólidos (Azitromicina)
 - Salmonella : Ciprofloxacino / Bactrim (sulfametoxazol + trimetoprim)
 - Shigella : sulfametoxazol + Trimetoprim).
- Antieméticos : Ondasentrón / Granisetrón.
- Antidiarreico : Racecadotril.
- Probióticos : Lactobacillus c/8h O Sacharomyces 1 vez al día.
- Suplemento de Zinc : Los beneficios son disminuir la intensidad ,el tiempo de la diarrea y evita recurrencia.
 - Para mayor de 6 meses hasta 59 meses proporciono 20 mg por día en 10 a 14 días.
 - Para menor de 6 meses : 10 mg por día en 10 a 14 días.

EXÁMENES

- Prueba Gold Standard para etiología bacteriana : Coprocultivo
- Lactoferrina fecal
- Coprofuncional

- Hemograma y electrolitos , ante la sospecha de síndrome urémico hemolítico agrego creatinina.
- Reacción inflamatoria "moco fecal" que nos evalúa linfocitos y hematíes dando un resultado positivo cuando hay leucocitos > 20 x campo.

COMPLICACIONES

La más frecuente es la deshidratación , trastorno ácido base más frecuente es acidosis metabólica ,alcalosis Metabólica Hipoclorémica Hipokalémica ante el aumento de vómitos , alteración electrolítica más frecuente como la hiponatremia , fontanela Deprimida o Normotensa que se asocia a hiponatremia o Isonatremia ; fontanela Abombada que se asocia a hipernatremia / Hipertónica (Trastorno neurológico Severa) , Convulsiones , falla renal de tipo pre-renal , SHU (Síndrome Hemolítico - Urémico).(14)

3.2.2 ARTRITIS INFECCIOSA

DEFINIICIÓN

Es aquella artritis dónde una o más articulaciones se asocian a una infección reciente , suele producirse en los 10 primeros días tras la infección , no suele migrar , pero si recurrir , además la respuesta a AINES es baja.(15)

ETIOLOGÍA

El germen más frecuente es el Staphylococcus Aureus , seguido de estreptococos del grupo A y neumococo.

CLÍNICA

Lo típico es un paciente pediátrica de 3 años a menos con artritis , sensación de alza termina durante la evolución , con buena apariencia general.

En casos de artritis reactiva suele suceder en varones , con artritis de característica asimétrica de miembros inferiores inclusive con afectación axial.(16)

DIAGNÓSTICO

Suele incluir hemograma , perfil hepático , perfil renal , perfil bioquímico , velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva.

La artrocentesis nos permite estudiar el líquido sinovial y es recomendable usarlo antes del tratamiento antibiótico empírico. El líquido sinovial normal suele ser amarillo y transparente con menos de 2000 leucocitos / μ l. , pero en

una artritis séptica el líquido es purulento con abundantes leucocitos generalmente > 50000 / μ l.

MANEJO

El manejo adecuado suele ser hospitalizar para poder iniciar una terapia antibioticoterapia intravenosa en base a nuestra sospecha del germen ya que debe ser precoz para evitar el daño articular. Esta antibioticoterapia será modificada según resultados de cultivo y antibiograma.(17)

ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

3.3.1 PANCREATITIS AGUDA

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente es litiasis vesicular sobre todo cálculos menores a 5 mm que pasan por el cístico de la vesícula al colédoco enclavándose en la parte distal o pueden obstruir el conducto de Wirsung y el colédoco ; esta obstrucción desencadena la inflamación. La segunda causa más frecuente es la ingestión crónica de alcohol en cantidades de más de 40 g de alcohol. Los fármacos que por reacción de hipersensibilidad pueden desencadenar inflamación del páncreas son furosemida , tiazidas , tetraciclina , etc. La etiología viral predomina en niños y está relacionado a parotiditis causante de la fiebre urliana , en un 20 % la causa es idiopática.(18)

FISIOPATOLOGÍA

La pancreatitis se desencadena por una activación prematura de las enzimas donde hay una injuria de los acinos pancreáticos por las diversas etiologías , los acinos pancreáticos producen enzimas proteolíticas pero inactivas (tripsinógeno , quimio tripsinógeno , proelastasa) y se activan recién en el duodeno (La enterocinasa duodenal activa el tripsinógeno tripsina y en cascada activa a los demás) , lo que sucede en la pancreatitis es que estas enzimas se activan en el acino pancreático de manera prematura desencadenando la inflamación que al inicio es local pero luego puede volverse sistémico , debido a esto la pancreatitis es una causa de SIRS.(18)

CLÍNICA

- Dolor abdominal brusco severo intenso en epigastrio : En “cinturón “ ya que el páncreas es retroperitoneal.

