



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN HOSPITAL
NACIONAL DOS DEL MAYO Y SERGIO E. BERNALES
DURANTE JUNIO 2022 – MARZO 2023**

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

PRESENTADO POR

**EVA PILAR ARELLAN ALZAMORA
ROLANDO MOISES OCEJO ALTEZ**

**ASESOR
ERIK CRUZ MAMANI**

**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 MEDICO EN HOSPITAL
NACIONAL DOS DEL MAYO Y SERGIO E. BERNALES DURANTE
JUNIO 2022 – MARZO 2023**

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

**PRESENTADO POR
EVA PILAR ARELLAN ALZAMORA
ROLANDO MOISES OCEJO ALTEZ**

**ASESOR
MED. ERIK CRUZ MAMANI**

LIMA – PERU

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Eva y Rolando

A nuestros padres con su amor y
Que con esfuerzo han permitido concluir
Nuestros estudios profesionales

ÍNDICE

RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
1.1. Rotación en Pediatría	3
1.1.1. Caso clínico nº. 1: Bronquiolitis	3
1.1.2. Caso clínico nº. 2: Diarrea acuosa aguda con Deshidratación severa	4
1.1.3. Caso clínico nº 3: Enfermedad De Ebstein	5
1.1.4. Caso clínico nº 4: Enfermedad Mano, Pie, Boca	6
1.2. Rotación en Ginecología-Obstetricia	7
1.2.1. Caso clínico nº 1: Preeclampsia con signos de severidad	7
1.2.2. Caso clínico nº. 2: Aborto Incompleto	8
1.2.3. Caso clínico nº. 3: Gestante en fase expulsivo	9
1.2.4. Caso clínico nº. 4: Síndrome de Ovario Poliquístico	10
1.3. Rotación en Cirugía General	10
1.3.1. Caso clínico nº. 1: Apendicitis aguda necrosada	10
1.3.2. Caso clínico nº. 2: Colecistitis aguda	11
1.3.3. Caso clínico nº. 3: Hernia umbilical	12
1.3.4. Caso clínico nº. 4: Mordedura de perro	13
1.4. Rotación en Medicina Interna	14
1.4.1. Caso clínico nº. 1: Neumonía adquirida en la comunidad	14
1.4.2. Caso clínico nº. 2: Pancreatitis	15
1.4.3. Caso clínico nº. 3: Pie diabético	16
1.3.4. Caso clínico nº. 4: Accidente cerebro vascular isquémico	17

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	19
2.1. Hospital Nacional Dos de Mayo	19
2.2. Hospital Sergio E. Bernales	19
CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL	20
3.1. Rotación en Pediatría	20
3.1.1. Caso clínico nº. 1: Bronquiolitis	20
3.2.2. Caso clínico nº. 2: Diarrea acuosa aguda con deshidratación severa	20
3.1.3. Caso clínico nº 3: Enfermedad De Ebstein	21
3.1.4. Caso clínico nº 4: Enfermedad Mano, Pie, Boca	22
3.2. Rotación en Ginecología-Obstetricia	22
3.2.1. Caso clínico nº.1: Preeclampsia con signos de severidad	22
3.2.2. Caso clínico nº. 2: Aborto Incompleto	23
3.2.3. Caso clínico nº. 3: Gestante en fase expulsivo	24
3.2.4. Caso clínico nº. 4: Síndrome de Ovario Poliquístico	25
3.3. Rotación en Cirugía General	26
3.3.1. Caso clínico nº. 1: Apendicitis aguda necrosada	26
3.3.2. Caso clínico nº. 2: Colecistitis aguda	26
3.3.3. Caso clínico nº. 3: Hernia umbilical	27
3.3.4. Caso clínico nº. 4: Mordedura de perro	28
3.4. Rotación en Medicina Interna	29
3.4.1. Caso clínico nº. 1: Neumonía adquirida en la comunidad	29
3.4.2. Caso clínico nº. 2: Pancreatitis	29
3.4.3. Caso clínico nº. 3: Pie diabético	31
3.4.4. Caso clínico nº. 4: Accidente cerebro vascular isquémico	31
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	35

RECOMENDACIONES	36
FUENTES DE INFORMACIÓN	37
ANEXOS	39

RESUMEN

La carrera de medicina humana en Perú tiene una duración de siete años, en el último año se realiza el Internado Médico. Consta de 4 rotaciones ginecología-obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna. Durante el Internado se busca consolidar los conocimientos adquiridos durante los 6 años de estudio previo. El Internado Médico es una de las experiencias más enriquecedoras para la formación académica de un médico, además del desarrollo de la relación médico paciente

En el presente trabajo se presentará 4 casos clínicos por cada especialidad, los cuales se realizaron en 2 hospitales del MINSA: Hospital Nacional Hospital Dos de Mayo y Hospital Sergio E. Bernales durante junio de 2022 hasta marzo del 2023.

La virtualización académica provocada por la pandemia del COVID-19 durante los dos últimos años de formación previo al internado, provocaron deficiencias importantes en el desenvolvimiento práctico durante el Internado Médico. A pesar de ello se concluye que esta ha sido una herramienta fundamental para consolidar y perfeccionar conocimientos, actitudes y habilidades del desenvolvimiento profesional como futuros médicos.

