



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON EMBARAZO
ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA SOMETIDAS A
TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL
PERIODO 2014-2019**

**PRESENTADO POR
JIMENA VALERIA OLIVERA GONZÁLEZ**

**ASESOR
SERGIO MIGUEL ASTORNE RAMIREZ**

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

LIMA- PERÚ

2022



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

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

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA

X

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA COMO INTERNA DE MEDICINA EN LA CLÍNICA DIVINO NIÑO
JESÚS ORDEN DE MALTA EN EL PERIODO 2021- 2022**

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

PRESENTADO POR

JIMENA VALERIA OLIVERA GONZÁLEZ

ASESOR

SERGIO MIGUEL ASTORNE RAMIREZ

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Fernando Herrera Huaranga

Miembro: Dr. César Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedicado a Jasper por acompañarme en mis noches de estudio, por darme ánimos cuando sentía que no podría lograrlo y por estar hasta su último respiro a mi lado.

Jimena Valeria Olivera González

AGRADECIMIENTO

Agradecida con mis padres, mi hermana y mis abuelos que estuvieron detrás mío con sus palabras de aliento cuando más lo necesitada, con AbeStudies que a me mantuvo motivada para continuar a pesar de las adversidades, con todas las personas que conocí a lo largo de la carrera que me acompañaron en las desveladas y celebraron mis logros como si fueran suyos y con mis docentes que me dieron una oportunidad para aprender de ellos.

Jimena Valeria Olivera González

RESUMEN

El presente trabajo ha sido realizado por una interna de la clínica Divino Niño Jesús, quien plasma su experiencia del internado médico durante el segundo año de pandemia por COVID-19. Se hablará sobre la experiencia siguiendo los nuevos protocolos que se instauraron para realizar prácticas médicas seguras y se reflexionará sobre la experiencia en esta institución privada que, por primera vez, abrió sus puertas a internos de medicina y ha brindado todas las herramientas para que puedan desarrollar los conocimientos y habilidades adquiridas en sus años de formación y no estén en desventaja con sus compañeros de otras sedes.

También se discutirán ocho casos clínicos los cuales han estado bajo la responsabilidad de la interna, ella los ha atendido desde el momento de su ingreso, la elaboración de la historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento, su evolución y su posterior alta médica; demostrando las habilidades adquiridas en su último año de carrera.

Metodología: Recopilación de casos clínico y revisión de bibliografía actualizada sobre el tratamiento.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones debido a la pandemia por el COVID-19, se logró realizar y sobre todo cumplir con los objetivos del internado médico, se puso en práctica los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en los 6 años de formación académica, se aprendieron y trataron nuevas patologías y también se solucionaron las más comunes en nuestro medio, información que será de gran ayuda en el SERUMS.

Palabras claves: internado médico, clínica, institución privada, COVID-19, casos clínicos, tratamiento, diagnóstico

ABSTRACT

This work has been carried out by an intern at the Divino Niño Jesús clinic, who expresses her experience of the medical internship during the second year of the COVID-19 pandemic. We will talk about the experience following the new protocols that were established to carry out safe medical practices and we will reflect on the experience in this private institution that, for the first time, opened its doors to medical interns and has provided all the tools so that they can develop the knowledge and skills acquired in their formative years and are not at a disadvantage with their colleagues from other institutions.

Eight clinical cases will also be discussed which have been under the responsibility of the intern, she has attended them from the moment of their admission, the elaboration of the clinical history, the diagnosis, the treatment, their evolution and their subsequent medical discharge; demonstrating the skills acquired in their final year of study.

Methodology: Compilation of clinical cases and review of updated literature on treatment.

Conclusions: Despite the limitations due to the COVID-19 pandemic, it was possible to achieve and above all meet the objectives of the medical internship, the theoretical and practical knowledge learned in the 6 years of academic training was put into practice, they learned and treated new pathologies and also the most common in our environment, information that will be of great help in the SERUMS.

Keywords: medical internship, clinic, private institution, COVID-19, clinical cases, treatment, diagnosis

INDICE

JURADO	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	IX
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1) MEDICINA INTERNA:	2
Caso clínico 1: Pie diabético	3
Caso clínico 2: Pancreatitis aguda	5
1.2) PEDIATRÍA:	7
Caso clínico 3: Apendicitis aguda	8
Caso clínico 4: Síndrome Nefrótico	9
1.3) GINECOLOGÍA:	11
Caso clínico 5: Hemorragia de primer trimestre	11
Caso clínico 6: Hemorragia uterina anormal	13
1.4) CIRUGÍA:	15
Caso clínico 7: Trauma de mano	15
Caso clínico 8: Diverticulitis	17
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	20
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	23
3.1) MEDICINA INTERNA	23
Caso 1: Pie diabético	23
Caso 2: Pancreatitis aguda	24
3.2) PEDIATRÍA	25
Caso 3: Apendicitis aguda	25
Caso 4: Síndrome Nefrótico	27
3.3) GINECOLOGÍA	27

Caso 5: Hemorragia en 1er trimestre	27
Caso 6: Hemorragia uterina anormal	28
3.4) CIRUGÍA	29
Caso 7: Accidente de mano	29
Caso 8: Diverticulitis aguda	30
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	32
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
FUENTES DE INFORMACIÓN	37
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

El internado médico en el Perú se realiza en el séptimo y último año de la carrera de medicina humana. Usualmente este tiene una duración de 12 meses iniciando el primero de enero y finaliza el 31 de diciembre y se realizan las 4 rotaciones de las especialidades más grandes de la medicina: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna (1).

Debido a la pandemia del COVID-19, desde el año 2020 los lineamientos del internado han sido constantemente modificados para garantizar el bienestar del futuro médico (2). Para el segundo año de pandemia, el internado médico inició en el 1ro de julio del 2021 y culminó el 30 de abril del 2022, dando un total de 10 meses de internado. Para salvaguardar la seguridad de los internos en esta pandemia, para disminuir el contacto con pacientes con COVID-19, el Ministerio de Salud- MINSa dividió la formación en 2 fases: 5 meses de atención en un establecimiento de primer nivel (centro de salud nivel I-3 o I-4) y los 5 meses restantes en un centro de mayor complejidad (nivel III o II) (2).

En este contexto, gran porcentaje de la población estudiantil optó por otras opciones como sedes de las Fuerzas Armadas y clínicas privadas que además de ofrecer las 4 rotaciones requeridas, también ofrece seguridad con menor

exposición al virus SARS-CoV-2 que en los establecimientos del Ministerio de Salud.

Adicionalmente, dada la alta demanda de nuevas sedes clínicas, la Universidad San Martín de Porres celebró convenios con nuevas instituciones; una de ellas la Clínica Divino Niño Jesús de la Orden de Malta, institución que por primera vez recibió a internos de medicina. Esta institución privada ante la pandemia, se convirtió en un establecimiento NO COVID desde abril del 2020. Es decir, todo paciente previa hospitalización o intervención quirúrgica debe tener una prueba antigénica o molecular negativa.

Entre las medidas que tomó la clínica, previo inicio del internado en oficina de Coordinación Académica organizó talleres de bioseguridad, uso correcto de EPPs, lavado quirúrgico de mano y curso de RCP básico y avanzado para que estén al tanto de los protocolos que se realizan en el establecimiento y no tuvieran inconvenientes al iniciar sus tareas. Además, se comunicó a farmacia que se otorgue a los internos EPPs nuevos todos los días, los cuales incluían: mandil, 1 mascarilla quirúrgica, un gorro descartable y una mascarilla KN95.

La clínica estableció que las responsabilidades de un interno de medicina son realizar la historia clínica del paciente al momento de su ingreso, hacer las evoluciones diarias, estar pendiente de las interconsultas y los resultados de laboratorios o imágenes de su paciente, acatar las indicaciones del médico asistente y avisar cualquier eventualidad. Todo esto sin descuidar el área académica, por ello la coordinación académica y el director de la clínica organizaron actividades académicas los días martes y jueves de 7:30-9:00pm. A fin de consolidar el conocimiento teórico – práctico a través de la exposición de casos clínicos, revista de revistas y un tema a exposición.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana en la Universidad San Martín de Porres consta de 7 años divididos en dos etapas; la primera etapa es Ciencias Básicas que dura 3 años en los cuales el alumno aprende conocimiento teórico sobre la anatomía, el funcionamiento y las enfermedades que se presenta en el cuerpo humano. Todo esto con la finalidad de ponerlo en práctica en la segunda etapa que es: ciencias clínicas. Esta segunda etapa es a partir del cuarto año de la carrera y termina con el internado médico. Los 3 primeros años de las prácticas clínicas el alumno rota por diversos hospitales de nivel III y aprende a realizar una adecuada anamnesis, un riguroso examen físico; rota por la gran mayoría de especialidades médicas y quirúrgicas para aprender de manera directa con el paciente, desde las enfermedades más comunes hasta las más complejas que se presentan en cada especialidad. Esta preparación culmina con el internado médico, un año en donde el estudiante adjudica a una plaza que se convertirá en su hogar por los siguientes últimos 12 meses de la carrera.

