



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MELISA SHEYLA HUAYTA COYLA

ASESOR

KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILLO

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 EN EL HOSPITAL
DE SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICA CIRUJANA**

PRESENTADO POR

MELISA SHEYLA HUAYTA COYLA

ASESOR

DRA. KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILLO

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga.

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe.

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres por permitirme estudiar la carrera que amo, a mis hermanos por su compañía en este largo camino y a mi amiga Angélica por sus buenos consejos y apoyo incondicional.

ÍNDICE

PORTADA.....	I
JURADOS.....	II
DEDICATORIA.....	III
ÍNDICE.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	2
1.1 Rotación de Cirugía general.....	2
1.2 Rotación de Gineco-obstetricia.....	6
1.3 Rotación de Medicina interna.....	11
1.4 Rotación de Pediatría.....	14
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA.....	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	20
3.1 Rotación de Cirugía general.....	20
3.2 Rotación de Gineco-obstetricia.....	26
3.3 Rotación de Medicina interna.....	30
3.4 Rotación de Pediatría.....	34
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	39
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	42

RESUMEN

El internado médico es el último año de la carrera de Medicina Humana, en el cual el interno de medicina aplica todo el conocimiento que adquirió durante los 6 años de la carrera, y en simultáneo está en constante estudio de las actualizaciones de la medicina basada en evidencia, normas técnicas, las últimas publicaciones de Uptodate para complementar lo aprendido durante sus prácticas y obtener un juicio propio, así tener un mejor panorama, conocer el manejo internacional y compararlo con lo que se realiza en nuestro país.

Durante los 5 meses se rotan por las 4 especialidades más demandadas y de importancia como médicos generales, las cuales son: Cirugía general, Medicina interna, Gineco-obstetricia y Pediatría. Si bien es cierto, el internado actual se basa en 5 meses realizados en el hospital y 5 meses en un centro de salud, tuve la oportunidad de realizar los 10 meses en el Hospital de San Juan de Lurigancho, en el cual consolidé mis conocimientos, y en el presente trabajo me expresaré redactando 8 casos clínicos, que son desde mi perspectiva los casos más frecuentes los cuales me enfrentaré como médico general.

ABSTRACT

The medical internship is the last year of the Human Medicine career, in which the medical intern applies all the knowledge acquired during the 6 years of the career, and simultaneously is in constant study of the updates of evidence-based medicine, technical standards, the latest publications of Uptodate to complement what they learned during their practices and obtain their own judgment, thus having a better overview, know the international management and compare it with the practice that is performed in our country.

During the 5 months they rotate through the 4 most demanded and important specialties as general practitioners, which are: Surgery, Internal Medicine, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics. Although it is true that the current internship is based on 5 months in the hospital and 5 months in a health center, I had the opportunity to perform the 10 months in the Hospital de San Juan de Lurigancho, in which I consolidated my knowledge, and in this paper I will expand by writing 8 clinical cases, which are in my perspective the most frequent cases in which I will face as a general practitioner.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURI
GANCHO - 2022-2023**

AUTOR

MELISA SHEYLA HUAYTA COYLA

RECuento DE PALABRAS

10968 Words

RECuento DE CARACTERES

58944 Characters

RECuento DE PÁGINAS

50 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

98.7KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 4:58 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 4:59 PM GMT-5

● **12% de similitud general**

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

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado

 **MINISTERIO DE SALUD**
Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

[Handwritten Signature]

.....
DRA. KARIN N. GÁLVEZ CARRILLO
CIRUJANO GENERAL
CMP. 34025 - RNE. 19152

CODIGO ORCID: 0009-0005-1174-3146

INTRODUCCIÓN

El internado médico es parte fundamental en la formación de un médico general y es el último año de la carrera de Medicina Humana, en el cual el interno de medicina forma parte del equipo de salud y aplica todo el conocimiento que adquirió durante los 6 años de la carrera en el ámbito hospitalario, y en simultáneo está en constante estudio de las actualizaciones de la medicina basada en evidencia, normas técnicas, las últimas publicaciones de Uptodate para complementar lo aprendido durante sus prácticas y obtener un juicio propio, así tener un mejor panorama, conocer el manejo internacional y compararlo con la práctica que se realiza en nuestro país.

El interno de medicina realiza cuatro rotaciones por los servicios más demandados e importantes: Medicina interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría que, como médicos generales, nos tocará con mayor frecuencia enfrentarnos.

Si bien es cierto que el internado médico actual se compone de 5 meses de prácticas profesionales en un hospital y los otros 5 meses en un centro de salud, tuve la oportunidad de realizar los 10 meses necesarios para la colegiatura en el Hospital San Juan de Lurigancho. Y quiero compartir en este trabajo mi experiencia, cuales fueron mis funciones y los retos que atravesé hasta al último día.

El internado médico 2022 que inició en junio contaba con una jornada de 6 horas, ya sea turno mañana (7am -1pm) o turno tarde (1pm-7pm)

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.

En los siguientes párrafos se presenta ocho casos clínicos, donde relato la anamnesis, el diagnóstico y su manejo. Toda mi experiencia frente a cada uno de los casos en el Hospital San Juan de Lurigancho.

1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Mi primera rotación fue cirugía comenzó el 01 de junio y terminó el 09 de julio, roté primero por tópico de cirugía, donde realicé cirugías menores, afrontar heridas, curaciones, tratar mordeduras de perro y preparar a los pacientes programados y de emergencias para sala de operaciones. Luego pasé por hospitalización donde mi deber era realizar las historias clínicas, que debían estar siempre listas antes de la visita médica, retirar los apósitos de las heridas postoperatorias, curaciones y cambiar bolsas de colostomía. Por último, pasé por el servicio de traumatología donde aprendí a correlacionar una radiografía con el cuadro clínico, aprendí cosas prácticas como colocar vendajes y férulas (braquío antebraquial y muslopedica)

Caso clínico N°1

Paciente de 48 años acude a emergencia refiriendo que desde hace 11 horas antes de su ingreso al hospital presenta dolor abdominal tipo cólico en región periumbilical de intensidad moderada, EVA 5/10, náuseas y vómitos. Más tarde, la intensidad del dolor aumenta EVA 9/10 y se localiza en fosa iliaca derecha y se agrega alza térmica no cuantificada. Niega antecedentes personales, familiares y quirúrgicos.

Signos vitales: PA: 120/80, FC: 95lpm, FR: 20rpm, satO2: 98% T°: 38.6°C

Examen físico:

- Aparato cardiovascular: latidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Tórax y pulmones: amplexación torácica conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: no distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, resistencia, punto doloroso de Burney (+) Rovsing (+) y Blumberg (+)

Asistente de turno como residentes concluyen que se trata de una apendicitis complicada, se le explica al paciente que necesita de intervención quirúrgica para la resolución de su afección, entiende y firma el consentimiento informado. Se prepara al paciente para una laparotomía exploratoria, se pide el paquete preoperatorio: hemograma completo, grupo sanguíneo y factor, glucosa, creatinina, urea, prueba rápida de HIV- II, prueba de sífilis, no treponémica (RPR) perfil de coagulación, examen de orina, una radiografía de tórax y un electrocardiograma, que se solicitan de forma urgente. Asimismo, se redacta una interconsulta a Medicina Interna para que categorice el riesgo quirúrgico con los resultados de los exámenes auxiliares listos. Medicina interna examina al paciente y lo categoriza con riesgo grado II.

Plan de trabajo:

- Hemograma completo, grupo sanguíneo, factor Rh, glucosa, creatinina, urea, prueba rápida de HIV- II, prueba de sífilis, no treponémica RPR, perfil de coagulación, examen de orina.
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Preparar a paciente para SOP.

Resultados de los exámenes auxiliares

- Hemograma completo: $17.60 \times 10^9/L$, abastados de 3%, eso nos da (528 de abastados) hemoglobina de 14.6 g/dL, hematocrito de 42.8%, plaquetas de $325 \times 10^9/L$. Se concluye que se encuentra con leucocitosis con desviación a la izquierda. PCR: reactivo.
- Examen de orina: no patológico.
- Pruebas para HIV y sífilis: no reactivos.

Radiografía de tórax: no impresiona lesiones en partes blandas ni óseas
Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones.

Reporte operatorio: se encuentra apéndice cecal de +/- 10x1cm gangrenada en toda su extensión, perforada en su base con dos coprolitos libres, posición retro ileal. Líquido purulento +/- 300cc en toda la cavidad. Ciego congestivo y móvil.

Luego de dos horas en recuperación es trasladado a hospitalización de cirugía.

Paciente en su post-operatorio día 1 después de una laparotomía exploratoria más apendicectomía.

Manejo:

- NPO por 6 horas, luego probar tolerancia.
- CLNA 0.9% 1000cc ----- 45 gotas.
- Ciprofloxacino 400mg ev cada 12 horas.
- Metronidazol 500mg ev cada 8 horas.
- Metamizol cada 8 horas
- Omeprazol 40mg cada 24 horas
- Control de funciones vitales
- Control de balance hídrico

Caso clínico N°2

Paciente de sexo masculino de 18 años edad, sin antecedentes de relevancia, quien acude a emergencias con familiar refiriendo quemadura generalizada por explosión de gas. Al examen físico presenta quemadura de primer y segundo grado en cara (4.5%), quemadura de primer grado en cara anterior de miembros superiores (9%) y en cara anterior de miembros inferiores (9%) y tórax (9%) con un tiempo de evolución de 30 minutos. Asistente y residente concluyen el diagnóstico de gran quemado 31.5% de la superficie corporal.