- Náuseas , vómitos RHA ausentes que nos pueden hacer sospecha de Íleo paralítico
- Shock : Pudiendo haber una falla multiorgánica por el SIRS.
- Insuficiencia respiratoria
- Insuficiencia renal
- La falla Multiorgánica es la principal causa de muerte en las primeras 2 semanas de un paciente con pancreatitis aguda , y pasada las 2 semanas es debido a una infección.
- Cullen o Gray Turner : Son de mal pronóstico ya que son datos de pancreatitis necro-hemorrágicas porque son signos de hemoperitoneo
- Signo de Fox que es una equimosis a nivel inguinal
- Signo de Bryant que es una equimosis a nivel escrotal

CLASIFICACIÓN

SEGÚN VISTA ANATOMO-PATOLÓGICO

- Leve (80 %)
 - Edematosa
 - Intersticial
- Severo (20 %)
 - Necrótica
 - Hemorrágica

SEGÚN COMPLICACIONES

CRITERIOS DE ATLANTA ANTIGUO

- Leve : No tiene ningún tipo de complicaciones
- Severo : Si tiene complicaciones (locales o sistémicas)

CRITERIOS DE ATLANTA ACTUAL

- Leve : No tiene ningún tipo de complicaciones
- Moderado - grave : Si tiene complicaciones (locales o sistémicas)
 - Falla órgano < 48 h (Transitoria)
- Grave : Si tiene complicaciones (locales o sistémicas)
 - Falla órgano > 48 h (Persistente)

DIAGNÓSTICO

Dos de tres criterios me confirman el diagnóstico :

- Clínico
- Laboratorial (Enzimas) : Ambos no son pronóstico , son solo diagnóstico .
 - Amilasa
 - Lipasa

IMAGENOLOGÍA

En caso de que las enzimas son negativas , la ecografía abdominal debe ser realizado a todos los pacientes con sospecha de PA , además en aquellos con falla en mejoría clínica después de 48-72 horas .TAC o RM es recomendado para identificar complicaciones locales.

COMPLICACIONES

LOCALES

- Pseudoquiste pancreático
- Necrosis pancreática
- Absceso pancreático

SISTÉMICAS

Falla multiorgánica :Principal causa de muerte en la fase precoz sobre todo en las primeras 2 semanas de una pancreatitis grave.

En la etapa tardía la necrosis pancreática es la causa más frecuente de muerte.

PRONÓSTICO

Parámetros clínicos

- Obesidad (ICM > 30)

Parámetros laboratoriales

- PCR > 150 mg / dl: Marcador ideal
- Interleucina 6
- Procalcitonina
- SCORES
 - APACHE > 8 : Se maneja en UCI
 - RANSON > 3
 - BISAP > 2
 - MARSHALL > 2

Cuando estos parámetros de severidad dan positivo se denominan pancreatitis potencialmente grave y debo hacerle una TC sin y con contraste a las 72 horas para hallar el Índice de severidad Tomográfica (IST) , UN IST > 7 es de mal pronóstico.(19)

MANEJO INICIAL

Dieta absoluta (NPO) , pasada las 24-48 horas iniciamos tolerancia oral , Reposición hidroelectrolítica es decir una buena hidratación (Cristaloide de elección : Lactato de Ringer sino CNa de 250 - 500 ml/h hasta alcanzar una buena diuresis (> 0.5 ml/ kg /h) , La ventaja del Lactato de Ringer es su componente antiinflamatorio , una buena hidratación previene las infecciones. , oxigenoterapia , analgésicos : Elección : Opioides (petidina) ,Aspiración nasogástrica (Íleo paralítico) , soporte nutricional dónde de elección es enteral (Sonda naso yeyunal) que disminuye la traslocación bacteriana. La cirugía es el último recurso , y debo iniciar tolerancia oral cuando el paciente se encuentre , asintomático , tenga RHA positivos , PCR y amilasa normal.(20)