El objetivo del presente trabajo es demostrar nuestra experiencia como internos de medicina, evidenciando las competencias alcanzadas durante una rotación de 5 meses en hospitales del MINSA.

Palabras clave: Casos Clínicos, Internado Médico, sedes hospitalarias, enfermedades

ABSTRACT

The human medicine career in Peru has a duration of seven years, in the last year the Medical Internship is performed. It consists of 4 rotations: gynecology-obstetrics, pediatrics, general surgery and internal medicine. During the internship, the aim is to consolidate the knowledge acquired during the 6 years of previous study. The Medical Internship is one of the most enriching experiences for the academic training of a physician, in addition to the development of the doctor-patient relationship.

In this paper we will present 4 clinical cases for each specialty, which were performed in 2 hospitals of MINSA: Hospital Nacional Hospital Dos de Mayo and Hospital Sergio E. Bernales during June 2022 to March 2023.

The academic virtualization caused by the COVID-19 pandemic during the last two years of training prior to the internship, caused important deficiencies in the practical development during the Medical Internship. In spite of this, it is concluded that this has been a fundamental tool to consolidate and improve knowledge, attitudes and skills for professional development as future physicians.

The objective of the present work is to demonstrate our experience as medical interns, showing the competencies achieved during a 5-month rotation in MINSA hospitals.

Key words: Clinical Cases, Medical Internship, hospital sites, diseases.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO
EN HOSPITAL NACIONAL DOS DEL MAY
O Y SERGIO E. BERNALES DURANTE JUN
I**

AUTOR

EVA PILAR ARELLAN ALZAMORA

RECUENTO DE PALABRAS

12244 Words

RECUENTO DE CARACTERES

68446 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

57 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.8MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 10:53 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 10:54 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Med. Erik cruz mamani

<https://orcid.org/0000-0003-4333-3983>

INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana en Perú tiene una duración de siete años. En el último año de carrera se realiza el Internado Médico. Mediante el Informe nº 187-2022-DIFOR-DIGEP/MINSA(1) de la Dirección General de Personal de la Salud expresa la aprobación del desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud, el cual tiene por finalidad fortalecer la conducción de la articulación docente asistencial, durante el desarrollo de prácticas y actividades del Internado en Ciencias de la Salud, las cuales son realizadas por las universidades y sus estudiantes, en diversos establecimientos de salud competentes de acuerdo con los requerimientos del Sistema Nacional de Salud y las políticas nacionales(1).

Durante el Internado Médico se busca consolidar los conocimientos adquiridos durante los 6 años de estudio previo. El internado Médico consta de 4 rotaciones importantes: Medicina interna, Pediatría, Cirugía general y Ginecología-Obstetricia. El internado previo a la pandemia causada por el virus SARV-CoV-2, se realizaba en hospitales del MINSA, ESSALUD, fuerzas armadas o clínicas particulares, tenía una duración de 12 meses, por lo que cada rotación duraba 3 meses. Posterior a la pandemia hubo muchos cambios como el inicio y la duración del internado. En nuestra experiencia, el Internado Médico inicio el 1 de junio del 2022 y culminó en marzo del año 2023, tuvo una duración de 10 meses, los cuales se dividieron 5 meses en hospitales y 5 meses en Centros de salud. Además Mediante el Decreto Supremo N°020-2002-EF, se fijó una compensación remunerativa mensual para los internos de Medicina humana de 400 soles (1).

Los autores del presente informe realizamos el internado en 2 hospitales diferentes. Un autor lo realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo y el otro autor en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Previo al inicio del internado se realizó una inducción realizada por cada hospital correspondiente a cada autor. Además, cada hospital solicitaba certificado médico y de salud mental, carnet de vacunación de Hepatitis B, serológico para sífilis y examen de PPD.

El Internado Médico es una de las experiencias más enriquecedoras para la formación de un médico, además de la formación académica, también se desarrolla la relación médico paciente.

Al culminar el internado, para poder obtener el título de Médico Cirujano en Perú, se puede optar por realizar el Trabajo de Suficiencia Profesional. Esta modalidad es brindada por la oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres (Resolución Rectoral N° 666-2022-CU-R-USMP)(2). El cual evidencia las competencias teóricas y prácticas profesionales adquiridas durante el internado médico.

En el presente trabajo tenemos como objetivo demostrar nuestra experiencia como internos de medicina, evidenciando las competencias alcanzadas durante una rotación de 5 meses en hospitales del MINSA. Una diferencia marcada en comparación con el internado que se realizaba años previos, el cual consideramos que es una deficiencia para la formación de un médico peruano.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Pediatría

1.1.1 Caso clínico n°. 1: Bronquiolitis

Relato: Paciente lactante de 8 meses ingresa por emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, con tiempo de enfermedad de 10 horas caracterizado por tos abundante, rinorrea, llanto inconsolable y agitación al respirar. Refiere que 3 días antes del ingreso curso con rinorrea y congestión nasal. Vacunas completas de acuerdo a calendario de vacunación, niega hospitalizaciones previas.