Signos vitales:

PA: 120/80FR: 20rpm FC: 92lpm T: 37.2°C SatO2: 99% Peso: 60kg Talla: 1.80.

Examen físico:

- Piel y faneras: quemadura de primer y segundo grado en cara, quemadura de primer grado en cara anterior de miembros superiores, y en cara anterior de miembros inferiores y tórax. Mucosas secas.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax.

- Abdomen: abdomen excavado, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no signos peritoneales.

Se procede a realizar la curación de las lesiones, hidratarlo con NACL 0.9% 3700cc en 8 horas después 3700cc en 16 horas, se agrega antibioticoterapia con ceftriaxona 2g cada 24 horas con clindamicina 600mg ev cada 8 horas, analgesia con metamizol 1.5g ev cada 8 horas y omeprazol 40mg ev cada 12 horas. Al mismo tiempo se tramita la referencia a un hospital de mayor complejidad. Se le informa a familiar sobre la opción de referirlo al hospital del niño de San Borja; sin embargo, refiere que no cuenta con la economía necesaria para solventar los gastos, debido a que el paciente tiene carnet de extranjería, por ello no puede agilizar sus papeles para ser incluido en el SIS.

En el tercer día de hospitalización se solicita un AGA.

Presenta una alcalosis respiratoria e hipokalemia leve

AGA	
pH	7.458
Po2	83
PCO2	33.2
K+	3.3
Glucosa	116
Lac	0.7

El cuarto día se logra referir a paciente al Hospital 2 de mayo a la unidad de quemados.

1.2 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA:

Mi rotación por el servicio de ginecología y obstetricia empezó el 11 de julio y terminó el 16 de agosto. Empecé por el servicio de hospitalización, donde me encargué de evolucionar a las pacientes, que generalmente eran puérperas, ya sea por parto vaginal o cesárea. Luego pasé por Tópico de emergencias de gineco-obstetricia, donde realizaba las historias, solicitaba los exámenes auxiliares y estaba alerta si había alguna gestante en fase activa para pasarla a sala de dilatación. Por último, pase por centro obstétrico, donde completaba el partograma, informaba la condición de la gestante a mi cargo, y si estaba lista para ir a sala de partos.

Caso clínico N°1

Paciente de 24 años con 26 semanas con 5 días de edad gestacional, fórmula obstétrica: G1p0010, antecedentes personales: diabetes hace 5 años en tratamiento con metformina y un aborto (2019) Acude a emergencias refiriendo que desde hace 4 días no percibe movimientos fetales, no perdida de líquido amniótico ni perdida de sangrando vaginal.

Al examen físico:

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Abdomen: 28 cm, SPP (situación, posición y presentación): indiferente, LCF (latidos cardiacos fetales): ausentes, dinámica uterina: ausente.
- Genitourinario: cérvix cerrado, blando, no sangrado transvaginal ni flujo.

Es evaluada tanto por asistentes como residentes. Se le solicita una ecografía obstétrica, y con ello se confirma que los latidos cardiacos se encuentran ausentes con un peso ponderado de 700 gr y un ILA: 26cm.

Se concluyen como diagnósticos:

- Gestante de 26 5/7 días por ecografía de primer trimestre.
- Óbito fetal.
- Polihidramnios leve
- Diabetes

Plan:

Hemograma completo, grupo sanguíneo, factor Rh, detección de anticuerpos VIH 1-2, prueba no treponémica (RPR) perfil de coagulación, PCR y hemoglobina glicosilada.

Pasa a Hospitalización

Se le indica maduración cervical con un análogo de prostaglandina E1 (Misoprostol) y luego legrado uterino post- expulsión.

Manejo:

- Dieta completa + líquidos a voluntad.
- NaCl 0.9% 1000cc XX gotas por minutos.
- Misoprostol 200mcg vía vaginal cada 6 horas.
- Control de funciones vitales.
- Observación de signos de alarma.
- Pasa a hospitalización.

Analítica de ingreso:

Hemoglobina: 11.4gr/dl, hematocrito: 33.8%, leucocitos: 9000, abastados: 1% y PCR: no reactivo.

Hemoglobina glicosilada: 7%

Al ingreso 6 horas después refiere contracciones uterinas esporádicas, no pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal.

Se le colocó primera dosis de Misoprostol 200ug en fondo de saco vaginal a las 11:00 am horas.

- posición: posterior, consistencia: blanda, longitud: 3cm, borramiento: 10%, dilatación: 0cm, plano: I Se obtiene un Bishop de 3 puntos.
-

Se le colocó segunda dosis de Misoprostol 200ug en fondo de saco vaginal a las 17: 00 horas.

- posición: media, consistencia: blanda, longitud: 3cm, borramiento: 30%, dilatación: 1cm, plano: I Se obtiene un Bishop de 5 puntos.

Se coloca tercera dosis de Misoprostol 200ug en fondo de saco vaginal a las 23:00 horas.

16:54 pm: Al tacto vaginal: cuello centralizado blando, AP: -2, membranas ovulares: integras.

- Posición: centrado, consistencia: blanda, longitud:3cm, borramiento: 40%, dilatación: 2cm y plano I, tiene un Bishop: de 7 puntos.

Se decidió que evolucione espontáneamente el trabajo de parto, ya que tenía buena dinámica uterina (3 contracciones cada 10 minutos con una intensidad de 35 segundos)

Manejo:

- Dieta completa + líquidos a voluntad.
- NaCl 0.9% 1000cc -----30 gotas por minuto.
- Dimenhidrinato 50mg EV condicional a náuseas y/o vómitos.
- Control de funciones vitales
- Observar signos de alarma.

Expulsión de feto macerado de sexo femenino con un peso de 680gr. Se trasladó a la paciente hacia sala de operaciones para legrado uterino.

Caso clínico N°2

Gestante de 41 años con 35 semanas y 4 días de edad gestacional por ecografía de primer trimestre y con fórmula obstétrica: G3 P2001, antecedentes patológicos: cesárea anterior por macrosomía fetal (4330gr) en el 2020 y otra por feto podálico (2008) y un aborto en el 2015 y antecedentes familiares: madre y hermana (diabetes mellitus en tratamiento) Acude a emergencias porque no percibe movimientos fetales desde hace 5 días. Se le realiza una ecografía obstétrica en el cual se reporta ausencia de latidos fetales, además, al observar su ficha de controles prenatales se observó un gran aumento de peso de 69 kilos antes de la gestación y ahora 89 kilos para 1.44m (IMC: 42.92) Al examen físico en el aparato genitourinario no se evidencia sangrado transvaginal ni pérdida de líquido amniótico. Al tacto vaginal se palpa el cérvix posterior, cerrado, AP: -3, membranas ovulares integras y pelvis ginecoide.

Signos vitales:

PA: 150/90 FC: 72lpm FR:18rpm T°:37°C SATO2: 98%

Diagnóstico:

- Gestante añosa de 35 semanas y 4 días de edad gestacional
- Obesidad gestacional
- Feto transverso
- Óbito fetal
- A descartar diabetes gestacional.
- A descartar preeclampsia.

Plan:

- Exámenes prequirúrgicos:
Paquete de preeclampsia: bilirrubinas totales y fraccionadas, creatinina, urea, hemograma completo, ácido úrico, deshidrogenasa láctica, transaminasa glutámica oxalacético, transaminasa glutámico pirúvica y examen de orina.
- Glucosa
- Hemoglobina glicosilada.
- Test de tolerancia a la glucosa.
- Set de preeclampsia.
- Cesárea.

Resultados:

- Glucosa en ayunas: 117 mg/dL
- Test de tolerancia a la glucosa:
 - A los 60 minutos: 257mg/dL.
 - A los 120 minutos: 177 mg/dL.
- Set de preeclampsia: bilirrubinas totales: 0.63, BD: 0.35, TGO: 25, Cr: 0.89, U: 18.9, LDH: 552, plaquetas: 255 000. Se concluye sin alteraciones.
- Examen de orina: no patológico

Se le realiza una cesárea de emergencia, después 2 horas en sala de recuperación ingresa a hospitalización con los siguientes diagnósticos:

- Post operada de una cesárea segmentaria transversa iterativa por óbito fetal y feto transverso e hipertensión gestacional.
- Diabetes gestacional

Manejo:

- Dieta completa e hipoglucida.
- CLNA 0.9% 1000cc + oxitocina 30 UI –I-II frascos cada 24 horas ---xxx gotas por minuto.
- Clindamicina 900mg ev cada 8 horas.
- Gentamicina 800mg ev cada 8 horas.
- Tramadol 100mg más metoclopramida 10mg cada 8 horas
- Nifedipino 10mg vía oral, condicional a PA: $\geq 160/110$ mmhg.
- Control de PA en hoja aparte.