3.3.2 Diabetes Mellitus

DEFINICIÓN

Son un Conjunto de síndromes cuya característica principal va a ser la hiperglicemia crónica y esta se va a deber a una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina a nivel de su receptor esto hace que la glucosa no pueda ser aprovechada por los tejidos y haya un aumento de glucosa en la sangre(Hiperglicemia).(21)

FISIOPATOLOGÍA

El factor de riesgo es la obesidad centrípeta (Incremento de la grasa a nivel abdominal) que se presenta por estilos de vida no saludable , Este incremento de grasa a nivel abdominal va a hacer que se produzca resistencia a la insulina que es el eje fisiopatológico de la DM2. En etapas iniciales antes de que se desarrolle la DM la resistencia a la insulina se empieza a incrementar y de manera compensatoria hay una hiperinsulinemia de tal manera que si se mide los niveles de glucosa al paciente están normales, En determinado momento en el cual ya el páncreas se agota y no puede secretar más insulina y ya no

puede vencer la resistencia a la insulina y empieza a haber una disminución en la producción de insulina ; habiendo alteraciones en los niveles de glucosa.(22)

CLÍNICA

Debemos tener en cuenta las “4P” que son síntomas cardinales : polidipsia , poliuria , polifagia y pérdida de peso , además puede asociarse prurito , cansancio ,visión borrosa.

DIAGNÓSTICO

Para hacer el diagnóstico de DM necesitamos 2 o más exámenes positivos en asintomáticos o oligosintomáticos que le estamos haciendo despistaje dónde un resultados positivo es 126 mg / dl en ayunas , si el resultado fuera indeterminado se realizará una tolerancia oral de glucosa. Si el paciente tiene toda la clínica cardinal de DM o ingresa por criterios de crisis para una hiperglucemia a la EMG podemos usar el diagnóstico al azar (>igual a 200) para el diagnóstico(1 examen)

MANEJO

Ni bien se diagnostica en el paciente DM2 se tiene que empezar con cambios en estilo de vida + tratamiento farmacológico , Siempre iniciar con monoterapia a menos que El paciente trae consigo al momento del diagnóstico una HbA1c >igual 8.5 % (Terapia dual) o el paciente al momento del diagnóstico tenga una glucosa > 300 o HbA1C >igual 10 % o esté marcadamente sintomático (cómo pérdida de peso marcada) dónde aplicaré insulina temporal. Los antidiabéticos a usar son las biguanidas , sulfonilureas , tiazolidinedionas ,inhibidores de alfa glucosidasa , inhibidores de DPP-4 , inhibidores de SGLT-2 o agonistas de GLP-1.

La HbA1C puede servir para hacer el seguimiento del paciente , este examen mide el porcentaje de Hb que está glicosilada entonces al ser la vida media de los eritrocitos 120 días este examen por lo general me da una idea de cómo está la glucosa en los últimos 3 meses. Este examen me permite evaluar el control de la glucosa a largo plazo.(23)

ROTACIÓN EN CIRUGÍA

3.4.1 APENDICITIS AGUDA

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente en general es la Hiperplasia Linfoidea por causas inflamatorias secundario a un proceso infeccioso que hacen crecer folículos linfoides(Folículos de Roux) que se encuentran en la base del apéndice a manera de ganglios que puede generar obstrucción de la base y es la causa más frecuente en niños. Los fecalitos/coprolitos se observa más en adultos y ancianos además se asocian a más complicaciones , Parásitos : Enterobius Vernicularis / Trichuris Trichiura / Ascaris Lumbricoides, tumores (Carcinoide que es maligno es el más frecuente o Mucocele que es benigno).