Debido a la pandemia por el COVID-19, los alumnos de la promoción 2015 se vieron doblemente afectados a comparación de la última promoción porque realizaron su sexto año de carrera de manera virtual, un año muy importante porque se dictan dos especialidades pilares de la medicina como son: pediatría y gineco-obstetricia. Otra desventaja fue que en el 2021 el MINSA cambió los

lineamientos para el internado médico disminuyendo la duración de 12 a 10 meses así como las horas de trabajo a 6 horas diarias de lunes a sábado y con la obligación de realizar la mitad del internado en establecimientos de primer nivel (2)

Por estas limitaciones, muchos internos buscaron otras alternativas como los centros de salud privados y aquellos que pertenecen a las fuerzas armadas. Debido a la alta demanda de vacantes en centros de salud la USMP abrió nuevos convenios, uno de estos se realizó con la Clínica Divino Niño, una institución que cuenta con la infraestructura y los servicios necesarios para que los internos de medicina cumplan con la malla curricular y concluyan sus estudios de pregrado en igualdad de condiciones a quienes optaron por las sedes del MINSA.

El horario del interno era de 8:00m a 4:00pm, de lunes a sábado, además de una guardia diurna en el servicio de urgencias de 7:00am a 7:00pm, por 5 días al mes y una guardia un domingo al mes de 8:00am a 2:00pm. Esta preparación práctica se complementó con una preparación académica: todos los martes y jueves de 7:30pm a 9:00pm los internos exponían casos clínicos, revista de revistas o un tema teórico frente al coordinador académico, el director, los licenciados y otros médicos de la clínica.

1.1) MEDICINA INTERNA:

Esta rotación cuenta con tres grandes áreas: urgencias, consultorios y hospitalización.

El trabajo del interno comienza en urgencias o en consultorios en donde se encarga de realizar una escrupulosa anamnesis y un examen físico completo, redactar la historia clínica y trabajar en conjunto con el médico para decidir sobre la terapéutica y exámenes auxiliares a indicar.

En el área de hospitalización el interno se encarga de evolucionar todos los días a los pacientes bajo su cargo y tener toda la información detallada y actualizada antes de realizar la visita con el médico asistente.

En esta rotación el interno aprendió a tratar adecuadamente patologías agudas y crónicas, sus turnos en urgencias les permitió realizar procedimientos como colocación y retiro de sonda vesical, drenaje de abscesos, toma de muestras, paracentesis, toracocentesis, AGA, curaciones de pie diabético, sonda nasogástrica y venoclisis; y las visitas a los consultorios de las diferentes especialidades médicas le permitió observar y prender procedimientos más complejos como electro y ecocardiograma, endoscopías, colonoscopías, eco Doppler, electromiografías, entre otros.

A continuación, se describen dos casos clínicos muy importantes para el ejercicio de la carrera, dada la alta incidencia en la población:

Caso clínico 1: Pie diabético

Paciente varón de 65 años acude a urgencias debido a una herida indolora en cara externa del pie derecho que no sana hace una semana y tiene como antecedente diabetes mellitus tipo 2 de larga data. El doctor en emergencias le indica exámenes de laboratorio, curación por tópico, antibióticos VO por 1 día y le explica que debe hospitalizarse por lo que regresa al día siguiente.

Resultados de laboratorio: Hgb: 12.6 gr /dl Leu: 8.800/mm³ Linf: 23%, Monocitos: 04% Plaquetas: 252.000 /mm³ Glucosa: 373 mgr/dl HbA1c: 7.9%.

Funciones biológicas: Apetito conservado, sed normal, orina normal, heces normales y sueño conservado.

Funciones vitales: Sat: 97% FiO₂: 21% Temp: 36.6 ° C PA: 110/80mmHg, FC: 90' FR: 18'.

Examen físico: AREG, REH, REN. Piel: con lesiones descamativas en MMII. TCSCCL edema +/+++ en pierna derecha. En las extremidades encontramos lesiones descamativas hipercrómicas, signos de flogosis en pierna derecha:

edema, color violáceo y caliente, además una úlcera con bordes limpios y sangrado en cara externa de pie derecho, se palpan pulsos pedio y tibial, niega dolor. Paciente LOTEPE, escala de glasgow 15/15, hipoestesia en pierna y pie derecho. Resto de examen físico sin alteraciones.

Impresión diagnóstica: Diabetes Mellitus tipo 2 descompensado con complicaciones de tardías, pie diabético neuropático Wagner II o III y celulitis en pie derecho. El resto del examen físico sin alteraciones.

Tratamiento:

1. Dieta completa hipoglúcida + LAV
2. Clindamicina 600mg EV c/8h
3. Ceftazidima 2gr EV c/8h
4. Omeprazol 40mg EV c/24h
5. Metformina clorhidrato 850mg VO c/12h
6. Metimazol 1gr EV condicional a temperatura $\geq 38.3C$
7. HGT c/8h y aplicación de insulina R según escala móvil
8. Control de funciones vitales
9. Curaciones diarias de herida.
10. Ss PCR, creatinina, urea, prueba antigénica de descartar COVID-19
11. Ss rayos X

Además, se solicitan más exámenes de laboratorio: PCR: 24.3 mg/l, glucosa: 363 mgr/dl, creatinina: 0.9 mg/dl, urea: 34mg/dl, antigénica de descartar COVID-19: negativa.

Evolución: Durante su estadía el paciente no refiere molestias, no siente dolor y mantiene sus funciones biológicas. Se le realizan curaciones diarias y se observa una marcada disminución de la coloración eritematosa y del calor en pie y pierna derecha. Al segundo día de hospitalización se solicitan exámenes de control y tiene da resultado PCR: 98 mg/l, VSG: 110 mm/hora, Glucosa: 186 mgr/dl.

Al cuarto día de tratamiento no se observa flogosis en pierna derecha, además se realiza interconsulta al servicio de curaciones quienes reportan que la cabeza del quinto metatarsiano se encuentra infectada a pesar de que los rayos X no lo

demuestran y realizan exeresis de cabeza del 5to dedo y dejan una fístula que va de la planta hasta el dorso del pie.

Después de la curación el paciente muestra una marcada mejoría, se solicita rayos x de pie derecho y la evolución es favorable. Al 5to día el paciente pasa interconsulta con endocrinología quien le cambia la escala móvil por insulina NPH 10 UI SC a 8am. En el 8vo día de hospitalización el paciente completa la antibioticoterapia, la pierna y el pie derecho no presentan signos de flogosis. El paciente es dado de alta con indicaciones: amoxicilina/ ácido clavulánico, insulina NPH 10 UI en la mañana y 5 UI en la noche y acercarse al tópico de curaciones cada 2 días.

Caso clínico 2: Pancreatitis aguda

Llega a urgencias paciente femenina de 63 años por dolor abdominal que inició hace 1 día y a aumentado de intensidad con el pasar de las horas. Refiere ingesta copiosa y grasosa de comida por la noche de ayer y actualmente el dolor es un 8/10 y se irradia al hipocondrio derecho y la espalda en forma de cinturón, por lo que se apersona a la clínica. Como antecedentes patológicos menciona pancreatitis, colecistitis crónica, obstrucción intestinal, histerectomía total post hemorragia uterina, cirugía por obstrucción intestinal, cirugía colecistectomía laparoscópica + derivación bilioduodenal y CPRE todo hace 3 años; es alérgica a ibuprofeno, prednisona y penicilina; toma clonazepam 0.5mg condicional a ansiedad; niega enfermedades.

Se le solicita ecografía y perfil hepático.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed aumentada, sueño conservado, orina disminuida (2 veces al día, cuando lo normal es de 4 a 5 veces por día), deposiciones disminuidas (1 vez en las últimas 24 horas, su basal es 2 al día).

Funciones vitales: PA: 112/79 FC: 73x' SAT: 97% FR: 20x' T: 36.5

Examen físico: AREG, REN, REH, Piel: presencia de equimosis en brazo en zona de venopunción; ojos: escleras ictericas, paciente usa lentes por miopía y astigmatismo; nariz: piel con características eritematosas, granulomatosa y serosa; boca: permeable, paciente usa prótesis dentales superior e inferior;

garganta: leve eritema y presencia de caseum; mamas: se palpa pequeña tumoración de aproximadamente 1x 1 cm, móvil, blanda, en cuadrante inferior externo de mama izquierda; abdomen: cicatriz por herida operatoria de aproximadamente 10 cm en mesogastrio. RHA ligeramente disminuidos, dolor a la palpación de epigastrio 4/1; GU: palpación suprapúbica dolorosa, PRU (+) 1/3 inferior izquierdo PPL (+) izquierda; resto de examen físico sin alteraciones.

Ecografía: se observa colecistectomía, meteorismo aumentado y riñones normales.

Exámenes de laboratorio: amilasa: 153 U/L lipasa 34 U/L TGP 134 U/L TGO 190 U/L bilirrubina total 2.1 mg/dL bilirrubina directa 1,9 mg/dL bilirrubina indirecta 385 U/L GGTP 491 U/L fosfatasa alcalina 385 U/L.

Impresión diagnóstica: se plantea pancreatitis aguda leve de origen biliar, D/C coledocolitiasis residual y D/C de estrechez de derivación bilioduodenal.

Tratamiento: se hospitaliza al paciente y se indica

1. NPO por 2 días
2. Hidratación NaCl 9% 125 cc/hora EV
3. Omeprazol 40 mg cada 24 horas EV
4. Dimenhidrato 50 mg condicional a nauseas o vómitos
5. Metamizol 1 gr cada 12 horas condicional a cefalea o $T^{\circ} > 38.5^{\circ}C$
6. Escopolamina 1 ampolla cada 8 horas condicional a dolor tipo cólico
7. Ss Hemograma, urea, creatinina, examen de orina, colangiorresonancia
8. I/C Gastroenterología
9. CFV + BHE

Evolución: Al segundo día de hospitalización se inicia dieta líquida bajo supervisión, al tercer día paciente presenta ictericia en escleras y salen los resultados de laboratorio: amilasa: 583 U/L lipasa 45 U/L TGP 75 U/L TGO 33 U/L bilirrubina total 1,3 mg/dL bilirrubina directa 1,2 mg/dL bilirrubina indirecta 0,1 U/L GGTP 367 U/L fosfatasa alcalina 368 U/L.