Antecedentes perinatales:

Madre 38 años, G2P2002, 7 CPN, ex serológicos no reactivos, examen de orina negativo. No antecedentes patológicos de importancia.

Antecedentes natales: parto eutócico en C.S Santa Luzmila II. Peso al nacer: 3108 gr., talla: 52 cm, perímetro cefálico: 33 cm, APGAR 9-9, Edad gestacional: 38 semanas, líquido amniótico claro, alta conjunta con mamá.

Peso: 7kg **Talla:** 65 cm

Funciones vitales: FC 134 lpm, FR 47 rpm, T° 36.9 ° C, SatO₂: 95%

Examen físico: Piel y Faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos. No cianosis. Fosas nasales con abundante rinorrea. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes inspiratorios y espiratorios difusos a predominio en ambas bases. No uso de músculos accesorios. Resto de examen físico sin alteraciones

Exámenes de laboratorio: Plaquetas: 189000. Leucocitos: 7800 sin desviación a la izquierda. Urea, creatinina en valores normales.

Rx de tórax: se evidencia patrón en rayos de sol, horizontalización de costillas y radiolucides incrementada en ambas bases.

Diagnóstico: Bronquiolitis leve . Puntuación de escala de Bierman y Pierson fue 5 puntos.

Plan: Se indica aspiración de secreción nasal, Nebulización con solución salina al 0.9 %. Administras O₂ si SatO₂ <= a 92%. Uso de paracetamol condiciona a fiebre.

Se revaluó al paciente mejorando las funciones vitales, con una frecuencia respiratoria de 31, ausencia de tirajes y disminución de los sibilantes, saturando 97%.

1.1.2. Caso clínico nº. 2: Diarrea acuosa aguda con Deshidratación severa

Relato: Lactante masculino de 7 meses, presenta desde hace 24 horas 7 deposiciones semilíquidas sin moco, ni sangre. Asociado a 2 episodios de vómitos de contenido alimenticio. Madre refiere notar al menor irritable y refiere incremento de sueño. Motivo por el cual lleva a su hijo al Hospital Nacional Dos de Mayo.

Peso: 6kg **Talla:** 68 cm

Antecedentes perinatales: Madre 49 años, G4P3013, 6 CPN, ex serológicos no reactivos, examen de orina negativo. Mamá con *Diabetes Mellitus* tipo 2.

Antecedentes natales: parto por cesárea en Hospital nacional dos de mayo por antecedente de 2 cesáreas. Peso al nacer: 2970, talla: 50 cm, perímetro cefálico: 32 cm, APGAR 9-9, Edad gestacional: 39 semanas, líquido amniótico claro, alta conjunta con mamá.

Funciones vitales: FC 152 lpm, FR 36 rpm, T° 37.6°C, SatO2: 98%

Examen físico: Piel y Faneras: caliente, elasticidad disminuida, llenado capilar menor de 2 segundos. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no soplos audibles. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. No uso de músculos accesorios. Signo de pliegue presente de duración mayor a 2 segundos. mucosa oral seca y ojos hundidos. Resto de examen físico sin alteraciones

Exámenes de laboratorio: Plaquetas: 432000. Leucocitos: 9000 sin desviación a la izquierda. Urea:17 Creatinina:0.4 Electrolitos séricos en valores normales. Se solicita reacción inflamatoria, el cual sale positiva y se deja muestra de coprocultivo.

Diagnóstico: Diarrea Acuosa Aguda. Deshidratación Severa

Plan: Hospitalización e iniciar terapia de rehidratación parenteral con NaCl 0.9% 100 cc/kg. Ondansetrón condicional a vómitos.

En el segundo día de hospitalización se obtuvo el resultado de coprocultivo el cual indicó Rotavirus. Paciente con evolución favorable, ausencia de signos de deshidratación, es dado de alta con Zinc 20 mg al día.

1.1.3. Caso clínico nº. 3: Enfermedad De Ebstein

Relato: Neonato a término de 39 semanas por Capurro, sexo femenino, que ingresa por emergencia al Hospital Sergio E Bernales, procedente de C.S El Progreso. con 3 horas de vida. Motivo de referencia: dificultad respiratoria severa, con tiempo de enfermedad: 3 horas, forma de inicio: brusco, curso: progresivo.

Funciones vitales: SatO₂: 82% (FiO₂ 21%), FC: 168, FR: 75, T: 37. PA no evaluable en emergencia.

Antecedentes perinatales: Madre 43 años, P4004, 5 CPN, ex serológicos no reactivos, exámen de orina negativo. No registro de infecciones en último trimestre. No antecedentes patológicos de importancia.