1.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Mi rotación comenzó el 17 de agosto y terminó el 22 de septiembre. Primero pasé por Tópico de emergencias donde era frecuente que las personas vinieran por intoxicaciones, cetoacidosis diabética, pancreatitis, cólico vesicular o epilepsia sin tratamiento actual. Luego pasé por hospitalización de medicina, donde se realizaba las historias clínicas y se obtenía la mayor información del paciente para informar durante la visita médica al asistente. En la tarde, se realizaba curaciones y cumplía todos los pendientes que no fueron realizados en la mañana.

Caso clínico N° 1

Paciente de sexo masculino de 30 años de edad acude a emergencias refiriendo que, tres días antes de su ingreso al hospital presentó dolor abdominal tipo opresivo en epigastrio que se irradia en cinturón, dos días antes de su ingreso al hospital se agrega vómitos (2 cámaras) y el un día antes de su ingreso se añade sensación de alza térmica no cuantificada y malestar general, motivo por el cual decide acudir al hospital san juan de Lurigancho.

Signos vitales:

PA: 130/64 FC: 95 FR: 20rpm SatO₂: 98% T°: 38.3°C

Examen físico:

- Aparato circulatorio: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: leve distención abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo y derecho.

Asistente como residentes presumen que se trata de una pancreatitis aguda.

Los resultados de los exámenes auxiliares fueron:

- Hemograma completo: leucocitos: $21.12 \cdot 10^9/L$, neutrófilos (90%) abastoados 02%(en total 422.4) hemoglobina: 14.4g/Dl, hematocrito: 41.8%, plaquetas: $201.10^9/L$.
- Amilasa: 1026u/l Lipasa: 2456 u/l Creatinina: 0.98mg/dl Urea: 28.20mg/dl
- Glucosa: 125mg/dl
- Ecografía abdominal: se reporta colecistopatía litiásica.

Con toda la información anterior se concluye de que se trata de una pancreatitis aguda de origen litiásica.

BISAP: 2

Urea: 28.20mg/dl (mayor de 25mg/dl) Escala Glasgow: 15 puntos, Edad: 30 años, Derrame pleural: no, Síndrome de respuesta inflamatoria sistemática: sí (leucocitosis + fiebre de $38.3^{\circ}c$ + FC:95lpm)

Manejo:

Se deja la paciente en NPO (nada por vía oral) se hidrata con CLNA 0.9% 1L --- 500cc a chorro, luego a 45 gotas por minuto, se añade tramadol 100mg junto a dimenhidrinato 50mg ev lento STAT, omeprazol 40mg ev 24 horas y metoclopramida 10mg cada 8 horas. Se solicita hemograma completo, amilasa, glucosa, creatinina, urea y por último, una ecografía abdominal.

Paciente pasa a hospitalización.

Caso clínico N°2:

Paciente de sexo masculino de 56 años, como antecedentes refiere que presenta diabetes desde hace 10 años, en el último mes no recibió tratamiento habitual (metformina 850mg tres veces al día) Acude a emergencias con tiempo de enfermedad de 3 días, refiriendo dolor, flogosis y eritema en pierna izquierda (tercio distal) después de picadura de abeja en aquella zona, y un día antes de su ingreso al hospital, le imposibilita caminar.

Signos vitales:

PA: 136/74 FC: 95 FR:18 T:37.5°C Peso: 82kg Talla: 1.56cm IMC: 33.6

Tanto asistente como residente concluyen como diagnósticos definitivos celulitis en la pierna izquierda, diabetes mellitus y obesidad.

Examen físico:

- Piel y faneras: no palidez, mucosas húmedas
- Aparato cardiovascular:
- Tórax y pulmones:
- Otros: miembro inferior izquierdo: eritema, edema en tercio distal y de bordes irregulares. Aproximadamente de 10x8cm.

Plan de trabajo:

- Se le solicita hemograma completo, creatinina, urea, glucosa basal, hemoglobina glicosilada.

Resultados:

- Hemograma completo: leucocitos:9.060, abastoados:1%, hemoglobina: 11.2 g/dl, hematocrito: 32%, plaquetas: 178.000.
- Creatinina: 1.07 Urea: 48.4mg/dl Glucosa: 235mg/dl Hemoglobina glicosilada: 7%

Manejo:

Se deja una dieta hipoglusida e hipoalergénica más líquidos a voluntad, se hidrata a paciente con CLNA 0.9% 1000cc ---30 gotas por minuto, se añade ciprofloxacino 400mg cada 12 horas, clindamicina 600mg cada 8 horas, metamizol, condicional a fiebre mayor de 38°C, más medios físicos, siempre y cuando la presión sea mayor de 90/60mmhg, tramadol 50mg más dimenhidrinato 50mg ev cada 8 horas, metformina escala móvil: 180-200 (3UI) 201-249 (4UI) paños fríos sobre la lesión cuatro veces al día y control de glucosa cada 8 horas. Paciente pasó a hospitalización, tuvo evolución favorable y se le dio de alta con indicaciones.

1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Mi rotación por el servicio de Pediatría comenzó el 23 de setiembre y terminó el 29 de octubre. Empecé por neonatología, donde evolucionaba aproximadamente 30 neonatos por día y realizaba la atención inmediata al recién nacido, un aproximado de 7 neonatos en las 6 horas de mi turno. Luego pasé por el servicio de hospitalización, donde me encargaba de completar las historias clínicas y evolucionar a los pacientes. Por último, pasé por Tópico de emergencias donde los menores de edad junto a sus madres acudían a emergencias generalmente por faringitis aguda, rinofaringitis, disenterías, infecciones urinarias, crisis asmáticas y urticarias.

Caso clínico N°2

Menor de sexo femenino de 1 año y 6 meses, como antecedentes personales refiere un episodio de infección urinaria hace 2 meses y niega antecedentes de epilepsia. Acude a emergencias junto a su madre quien relata convulsión que describe como “sacudidas en todo su cuerpo” y desvío de mirada que duró aproximadamente 3 minutos, mientras dormía asociado a sensación de alza térmica no cuantificada desde hace 2 días, que no cedía con paracetamol, agrega que orina poco y con mal olor.

Sus signos vitales son:

FC: 145lpm FR:40rpm Sato2: 97% T: 38.9°C Peso:10kg Talla: 78cm

Al examen físico:

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, en buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: globuloso, blando y depresible

Según la descripción de la madre sobre la convulsión, se infiere de que se trata de una convulsión tónico- clónica. Se plantea los diagnósticos definitivos de

fiebre, convulsión febril simple y como diagnóstico presuntiva infección de vías urinarias. De forma inmediata se le coloca Metamizol 300 mg IM STAT.

Plan de trabajo:

- Hemograma completo.
- Urocultivo.
- Examen de orina.
- Proteína C reactiva.

Después de 4 horas el paciente persiste febril, a pesar del antipirético (metamizol) y durante la espera de la recolección de muestra de sangre de los exámenes de laboratorio solicitados, el paciente presenta una convulsión tónico clónico asociado a cianosis peri oral de aproximadamente 3 minutos de duración. Se actúa de forma inmediata se le coloca Midazolam intramuscular (0.2mg/kg) para su peso le corresponde 2 mg, luego se deja condicional a convulsión, metamizol condicional a fiebre mayor de 38^oC.

Resultados:

- Hemograma se encuentra leucocitosis (Leu: $20.97 \times 10^9/L$) con desviación a la izquierda, bastonados 3% (539) neutrofilia ($11.00 \times 10^3/L$) y linfopenia ($1.46 \times 10^3/L$) para su edad. PCR: positivo Examen de orina: patológico con leucocitos: más de 100 leucocitos/ campo, células epiteliales: 3-5/campo, gérmenes + y nitritos +.

Se agrega ceftriaxona 250mg cada 12 horas (50mg/kg/d) y se pasa a hospitalización.

Caso clínico N°2

Paciente de 9 años de sexo masculino con antecedente de uso de broncodilatadores, último episodio de crisis asmática hace 2 meses y no tiene ninguna vacuna contra el COVID19. Acude a emergencias con su madre, quien refiere que, desde hace 4 días antes de su ingreso, su hijo comenzó con tos seca y posteriormente se hace productiva, 2 días antes del ingreso presentó fiebre no cuantificada, que no remite con paracetamol, y un día antes del ingreso al hospital se agrega dificultad respiratoria.

Signos vitales:

FC: 113lpm FR: 26rpm Sato2: 93% T: 38.5°C

Al examen físico:

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho, sibilantes a la inspiración y espiración, tiraje subcostal e intercostal y se escuchan crépitos en hemitórax derecho.
- Abdomen: no distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, no signos peritoneales.

En emergencia saturaba 93 %, en conclusión, tiene un PRAM de 6 puntos (sibilancias a la inspiración y espiración (2), tiraje subcostal e intercostal (2) disminución del murmullo vesicular) (1) y saturación de 93% (1) Se maneja como una crisis asmática moderada.