Con estos resultados pasa por gastroenterología que indica continuar con NPO e hidratación 125 cc/h y programar colangiorresonancia.

Colangiografía: se observa una leve dilatación de vía biliar intrahepática determinada por coledocolitiasis de 18mm y leves cambios inflamatorios perirrenales de aspecto reactivo. Se cambia la terapéutica por NPO, hidratación NaCl 9% 60 cc/hora EV, omeprazol 40 mg cada 24 horas EV, dimenhidrato 50 mg condicional + tramadol 100 mg condicional + NaCl 100 cc EV cada 12 horas, metronidazol 500 mg cada 8 horas EV, ceftriaxona 1gr cada 12 horas EV y control de amilasa y lipasa y se da de alta médica para que paciente se realice drenaje percutáneo a través de radiología intervencionista en un centro de mayor complejidad.

1.2) PEDIATRÍA:

Esta rotación se divide en 3 áreas: pediatría, neonatología y cirugía pediátrica. En pediatría el interno rotará la mayor cantidad de horas, en urgencias pediátricas en donde verá las patologías más comunes como enfermedad diarreica aguda, enfermedades respiratorias y exantemas; y también aprendió administrar las terapias de rescate y de rehidratación oral. En neonatología el interno tiene la oportunidad de recibir a los recién nacidos y realizar la atención del recién nacido siempre bajo la supervisión del pediatra a cargo.

La clínica también cuenta con el servicio de cirugía pediátrica tanto ambulatoria como de emergencias y era responsabilidad del interno de pediatría realizar la historia clínica y de asistir al cirujano en sala de operaciones.

Además de las enseñanzas de los médicos especialistas, los internos también contaron con el apoyo de los licenciados y técnicos en enfermería, quienes les enseñaron la manera adecuada para administrar tratamiento EV e IM a los infantes y lactantes a fin de evitar una experiencia dolorosa a los niños.

A continuación, se describen los casos más complejos que se presentaron durante esta rotación:

Caso clínico 3: Apendicitis aguda

Paciente que refiere dolor abdominal en mesogastrio hace 1 día y usó analgésicos para calmarlo. Posterior a esto, se agregan nauseas, un vómito y dolor incrementa, por lo cual acude a urgencias. Niega antecedentes.

Funciones biológicas: sed disminuida (<4 v/d), orina (2v/d), sueño disminuido por el dolor, apetito disminuido (<5 comidas/d), deposiciones conservadas (1 v/d).

Funciones vitales: FC: 90x' FR: 20x' T°: 36.5 °C talla: 140 cm peso: 55 kg.

Examen físico: ABEG, REH, REN, hemodinamicamente estable, con fascie dolorosa y posición antálgica; abdomen: globuloso, con abundante tejido subcutáneo. RHA (+) blando, depresible, McBurney (+) Murphy (-). No signos peritoneales, resto de examen físico sin alteraciones.

Impresión diagnóstica: apendicitis aguda. Se indica hospitalización exámenes preoperatorios, rx de torax y prueba antígeno COVID-19.

Resultados de laboratorio: Hb: 14.2gr% Hcto: 40.1% Leu: 12.520/mm³, Plaquetas: 544.000 /mm³ RPR, HIV, HBsAG y prueba antigénica contra COVID-19 negativo. Con los resultados de los exámenes de laboratorio y de los rx podemos otorgarle una puntuación 7 en escala de Alvarado y 8 puntos en la escala de PAS.

Tratamiento:

1. NPO
2. Dextroxa 5% 1000cc + ClNa 20% 40cc + ClK20% 20cc a XXX gotas/min
3. Clindamicina 550 mg EV c/6h
4. Amikacina 400 mg EV c/12h
5. Ranitidina 50 mg EV c/8h
6. Metamizol 1 gramo EV PRN T° > 38 °C
7. CFV

Evolución: paciente ingresa a SOP para someterse a una apendicetomía convencional y tiene como diagnóstico post quirúrgica apendicitis aguda supurada; como hallazgo operatorio apéndice cecal paracecal de 10x10 cm supurada de base indemne con presencia de escaso líquido inflamatorio. Paciente tolera acto operatorio y se retira de sala en buenas condiciones.

En el PO inmediato y PO1 paciente cursa afebril, con diuresis, pero sin eliminación de heces ni flatos, el abdomen distendido, con ausencia de ruidos hidroaéreos, doloroso a la palpación de epigastrio y flanco derecho. En su PO2 el paciente cursa nauseoso, con presencia de vómito verdoso por lo que se sospecha de obstrucción intestinal. Se solicita rx que evidencia presencia de niveles hidroaéreos en diferentes niveles del tránsito intestinal, sin presencia de aire en recto o colón, hay presencia de asa fija al decúbito y de pie.

Paciente es programado a SOP por segunda vez y se realiza una laparotomía exploratoria. Diagnóstico post operatorio: obstrucción intestinal por Divertículo de Meckel Complicado. Se realiza resección intestinal + anastomosis latero-lateral + lavado y se deja dren percutáneo. Paciente tolera acto operatorio y se retira de sala en buenas condiciones.

El paciente tiene una evolución favorable y es dado de alta.

Caso clínico 4: Síndrome Nefrótico

Paciente varón de 6 años de edad con diagnóstico de síndrome nefrótico llega a emergencias por aparición brusca de edemas en MMII, en región palpebral y región ciliar, náuseas, vómitos matutinos de contenido alimentario, dolor abdominal difuso, deposiciones líquidas sin moco ni sangre de regular cantidad. Madre administró furosemida 40 mgc/24 horas y notó disminución de cantidad de orina y aumento de espuma. Los síntomas persisten y progresan durante 5 días hasta que lo trae a la clínica. Como antecedentes patológicos: episodios de síndrome de obstrucción bronquial recurrentes.

Funciones biológicas: sed aumentada, apetito disminuido, orina disminuida y espumosa, deposiciones aumentadas, sueño aumentado y peso aumentado +/- 3 kilos.

Funciones vitales: FC: 128x' FR: 22x' T°: 36.4 °C talla: 121 cm peso: 36.4 kg SatO2%: 98%

Examen físico: paciente despierto, piel y faneras: múltiples telangiectasias en cara, torác y abdomen; TCSC: edema bipalpebral, edema en región ciliar y en MMII con leve fóvea +/+++; resto de examen físico sin alteraciones.

Impresión diagnóstica: síndrome nefrótico descompensado y obesidad, d/c enfermedad de cambios mínimos y síndrome nefrótico corticorresistente.

Exámenes de laboratorio: Hb: 16.30 gr /dl, Hcto: 46.4% Leu: 10.32/mm³, Plaquetas: 413.000 /mm³ INR: 0.83 TP: 10.41 seg TTPA: 34.45 seg inmunoglobulina A: 117 inmunoglobulina G: 96 inmunoglobulina M: 63 urea: 36mg/dl fibrinógeno 812.23mg/dl dimero D 1.04mg/L, en examen de orina proteínas +++ hb ++ creatinina: 132 mg/dL, PCR: 0.07, en exámenes de bioquímica calcio 7.6mg/dL colesterol 631mg/dL GGT: 35 U/L.

Tratamiento:

1. Dieta seca hiposódica 1.5/día Proteína total 30gr/día VT: 800 cc
2. Albúmina humanizada 20% 20 gramos en 2 a 3 horas sin diluir c/12 horas
→ 30 min antes de terminar frasco, pasar furosemida 60 mg EV
3. Amlodipino 5 mg VO c/24 horas
4. Hidroclorotiazida 25 mg VO c/24horas
5. Prednisona 60 mg VO c/24 horas
6. Carbonato de Calcio 1250 mg VO c/12horas
7. Ss exámenes de laboratorio: parasitología
8. Peso diario
9. Control de PA c/6 horas
10. Control de perímetro abdominal
11. CFV+BHE+OSA

Una vez en piso llegan los resultados del parasitológico que indican presencia de quistes de endolimax nana y de blastocystis hominis < 5 por campo; excreción de proteínas en 24h de 9290mg/24h y 2.3g/dL de albúmina en orina.

Evolución: al tratamiento antes mencionado se le agregó Nitazoxanida 7.5 ml c/12 horas VO por 4 días, el tratamiento con albumina humanizada persistió hasta el 6to día de hospitalización. Se hizo interconsulta por nefrología, en donde se sugiere examen de proteinograma electroforético para calcular la excreción de albúmina en orina y si el valor de este examen saliera demasiado bajo se optaría por biopsia renal para poder descartar un Síndrome Nefrótico Idiopático o Glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

El proteinograma da como resultado albumina en orina de 24h de 2.11, un valor muy bajo que refleja una proteinuria mixta importante. Siguiendo las indicaciones para biopsia renal en niño (anexo 6) se refiere al paciente al Hospital de Niño de Breña debido a la complejidad de su cuadro.

1.3) GINECOLOGÍA:

La presente rotación se divide en 2 áreas: ginecología y obstetricia. En ginecología el interno ingresaba a las consultas con el médico, ahí se atiende mujeres desde su menarquia hasta la tercera edad. El interno tuvo la oportunidad de aprender a realizar el examen ginecológico, a saber, hacer e interpretar una ecografía, a realizar exámenes diagnósticos tales como IVAA, test de Schiller y PAP y entraba a los procedimientos menores como cauterización de condilomas.