Antecedentes natales: parto vaginal (C.S El Progreso), Peso al nacer: 2540, talla: 48cm, perímetro cefálico: 32.5cm, APGAR 6-7, Edad gestacional: 39semanas, líquido amniótico meconial espeso, circular simple ajustado. Recibió ventilación a presión positiva

Examen físico: Piel: cianosis generalizada, llenado capilar menor a 3 segundos. Tórax y pulmones: Tiraje subcostal/ intercostal, retracción subxifoidea, quejido espiratorio. Silverman Anderson: 6 puntos. Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos taquicárdicos,, soplo Holo sistólico III-IV/VI, multi focal, pulsos periféricos presentes. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no visceromegalia. Genitales: masculinos, testículos descendidos. Extremidades: simétricas, móviles. Neurológico: despierto, alerta, irritable, patrón de movimientos espontáneos normales, fontanela normotensa. Tono adecuado. Reflejos: succión (-), palmar (+), plantar (+)

Laboratorio: grupo y factor "O" +, Hemograma: no infeccioso. Creatinina: 1.37, urea. Perfil hepático normal, creatininkinasa Mb normal. AGA: acidosis respiratoria

Radiografía de tórax: estructuras óseas y blandas conservadas, 10-11 espacios intercostales, neumotórax derecho, cardiomegalia (Índice cardiorácico 0.9)

Diagnósticos: Recién nacido a término 39 semanas, síndrome de distres respiratorio, neumotórax derecho, d/c síndrome de aspiración de líquido meconial, d/c Cardiopatía congénita cianótica, Depresión moderada al nacer, d/C asfixia neonatal, sepsis neonatal temprana probable

Plan: Ingresa a UCI neonatal. Intubación endotraqueal+ ventilación mecánica. Colocación de tubo de Drenaje torácico. Radiografía de tórax control post procedimiento. Vigilar patrón respiratorio. Iniciar antibiótico terapia empírica (previa toma de hemocultivo). Interconsulta Cardiología + Ecocardiografía. Interconsulta Nefro pediatría

Ecocardiografía (1 día de vida): Enfermedad de Ebstein con índice de desplazamiento de válvula tricúspide 30%, atresia valvular pulmonar, PCA 3 mm, disfunción diastólica de ventrículo izquierdo.

Tratamiento: Hidratación endovenosa. Antibióticoterapia. Oxigenoterapia para saturación O₂: 75-85%. Manejo conjunto con Nefro pediatría, Cardio pediatría. Manejo de medio interno. Paciente cursa con evolución desfavorable, oligoanurico, con lesión renal aguda, hiponatremia moderada (sodio 129.4), realiza picos febriles al décimo día de vida. Inicia tratamiento antibiótico para sepsis neonatal tardía , con necesidad de ventilador mecánico hasta los 13 días de vida, posteriormente en ventilación espontánea con saturaciones 75-85%. A sugerencia de cardio pediatría no inicia prostaglandinas. Al momento de culminar la rotación de neonatología del presente autor, el paciente continuaba hospitalizado en UCI neonatal, ventilando con apoyo de CPAP, evolución tórpida, pronóstico reservado con alto riesgo de morbi mortalidad.

1.1.4. Caso clínico nº. 4: Enfermedad Mano, Pie, Boca

Relato: Escolar de 3 años, es traído por presentaF desde hace 3 días con congestiona nasal. 1 día antes del ingreso madre nota fiebre cuantificada de 38 °C, hiporexia, malestar general y ha notado unas lesiones tipo costrosas alrededor de la boca y la palma de manos y palma de los pies. Motivo por el que acude a emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Peso: 19kg **Talla:** 92 cm

Funciones vitales: FC 89 lpm, FR 22 rpm, T° 37.5°C, SatO₂: 98%

Examen físico: Menor irritable al examen físico. Piel y Faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, se evidencia lesiones múltiples lesión con vesículas umbilicadas y otras costrosas y alrededor de la boca, planta de manos y pies. Orofaringe: Se evidencia vesículas en paladar superior, asociado a sialorrea. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no

soplos audibles. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Resto de examen físico sin alteraciones

Diagnóstico: Enfermedad de mano, pie, boca

Plan: Es dado de alta. Se indica tratamiento sintomático con paracetamol condicional a fiebre, clorfenamina condicional a prurito. Además de notificación con ficha epidemiológica, notificación al colegio y aislamiento de menor por 7 días.

1.2. Rotación en Ginecología-Obstetricia

1.2.1. Caso clínico nº. 1: Preeclampsia con signos de severidad

Relato: Gestante de 41 años nulípara, en su segunda gestación de 37 semanas 3/7 por ecografía del primer trimestre. Ingresa por emergencias del Hospital Nacional Dos de Mayo, contaba con referencia del Centro de Salud San Cosme. Refiere que durante control prenatales, curso con cefalea holocraneada tipo opresivo de intensidad 5/10y presión arterial de 150/90. Niega epigastralgia, escotomas o tinitus, niega sangrado, niega pérdida de líquido, refiere percibir movimientos fetales

Antecedentes Obstétricos: G2P0010 (G1 aborto incompleto a las 10 semanas con legrado uterino en el año 2018 en el Hospital Nacional Dos de Mayo), controles prenatales 7. MAC: ninguno

Peso: 75 **Talla:** 1.60m

Funciones vitales: FC 86 lpm, FR 19 rpm, T° 36°C, PA: 158/92, SatO2: 98%

Examen físico: Piel y Faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos. No edema. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Abdomen: depresible, útero grávido, altura uterina de 36 centímetros, en longitudinal cefálica izquierda. Latidos cardiacos fetales: 132 lpm. Dinamica Uterina: ausente. Tacto vaginal: cérvix posterior, sin cambios. No sangrado activo, no se evidencia pérdida de líquido. Pelvis Ginecoide. Resto del examen físico sin alteraciones.