Se indica nada por vía oral, hidrocortisona 250mg ev STAT, metamizol 1g ev STAT, por la fiebre de 38.5 °C, se inicia con inhalaciones con salbutamol (8 PUFF cada 20 minutos) bromuro de ipratropio (4 PUFF cada 20 minutos) todo por una hora. Se reevalúa a paciente, quien persiste febril, con sibilancias difusas y tiraje subcostal Por lo que se prolonga por 2 horas más la indicación de nada por vía oral, luego probar tolerancia, se hidrata a la paciente con cloruro de sodio al 0.9% (30 gotas por minuto) se le pasa hidrocortisona 250mg y después a horario cada 6 horas, metamizol condicional a fiebre, salbutamol (8 PUFF cada 20 minutos) por 2 horas, luego cada 2 horas, bromuro de ipratropio (4PUFF cada 20 minutos) por 2 horas, luego cada 2 horas, después del salbutamol, oxígeno condicional a saturación menor de 92%. Se le pide hemograma completo, PCR, prueba covid19 y radiografía de tórax. Pasa a hospitalización pediátrica con estas indicaciones.

Plan de trabajo:

- Hemograma, PCR
- Radiografía de tórax

Resultados:

Hemograma completo: leucocitos: $14000 \times 10^9/L$, neutrofilia (9000) abastados: 4% (560) hemoglobina: 12 gr/dl, hematocrito: 36% y plaquetas: $200\ 000 \times 10^9$.

PCR: reactivo.

Radiografía de tórax: sin alteraciones en partes blandas y óseas, impresiona atrapamiento aéreo, 8 espacios intercostales en hemitórax derecho y hemitórax izquierdo, refuerzo de la trama bronquial, radiopacidad paracardiaca derecha con broncograma aéreo.

En su primer día de hospitalización.

Sato2: 93% FR: 26 rpm FC: 126lpm.

Al examen físico: en el aparato respiratorio se observa tiraje subcostal e intercostal, el murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho, espiración prolongada, sibilantes espiratorios, crépitos en hemitórax derecho. PRAM: 5 puntos.

Por la clínica del paciente y que alcanzó un PRAM de 5 puntos, se maneja como un asma moderada con nebulizaciones con salbutamol, se añade salmeterol + fluticasona para el control prolongado de los síntomas del asma, se agrega acetilcisteína para mejorar la movilización de las secreciones. La paciente ha presentado episodios de broncoespasmo en varias oportunidades, la madre refiere que solo utiliza broncodilatadores de rescate, con ello se concluye que el asma no está controlada. Además, de no tiene ni una vacuna contra el covid19, que podría ser una posibilidad entre los diagnósticos. Por la clínica del paciente (fiebre persistente y taquipnea), el examen físico (crépitos en hemitórax derecho) y el resultado de la radiografía de tórax (consolidación en zona paracardiaca derecha con broncograma aéreo) el asistente infiere de que se trata de una neumonía típica, por ello se agrega ceftriaxona.

Diagnósticos:

- Crisis asmática moderada.
- Asma no controlada.
- Neumonía típica
- Vacunas incompletas.

Plan:

- Se cambia la hidrocortisona por metilprednisolona
- Se agrega ceftriaxona
- Se agrega acetilcisteína
- Se agrega salmeterol + fluticasona.
- Se solicita IFI viral
- Interconsulta a medicina física y rehabilitación.

Peso: 49kg, superficie corporal: 1.46

Manejo:

- Dieta blanda hipoalérgica (1700KCAL/ día en 4 tomas)
- Dextrosa 5% 1000 cc
- Nacl 20% ----20 cc -----40 cc/hora
- Kcl 20l% -----10cc
- Ceftriaxona 2gr ev cada 12 horas lento y diluido (40mg/kg/dosis)
- Metilprednisolona 30mg ev cada 6 horas lento y diluido (1mg/kg/dosis)
- Acetilcisteína 200mg: 1 sobre en ½ vaso con agua tibia cada 8 horas (30mg/kg/ día)
- Nebulización con salbutamol 5mg/ml: 20 gotas + NACL 0.9%: 4 cc cada 2 horas
- Inhalaciones con salmeterol + fluticasona (1PUFF cada 12 horas)
- Metamizol 1g EV condicional a fiebre
- Oxígeno condicional a saturación menor de 92%
- Posición semisentada

Días posteriores presentó un cuadro clínico de lenta evolución, se le indica alta médica al quinto día de hospitalización con inhaladores (salbutamol y bromuro de ipratropio) y prednisona 20mg (una tableta a las 8am y otra tableta a las 4pm) por 5 días.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DEARROLLÓ LA EXPERIENCIA.

El hospital de San Juan de Lurigancho, se encuentra en el distrito pujante, de San Juan de Lurigancho. Se inauguró como establecimiento de salud el 22 de febrero de 1976. Actualmente categorizado como un nivel II-2. (17)

El 8 de julio del 2005 luego de 29 años de esfuerzo y perseverancia, es reconocido como un hospital, aumentado su capacidad resolutive y siendo cada vez más demandado por su distrito. Actualmente se incorporaron nuevas especialidades médicas y quirúrgicas en demanda de la población y continúa ampliándose para ser recategorizados a un nivel III-1. En un futuro planea ser líderes en la prestación de servicios de salud que brinde atención integral y de calidad, con una infraestructura adecuada, equipos modernos y contar con recursos humanos competentes y comprometidos que contribuyan al desarrollo del distrito. (17)

Las funciones del interno de medicina son realizar historias clínicas, previa visita médica, evolucionar, informar al asistente sobre la condición del paciente, agregar o retirar medicamentos, según indique el asistente durante la visita médica, solicitar exámenes auxiliares, solicitar paquetes globulares y realizar curaciones. El interno de medicina, previo entrenamiento y con supervisión tiene la capacidad de suturar, realizar la toma de gases arteriales, colocar sondas vesicales, vendajes y férulas.

Aparte ayuda con la parte administrativa como es el llenado de FUA's, referencias o contrareferencias, informes médicos, solicitudes de exámenes de laboratorio y explicar al paciente cada procedimiento a realizar para obtener su consentimiento.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N°1

La apendicitis es la urgencia por abdomen quirúrgico más frecuente, establecido por un proceso inflamatorio agudo primario del apéndice cecal, en el cual se puede comprometer una parte o la totalidad del mismo. La incidencia es mayor en personas jóvenes entre las edades de 10-30 años, predomina más en el sexo masculino en comparación del sexo femenino a razón de 3:2, en este grupo etario es más común encontrar la clínica típica de apendicitis, por el contrario, en edades extremas se tiene que ser muy cauteloso, ya que cursa con signos inespecíficos, lo que puede demorar el diagnóstico y el manejo. (1) El diagnóstico es totalmente clínico, pero como se mencionó antes puede haber sintomatología atípica, por ello hay una escala que se denomina “Escala de Alvarado” que nos ayuda solicitar otros elementos, en este caso otros exámenes auxiliares como un hemograma completo o de imagen como una ecografía, tomografía o resonancia para llegar al diagnóstico. La etiología que produce una apendicitis, se sabe que puede ser secundario a la obstrucción del lumen por un fecalito, que es causa más frecuente en adultos jóvenes, aunque puede deberse a otras causas como la hipertrofia de los ganglios de Roux que, por lo general ocurre en niños, obstrucción por parásitos, etc. Los microorganismos encontrados son *Escherichia coli* y bacteroides. como el *Fusobacterium*. (2)

La escala de Alvarado modificada designa un valor para cada uno de sus criterios, los cuales son: dolor migratorio hacia fosa iliaca derecha (1) anorexia y/o cetonuria (1) náuseas y/o vómitos (1) dolor a la palpación en fosa iliaca derecha (2) rebote positivo en fosa iliaca derecha (1) temperatura mayor de 37.5°C (1) y leucocitosis (2) desviación a la izquierda con neutrofilia (1) (3)

La estratificación de los pacientes según la suma de la valoración de cada uno de los criterios obtenidos son: si tenemos un valor de 0 a 4 es negativo para apendicitis, de 5 a 6 puntos indica una probable apendicitis, de 7 a 8 puntos

indican una alta probabilidad de apendicitis, y finalmente si se obtiene un puntaje de 9 a 10 puntos se realiza el diagnóstico definitivo de una apendicitis aguda. (3)

En el caso presentado, el cuadro clínico se manifiesta con síntomas típicos de una apendicitis como, por ejemplo, la migración del dolor de la zona periumbilical de tipo difuso para luego localizarse en la fosa iliaca derecha, el cual se encuentra el punto doloroso de Mc Burney, otros signos clásicos acaecidos por el paciente son Blumberg positivo, al comprimir y luego soltar bruscamente la presión ejercida en fosa iliaca derecha que genera mayor dolor, este signo evidencia compromiso peritoneal, luego se encontró el signo de Rovsing, que se caracteriza por comprimir la fosa iliaca izquierda y el dolor se irradia a la fosa iliaca derecha, el cual también es un signo peritoneal. Al final, por la anamnesis y el cuadro clínico se llega a la conclusión de que se trata de una apendicitis complicada debido a los signos peritoneales. Expuestos los resultados de los exámenes auxiliares, se concluye: leucocitosis con desviación a la izquierda y PCR es reactivo. Al valorar el cuadro clínico junto a los resultados de los exámenes auxiliares, obtenemos que, según la escala de Alvarado se alcanza a un valor de 9. En el hospital San Juan de Lurigancho no se tiene los recursos materiales para realizar una apendicetomía laparoscópica por ello se opta siempre por la vía convencional. En el caso mencionado al ser una apendicitis complicada se sugiere realizar una laparotomía exploratoria con una incisión supra e infra umbilical.