En el área de obstetricia el interno aprendió a realizar los controles prenatales, a reconocer los principales signos de bienestar y de alarma en las ecografías control y a tratar las principales complicaciones obstétricas como: preclamsia, amenaza de aborto, diabetes gestacional y RCIU.

Además de su paso por consultorio, el interno acompañó al ginecobstetra en sala de operaciones en operaciones ginecológicas como: histerectomía abdominal total, miomectomías, colporrafías, histerectomía vaginal y cesáreas y estaba encargado de su evolución en piso.

A continuación, se describen los casos más prevalentes en la población femenina vistos durante esta rotación:

Caso clínico 5: Hemorragia de primer trimestre

Paciente de 40 años con 9 semanas de gestación por FUR llega a urgencias debido sangrado vaginal inoloro de regular cantidad con coágulos, llega sin su cartilla de control prenatal, pero menciona que ha tenido 1 control. Como antecedente refiere que hace 1 semana se cayó durante un asalto, pero no tuvo

sangrado, ni dolor en el momento. Su formula obstétrica es G2 P2002 ambos por parto eutócico, niega alergia a medicamentos/alimentos, niega transfusiones y operaciones.

Funciones biológicas: apetito aumentado, sed: conservada (+- 7 vasos al día), orina normal, heces normales y sueño conservado.

Funciones vitales: T: 37 °C PA: 110/62 FC: 72x' FR: 20x' peso: 90Kg talla: 1.59cm.

Examen físico: AREG, REH, REN, paciente lúcida y colabora con interrogatorio. TCSC: Abundante panículo adiposo. S. linfático: no se palpan ganglios. Mamas: simétricas, normales, sin adenopatías ni tumoraciones. Al examen ginecológico bimanual el útero esta aumentado de tamaño (comparado a 10 sem de gestación) el cuello esta abierto, se encuentran restos, no hay mal olor y el canal vaginal no presenta laceraciones. Resto de examen físico sin alteraciones.

Ecografía transvaginal: indica útero vacío en AVF con dimensiones 107 x 58 mm, un tamaño aumentado comparado a 10 sem de gestación, el endometrio es heterogeneo.

Impresión diagnóstica: aborto incompleto precoz sin complicaciones

Tratamiento: Se hospitaliza en el servicio:

1. NPO
2. CINA 9% XV gotas por minuto
3. CFV
4. Control de sangrado
5. Ss Pre quirúrgicos
6. Ss riesgo quirúrgico

Exámenes de laboratorio: Hb: 12.8gr/dl Hcto: 39% Leu: 5.900/mm³
Plaquetas: 291.000 /mm³ INR: 1.05 TP: 13 glucosa: 76.1 mgr/dl creatinina: 0.9 mg/dl ac. úrico: 5 mg/dl negativo para RPR, HIV, HBsAG y COVID-19.

Evolución: Durante su estadía la paciente no refiere molestias, al examen físico llama la atención ligero dolor a la palpación en hipogastrio y escaso sangrado trasnvaginal. Paciente pasa a sala para realizarle un curetaje uterino. Durante el procedimiento se halla útero de 11cm, aumentado de tamaño comparado con

gestación de 10 semanas, restos de aspecto trofoblástico en regular cantidad, sin mal olor y un sangrado intraoperatorio de 40cc. La paciente tolera acto operatorio y es retirada de sala en buenas condiciones con la indicación de NPO por 3 horas y luego dieta completa, CINA 9% XXX gotas por minuto. Paciente se va de alta médica por la tarde.

Caso clínico 6: Hemorragia uterina anormal

Paciente femenina de 42 años llega a consultorio por sangrado vaginal cíclico abundante y duradero, dolor abdominal y anemia refractaria a tratamiento.

Paciente refiere que hace 2 años notó que su periodo es más abundante y de mayor duración. En los últimos meses el sangrado ha aumentado de volumen (se cambia hasta 12v/d de toalla large y mancha la ropa) y de duración (>10 días).

Como antecedentes personales G2 P2002 y tratamiento de anemia ferropénica hace 2 meses con sulfato ferroso. Como antecedentes familiares padre vivo con HTA y hemiplejía derecha, madre viva y tuvo CA cérvix, además tiene 2 hermanos aparentemente sanos.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed conservada (+- 6 vasos al día, orina: normal, heces normales y sueño conservado.

Funciones vitales: T: 36.4 °C PA: 132/69 FC: 88x' FR: 20x' peso: 102Kg talla: 1.52 mts.

Examen físico: AREG, REH, REN, lúcida y colabora con interrogatorio. TCSC: Abundante panículo adiposo. Ojos: mucosas pálidas. Mamas: simétricas, normales, sin adenopatías ni tumoraciones. Al examen ginecológico bimanual se encuentra el útero aumentado de tamaño y superficie irregular, el cuello cerrado con restos de sangre, no hay mal olor y el en el canal vaginal hay razgos de sangre y sin laceraciones. Resto de examen físico sin alteraciones.

Ecografía transvaginal: útero en AVF con dimensiones de 107mm x 88mm, con superficie irregular, miometrio heterogeneo y a nivel fúndico una imagen heterogenea de 68mm de diametro, ovarios sin anormalidades y fondo de saco libre.

Exámenes de laboratorio: Hb: 11.4 gr /dl leu: 5.500/mm³ plaquetas: 354.000 /mm³ glucosa: 92.1 mgr/dl creatinina: 0.7 mg/dl negativo en RPR, HIV, HBsAG y COVID-19.

Impresión diagnóstica: miomatosis uterina y anemia ferropénica leve

Tratamiento: paciente se hospitaliza en el servicio

1. NPO
2. Cefazolina 2gr EV 30min antes de entrar a SOP
3. I/C anestasiología
4. Ss exámenes prequirurgicos
5. Ss riesgo quirúrgico
6. CFV

Evolución: Durante su estadía la paciente no refiere molestias, ha dormido bien y no siente dolor. La paciente pasa a sala y se le realiza una histerectomía total abdominal. La operación da como hallazgo útero de 12x10x9 cm, alterado en su anatomía por miomatosis multiple y un sangrado intraoperatorio de 800cc. Paciente tolera acto operatorio y es retirada de sala en buenas condiciones. Sube a piso y se le deja como tratamiento:

1. NPO pot 6hrs luego dieta completa + LAV
2. ClNa 0.9% x 1000 a XXX gotas
3. Dextrosa 5% x 1000cc a XL gotas
Hipersodio 1 amp
5. Clindamicina 600mg c/8h E.V
6. Gentamicina 800mg c/8h E.V
7. Metaclopramida 10mg c/8h E.V
8. Metamizol 2gr c/8h PRN dolor y o T>38
9. Tramadol 100mg PRN dolor intenso
10. Sonda Foley
11. CFV + balance hidroelectrolítico

En su primer día post operatorio la paciente refiere sentirse nauseosa, a la observación el abdomen esta doloroso a la palpación en zona operada

(hipogastrio, FD y FI) y herida se encuentra en buen estado. Al segundo día no presenta ninguna molestia y su Hb: 9.1 gr% y hcto: 28% y es dada de alta.

1.4) CIRUGÍA:

La clínica cuenta con diversas especialidades quirúrgicas, de las cuales los internos tuvieron la oportunidad de rotar principalmente en 3: cirugía general, traumatología y urología.

Las responsabilidades iniciaban en urgencias o en consultorio cuando el cirujano indica la hospitalización del paciente para realizarle una intervención quirúrgica. El interno deberá realizar la historia clínica, pedir los exámenes pre operatorios, estar atento a que se realicen las interconsultas para el riesgo quirúrgico, asistir al cirujano en sala y evolucionar al paciente en sus post operatorios, en el piso respectivo.

A continuación, se describen casos que requirieron técnicas operatorias más complejas y de con evolución de pronóstico reservado vistos durante esta rotación:

Caso clínico 7: Trauma de mano

Obrero de 18 años llega a urgencia por impotencia funcional y aumento de volumen en mano derecha. Paciente refiere que hace 19 horas estuvo trabajando en la carretera en Arequipa y una piedra cayó de una altura de aproximadamente 15 metros y le dio directamente en la mano derecha. Al instante vio la herida abierta y a los minutos hubo un aumento de volumen e impotencia funcional en toda la mano derecha por lo que se acerca a un centro de salud en donde le realizan el lavado y suturan 2 heridas. Después de eso viajó a Lima y sus familiares lo llevaron a la clínica. Tiene como antecedente patológicos 1 hospitalización a los 6 años por fisura en radio.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed conservada, orina normal, heces normales y sueño conservado.

Funciones vitales: T: 36.5 °C PA: 115/56 FC: 72x' FR: 19x' peso: 60Kg
talla: 1.64 metros.

Examen físico: A BEG, BEH, BEN en decúbito activo. Piel: tibia, elástica, llenado capilar <2 seg, signo pliegue (-). Extremidades: mano derecha con aumento de volumen, 2 suturas de 5cm en dorso de mano, herida punzante en palma de mano. Paciente no puede mover el II, III y IV dedo. Resto de examen físico sin alteraciones.