Exámenes de laboratorio: Glucosa capilar: 92 mg/dl, Hb: 10.4 mg/dl, Plaquetas: 182000. Leucocitos: 6300 sin desviación a la izquierda. Creatinina:1.1 TGO: 45 U/L. Examen de orina: proteínas ++/++. Proteína en orina 39 mg/dL.

Se vuelve a tomar la Presión Arterial y se encuentra en 160/90

Diagnóstico: Segundigesta Nulípara de 37 3/7 semanas por ecografía del primer trimestre. Preeclampsia con criterios de severidad, Anemia leve

Plan: Culminar con gestación, cesárea de emergencia. Inicio de antihipertensivo con nifedipino y sulfato de magnesio para prevenir convulsiones.

Se decidió terminar la gestación por cesárea, el informe operatorio reporta un tiempo operatorio de 01:03 horas, feto se encontraba en cefálico. Por Capurro se le asignó 38 semanas, con Apgar 9-9. En la evaluación post operatoria en URPA, hemodinámicamente estable, funciones vitales en rango normal, diuresis adecuada y reflejos osteotendinosos sin alteraciones. Al examen físico, útero contraído a nivel de cicatriz umbilical y herida operatoria cubierta con apósito limpio, no sangrado. Se le solicita hemoglobina y hematocrito control, los cuales estaban en rango normal. Pasa a hospitalización en el servicio de H2, donde presenta evolución clínica y laboratorial favorable. Motivo por el cual es dada de alta.

1.2.2. Caso clínico nº. 2: Aborto Incompleto

Relato: Paciente mujer de 20 años ingresa a emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, presenta dolor abdominal difuso de intensidad 7/10, asociado a sangrado vaginal asociado a coágulos hace 14 horas. Niega conocimiento de embarazo actual. Refiere retraso menstrual de 1 mes aproximadamente

Antecedentes médicos: niega

Antecedentes Ginecológicos: G0P000. Menarquia 13 años. Régimen Catamenial: 5/irregular. Uso de método anticonceptivo: niega. Inicio de relaciones sexuales 16 años. Número de parejas sexuales 3. Fecha de última regla: hace 1 mes (no está segura porque refiere ser irregular)

Peso: 68 **Talla:** 1.57m

Funciones vitales: FC 98 lpm, FR 18 rpm, T° 36.6°C, PA: 100/86, SatO2: 97%

Examen físico: Piel y Faneras: palidez +/+++ , llenado capilar menor a dos segundos. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Abdomen: ruidos hidroaéreos (+), a la palpación dolor abdominal a predominio de hemiabdomen inferior. Tacto vaginal: orificio cervical abierto, con evidencia de escaso sangrado activo con algunos coagulos.

Exámenes de laboratorio: Inicialmente se realiza un BHCG cuantitativa el cual sale positivo. Posterior a ello se obtiene Glucosa capilar: 102 mg/dl, Hb: 9.8 mg/dL, Plaquetas: 250 000. Leucocitos: 10700 sin desviación a la izquierda. Urea: y creatinina en valores normales.

Ecografía transvaginal: línea endometria heterogena de 16 mm. LCF ausentes.

Diagnóstico: Aborto incompleto. Anemia leve

Plan: Se indica hidratación parenteral de la paciente, se programa para AMEU

1.2.3. Caso clínico nº. 3: Gestante en fase expulsivo

Relato: gestante de 39 semanas ingresa por dolor en hemiabdomen inferior tipo contracción y pérdida de tapón mucoso 2 horas antes. Cuenta con tarjeta de control de su centro de salud, donde se indica que cuenta con exámenes serológicos negativos, 8 controles y vacunas completas. Paciente se encuentra en su tercera gestación, habiéndose presentado embarazos previos sin complicaciones. Niega sangrado, niega pérdida de líquido, refiere percibir movimientos fetales.

Antecedentes Patológicos: niega

Antecedente Ginecológico: G3P2002 (Ambas gestaciones a término, parto vagina en HNMD. Años: 2015 y 2019). MAC: niega

Peso: 72 **Talla:** 1.62m

Funciones vitales: FC 136 lpm, FR 20 rpm, T° 37.1°C, PA: 118/79, SatO2: 98%

Examen físico: Piel y Faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de dos segundos. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos audibles. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Abdomen: útero grávido, altura uterina 33cm, en longitudinal cefálico derecho. Tacto vaginal: Dilatación 8 cm, borramiento 95%, altura de presentación -1, pelvis ginecoide

Exámenes de laboratorio: Glucosa capilar: 81 mg/dl, Hb: 11.6, Plaquetas: 226000. Leucocitos: 10000 sin desviación a la izquierda. Urea: y creatinina normal. Serológicos (VIH, Sifilis y Hepatitis B) negativos

Diagnóstico: Multigesta de 39 semana. Primera etapa (dilatación) fase activa de trabajo de parto.

Plan: Vía salinizada, hidratación parenteral, pasa a centro obstétrico para culminar gestación por parto vaginal.