Caso clínico N°2

La piel es el órgano con mayor extensión, que cumple principalmente dos funciones homeostasis y el control de la temperatura, cuando se presenta una quemadura, estas funciones se pierden hasta que se recupere la piel dañada. (4)

Las quemaduras que alcanzan gran extensión mayor del 20% de la superficie corporal, edad avanzada y otras comorbilidades del paciente generan mayor riesgo de hipotermia, y deben ser trasladados a una unidad de quemados para recibir atención especializada. (4)

Clasificación de las quemaduras por compromiso:

Quemaduras de primer grado: se presenta con compromiso de epidermis, con clínica de dolor y eritema, que resuelven con descamación y no dejan cicatriz. Por ejemplo, la quemadura causada por insolación. (4)

Quemadura de segundo grado: aparte del compromiso de la epidermis se agrega la dermis. Por lo tanto, son quemaduras que producen mucho dolor. Se producen flictenas y edemas. Este grupo se divide según el compromiso de cada capa de la piel en: (4)

Quemaduras de segundo grado superficial: estas lesiones se caracterizan por eritemas con ampollas y por generar mucho dolor. No hay compromiso del folículo piloso o de las glándulas sudoríparas. Se presenta con compromiso de la epidermis y la cuarta capa externa de la dermis. (4)

Quemadura segundo grado intermedio: se caracteriza por inflamación cutánea con levantamiento de la epidermis y el desarrollo de vesículas. El compromiso genera mucho dolor. (4)

Quemaduras de segundo grado profundas: se caracteriza por la afección tanto de la epidermis como de la capa más profunda de la dermis, por ello aquí no se produce flictena, a la inspección se observa una lesión seca y blanquecinosa rosada y presentan un grado de sensibilidad variable. La recuperación es muy lenta puede tardar hasta 8 semanas en cicatrizar. (4)

Quemaduras de tercer grado: se presenta con compromiso de la epidermis, la dermis y se añade el tejido celular subcutáneo, toma color blanco perlado o carbonizado, no generan dolor. Presentan compromiso del folículo piloso y las glándulas sebáceas porque hay compromiso de todo el espesor de la piel. El tratamiento es a través de injerto de piel en las zonas comprometidas. (4)

Quemaduras de segundo grado profundas:

Criterios de hospitalización:

Quemadura menor: la quemadura se extiende del 15% de la superficie corporal o menos, con que comprende quemaduras de primer o segundo grado en adultos. En la población pediátrica si la quemadura abarca el 10% o menos con quemadura de primer y segundo grado o si se presenta con el 2% de la superficie corporal o menor del 15% con quemaduras de tercer grado. Debe cumplir que

en la población adulta no afecten partes de la cara, ojos, orejas, manos, pies, flexuras ni genitales. Si cumple con lo anteriormente expuesto puede manejarse de forma ambulatoria. (5)

Quemadura moderada: la quemadura abarca del 15%-25% de la superficie corporal con quemaduras de segundo grado en la población adulta. Del 10%-20% de la superficie corporal en la población pediátrica que presenten quemaduras de segundo grado o con compromiso del 2%-10% y tengan quemaduras de tercer grado, en adultos o en niños. No deben afectar las zonas especiales como cara, pliegues ni genitales. Este grupo de pacientes deben ser tratados en hospitalización. (5)

Quemadura grave: la quemadura se extiende más de 25% de la superficie corporal con quemadura de segundo grado en la población adulta, mayor del 20% en la población pediátrica con quemaduras de segundo grado o compromiso mayor del 10% que presenten quemaduras de tercer grado, ya sea en adultos o en niños. En este grupo de paciente si se consideran las áreas especiales, lesiones inhalatorias con o sin quemadura cutánea, incluidas las quemaduras producto de electricidad o por rayos; quemadura asociado a politraumatismo o quemadura que produzcan falla orgánica. (5)

La regla de los 9: (4)

Compromiso:	Niños	Adultos
- cabeza:	19%	9%
- brazos:	9%	9%(cada una)
- torso frontal:	18%	18%
- torso dorsal	18%	18%
- Genitales:	01%	01%
- Piernas:	13%	18%(cada una)

Manejo inicial:

- Manejo de la vía aérea: es esencial permeabilizar la vía aérea de un paciente con quemaduras, sobre todo si son producto de inhalación por humo. Si las personas afectas presentan lesiones por inhalación sintomática o son lesiones térmicas en cara, boca u orofaringe.
- Se debe contar con acceso venoso, si no es posible considerar acceso intraóseo.
- Fluidoterapia para evitar hipovolemia, hipoperfusión tisular, un estado de choque y finalmente una falla multiorgánica.
- Se inicia con cristaloides, después de las 24 horas se pueden utilizar coloides.
- El cristaloides de elección es el lactato de Ringer.
- En la población pediátrica se agrega dextrosa.
- Para la fluidoterapia inicial usamos la fórmula de Parkland: $4\text{mg/kg/ área de superficie corporal comprometida en 24 horas. (5)}$

En el caso clínico se presenta el caso de un joven de 18 años que tuvo quemaduras por la explosión de un gas, presenta quemaduras de primer y segundo grado en cara (4.5%), quemadura de segundo grado en cara anterior de miembros superiores (9%) y en cara anterior de miembros inferiores (9%) y tórax (9%) con un tiempo de evolución de 30 minutos. Según la regla de los 9, estamos frente al compromiso del 31.5. %, cabe recalcar, que se incluye una de las áreas especiales como lo es la cara. Por la información resumida en párrafos anteriores, se trata de una quemadura grave por el compromiso mayor del 25% de la superficie corporal, que incluye la cara, como área especial. Se actuó de forma inmediata, se canalizó y se calculó con la fórmula de Parkland cuanto de cristaloides (NACL0.9%) le correspondía. El paciente tiene un peso de 60 kilos, la superficie comprometida es de 31.5% todo eso multiplicado por 4 es igual a 7560, y finalmente se divide en 24 horas, nos sale las primeras 8 horas debe recibir 3700cc y la otra mitad en 16 horas. Debido al compromiso de la piel se agrega cobertura antibiótica con ceftriaxona 2g cada 24 horas (cubre tanto gram positivos como gram negativos, la cobertura es mayor en estos últimos) con clindamicina 600mg ev cada 8 horas (principalmente para cobertura contra

anerobios). Al final el paciente tramitó sus papeles para que se le otorgue el SIS y fue referido a la unidad de quemados del Hospital 2 de mayo.

3.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N°1

La maduración cervical consiste en el uso de prostaglandinas para obtener las condiciones adecuadas del cérvix un Bishop mayor de 6 para luego inducir el trabajo de parto y con eso poner fin al embarazo. (6)

Misoprostol: es una prostaglandina E1 de uso hospitalario para provocar maduración cervical, salvo que haya contraindicaciones. Se encuentra en la presentación de una tableta de 25µg. La vía que se recomienda es por vía vaginal en el fondo de saco vaginal, cada 6 horas con un con un máximo de 3 dosis. (6)

¿cuándo deberíamos poner fin al embarazo (6)

- Estados hipertensivos y sus complicaciones: Preeclampsia.
- Colestasis intrahepática gestacional.
- Embarazo post-termino.
- Oligohidramnios leve
- Óbito fetal
- Restricción de crecimiento intrauterino.
- Corioamnionitis.

	0	1	2	3
Posición	Posterior	Medio	Centrado	-
Consistencia	Duro	Medio	Blando	
Longitud	3cm	2cm	1cm	borrado
Borramiento	0-30%	40-50%	60-80%	>70%
Dilatación	0cm	1-2cm	3-4cm	>4cm
Plano	Libre o móvil	I-II	III	IV

Un Bishop igual o mayor de 6 se considera favorable, con ello ya se puede optar por inducir el trabajo de parto con oxitocina. (6)

Un Bishop menor o igual de 3 se considera desfavorable, por ende, se debe realizar maduración cervical hasta que sea favorable las condiciones del cérvix.

(6)

En el caso clínico presentado estamos frente a una gestante de 26 semanas con 5 días, la cual acude a emergencias refiriendo que desde hace 4 días no percibe movimientos fetales, como antecedentes personales es diabética desde hace 5 años, actualmente solo toma metformina y tuvo un aborto anterior (2019). La sospecha inicial es un óbito fetal, pero se debe corroborar con una ecografía obstétrica para confirmar el diagnóstico. Al realizar la una ecografía se confirma la ausencia de latidos cardiacos y un ILA de 26cm lo cual nos traduce a un polihidramnios leve.

Este caso clínico hubo muchos factores de riesgo para que se produjera el desenlace del feto. Primero la paciente es diabética y mientras estuvo gestando solo recibía metformina, cuando el tratamiento es con insulina, y por su misma condición tiene riesgo de que se produzca muerte intrauterina y polihidramnios.