Tratamiento: En urgencias

1. NPO
2. Ceftriaxona 2gr c/24h EV
3. Metamizol 2gr EV c/8h
4. Tramadol 100mg SC PRN dolor intenso
5. Omeprazol 40mg c/24h EV
6. SS rx de mano derecha
7. SS laboratorio
8. I/C traumatología

Rayos X: fractura en II, III y IV metacarpianos

Exámenes de laboratorio: Hb: 15.1gr% Hcto: 46% Leu: 11.700/mm³, Plaquetas: 262.000 /mm³ PCR negativo glucosa: 70.4 mgr/dl creatinina: 1.0 mg/dl RPR, HIV, HBsAG y prueba antigena contra COVID-19 negativo.

El traumatólogo evalúa al paciente y lo hospitaliza en el servicio, agrega a las indicaciones:

1. Dieta completa
2. Administración de vacuna antitetánica
3. ClNa 0.9% XV gotas/min
4. Mantener mano derecha en alto
5. Ss exámenes pre quirúrgicos
6. Ss riesgo quirúrgico

Diagnóstico: fractura de II, III y IV metacarpianos de mano derecha.

Evolución: En su primer día el paciente niega molestias, se le administra la vacuna antitetánica y al examen físico en la mano derecha los dedos se encuentran tibios, la venda seca y niega dolor.

Paciente entra a sala y se le realiza una reducción cruenta y osteosíntesis. Durante el acto quirúrgico se halla fractura conminuta de II MTC, restos de tendón en II dedo, fractura desplazada en III MTC, fractura desplazada en IV MTC además de cuerpos extraños (2 piedritas). Paciente tolera acto operatorio y se retira de sala en buenas condiciones y con férula en brazo derecho.

Caso clínico 8: Diverticulitis

Paciente mujer de 46 años se acerca a urgencias por dolor súbito hace 5 días a nivel de hipogastrio y sensación de alza térmica. Como antecedentes patológicos refiere coelap, histerectomía anterior total y cirugía laparoscópica por embarazo ectópico y como antecedentes familiares indica que madre tiene HTA e ICC.

Funciones biológicas: apetito: menos de 3 comidas al día, sed: hasta 1 litro de agua al día, sueño: 6 horas por las noches, orina: de características normales, no aumento de diuresis, deposiciones: estreñida, peso: aumento de peso.

Funciones biológicas: peso: 90 kg talla: 1.70m IMC: 30.78 PA: 162/88 mmHg FC: 121x' FR: 18x' SatO₂: 99 % T°: 36.9 °C.

Examen físico: AREG, AREN, AREH, abdomen: globuloso, RHA (+), B/D, dolor difuso a la palpación superficial y profunda, pero acentuado en cuadrante inferior izquierdo; se palpa masa de 5 cm apróx caliente al tacto; resto de examen físico sin alteraciones.

Impresión diagnóstica: diverticulitis aguda

Exámenes de laboratorio: Hb 11.8 g/dL leu: 20 900 /mm³ (2 %) plaquetas: 477 000 /mm³ PCR 102.1 mg/dl TGP 87 U/L y examen de orina sin alteración. Con estos resultados se solicita tomografía la cual indica diverticulitis sigmoidea complicada con absceso local y esteatosis hepática.

Tratamiento:

1. Dieta completa hiposódica + LAV
2. Vía salinizada

3. Ceftriaxona 2 g EV c/24 h
4. Metronidazol 500 mg EV c/8 h
5. Metamizol 1 g EV c/12 h
6. Captopril 25 mg SL PRN PA>160/90
7. CFV
8. I/C con cirugía general
9. SS Tomografía

Tomografía: Diverticulitis sigmoidea con absceso en región hipogástrica de 6cm x 5cm con pared gruesa y niveles hidroaéreos.

Evolución: paciente niega dolor, náuseas y vómitos; se encuentra hemodinámicamente estable y afebril. Al segundo día de hospitalización pasa el cirujano general y diagnostica Diverticulitis complicada Hinchey grado II, se amplía cobertura antibiótica con Meropenem y ss tomografía en 5 días para realizar drenaje de absceso por radiología intervencionista. Los siguientes días el paciente presentó picos febriles, dolor intenso y deposiciones líquidas.

Tomografía con contraste (úrea: 23mg/dl y creatinina: 0.9mg/dl): diverticulitis complicada Hinchey II, hepatomegalia derecha y 280cc de líquido libre a nivel pericólico.

Al séptimo día de hospitalización la paciente presenta 2 picos febriles y se considera la opción de cirugía, al octavo día se prepara paciente para entrar a sala.

Reporte operatorio: se realiza laparotomía exploratoria con liberación de plastrón diverticular + drenaje de absceso + sigmoidectomía + colostomía Hartman; como halló gangrena de colon sigmoideas + plastrón conformado por colon sigmoideas, epiplón y pared abdominal + secreción purulenta 400 – 500 cc aprox con detritus + líquido inflamatorio en cavidad de 300 cc. Impresionan nódulos en mesosigmoideas así como recto superior y se envía muestra a anatomía patológica. Se deja colostoma en flanco izquierdo y dren penrose en flanco derecho, paciente tolera acto operatorio y pasa a piso.

En su recuperación post operatoria la paciente presenta dolor intenso, al cuarto día PO llega el resultado de anatomía patológica con el resultado de

adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, ulcerado e infiltrante grado G2 y de 10cm. Se conversa con paciente y es referida al INEN para seguir tratamiento oncológico.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El presente trabajo fue realizado en la Clínica Divino Niño Jesús de la Orden de Malta, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores en la urbanización de Pamplona Baja. Esta institución tiene como objetivo brindar atención de servicios de salud de calidad a un precio accesible para los pobladores de la zona. Cuenta con la categoría de establecimiento de salud nivel II-1 por lo que brinda atención ambulatoria, hospitalización, centro quirúrgico y un servicio de urgencias. La institución recibe como pacientes a pobladores predominantemente de Lima Sur, es decir de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Surco, Chorrillos, Villa el Salvador, Pachacamac, Lurín; también se recibe a pacientes que vienen de otras provincias como Ica, Arequipa y Ayacucho y que llegan por la Panamericano Sur. Por día ingresan un aproximado de 90 pacientes en urgencias pediátrica y de adultos, y hasta 300 pacientes en los consultorios externos.

Las principales causas de atención por urgencias son: rinofaringitis, crisis hipertensivas, contusión por asalto, cefalea intensa y dolor abdominal. Entre las causas de hospitalización predominan complicaciones por diabetes mellitus II, celulitis, post-cesárea electiva, post-operados de apendicitis aguda, colecistitis o colelitiasis y post operados de osteosíntesis.

La clínica cuenta con una extensión de área de 450m² y esta compuesta por 2 edificios: el edificio principal de 3 pisos, en el primer piso se encuentra urgencias tanto pediátricas, como de adultos; el centro de gineco-obstetricia, el primer

laboratorio, el centro de imágenes que cuenta con rayos x, ecógrafo y tomógrafo, el tópico de curaciones y el centro quirúrgico que cuenta con 2 salas de operaciones. En el segundo piso se ubica el área de hospitalización compuesta por 3 suites, 2 habitaciones simples y una habitación compartida de 3 camas; el centro de cuidado intermedios que cuenta con 4 camas; el centro odontológico y un segundo laboratorio. Y en el tercer piso se encuentran las oficinas administrativas, el almacén de la clínica y dormitorios y área de ocio para el personal técnico.

El segundo edificio se encuentra cruzando la calle, este se inauguró a mediados del 2021 y ahí se ubican los consultorios de las especialidades: gastroenterología, cardiología, neurología, pediatría, urología, traumatología, cirugía general, oftalmología, dermatología y neurología; así como el recién inaugurado centro de rehabilitación física.

Debido a la pandemia la clínica ha hecho modificaciones tanto en su horario de atención como en sus criterios de hospitalización a fin de salvaguardar la salud y seguridad de su personal. Antes de la pandemia el servicio de urgencias atendía las 24 horas, se disponía del servicio de un médico de guardia nocturna a cargo de hospitalización y también un ginecólogo de guardia para la atención de partos. Actualmente, urgencias médicas atiende se 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y urgencias pediátricas de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., por el momento no hay guardias nocturnas y se cerró el centro obstétrico por lo que, temporalmente solo se atienden cesáreas programadas.

Por otro lado, solo se recibe pacientes con COVID-19 en el área de urgencias en la carpa de sintomáticos respiratorios ya que estos se acercan al establecimiento para realizarse una prueba de descarte, pero no esta permitido intervenirlos quirúrgicamente, ni hospitalizarlos. De recibir un paciente en urgencias que tenga una patología quirúrgica, se le comunica que debe dirigirse a un centro de mayor

complejidad como lo es el Hospital María Auxiliadora si el paciente tiene SIS o al Complejo Hospitalario Guillermo Kaelin si el paciente es asegurado de Essalud.

El internado médico inició oficialmente el primero de julio del 2021, debido al retraso en el inicio del proceso de vacunación. En la clínica iniciaron 5 internos: 2 en medicina, 1 en ginecología, 1 en pediatría y 1 en cirugía. Cada rotación tuvo una duración de 2 meses y medio.

Los primeros 6 meses del internado se desarrollaron según lo establecido sin eventualidades, lamentablemente a fines de diciembre se produjo en el país la tercera ola de COVID-19 ocasionada por la variante Ómicron la cual se caracterizaba por una sintomatología y clínica leve, pero con mayor tasa de contagios. Esta tercera ola, duplicó la afluencia de pacientes a urgencias por la presentación de síntomas respiratorios, lo que obligó a la clínica dividir la urgencia en dos bloques: sintomáticos respiratorios (o probables casos COVI-19) y no sintomáticos respiratorios. Esta situación permitió que dos internos estén a cargo de los casos no sintomáticos respiratorios mientras que el jefe de guardia atendía a los sintomáticos respiratorios a fin de disminuir el tiempo de espera y agilizar la atención.