Llega a centro obstétrico, se reevalúa con tacto vaginal y evidencia que está en etapa expulsivo, por lo que ingresa directo a sala de partos. Posterior a ello se realiza el alumbramiento dirigido con oxitocina 10UI IM a la salida del hombro anterior del recién nacido. Además de la maniobra de Bran Andrews. Se culminó el parto eutócico sin complicaciones.

1.2.4. Caso clínico n°. 4: Síndrome de Ovario Poliquístico

Relato: Paciente de 18 años acude a consultorio externo del hospital Sergio E. Bernales, acompañada de su mamá. Refiere que hace 20 días no menstrua, refiere tener menstruaciones irregulares y que en el último año haber menstruado nueve veces. Además, madre menciona que hace cuatro meses nota acné en cara, el cual ha ido en aumento y pérdida de cabello excesivo.

Antecedentes: niega

Peso: 72 **Talla:** 1.53m **IMC:** 30.7

Funciones vitales: FC 78 lpm, FR 16 rpm, T° 36.3°C, PA: 100/70, SatO2: 99%

Examen físico: Piel y Faneras: tibia, elástica, hidratada, se evidencia hirsutismo en cara, llenado capilar menor de dos segundos. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos audibles. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Resto de examen físico normal

Ecografía: se evidencia 13 folículos con diámetro de 3 mm, en ovario izquierdo

Diagnóstico: Síndrome de ovario poliquístico

Plan: Se solicita perfil tiroideo, prolactina sérica, LH sérica y FSH sérica, mismo que tienen que ser realizados de manera particular por ausencia de reactivo en hospital. Se realiza diagnóstico de Síndrome de ovario poliquístico por lo que se inicia anticonceptivos orales combinados. Se indica reevaluación con resultados.

1.3. Rotación en Cirugía General

1.3.1. Caso clínico n°. 1: Apendicitis aguda necrosada

Relato: Paciente varón de 24 años que ingresa por emergencias del Hospital Nacional Sergio E Bernales con tiempo de enfermedad de 26 horas aproximadamente caracterizado por sensación de alza térmica no cuantificada, dolor abdominal intensidad 8/10, que migra de mesogastrio a fosa iliaca derecha,

asociado a hiporexia y un episodio de vómito. Además refiere haber sido tratado por familiar con analgésico oral.

Peso: 76 kg, **Talla:** 1.62 m; **IMC:** 29 %

Funciones vitales: FC 95 lpm, FR 19 rpm, T° 37.6°C, PA: 120/85, SatO2: 98%

Antecedentes de importancia: niega

Examen físico: Aparato Respiratorio: murmullo respiratorio pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación en hemiabdomen inferior a predominio de fosa ilíaca derecha. McBurney (+), Rovsing (+), signo ileopsoas (+)

Laboratorio: Proteína C reactiva: 8 mg/dl Leucocitos: 16 000 Abastionados: 4%, hb: 13.5 mg/dl

Diagnóstico: Abdomen agudo quirúrgico: a d/c Apendicitis aguda, Sobrepeso

Plan: Solicitar laboratorios prequirúrgicos (glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, perfil de coagulación, hemograma completo), se realiza EKG para riesgo cardiológico y riesgo anestesiológico. Con resultados se programa para apendicetomía laparoscópica de emergencia.

Hallazgos Operatorios: Apéndice cecal inflamado con área de necrosis en 1/3 distal, no perforado. Base indemne.

Paciente cursa con evolución favorable, tolero líquidos, elimina flatos, ausencia de náuseas, vómitos y fiebre. Motivo por el cual es dado de alta al segundo día post operación.

1.3.2. Caso clínico nº. 2: Colecistitis aguda

Relato: Paciente mujer de 37 años con antecedente de litiasis vesicular hace 5 meses diagnosticado por ecografía. Ingresó con tiempo de enfermedad de 14 horas con dolor en hipocondrio derecho de intensidad 8/10, asociado a sensación de alza térmica. Familiar refiere que el 1 día antes del ingreso ingirió comida alta en grasa (salchipapa de ambulante). Motivo por el que acude a emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Antecedentes médicos: Hipertensión Arterial hace 2 años en tratamiento regular con enalapril. Niega antecedentes quirúrgicos.

Peso: 63 kg, **Talla:** 1.53 m; **IMC:** 26.9 %

Funciones vitales: FC 105 lpm, FR 22 rpm, T° 38.3°C, PA: 126/95, SatO2: 98%

Examen físico: Piel y faneras: no ictericia, hidratada, caliente, llenado capilar menor a dos segundos. Aparato Respiratorio: murmullo respiratorio pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+), no signos de irritación peritoneal.

Laboratorio: hb: 12 mg/dl, Leucocitos: 18 500 Abastados: 4%, Proteína C reactiva: 12 mg/dl, Amilasa, lipasa y Bilirrubinas totales en rango normal. Urea, creatinina y perfil de coagulación en rango normal.

Ecografía: vesícula biliar con múltiples calculos en su interior. Pared engrosada de 6mm. Coledoco de 4mm.

Diagnóstico: Colecistitis aguda litiásica, Hipertensión Arterial por historia clínica

Plan: Solicitar laboratorios prequirúrgicos, se realiza EKG para riesgo cardiológico y riesgo anestesiológico. Con resultados se programa para Colecistectomía laparoscópica.