CLÍNICA

El síntoma más frecuente es el dolor , en los adultos primero es el dolor luego náuseas y vómitos ; en cambio los niños son viceversa. El proceso donde te duele el epigastrio luego la zona periumbilical y luego se va a la Fosa iliaca derecha se llama Triada migratoria de Kocher. La cronología de Murphy está presente en el 50 % de Apendicitis (Típicas) , esta secuencia incluye al síntoma más precoz que es la Hiporexia además que incluso es el signo más inespecífico , luego de la hiporexia tiende a aparecer el dolor asociado a Nauseas-Vómitos (Dolor en epigastrio que luego se va a Fosa iliaca derecha). Al final aparece la fiebre que es lo más tardío. En el examen el punto doloroso más característico es Mc.Burney que identifica Apendicitis de localización Paracecal. (24)

DIAGNÓSTICO

Es totalmente clínico con el examen físico ,Hemograma : Leucocitosis >igual 10 000 con desviación izquierda con neutrofilia ≥ 75 % neutrófilos .Examen de Orina : Para hacer diagnóstico diferencial de ITU ya que si encuentro nitritos positivos ,esterasa leucocitaria o cilindros leucocitarios alejo la posibilidad de una apendicitis y se acerca más a una ITU. El Gold Standard es TAC ideal con contraste a menos que tenga contraindicaciones como insuficiencia renal. En niños , mujeres jóvenes y gestantes se prefiere el uso de ecografía debido a la posibilidad de estar gestando o en caso haya patologías anexiales. La

escala de Alvarado se usa para tomar una conducta frente al estado del paciente a un máximo puntaje de 10 puntos. (25)

COMPLICACIONES

- Perforación
- Peritonitis localizada
- Peritonitis Generalizada
- Plastrón apendicular
- Pileflebitis

MANEJO

De elección es el tratamiento Quirúrgico dónde se debe realizar una apendicetomía , que puede ser abierta o laparoscópica , las ventajas de la laparoscopia es menor dolor postoperatorio en las primeras 24 horas ya que necesitan menos opiáceos y disminuir las complicaciones de estos fármacos. Cuando la base del apéndice está en buen estado se realiza muñón libre , caso contrario se realiza una jareta invaginante. (26)

3.4.2 COLECISTITIS

DEFINICIÓN

Es un proceso inflamatorio de la vesícula que genera edema/engrosamiento de la pared mayor o igual a 4 mm.

CLASIFICACIÓN

Litiásica o Calculosa : Esta causado por la obstrucción del conducto cístico (principal causa de colecistitis aguda) que genera edema de la pared , engrosamiento de la pared y proliferación bacteriana

Alitiásica o acalculosa : No hay obstrucción, sino que generalmente es secundario a Inmunosupresión o shock

- Cuando hay hipovolemia severa : La arteria cística hace vasoconstricción para priorizar la sangre en otros órganos más vitales , por lo tanto, no hay buena irrigación hacia la vesícula y

hace isquemia dando una proliferación de bacterias anaerobias como Clostridium.

- **Enfisematosa (<1%)** : Sobre todo en DM predominan los Clostridium Perfringes ,es una bacteria formadora de gas

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de colecistitis debemos usar los CRITERIOS TOKYO 2018 que reúne 3 parámetros que son los signos locales de inflamación , signos sistémicos e imágenes. Para sospechar de Colecistitis aguda : 1 elemento de A y 1 elemento de B y para diagnóstico confirmatorio de Colecistitis aguda : 1 elemento de A + 1 elemento de B + 1 elemento de C.

A: Signos locales de inflamación

- Murphy (Arresto inspiratorio) / Dolor HCD / Masa palpable

B: Signos Sistémicos de Inflamación

- Fiebre
- Leucocitosis
- Elevación del PCR

C: Imágenes

- Ecografía
- Gammagrafía (Colescintigrafía)

MANEJO

En una colecistitis de grado leve puedo realizar una colecistectomía temprana (< 72 horas) o Colecistectomía de Urgencia (<24 horas) , en grado moderado dependerá del estado del paciente ya que si es de bajo riesgo ASA se hará una Colelap temprana o de urgencia , pero si es alto riesgo ASA se realizará una colelap diferida. En los casos de colecistitis de grado severo se realizará una Colecistostomía percutánea , y posteriormente cuando mejore se programará una Colelap diferida en más de 6 semanas. (27)(28)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La experiencia de obtuve en el internado este año fue de mucha ayuda para consolidar conocimientos que solo los había obtenido de manera teórica durante la pandemia COVID 19 ,ya que pude entrar en contacto con un hospital del III nivel que fue el hospital Sergio. E Bernales y centro de salud Ermitaño Bajo en el primer nivel de atención, por el flujo de pacientes en el hospital tuve la oportunidad de manejar muchos casos en las emergencias que serán importantes para mi SERUMS.