Esta experiencia fue enriquecedora para los internos ya que, además de poner en práctica los conocimientos adquiridos, el interno ganó confianza y actitud para diagnosticar y tratar adecuadamente las urgencias más comunes.

Se considera que el ambiente, la infraestructura y el personal tanto médico como técnico de la Clínica fue adecuado para la realización del internado y aún cuando las condiciones por el COVID19, variaron y se adoptaron algunas medidas restrictivas en ciertas áreas, en general fue seguro y satisfactorio, para nuestra formación.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1) MEDICINA INTERNA

Caso 1: Pie diabético

El paciente en el primer caso tiene como diagnósticos Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada con complicaciones tardías y pie diabético neuropático Wagner tipo III. El primer diagnóstico se realizó debido a que el paciente tiene el diagnóstico de DM tipo 2 hace 10 años y su tratamiento constaba en tomar metformina de 500mg dos veces al día pero el valor de su hemoglobina glicosilada 7.9% nos hace sospechar que el paciente no ha tenido un adecuado manejo farmacológico o que no ha cumplido con su tratamiento de metformina adecuadamente (3).

El diagnóstico de pie diabético neuropático fue clínico y para ello se realizó las maniobras de monofilamento de Semmes-Weinstein, la exploración de la sensibilidad vibratoria con un diapason de 128Hz y ante la ausencia de reflejos osteotendinosos. Además se le clasificó como un pie diabético Wagner III utilizando la escala de Wagner que evalúa la profundidad de la úlcera y la presencia de necrosis (4).

- Grado 1: Úlcera superficial: solo piel y tejido subcutáneo
- Grado 2: úlcera profunda en tendón, músculo, cápsula articular o hueso
- Grado 3: úlcera profunda con absceso, osteomielitis o tendinitis
- Grado 4: gangrena parcial del pie
- Grado 5: gangrena de todo el pie

Según el esquema de clasificación de infecciones de pie diabético (anexo 1) (5) el paciente presenta una infección moderada y debido al compromiso más allá del TCSC es necesario su manejo hospitalario.

En un primer momento el tratamiento se basó en controlar la glucosa según la escala móvil que maneja la clínica de acuerdo al nivel de glucosa que se cuantificaba 3 veces al día; además de metformina de 850mg BID:

- 180 – 200mg/dl -> 2 UI
- 201 – 250mg/dl -> 3 UI
- 251 – 300mg/dl -> 5 UI
- >300mg/dl -> 7 UI

Para la infección se utilizó un tratamiento combinado que ha demostrado eficacia que es el uso de clindamicina y ceftazidima (5). Durante la evolución el paciente tuvo un mal control glicémico por lo que se cambió a un tratamiento con insulina NPH 10 UI SC a 8am con lo que pudo mantener niveles estables de glucosa.

En este paciente el mayor contratiempo fue el diagnóstico tardío de la osteomielitis que a pesar de contar con 2 radiografías previas no se observaron signos de infección de hueso hasta que tópico de curaciones pudo curarlo y encontraron restos de hueso infectado. Por otro lado, a pesar de no haber tomado muestra de secreción para el cultivo, la terapia antibiótica fue acertada y tuvo buen resultado. Finalmente, el último tratamiento con insulina NPH pudo controlar con éxito sus niveles de azúcar.

Caso 2: Pancreatitis aguda

En esta paciente se sospechó en pancreatitis aguda debido a la presencia del dolor de inicio agudo intenso se irradió a la espalda y del antecedente de pancreatitis y COLELAP. Luego durante la observación se observó un aumento de los niveles de la amilasa y posterior se comprobó el diagnóstico con el estudio de imágenes.

El cuadro de pancreatitis aguda se clasifica según su severidad en (6):

- Leve: ausencia de insuficiencia orgánica y complicaciones locales o sistémicas.
- Moderadamente grave: hay insuficiencia orgánica transitoria (se resuelve en 48 horas) y/o complicaciones locales o sistémicas sin insuficiencia orgánica persistente (>48 horas).
- Grave: hay insuficiencia orgánica persistente que puede afectar a uno o varios órganos.

Nuestra paciente presenta pancreatitis aguda leve y su tratamiento consta de adecuada fluidoterapia, manejo de dolor y soporte nutricional. En su ingreso rehidratación se realizó con NaCl 9% 125 cc/hora EV, el dolor se controló con metamizol y escopolamina y estuvo con NPO por 1 día.

El primer día de hospitalización el dolor había disminuido y se inició dieta líquida bajo supervisión acorde a las recomendaciones del AGA (7), pero al segundo día de hospitalización la paciente presentó un aumento de la ictericia en escleras y el gastroenterólogo indicó continuar con NPO y realizar colangiografía que muestra litiasis de 18mm en colédoco supra hepático.

Con este resultado el tratamiento adecuado es realizar una CEPRE, la cual no se puede realizar porque la ampolla de Vater se encontraba estenosada a pesar de haber realizado una la papilectomía y tampoco se encontró la derivación bilioduodenal. Con este resultado se le comunicó a la paciente que se debía realizar un drenaje percutáneo, pero este se debía realizar en un centro de mayor complejidad y fue derivada al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martens.

3.2) PEDIATRÍA

Caso 3: Apendicitis aguda

Este caso presentó una clínica que nos dirigió hacia un diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda (8):

- Apetito disminuido
- Dolor en mesogastrio que aumenta con el tiempo
- McBurney (+)
- Náuseas con un episodio de vómitos.

Junto a los resultados de laboratorio se pudo realizar el Pediatric Appendicitis Score (anexo 2) y la escala de Alvarado (anexo 3) que obtuvo un puntaje de 8 puntos y 7 puntos respectivamente lo que indica un alto riesgo de apendicitis y el tratamiento debe ser quirúrgico. En un primer momento se descartó otra patología debido a la edad del paciente y que el dolor se ubicaba en cuadrante inferior derecho.

Antes de ingresar a sala se indicó tratamiento para apendicitis no complicada que incluye NPO, hidratación con C1Na 20% 40cc + dextrosa 5% 1000cc + ClK20% 20cc, antibioticoterapia con clindamicina y amikacina y manejo de dolor y fiebre con metamizol. Este tratamiento no va acorde con lo indicado en UpToDate que es: NPO, manejo de dolor con opioides o ketorolaco, hidratación con solución salina y antibioticoterapia con un solo antibiotico de amplio espectro que se aplica 30-60 minutos antes de la operación.

Como tratamiento definitivo se indica apendicectomía incisional debido al sobrepeso del paciente y da como hallazgo apéndice cecal paracecal de 10x10 cm con base indemne y presencia de escaso líquido inflamatorio. El diagnóstico post operatorio es apendicitis aguda supurada o flemonosa.

Al segundo día post operatorio el paciente presenta clínica de obstrucción intestinal (9):

- Vómitos verdosos y abundantes
- Náuseas
- Abdomen distendido
- Niega eliminación de flatos
- Ausencia de ruidos hidroaéreos

Este diagnóstico es confirmado por la presencia de niveles hidroaéreos en diferentes niveles del tránsito intestinal y de asa fija al decúbito y de pie.

El paciente ingresa a a SOP por segunda vez para realizar laparotomía exploratoria y encontramos obstrucción por Divertículo de Meckel gangrenoso aproximadamente a 70 centímetros de válvula íleocecal, con brida que condiciona torsión de aproximadamente a 360° sobre su eje (generando

obstrucción intestinal) y asas proximales muy dilatadas e hiperémicas. Se realiza resección intestinal con anastomosis latero-lateral más lavado y dren percutáneo.

Caso 4: Síndrome Nefrótico

En este caso el tratamiento fue más sencillo ya que el niño vino con el diagnóstico de síndrome nefrótico y era conocido por el servicio. Debemos recordar que el síndrome nefrótico es la glomerulopatía más frecuente en pediatría (10) y sus manifestaciones clínicas como laboratoriales son fáciles de identificar y así hacer un diagnóstico y tratamiento precoz:

- Proteinuria en rango $>40 \text{ mg/m}^2 /\text{h}$
- Hipoalbuminemia $<2,5 \text{ d/dl}$
- Edemas: edema periorbital es precoz y edema en MMII aparece después
- Hiperlipidemia

La base del tratamiento farmacológico son los corticoides, de preferencia prednisona. Este tratamiento tiene como objetivo disminuir el número de recaídas y prolongar el periodo de remisión. Lamentablemente en este caso el paciente no respondía al tratamiento con corticoides por lo que se sospecha de un síndrome nefrótico corticoresistente. Para el diagnóstico definitivo el menor debe pasar por una biopsia renal (11) por lo que es referido al INSN de Breña.

3.3) GINECOLOGÍA

Caso 5: Hemorragia en 1er trimestre

El signo de hemorragia en la paciente gestante en su primer trimestre nos dirige a pensar en 4 patologías importantes: aborto, embarazo ectópico, mola y enfermedad trofoblástica persistente(12). Debido a la clínica y examen físico:

- Gestante de menos de 12 semanas
- Cuello abierto
- Con restos
- Útero aumentado de tamaño
- Sin mal olor
- Sin lesiones en canal vaginal

Tenemos el la impresión diagnóstica de un aborto precoz la cual será confirmada por la ecografía transvaginal.