Hallazgos Operatorio: Vesícula biliar de 8x4cm, de paredes engrosadas, edematosa. No hay áreas de necrosis ni perforación. Conducto cístico de 4 mm. Colédoco de 5mm, Se comprobó presencia de múltiples cálculos en su interior, de aproximadamente 1,5cm cada uno.

En su post operatorio, tuvo evolución favorable, toleró líquidos y posterior a ello dieta blanda. No presento náuseas, vómitos, ni fiebre. Eliminó flatos, realizó deposiciones y fue dado de alta al segundo día con antibiótico vía oral (cefalexina) por 5 días.

1.3.3. Caso clínico nº. 3: Hernia umbilical

Relato: Paciente varón de 45 años, obrero de construcción civil con tiempo de enfermedad de 2 años acude por sensación de bulto a nivel umbilical que aumenta al esfuerzo, asociado a dolor en mesogastrio de intensidad 4/10. Acude a emergencia refiriendo dolor intenso 9/10 y refiere que masa a nivel umbilical ha cambiado de coloración 24 horas antes de ingreso por emergencias. Además refiere náuseas, sin episodio de vómitos. refiere a ausencia de deposiciones hace 2 días. Motivo por el cual acude a Emergencia del Hospital Nacional Sergio E Bernales

Antecedentes médicos: Hipertensión Arterial hace 5 años en tratamiento regular con losartan 50mg cada 24 horas. Niega antecedente quirúrgicos.

Peso: 84 kg, **Talla:** 1.65 m; **IMC:** 30.9 %

Funciones vitales: FC 76 lpm, FR 16 rpm, T° 37.1°C, PA: 116/76, SatO2: 99%

Examen físico: Piel y faneras: no ictericia, hidratada, tibia, llenado capilar menor a dos segundos. Aparato Respiratorio: murmullo respiratorio pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA disminuidos, blando, depresible, se evidencia masa a nivel umbilical, con anillo de 3 x 3 cm que protruye a maniobra de valsaba, no reductible, sin cambios de coloración a violacio en piel, no signos de irritación peritoneal. No se palpa globo vesical.

Laboratorio: Hb 14,1. Proteína C reactiva: 11.3mg/dl Leucocitos: 12300 abastoados: 2%. Electrolitos en rango normal. AGA sin alteraciones.

Diagnóstico: Hernia umbilical irreductible incarcerada, Hipertensión Arterial por Historia Clínica, Obesidad tipo 1

Plan: Solicitar laboratorios prequirúrgico, se realiza EKG para riesgo cardiológico y riesgo anestesiológico. Con resultados se programa para hernioplastia de emergencia.

Hallazgos Operatorio: Saco herniario de 2 x 2 cm en zona umbilical, con contenido de epiplón en su interior, sin áreas de necrosis

Paciente cursa con evolución favorable, es dado de alta al tercer día post operatorio.

1.3.4. Caso clínico nº. 4: Mordedura de perro

Relato: Paciente varón de 19 años, ingresa a Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo con tiempo de enfermedad de 2 horas, ingresa a emergencia con herida en tercio medio de pierna derecha por mordedura de perro callejero. Refiere dolor de intensidad 6/10. Niega perdida de conciencia, niega sangrado profuso.

Antecedentes médicos: Niega

Peso: 61 kg, **Talla:** 1.67 cm; **IMC:** 21.9 %

Funciones vitales: FC 72 lpm, FR 15 rpm, T° 36.7°C, PA: 110/74, SatO2: 99%

Examen físico: Piel y faneras: no ictericia, hidratada, tibia, llenado capilar, se evidencia solución de continuidad en tercio medio de pierna derecha de 2 x 2 cm

aproximadamente de bordes irregulares, no sangrado activo. Aparato Respiratorio: murmullo respiratorio pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Resto de examen físico sin alteraciones

Diagnóstico: Herida por mordedura canina

Plan: Lavado de herida. Se aplicar vacuna antitetánica. Se da de alta con amoxicilina ácido clavulánico y naproxeno. Además se indica acudir a centro salud para vacuna contra la rabia y curaciones diarias.

1.4. Rotación en Medicina Interna

1.4.1. Caso clínico nº. 1: Neumonía adquirida en la comunidad

Relato: Paciente de 70 años con tiempo de enfermedad de 3 días. Familiares refieren que paciente estaba con hiporexia y tos seca. 12 horas antes del ingreso cursa con sensación de falta de aire, asociado a cuadros febriles y tendencia al sueño. Motivo por el que es traído por familiares al Hospital Nacional Dos de Mayo

Antecedentes médicos: tuberculosis hace 10 años con tratamiento completo durante 6 meses, e hipertensión arterial con tratamiento regular con losartan 50 mg cada 24 horas.

Peso: 65 kg, **Talla:** 1.60 cm; **IMC:** 25.4%

Funciones vitales: FC 106 lpm, FR 23 rpm, T° 38.3°C, PA: 130/86, SatO2: 94%, Fio2 21%

Examen físico: Piel y faneras: no ictericia, hidratada, tibia, llenado capilar. Aparato Respiratorio: murmullo respiratorio pasa disminuido en base hemitórax derecho, se auscultan crepitantes difusos predominio de bases. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Resto de examen físico sin alteraciones

Rx de tórax: se evidencia patrón de consolidación en lóbulo inferior derecho.