En el centro de salud fue dónde realicé prevención primaria , diagnostiqué y manejé las patologías más frecuente en nuestro medio , y fue en el hospital dónde traté aquellas patologías que ciertamente pueden tener un mayor grado de complejidad, pero necesario para un médico en su formación.

Durante este año, el COVID 19 aún estuvo presente sobretodo en el inicio del internado médico , proporcionándonos los hospitales nuestros equipos de protección , realizándonos pruebas de tamizaje cada cierto tiempo además de realizar protocolos en fin de proporcionar el bienestar de los internos.

Los internos de medicina humana debido a las diferentes adversidades que tuvimos este año , como por la reducción en cuanto la duración del internado , pudimos tener un acercamiento adecuado con nuestra realidad nacional , sin embargo, creo que es necesario replantearse mejores lineamientos en fin de crear futuros médicos mejor preparados.

II.CONCLUSIONES

El internado médico es el fin un camino largo de un estudiante de medicina que debe aprovechar para así poder afianzar aquellos conocimientos que tuvimos durante nuestros primeros 6 años. Sé ha tenido diferentes adversidades en cuanto a la realización del internado 2022 , sin embargo, se ha podido salir adelante contra todo pronóstico en un contexto aún de Emergencia sanitaria COVID 19.

Este año ha sido el momento para aprender a prevenir , diagnosticar y tratar las principales patologías que aquejan a la población en general , obteniendo la práctica que no logramos desde el inicio de la pandemia COVID 19. Con la adición de la rotación por un centro de primer nivel de atención se pudo tener un acercamiento con la realidad nacional además de prepararnos para en un futuro poder realizar nuestro SERUMS.

Aún los lineamientos dirigidos a los internos no están totalmente consolidados , es deber de nuestras autoridades el lograr un mejor ambiente para los futuros internos para lograr así profesionales exitosos y competentes.

III. RECOMENDACIONES

Las autoridades a cargo de realizar aquellos lineamientos en cuanto al internado médico en los estudiantes de medicina humana deben priorizar mejorar el ambiente laboral y educativo para poder así lograr mejores profesionales.

Los tutores del internado médico son una pieza fundamental en la formación de los estudiantes de medicina humana, por tal motivo es recomendable tener una interacción más frecuente con estos, y así poder afianzar conocimientos, habilidades y hábitos en los estudiantes de medicina con evaluaciones prácticas y teóricas para así lograr un seguimiento continuo detectando las dificultades que se puedan dar en el aprendizaje durante el internado hospitalario. Una función importante adicional de los tutores es también el promover la investigación científica en los internos de medicina humana.

Se deben realizar actividades académicas continuas presenciales en el entorno hospitalario y reducir aquellas que se dan en el ámbito virtual ya que es mucho más ventajoso para el interno de medicina el observar los procedimientos en presencia de sus tutores en sus respectivos hospitales y el interactuar con ellos, por tal motivo es necesario reenfocar el sílabo del internado médico para así lograr actividades tanto de manera presencial y virtual que puedan complementarse en función de un mejor aprendizaje.

Debe cumplirse las horas establecidas, ya que en muchos hospitales no se respetó los derechos de los internos, sin embargo, es deber de cada uno el poder realizar la máxima cantidad de horas que sean posible para lograr un mejor aprendizaje.

Se debe plantear que el internado médico vuelva a la duración de 12 meses que era realizada antes de la pandemia COVID 19, además el

disminuir la cantidad de tiempo dado para rotar por un centro de primer nivel de atención a un lapso de 2 meses , sin embargo, fue gracias a esta pandemia que se notó lo necesario que es la pasantía por estos centros para poder acercarnos a nuestra realidad nacional.