El manejo inicial, al no encontrarse en trabajo de parto, lo primero que se realizó fue la maduración cervical con misoprostol 200ug en fondo de saco vaginal cada 6 horas. Al inicio, el cérvix se encontraba con un Bishop de 3 (consistencia: blanda, plano I) hasta que luego de 3 dosis de misoprostol se logra un Bishop de 7 (posición: medio, consistencia: blanda, longitud: 2cm, borramiento: 40%, dilatación: 2cm y plano II) con esta nueva valoración se decide dejar que evolucione el trabajo de parto espontáneamente y se agrega dimenhidrinato 50mg para la disminución del tiempo de trabajo de parto.

En la fase de expulsión se retira un feto macerado de sexo femenino con peso de 680g.

Caso clínico N°2

La definición de diabetes pregestacional es una condición metabólica crónica causa por elevación del nivel de glucosa, que con los años pueden generar complicaciones vasculares. (7)

La definición de diabetes gestacional ocurre cuando existe una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono de severidad que varía, que es

producido durante la gestación producto de la resistencia fisiológica que existe durante el embarazo. (7)

Diagnóstico:

Diabetes pregestacional es cuando tenemos una toma de glucosa en ayunas resulta mayor de 126 mg/dl o más o cuando tenemos una toma de glucosa al azar de más de 200mg/dl más signos y síntomas clásicos de diabetes. (7)

Diabetes gestacional es cuando:

- Presenta glucosa en ayunas mayor o igual de 92mg/dl, pero menor de 126gm/dl, en cualquier momento de la gestación. (7)
- Si entre las 24-28 semanas de gestación la prueba de tolerancia a glucosa con 75g de glucosa, tiene el resultado de: (7)
glucosa en ayunas mayor o igual de 92 mg/dl, pero menor de 126mg/d.
glucosa a la hora mayor de 180mg/dl.
glucosa a las 2 horas mayor o igual de 153mg/dl.

Se toma el de Sullivan a las 24-28 semanas de embarazo con o sin factores de riesgo. (7)

En cuanto a la hemoglobina glicosilada no parece ser una prueba óptima para el descarte de intolerancia a la glucosa que tenga capacidad suficiente discriminativa y sensible. El valor 6.5% se encuentra como uno de los criterios diagnósticos de diabetes manifiesta en la gestación. (7)

En el caso clínico presentado es una gestante añosa de 41 años con 35 semanas y 4 días de edad gestacional como antecedentes personales tiene una madre y hermana diabética, en tratamiento y como antecedentes quirúrgicos tuvo una cesárea por macrosomía fetal (4330g) y un aborto en el 2015. La paciente acude a emergencias refiriendo que no percibe movimientos fetales, hubo aumento de peso de 20 kilos durante la gestación, al realizarle las maniobras de Leopold en la primera maniobra se palpa un feto en situación transversa y cuando se le toman los signos vitales la presión arterial estaba en 150/90mmhg, pero no refería síntomas premonitorios de preeclampsia. Los diagnósticos definitivos gestante añosa, obesidad gestacional, feto transverso y como diagnósticos

presuntivos: óbito fetal, diabetes gestacional y preeclampsia. Primero se le realizó una ecografía obstétrica y se reportó ausencia de latidos cardiacos fetales, con ello se confirma óbito fetal. Se solicitó Test de tolerancia a la glucosa, hemoglobina glicosilada, el kit de preeclampsia y los pre quirúrgicos. Se preparó a la paciente para sala de operaciones.

Los resultados concluyen el kit de preeclampsia sin alteraciones y el test de tolerancia salió a la hora 275mg/dl (mayor de 180mg/dl) y a las dos horas 177mg/dl (mayor de 153mg/dl) lo cual confirma el diagnóstico de diabetes gestacional.

Se le realizó una cesárea, 30 minutos antes se le colocó Cefazolina 2g ev. Pasa a hospitalización con los diagnósticos de postoperada de una cesárea segmentaria transversa iterativa, hipertensión gestacional y diabetes gestacional.

3.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

La pancreatitis aguda es una alteración intracelular de calcio que ocurre en las células pancreáticas, que provoca un cuadro de cambios necroinflamatorios y puede generar complicaciones locales y sistémicas. (8)

la etiología es variada, la más común es producto de litiasis vesicular, otras causas son: hipertrigliceridemias, alcoholismo o por fármacos (8)

El cuadro clínico se manifiesta por lo general con dolor abdominal localizado en el hemiabdomen superior, principalmente en epigastrio o mesogastrio, que puede irradiarse hacia la espalda en forma de “cinturón”, es dolor que aparece de forma súbita, es contante e intenso, el cual se incrementa con el movimiento al caminar o en decúbito dorsal y calma cuando el paciente se inclina hacia adelante. (8)

El diagnóstico se realiza con la clínica y los niveles de amilasa y lipasa. Por lo tanto, si tenemos un paciente con dolor abdominal típico de pancreatitis más los niveles de amilasa o lipasa séricas elevadas más de tres veces el límite normal tenemos diagnóstico de pancreatitis o si a uno de estos criterios se le agrega una prueba de imagen con hallazgos típicos de pancreatitis, también se llega al diagnóstico. (8)

El manejo no importa mucho si se trata de una pancreatitis leve o severa, el manejo inicial, por lo general, es manejo del dolor, fluidoterapia y el apoyo nutricional. (8)

Fluidoterapia: debido a que en la pancreatitis se presenta una fuga capilar que llevan al paciente a una disminución de volumen circulante efectivo, es por ello que la medida inicial es colocar fluidos intravenosos. Se hace uso de solución isotónicas (suero fisiológico) o el lactato de Ringer, para la resucitación con fluidos, las cuales se manejan a una velocidad de 5-10ml/kg por hora para pancreatitis leve, en cambio si se trata de una pancreatitis severa se maneja en bolo a una velocidad de 20ml/kg en 30 minutos, luego 3ml/kg por hora durante las siguientes 12 horas y reevaluación cada 6 horas, se debe tener presente las

comorbilidades del paciente, para reajustar la cantidad de líquidos que se administra. (8)

En el caso clínico se describe el cuadro clínico típico de una pancreatitis que empezó con dolor abdominal tipo opresivo en epigastrio que se irradia hacia la espalda en “cinturón” desde hace 3 días, se añade vómitos (2 cámaras) y un día antes de su ingreso sensación de alza térmica no cuantificada y con antecedentes personales de colecistopatía litiásica. Al examen físico en abdomen no se hallan signos peritoneales ni Murphy (+). Se solicita amilasa y lipasa por el tiempo de evolución, los cuales fueron amilasa: 1026 u/l, lipasa 2456u/l, los cuales están por encima del doble de los niveles normales, con ello se confirma el diagnóstico de pancreatitis, al cumplir dos criterios. Asimismo, se pidió una ecografía abdominal que confirma que hay un cálculo en la vesícula de 1.5 x 1cm.

El manejo inicial, se deja al paciente en NPO (nada por vía oral) se inició con fluidos intravenosos, se utilizó cloruro de sodio al 0.9% (1L) primero 500cc a chorro, luego 45 gotas por minuto (10ml/kg) (peso del paciente: 90kilos) se añade analgésicos este caso un opiáceo, tramadol y se agrega dimenhidrinato condicional a náuseas y/o vómitos.

Caso clínico N°2

La celulitis es la infección aguda de partes blandas causa por la entra de bacterias a través de la piel, cuando esta se encuentra alterada. compromete tanto la dermis reticular, la hipodermis y puede lesionar los ganglios linfáticos permanentemente. La causa etiológica se produce por *streptococcus pyogenes* (27%) o *staphylococcus aureus* (51%) de los casos. (9)

En la clínica se suele presentar aumento de la temperatura dolor, eritema y edema de la zona afectada, con bordes irregulares y se pueden generar ampollas hemorrágicas y pústulas que pueden evolucionar a úlceras. Puede agregarse fiebre y malestar general, en etapas tardías signos de sepsis como hipotensión y taquicardia. (9)

La localización más frecuente es en el miembro inferior.

Factores de riesgo:

Generales:

No modificables: embarazo, raza blanca

Modificables: insuficiencia venosa (la más frecuente) edema linfático, enfermedad arterial periférica, inmunosupresión y diabetes.

Locales:

No modificables: traumatismos, mordeduras de animales y picaduras de insectos y tatuajes.

Modificables: úlceras, eczemas, quemaduras.

El diagnóstico es clínico con los signos de flogosis en la zona afectada, se puede agregar pruebas de sangre como un hemograma completo o proteína C reactiva como indicativo de infección bacteriana, pruebas de imágenes para descartar complicaciones como abscesos concomitantes con las celulitis o fascitis necrotizante o cuando el diagnóstico de celulitis es incierto. (9)

Tratamiento:

Las medidas generales son: el reposo, la elevación de la miembro afectado y la analgesia.