Dentro de la clasificación de tipo de aborto, podemos clasificar este aborto como aborto precoz incompleto(13) y el tratamiento es la evacuación de los restos con misoprostol o por curetaje. El método con misoprostol tiene como desventaja el sangrado descontrolado, mientras que el procedimiento de curetaje tiene una tasa de éxito del 95-100%(13).

Caso 6: Hemorragia uterina anormal

La paciente refiere se acerca por un sangrado es cíclico, abundante (12 toallas higiénicas al día) y prolongado (más de 10 días); estas características salen de los parámetros de sangrado normal (anexo 4) más el dato que es una mujer no gestante estamos hablando de un caso de HUA. Siguiendo la clasificación de la FIGO, las causas de esta patología se dividen en 2 grupos: funcionales o COEIN y orgánicas o PALM (anexo 5) (14).

- C: coagulopatía
- O: ováricas
- E: endometriales
- I: idiopáticas
- N: No clasificadas
- P: pólipos
- A: adenomiomas
- L: leiomiomas
- M: malignos

A través del examen bimanual y la ecografía transvaginal se recopilan más datos:

- Miometrio: heterogeneo, a nivel fúndico imagen heterogenea de 68mm de diametro
- Ovarios: sin anormalidades
- Fondo de saco: libre
- Útero: aumentado de tamaño y superficie irregular
- Cuello: cerrado

- Restos de sangre: si
- Mal olor: no
- Canal vaginal: razgos de sangre, sin laceraciones

Según las características del sangrado, los hallazgos en la ecografía y los resultados de laboratorio se diagnostica miomatosis uterina y anemia ferropénica moderada.

Se indica hidratación y se prepara a la paciente para sala de operaciones. Debido a la gran pérdida de sangre y los múltiples miomas se realiza una histerectomía abdominal total (15).

3.4) CIRUGÍA

Caso 7: Accidente de mano

Paciente llega a urgencias con una herida de 19 horas de evolución. Antes de llegar a la clínica el paciente pasó por un puesto de salud en Arequipa donde le realizaron un lavado profuso y cierre primario de la herida con suturas (16). Este manejo inicial fue acertado ya que permitió que el paciente se transporte sin infectar más su lesión (17). Al llegar a la clínica el médico de emergencias tomó rayos X para saber el compromiso de la fractura y dio como diagnóstico fracturas desplazadas y abiertas en II, III y IV metacarpianos. Aún en emergencias, el traumatólogo realiza una segunda limpieza de la mano. La sutura previa se encontraba con bordes limpios, sin signos de flogosis, sin material purulento y sin tejido bordes desvitalizados. El traumatólogo abrió las suturas e hizo un lavado más profundo en donde encontró 2 cuerpos extraños lo que calificaría a la herida como herida traumática sucia y se debería realizar un cierre diferido. Sin embargo el traumatólogo volvió a suturar de inmediato.

El paciente es intervenido quirúrgicamente al día siguiente y en el acto operatorio se encontró:

- Fractura conminuta de II MTC
- Restos de tendón en II dedo
- Fractura desplazada en III MTC
- Fractura desplazada en IV MTC

- Cuerpo extraño: piedrita

Se le realiza una reducción cruenta y osteosíntesis con agujas de Kirschner, técnica indicada en fracturas de pequeños fragmentos (18). Estos clavos permitirán la inmovilización para que se produzca una adecuada consolidación ósea. En 1 mes el paciente debe regresar al servicio en donde se le extraerán los clavos e iniciará rehabilitación física para su movilización precoz.

Caso 8: Diverticulitis aguda

En este caso la paciente se tuvo una impresión diagnóstica rápida debido a que presentó la tríada clásica de Diverticulitis: dolor en cuadrante inferior izquierdo, masa palpable y fiebre; los exámenes de laboratorio nos dan leucocitos y PCR muy elevados que indican proceso inflamatorio agudo. Inmediatamente se indica una TAC para evaluar la extensión de la lesión y mientras se espera por el informe se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol que se encuentra como las opciones de terapia empírica (19), se indica NPO y se maneja la fiebre y dolor con metamizol.

Al día siguiente llega el informe de la tomografía que indica Diverticulitis sigmoidea con absceso local de 6cm x 5cm en hipogastrio y descarta la presencia de líquido libre. Esto aparentemente clasifica el cuadro como un Hinchey Ib el cual su manejo es solo antibioticoterapia (20).

La paciente evoluciona desfavorablemente, el dolor y las náuseas aumentan y disminuye el apetito. Pasa por interconsulta con cirugía general quienes indican cambiar los antibióticos por Meropenem y hacer una TAC control en 5 días para realizar drenaje por radiología intervencionista. Los siguientes días la paciente tiene una evolución desfavorable, sigue aumentando el tamaño de la masa y el dolor no le permite moverse ni orinar.

En la tomografía control se encuentra Diverticulitis complicada grado Hinchey II + ileitis + absceso pericólico de 5cm + líquido libre a nivel pélvico y cambios inflamatorios en TCSC de pared abdominal anterior. Paciente entra a sala.

En la operación se halla:

- Gangrena de colon sigmoideas

- Plastrón conformado por colon sigmoides, epiplón y pared abdominal
- Secreción purulenta 400 – 500 cc aprox con detritus
- Líquido inflamatorio en cavidad de 300 cc.

Además, impresionan nódulos en mesosigmoides así como recto superior. Se envía muestra para anatomía patológica y en la paciente se realiza laparotomía exploratoria, liberación de plastrón diverticular, drenaje de absceso, sigmoidectomía y colostomía Hartman (20).

La paciente evoluciona bien en su post operatorio, lamentablemente llega el resultado de anatomía patológica que indica adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, ulcerado e infiltrante. Se le comunica a la paciente y es referida al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas para continuar con su tratamiento oncológico.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico durante el segundo año de pandemia significó un nuevo reto para las facultades de medicina y el Ministerio de Salud, a través de constante coordinación para encontrar las condiciones adecuadas y realizar el internado médico y al mismo tiempo disminuir la exposición COVID-19 de los internos.

Ante la segunda ola del COVID-19, las facultades de medicina de todo el país realizaron las coordinaciones necesarias para que cada sede de internado adopte las medidas pertinentes y cuente con los servicios necesarios para garantizar que sus alumnos reciban una formación completa en su último año de estudio.

Debido a la política de la clínica de NO COVID-19, el número de pacientes hospitalizados en medicina interna disminuyó. En su mayoría se atendió pacientes con enfermedades metabólicas, digestivas y dermatológicas. Para compensar esta reducción de casos los internos rotaban en los diferentes consultorios de especialidades médicas: cardiología, gastroenterología, neumología, neurología y dermatología. Además, cada interno cumplía 6 turnos de guardias diurnas al mes en urgencias, servicio que recibe un promedio de 40 pacientes al día en donde el interno aprendió a tratar las urgencias más comunes en el día a día.

La rotación más completa y demandante fue en el servicio de cirugía. A diferencia de las demás rotaciones en cirugía no existieron limitaciones, es más los internos tuvieron la oportunidad de acompañar al cirujano como primer asistente en las cirugías de traumatología, cirugía general y urología; una oportunidad que en otras sedes no es posible debido a que cuentan con residentes u otros cirujanos y el interno participa como observador. Los internos tuvieron la oportunidad de asistir apendicectomía laparoscópica e insicional, colecistectomía laparoscopia e insicional, hernioplastías y herniorrafías, hemorroidectomía, osteosíntesis cruentas, artioplastías de diversas articulaciones, amputaciones, adenectomía prostática transvesical, entre otros procedimientos.

Debido a los cambios que se hicieron en la institución, la rotación de ginecología fue una de las más afectadas en el área de obstetricia. La clausura del centro obstétrico no permitió la atención de aquellas gestantes que deberían tener un parto eutócico, por lo que el interno no tuvo la oportunidad de monitorear y asistir un parto. Para compensar esta desventaja la interna realizó rotaciones externas en sus horas libres para aprender a atender adecuadamente este tipo de partos. A margen del área de ginecología tuvo una experiencia muy enriquecedora ya que en la clínica tuvo la oportunidad de observar diversas patologías tanto clínicas como quirúrgicas. Al igual que en la rotación de cirugía, los internos tuvieron la oportunidad de ingresar a SOP como primer asistente en cesáreas, histerectomías, colporrafías y miomectomías; además de acompañar al ginecólogo en consultorio donde se hacia seguimiento de enfermedades crónicas como endometriosis, miomatosis y SOP; y se examinaban enfermedades agudas como infecciones de transmisión sexual, vaginosis y sangrado uterino anormal.

La rotación de pediatría se realizó en su mayoría en el servicio de urgencias pediátricas que recibía un aproximado de 50 pacientes y se pudo atender las patologías pediátricas más comunes. Lamentablemente debido al COVID-19, la clínica prohibió las nebulizaciones, tratamiento que se administra en casos de

crisis de asma o CRUP; por lo que aquellos infantes con crisis de enfermedades respiratorias eran referidos a otros centros de mayor complejidad. Aparte de este inconveniente no se tuvo otra limitación en el área, por lo contrario la clínica contaba con cirujanos pediatras que realizaban operaciones ambulatorias y de emergencia. Así, el interno tuvo la oportunidad de asistirlo en procedimientos como orquidopexia, exeresis de tumor de partes blandas, herniectomía y herniorrafía, frenectomía, entre otros procedimientos.