IV.FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chávez OB. EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO 2020 DEL TERCER AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN [Internet]. usmp.pe. [cited 2023 Apr 14]. Available from: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7897/Baldeon_oo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta médica peru [Internet]. 2020;37(4). Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n4/1728-5917-amp-37-04-562.pdf>
3. Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). Internado Médico en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Org.pe. 2021 [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
4. MINSA. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PRA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL INTERNADO EN CIENCIAS DE SALUD [Internet]. Gob.pe. 2022 [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3103770/Directiva%20Administrativa.pdf.pdf>
5. MINSA. PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES : 1999-2004 [Internet]. Gob.pe. 1999 [cited 2023 Apr 14]. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1076_MINSA1947.pdf
6. Torres-Pineda M, Urrego-Pachón MA, Torres- Pineda M, Ma U-P. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo [Internet]. 2022. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2022/gom227f.pdf>

7. Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA [Internet]. Gob.pe. 2017 [cited 2023 Apr 14]. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
8. proSEGO. Aborto espontáneo , Protocolos asistenciales en Obstetricia [Internet]. 2010 [cited 2023 Apr 14]. Available from: <file:///C:/Users/User/Downloads/S0304501310004565.pdf>
9. Dra K, Herrera S. PREECLAMPSIA [Internet]. Revista Médica Sinergia Vol.3 Num:3 Marzo 2018 pp: 8 – 12. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
10. Cararach Ramoneda V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP [Internet]. Aeped.es. [cited 2023 Apr 14]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
11. Guevara E, Meza Santibáñez L. MANEJO DE LA PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA [Internet]. Org.pe. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a15v60n4.pdf>
12. Balboa A.. Diarrea aguda. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2005 Abr [citado 2023 Abr 15] ; 97(4): 290-290. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000400009&lng=es.
13. Riechmann ER. Diarrea aguda [Internet]. Aeped.es. [cited 2023 Apr 15]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf
14. Gonzales DEZ. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 15].

15. Loza SM, Rueda A, Gascón CU, Paz L. Artritis. Diagnóstico diferencial [Internet]. Aeped.es. [cited 2023 Apr 15]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/02_artritis_diagn.pdf
16. Calvo C, Saavedra-Lozano J. El tratamiento de la artritis séptica. An Pediatr Contin [Internet]. 2014 [cited 2023 Apr 15];12(6):325–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-el-tratamiento-artritis-septica-S1696281814702112>
17. Guía-ABE - artritis-septica [Internet]. Guia-abe.es. [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-artritis-septica>
18. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(7):e537. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>
19. Álvarez-Aguilar Pablo Andrés, Dobles-Ramírez Carlos Tobías. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta méd. costarric [Internet]. 2019 Mar [cited 2023 Apr 14]; 61(1): 13-21. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013&lng=en.
20. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina-B A, Darnell A, Garcia-Borobia F, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 15];38(2):82–96. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-valoracion-tratamiento-pancreatitis-aguda-documento-S0210570514002465>
21. Barquilla García A. Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria [Internet]. Iscii.es. [cited 2023 Apr 15]. Available from: https://scielo.iscii.es/pdf/sanipe/v19n2/es_04_revision.pdf
22. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2002 [cited 2023 Apr 15];55(5):528–35. Available

from: <https://www.revespcardiol.org/es-diagnostico-clasificacion-patogenia-diabetes-mellitus-articulo-13031154>

23. Lozano JA. Diabetes mellitus. Offarm [Internet]. 2006 [cited 2023 Apr 15];25(10):66–78. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-diabetes-mellitus-13095504>

24. Carlos R, González R, García Álvarez J, Trejo Téllez R. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura [Internet]. Medigraphic.com. [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2009/ju094g.pdf>

25. Fac CQ, Udelar M, Fernández GM, Martín J, Marsicano C. APENDICITIS AGUDA Y SUS COMPLICACIONES [Internet]. Edu.uy. [cited 2023 Apr 15]. Available from: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf

26. Quevedo Guanche Lázaro. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 Jun [citado 2023 Abr 14] ; 46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200011&lng=es.

27. General C. COLECISTITIS CALCULOSA AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO [Internet]. Medigraphic.com. [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161s.pdf>

28. Estes JM, Indo FER. COLE CISTI TIS AGU DA [Internet]. Org.ar. [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadro. Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10