Las recomendaciones de CREST aún aconsejan amoxicilina o flucloxacilina para casi todos los casos de celulitis por *streptococcus pyogenes* o *staphylococcus aureus*. (9)

Indicación para pacientes con celulitis de las extremidades inferiores pueden indicarse antibióticos orales: (9)

- Amoxicilina 875mg cada 12 horas
- Dicloxacilina 500mg VO cada 6 horas
- Cefadroxilo 500mg VO cada 12 horas o 1 g una vez al día.
- Cefalexina 500mg VO cada 6 horas
- Clindamicina 450mg VO cada 8 horas

En pacientes con factores de riesgo (pacientes con aspecto tóxico, como fiebre, hipotensión o taquicardia sostenida, si se extiende al doble las lesiones afectadas dentro de las 24 horas, condición de inmunosupresión o la incapacidad para tolerar la vía oral). Se recomienda hospitalizarlos y empezar con antibióticos parenterales: (9)

- cefazolina 1 a 2g cada 8 horas
- Cefepime 2g cada 8 horas
- Meropenem 1g cada 8 horas
- oxacilina 1 a 2 g cada 4 horas (generalmente la mayor dosis)
- Vancomicina 20 a 35 mg/kg una vez, seguido de 15-20mg/kg IV cada 8 a 12 horas.

3.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N°1

Una de las infecciones bacterianas más frecuentes en pediatría son las infecciones urinarias y que según la prevalencia, se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino durante los primeros tres meses de edad y aumenta progresivamente en el sexo femenino a partir del año de edad, y con alta probabilidad de recurrencia (30%) por reinfecciones con gérmenes diferentes al del primer episodio. Según la clínica, se puede clasificar una infección de tracto urinario sintomático como una pielonefritis si compromete el parénquima renal y la que no, se denomina cistitis. La vía más común de contaminación del tracto urinario es la ascendente, debido a la colonización de los gérmenes del intestino hacia la zona perineal y luego a la uretra, otra forma es por vía hematógena que ocurre generalmente en neonatos. Una ITU recurrente se define como dos episodios de ITU alta, una ITU alta más y otro de ITU baja o tres episodios de ITU baja. (10)

En el caso presentado la paciente tiene 1 año y 6 meses años y es de sexo femenino que se encuentra febril y que 30 min antes tuvo una convulsión, no hay antecedentes de epilepsia personales ni familiares, y madre agrega que su menor hija tuvo una infección urinaria hace un mes por el cual fue hospitalizada y tratada con amikacina en el hospital del niño. solo con la anamnesis podemos sospechar de una infección de vías urinarias recurrente, a parte la madre agrega que su niña se encuentra irritable, la orina en los últimos 5 días es escasa y de mal olor, si bien es cierto que en edades menores de 2 años la clínica es inespecífica, por el grupo etario y el sexo, debería descartarse una ITU. Por ello se le pide: hemograma completo, examen de orina, PCR y urocultivo. además, se agrega una ecografía renal, porque uno de los factores de riesgo para presentar un ITU recurrente son las malformaciones de vía urinarias, entre ella las más frecuente es el reflujo vesicoureteral, que, si bien el método de oro para su diagnóstico es la cistouretrografía miccional, solo se piden si la ecografía es anormal, que usualmente aparecen como cicatrices renales. (11)

entre los resultados de los exámenes auxiliares, se encuentra el examen de orina patológico el cual confirma nuestro el diagnóstico de ITU, en cuanto a la

recolección de la orina, según la Academia americana de Pediatría se debería obtener mediante un sondaje vesical o punción supra púbica por el elevado índice de contaminación que conlleva recolectar la orina con una bolsa colectora (12), en el hospital en el cual laburo, no se realiza estos procedimientos invasivos, por lo tanto en este caso se usó una bolsa colectora con un resultado mayor de cien leucocitos por campo esto es un buen indicio de infección de las vía urinarias, además de los nitritos positivos. Al tener un diagnóstico definitivo de ITU se agrega ceftriaxona al tratamiento cada 12 h, debido a que existe antecedente de ITU que se trató con amikacina hace un mes.

La convulsión del caso es de origen febril, clasificada como compleja porque se produjo dos veces en menos de 24 horas. el manejo de una convulsión es con Midazolam.o Diazepam, según la evidencia el midazolam por vía intramuscular, intranasal o bucal es mucho más efectiva que el Diazepam rectal. la dosis recomendada es de 0.2/kg/día. (13)

Caso clínico N°2

La neumonía es un proceso inflamatorio de causa infecciosa, que compromete el parénquima pulmonar que comprende los alveolos, bronquios terminales, respiratorios e intersticio circulante. (14) El patógeno causal más común es el *Streptococcus Pneumoniae* en todos los grupos etarios, en niños a partir de los 5 años y jóvenes el segundo más frecuente es por *Mycoplasma Pneumoniae*. En la clínica tenemos polipnea para la edad (menores de dos meses mayor de 60 rpm, entre dos a 12 meses mayor de 50rpm y un de año hasta los 3 años mayor de 40 rpm)), fiebre mayor de 38.5°C, aumento del trabajo respiratorio que se manifiesta con tirajes (subcostal, intercostales y supraesternales) y en la auscultación de los pulmones hay ausencia de sibilantes. (14) Si hay duda de que el diagnóstico es una neumonía se puede optar por solicitar una placa radiográfica de tórax en el cual se puede observar áreas de consolidación, que en ocasiones se acompaña de un broncograma aéreo o un patrón de infiltrados bilaterales. (14)

La radiografía de tórax no es utilizada para diferenciar si se trata de una neumonía de causa bacteriana o viral, se pide la valoración según el contexto clínico. (14)

La indicación de hospitalizar a un niño está justificada si se trata de menores de tres a seis meses de edad, a menos de que se tenga la seguridad de que se trate de una neumonía de causa viral o por *Chlamydia trachomatis* y no se encuentren hipoxémicos y estén relativamente asintomáticos. Asimismo, puede haber otras razones para hospitalizar a un menor de edad como: saturación menor de 90%, deshidratación o incapacidad para mantener la hidratación por vía oral. Dificultad respiratoria de moderada a grave, apariencia tóxica, comorbilidades que pueden predisponer a evolucionar a una neumonía grave como una enfermedad cardiopulmonar, síndromes genéticos y trastornos cognitivos) sospecha de complicaciones como, por ejemplo, derrame o empiema, neumonía necrotizante o un absceso. (15)

El tratamiento depende del patógeno causal y el grupo etario. (15)

Tratamiento de primera línea		
Antibiótico	Dosis	Tiempo de tratamiento
Ampicilina	90 mg x kg x día, vía oral, dividido cada 8 horas (dosis máxima 4g/día)	7 – 10 días
Cloranfenicol	50mg x Kg. x día, vía oral, dividido cada 6 horas (dosis máxima 4g/día)	7 días.

Si se piensa de una etiología atípica se puede agregar cualquiera de estos macrólidos

- Eritromicina 50 mg x kg x día, vía oral, dividido cada 6 horas por 7 días (dosis máxima 2g/día).
- Claritromicina 15 mg x kg x día, vía oral, dividido cada 12 horas por 7 días (dosis máxima 1g/día).
- Azitromicina 10 mg x Kg x día, vía oral, cada 24 horas por 5 días. (dosis máxima 500mg/día)

Mayor de 2 meses de edad a 12años		
Antibiótico	Dosis	Tiempo de tratamiento
Ampicilina	150-200 mg x kg x día EV dividido cada 6 horas (dosis máxima 4g/día)	El tiempo del tratamiento depende de la respuesta clínica hacia el antibiótico endovenoso y su tolerancia al oral, con una duración mínima de 7 días.
Cloranfenicol	75-100 mg x Kg. x día, dividido cada 6 horas, EV (dosis máxima 4g/día)	
Penicilina G sódica	200 – 250 mil UI x kg x día, EV dividido cada 6 horas. (dosis máxima 24 millones/día)	
Ceftriaxona o Cefotaxima	75 – 100 mg x kg x día, dividido cada 12 horas (dosis máxima 2g/día) 150 mg x kg x día, dividido cada 8 horas, (dosis máxima 1g/día)	El tiempo del tratamiento depende de la respuesta clínica hacia el antibiótico endovenoso y su tolerancia al oral, con una duración mínima de 7 días.

El asma es una enfermedad heterogénea en donde se encuentran una serie de hallazgos clínicos que se presentan por una obstrucción crónica, difusa, oscilante o reversible de la vía aérea inferior, de causa generalmente inflamatoria. (16)

El manejo de una exacerbación por asma consiste primero en el uso de inhaladores de acción rápida como los SABA con ayuda de una aerocámara o un nebulizador. A razón de 2 a 4 puff con aerocámara o la dosis de 1.25-2.5mg en niños menores de 4 años, de 2.5mg a 5mg en niño de 4 a 11 años, si se usa nebulizador. (16)