Al concluir una etapa muy importante de nuestra formación, estoy muy complacida y satisfecha con todos los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos, con la convicción que serán de mucha ayuda para seguir avanzando en el ejercicio de esta noble profesión, este tiempo permitió no sólo conocer a excelentes profesionales de medicina, conocer el sistema de salud sino reafirmar mi vocación de servicio a la sociedad a través del servicio de salud que en adelante pueda brindar a mis futuros pacientes.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es el año más importante de la carrera de Medicina Humana en la cual el alumno consolida el conocimiento obtenido en los años de carrera poniendo en práctica la teoría, potenciando destrezas y habilidades finas.
2. Además del conocimiento médico, durante el internado se pone en practica las habilidades blandas: se aprende a trabajar en equipo, apoyarse en las distintas situaciones sobre todo de emergencia, a mejorar la relación médico-paciente y mejorar el desenvolvimiento en un ambiente laboral.
3. Aparte de consolidar conocimiento teórico y práctico, el interno aprendió a comunicar de manera empática las malas noticias, a ofrecer confort sin sobrepasar límites y a comunicarse adecuadamente con el paciente y sus familiares.
4. A pesar de las limitaciones presentadas por el COVID-19, las sedes docentes privadas ofrecieron facilidades para que sus internos puedan sacar el mayor provecho de la experiencia, aumentado sus horas de trabajo, realizando actividades académicas y permitiendo rotar en consultorios que les permitía conocer más a fondo cada especialidad.
5. Los internos en sedes privadas tuvieron menos exposición a contactos con COVID-19 y se les otorgó el conocimiento y el equipo de protección adecuado para que sus internos no contraigan esta enfermedad.

RECOMENDACIONES

A los nuevos internos del 2022 les recomiendo elegir adecuadamente su sede. Realicen una introspección y decidan que es lo que quieren experimentar este año: si desean una buena sede académica, una sede que les ofrezca seguridad, una sede donde puedan realizar procedimientos con libertad o una sede que les facilite las facilidades para estudiar. Búsquense las oportunidades y sáquenle provecho a todos los pacientes que tengan bajo su responsabilidad, está la mejor manera de aprender.

También es importante entablar una relación sana con las personas con quien pasarán este año. Asegurar una adecuada convivencia con los licenciados, los técnicos, el personal de limpieza, los médicos y sus cointernos será clave para que sepas sobrellevar este año que muchas veces parecerá difícil, pero con la compañía adecuada será más llevadero y una experiencia muy bonita.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nieto W, Taype A, Bastidas F, Inga F, Casiano R. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta Med Peru*. 2016;33(2):105–10.
2. Dirección General del Personal de Salud. Documento técnico: “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria.” Ministerio de Salud.
3. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [Internet]. Ministerio de Salud del Perú; 2016. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
4. Armstrong D, de Asla R. Management of diabetic foot ulcers. UpToDate [Internet]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers?search=pie%20dib%C3%A9tico%20wagner&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3764475
5. Wukich D, et al. Inpatient Management of Diabetic Foot Disorders: A Clinical Guide. *Diabetes Care* 1. 2013 Sep;36(9):2862–2871.
6. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. UpToDate [Internet]. 2021 Oct; Available from:

https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=diagn%C3%B3stico%20pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H11665287

7. Crockett S, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018 Feb;
8. Brandt M, Lopez M. Acute appendicitis in children: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2021 agosto; Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-children-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H5
9. Javid P, Pauli E. Meckel's diverticulum. 2022 Feb;
10. Ortiz E. Síndrome Nefrótico Pediátrico. *Protoc diagn ter pediatr*. 2014;1:283–301.
11. Niaudet P, Gillion O, Smoyer W. Steroid-resistant idiopathic nephrotic syndrome in children: Management. UpToDate [Internet]. 2021 Feb; Available from: https://www.uptodate.com/contents/steroid-resistant-idiopathic-nephrotic-syndrome-in-children-management?search=sindrome%20nefrotico%20ni%C3%91os&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7#H4110986488
12. Cunningham F, et al. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2018.
13. Guevara E, et al. *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología*. 2nd ed. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018.

14. Stewart E, Laughlin-Tommaso E. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history. UpToDate [Internet]. 2021 Nov; Available from: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=leiomioma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
15. Berek J. Berek & Novak's Gynecology. 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
16. Department of Violence and Injury Prevention and Disability. Prevention and management of wound infection. World Health Organization [Internet]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/prevention-and-management-of-wound-infectiond8f2d781-b842-418b-8b52-80284339b955.pdf?sfvrsn=fc237543_1&download=true
17. Murillo L, Montero J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación,. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
18. Chung C, Yoneda H. Surgical management of severe upper extremity injury. UpToDate [Internet]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-severe-upper-extremity-injury?search=osteosintesis&source=search_result&selectedTitle=7~44&usage_type=default&display_rank=7#H3494964611
19. Pemberton J. Acute colonic diverticulitis: Surgical management. UpToDate [Internet]. 2021 Feb; Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-diverticulitis-surgical-management?search=diverticulitis&source=search_result&selectedTitle=3~127&usage_type=default&display_rank=3#H1299194742

20. Brunicaudi C, et al. Schwartz's Principles of Surgery. 11th ed. Vol. 2. New York: Mc Graw Hill Education; 2019.

ANEXOS

Anexo 1

1. The ability to perform hemodynamic and anatomic vascular assessment with revascularization, as necessary using both physical examination and handheld Doppler evaluation. More objective testing of lower extremity perfusion by means of Doppler waveform analysis and toe pressure assessments may be indicated. Transcutaneous oxygen measurement and arterial duplex ultrasound may also prove useful to provide anatomic or regional perfusion. Information based on this might prompt more invasive vascular interrogation and possible open or endovascular intervention.
2. The ability to perform neurological workup using rapid assessment of this at the bedside should be performed using various validated techniques including the monofilament test, the neuropathy disability score, the Biothesiometer/vibration test, or the touch test.
3. The ability to perform site-appropriate deep culture technique (preferably tissue cultures or wound-based curettage) to direct antibiotic therapy from initial broad spectrum empiric therapy to more narrow spectrum, as required.
4. The ability to perform wound assessment and staging/grading of infection and ischemia using a suitably validated wound classification system describing depth, presence of infection, and/or ischemia that is understood by members of the team can assist in reducing ambiguity.
5. The ability to perform site-specific bedside and intraoperative incision and debridement to decompress limb-threatening abscesses nonviable tissue are cornerstones of care for a limb preservation team. Surgeons involved in this care should have knowledge and interest in this aspect of limb preservation.
6. The ability to initiate and modify culture-specific and patient-appropriate antibiotic therapy after an initial course of broad spectrum antibiotic therapy based on culture results and patient response. Knowledge of and interest in the antibiotic management of lower extremity infections are key skills associated with reducing complications and length of stay.
7. The ability to perform appropriate postoperative monitoring to reduce risk of reulceration and infection after hospital discharge to home, a rehabilitation unit, or a skilled nursing facility should be as seamless as possible. Ideally, elements of the same team that manages the inpatient care should oversee outpatient care and transition the patient into preventative care as the foot moves into "remission."
8. The ability to provide basic foot care education during hospitalization and referral to a self-management education program.

Eight essential skills that are necessary for treatment and prevention of diabetic foot disorders in hospitalized patients. This table is modified from Fitzgerald et al. (2).

Anexo 2

The Pediatric Appendicitis Score

Item	Score (point)
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Migration of pain	1
Fever >38°C (100.5°F)	1
Pain with cough, percussion or hopping	2
Right lower quadrant tenderness	2
White blood cell count >10,000 cells/microL	1
Neutrophils plus band forms >7500 cells/microL	1
Total	10 points

C: Centigrade; F: Fahrenheit.

Anexo 3

Modified Alvarado score for diagnosis of appendicitis

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

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

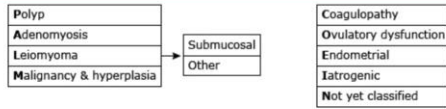
Anexo 4

Normal menstruation parameters

Parameter	Normal	Abnormal
Frequency	≥24 and ≤38 days	Absent (no bleeding): amenorrhea Infrequent (>38 days)
Duration	≤8 days	Prolonged (>8 days)
Regularity	Regular: shortest to longest cycle variation: ≤7 to 9 days*	Irregular: shortest to longest cycle variation: ≥10 days
Flow volume (patient determined)	Patient considers normal	Patient considers light Patient considers heavy
Intermenstrual bleeding (bleeding between cyclically regular onset of menses)	None	Random Cyclic (predictable): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Early cycle ▪ Mid cycle ▪ Late cycle
Unscheduled bleeding on progestin+estrogen gonadal steroids (contraceptive pills, rings, patches, IUDs, or injections)	Not applicable for patients not on gonadal steroid medication None (for patients on gonadal steroid medication)	Present

Anexo 5

PALM-COEIN classification system for abnormal uterine bleeding in nongravid reproductive-age women



Anexo 6

Tabla 5. Recomendaciones de biopsia renal

- En la primera manifestación:
 - Insuficiencia renal, hematuria macroscópica, hipertensión arterial
 - Edad menor de 1 año (o mayor de 10)
 - Síndrome nefrótico familiar
 - SN corticorresistente
- En la evolución:
 - Respuesta a tratamiento desfavorable, corticorresistencia tardía
 - Previa a la indicación de tratamiento inmunosupresor con anticalcineurínicos o tratamiento prolongado (>24 meses) con anticalcineurínicos
- En SN con recaídas frecuentes o corticodependencia, la indicación de biopsia renal ha de ser valorada individualmente