En cuanto al caso nos hablan de un niño de 9 años con antecedente de uso de broncodilatadores y una hospitalización por asma el año pasado en Julio del 2021, la madre agrega que no tiene ninguna vacuna contra el covid19. El cuadro clínico comprende tos que, al comienzo fue seca y con el transcurso de los días se vuelve productiva, 2 días antes del ingreso se agrega fiebre (38.5°C) que no remite con paracetamol y un día antes del ingreso se añade dificultad respiratoria. La frecuencia respiratoria de 26rpm y saturación de 93%. Al examen físico en el aparato respiratorio a la inspección se observa tiraje subcostal e intercostal, en la auscultación se escuchan sibilantes a la inspiración y espiración con estetoscopio y crépitos en hemitórax derecho. Por los antecedentes (uso de broncodilatadores y una hospitalización por asma) la clínica (tos y dificultad respiratoria) y el examen físico (sibilantes y tiraje subcostal) y la desaturación (93%) nuestra impresión diagnóstica es crisis asmática, como segundo diagnóstico neumonía por la evolución de la enfermedad, una tos seca que se hace productiva, se agrega fiebre de dos días, al examen físico se auscultan disminución del murmullo vesicular y crépitos en hemitórax derecho, y finalmente como diagnóstico presuntivo COVID19. Por ello se pidieron los siguientes exámenes auxiliares: hemograma completo, PCR y prueba covid19. Los resultados fueron: leucocitosis con desviación a la izquierda, PCR reactivo y prueba COVID19 no reactivo. Se maneja como una crisis asmática moderada, ya que en la valoración de PRAM se obtuvo un total de 6 puntos. Se realizó terapia de rescate, pero persistía con sibilantes desaturaba y se encontraba febril, por ello pasa a hospitalización. Su evolución era estacionaria por ello se le pidió una placa radiográfica, donde impresiona atrapamiento aéreo, horizontalización de las costillas con ocho espacios intercostales y un área de consolidación en la zona paracardiaca derecha con broncograma aéreo. Por consiguiente, tenemos tanto el cuadro clínico como la impresión radiográfica de neumonía. El paciente cumple los 7 días con ceftriaxona y se le da de alta con broncodilatadores de acción corta (salbutamol) de acción larga con un glucocorticoide (salmeterol + fluticasona) por 30 días y prednisona por 5 días y se sugiere que el menor de edad pase por consultorio de neumología pediátrica para seguimiento de control del asma.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico del 2022 comenzó en junio.

Turno mañana de 7am a 1 pm en emergencias y de 6am a 1 pm en hospitalización. Turno tarde de 1pm a 7pm, diariamente. Al comienzo carecíamos de equipos de protección personal, pero se llegó a un acuerdo con las universidades y los utilizamos al finalizar el mes de junio.

El paso por cada uno de los servicios fue productivo, no solo se consolidaron mis conocimientos si no que aprendí del manejo de los casos más frecuentes. La población de San Juan de Lurigancho es el distrito con mayor población del Perú, y al ser el único hospital accesible en el distrito, los servicios siempre estaban llenos.

Lo único desfavorable que podría manifestar sería que, al tener solo medio turno, no era factible darle seguimiento a los pacientes que tenía a mi cargo desde la mañana. A pesar de que mi compañero me informaba, prefería darle seguimiento por mí misma.

CONCLUSIONES

El internado medico es el último año de la carrera de medicina, de suma importancia para su formación tanto académica como para su desarrollo personal y profesional de la salud. Es parte del equipo de salud, con la práctica consolida toda la información adquirida en los años anteriores, resuelve sus dudas, aprende del sistema de salud y adquiere su propio juicio frente a diversas circunstancias. Se encuentra bajo la supervisión de un médico residente y de los asistentes para la evaluación, el diagnóstico y el manejo de los pacientes.

El internado medico duró 5 meses en el hospital y 5 meses en un centro de salud. En mi opinión, el tiempo fue limitante para nuestro desenvolvimiento por las cuatro rotaciones, las seis horas diarias no lograron suplir el tiempo demandado en cada paciente. Agregando a lo anterior, el tiempo que se imparte para el trabajo administrativo, acorta aún más el periodo en cada rotación, sobre todo en los centros de salud.

El internado medico en el Hospital de Lurigancho fue provechoso, hubo diversidad de casos, los médicos siempre estuvieron dispuestos a compartir sus conocimientos, fueron tolerantes al comienzo de las rotaciones cuando recién nos familiarizábamos con el sistema del hospital y en algunas rotaciones tuvimos talleres académicos.

Tuvimos un tutor por grupo, el cual en algunas rotaciones fue deficiente o no se comunicaron con nosotros. Sin embargo, nunca estábamos solos, siempre contábamos con la supervisión de nuestro médico residente.

Las actividades académicas realizadas en algunas rotaciones fueron prácticas, dinámicas y de gran utilidad. Un ejemplo fue en la especialidad de Gineco-obstetricia, donde nos enseñaron a elaborar un balón de Bakri, como manejo conservador en hemorragias post-parto.

RECOMENDACIONES

- El interno de medicina al ser parte del personal de salud tiene derecho a tener un espacio para su descanso de las guardias nocturnas o para revisar los temas que generaron duda en la práctica.
- Disminuir el trabajo administrativo que realiza el interno de medicina, que en algunas ocasiones es en demasía, lo cual es perjudicial debido al poco tiempo establecido en el cual rotamos por cada servicio y distribuir ese tiempo para la discusión de casos clínicos.
- Recomendaría a los tutores generar un tiempo fuera del horario de trabajo del interno para discutir los casos clínicos con mayor detalle tratados durante la visita médica o que se evalúen sus conocimientos de lo aprendido, al menos una vez por semana,
- Agregar talleres académicos, fuera del horario de trabajo del interno, con temas prácticos, que nos permita desenvolvemos con por mayor facilidad; ejemplo, taller de interpretación de un electrocardiograma o de análisis de gases arteriales.
- En mi opinión se deberían ampliar el horario del interno de medicina, debido a que no abastece las 6 horas, ya que nos limita darle seguimiento al paciente que tenemos a cargo. Asimismo, es imprescindible que se nos otorgue de nuevo los doce meses de internado médico para un mayor tiempo de aprendizaje en cada servicio.
- Se debe ampliar las plazas de los hospitales del MINSA para realizar el internado médico. Este año algunos de mis compañeros tuvieron que trasladarse a provincias para realizar su internado medico debido a la escasez de plazas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Massaferro G, Costa J. APENDICITIS AGUDA Y SUS COMPLICACIONES. Clin Quir Fac Med UdelaR. Facultad de Medicina de Universidad de la Republica. Uruguay. 2018. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf
- 2.- Murúa – Millán O, Gonzalez M. Apendicitis Aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med Universidad Autónoma de Sinaloa; Vol. 10: No. 4. Octubre-Diciembre 2020. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n4/apendicitisaguda.pdf>
- 3 - Yegros-Ortiz CD, Lezcano Sarabia DA, Ferreira Bogado M, Montiel Alfonso MA, Cano González MR. Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda en el Servicio de Urgencias del Hospital Nacional de Itauguá en los años 2018 y 2019. Rev. Nac. (Itauguá). 2022;14(1):046.057
- 4.- Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Gran Quemado en Pediatría. MINSA. Unidad de Atención Integral Especializada al Paciente Quemado. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Octubre 2022.
- 5.- Reinoso Trujillo, K. A., Herrera Lozada, A. E., Suárez Concha, E. G., & Pacheco Mena, N. V. (2022). Actualización en el manejo de paciente quemado. RECIMUNDO, 6(4), 123-131. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.123-131](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.123-131)
- 6.- Repetto J, et al. Inducción al parto – Maduración cervical. Guía de Práctica clínica. División Urgencias. Hospital Materno Infantil Ramon Sardá. Buenos Aires, Argentina. 2019. Disponible en:

- https://www.sarda.org.ar/images/GPC_Induccion-Maduracion_cervical_HMIRS.pdf
- 7.- Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes y Gestación. Guía de Práctica Clínica para la Enfermedad tiroidea y gestación. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infección del Tracto Urinario en el embarazo. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Departamento de Gineco Obstetricia. Septiembre 2022.
 - 8.- Vargas, M; Mesén M. Generalidades de la pancreatitis aguda. Revista Médica Sinergia Vol.7, Núm.5, mayo 2022.
 - 9.- Phoenix G, Das S, Joshi M. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias médicas – Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba, Argentina 2018. Disponible en: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Diagn%C3%B3stico-y-tratamiento-de-la-celulitis.pdf>
 - 10.- Rodríguez JDG, Fernández LMR. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA INFANCIA. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:91-108. Asociación Española de Pediatría.
 - 11.- Farpón AG, Suárez CG, Segura CG. Malformaciones nefrourológicas. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Pediatr Integral 2017; XXI (8): 498–510
 - 12.-Troche AV, Araya S. Infección urinaria: un problema frecuente en Pediatría. Revisión de la literatura. Pediatría (Asunción). 23 de octubre de 2018;45(2):165-9.
 - 13.- Granero M. El niño que convulsiona: enfoque y valoración desde Atención Primaria. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario. Fundación Alcorcón. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/209_el_nino_que_convulsiona_ma_martinez_granero.pdf
 - 14.- Guía de Práctica Clínica de Neumonía bacteriana, neumotórax e Infección del Tracto Urinario (IUT). Hospital Nacional Docente Madre Niños San Bartolomé. Versión III-2015. Disponible en:

<http://sieval.sanbartolome.gob.pe/Transparencia/publicacion2015/pediatrica/rd0039->

2015%20guias%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20de%20neumolog%C3%ADa%20pediatrica.pdf

- 15.-
- 15.- Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía en la niña y el niño / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral -- Lima: Ministerio de Salud; 2019.
- 16.- Fanta C, Cahill K. Acute exacerbations of asthma in adults: Home and office management. En: UpToDate, Dixon A, UpToDate, Waltham, MA. Accedido en abril de 2023.
- 17.- HSJL - Presentación [Internet]. Gob.pe. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/institucional/presentacion.html>