Exámenes de laboratorio: Glucosa capilar: 86 mg/dl, Hb: 11.8, Plaquetas: 266000. Leucocitos: 13 000 con desviación a la izquierda. PCR: 6, Urea y creatinina en valores normales.

Diagnóstico: Neumonía adquirida en la comunidad. Anemia leve

Plan: Vía salinizada, ceftriaxona 1gr. Cada 12 horas, oxígeno en canula binasal a una saturación <94%. Hemograma y PCR control en 72 horas. Bk en esputo negativo. Losartan 50mg cada 24 horas

Paciente con evolución favorable, afebril, sin apoyo oxigenatorio recibe antibioticoterapia con ceftriaxona durante 7 días. Durante hospitalización tiene buen control de presión arterial. Hemograma y PCR control en rango normal en comparación al ingreso, es dado de alta.

1.4.2. Caso clínico nº. 2: Pancreatitis

Relato: Paciente varón de 43 años que ingresa con tiempo de enfermedad de 36 horas aproximadamente, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad 8/10, a nivel de epigastrio, el cual luego de unas horas se irradia hacia la espalda. Además refiere que 1 día antes del ingreso curso con deposiciones líquidas en 4 oportunidades sin moco sin sangre. El día del ingreso el dolor se incrementa, asociado a vómitos en 3 oportunidades de contenido alimentario. Niega sensación de alza térmica. Acude por emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Antecedentes médicos y quirúrgicos: niega

Peso: 74 **Talla:** 1.68 m **IMC:** 26.2 %

Funciones vitales: FC 97 lpm, FR 18 rpm, T° 36.2°C, PA: 128/83, SatO2: 96%

Examen físico: Piel y Faneras: ictericia +/+++ , tibia, elástica, hidratada, llenado capilar Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. Abdomen: dolor a la palpacion en epigastrio e hipocondrio derecho. Mc Burney (-) Murphy (-) Signo de Cullen (-).

Exámenes de laboratorio: Hb: 13.6mg/dl Hto: 37.8 Plaquetas: 187000, leucocitos 10 450 sin desviación de izquierda. Perfil de coagulación sin alteraciones. BT:2.2mg/dl BD:1.8mg/dl BI:0.4 mg/dl. TGO 54 TGP 39 FA:148 Amilasa: 1040 UI/L Lipasa:875 UI/L. Aga con PAFI mayor 420. Urea y creatinina en valores normales.

Ecografía: vesícula biliar con cálculos en su interior, colédoco de 6mm

Diagnóstico: Pancreatitis Aguda leve. Marshall 0 puntos. , BISAP: 0 puntos. Coledocolitiasis

Plan: NPO, hidratación vía endovenosa, analgesia con tramadol.

El paciente tuvo una evolución favorablemente, se decidió iniciar la dieta vía oral al siguiente día. Hubo mejora notable del dolor. Fue evaluado por gastroenterología, quien indicó colangiografía magnética, en la cual se evidenció un lito en 1/3 distal de colédoco. Motivo por el cual paso al servicio de gastroenterología para realización de CPRE.

1.4.3. Caso clínico nº. 3: Pie diabético

Relato: Paciente varón de 53 años de raza mestiza, acude con herida en dorso de pie derecho de 3 x 2 cm aproximadamente con tiempo de enfermedad de 3 semanas. Niega trauma en zona de herida. Refiere ser tratado empíricamente con medicina tradicional y ungüentos tópicos. Niega dolor alrededor de la herida y refiere parestesias esporádicas en pierna derecha. Acude a emergencia de Hospital Nacional Sergio E Bernales por presentar hace 3 días aumento de volumen en dorso de pie derecho. Además, nota secreción purulenta con mal olor.

Antecedentes: Diabetes mellitus hace 10 años en tratamiento irregular con metformina de 850 mg dos veces al día.

Peso: 84 **Talla:** 1.60m **IMC:** 32.8 %

Funciones vitales: FC 77 lpm, FR 18 rpm, T° 36.2°C, PA: 128/83, SatO2: 98%

Examen físico: Piel y Faneras: tibia, elástica, hidratada, solución de continuidad de 3 x 3 cm en dorso de pie derecho, con secreción purulenta, con olor fétido, edema fovea +/+++ . Con pérdida de sensibilidad y disminución de pulso pedio y tibial de extremidad derecha. Aparato Respiratorio: murmullo respiratorio pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, Resto de examen físico sin alteraciones

Exámenes de laboratorio: Glucosa capilar: 124 mg/dl, Hb: 12.8, Plaquetas: 356000. Leucocitos: 11 000 sin desviación a la izquierda. PCR: 7, Urea:23 Creatinina:0.60. Perfil lipídico: no patológico

Diagnóstico: Pie diabético PEDIS 3. Antecedente de Diabetes *Mellitus* tipo 2. Obesidad grado 1.

Plan: Antibiótico endovenoso con Meropenem y Vancomicina. Limpiezas diarias, analgesia. Ecografía Doppler arterial de miembro inferior. I/C a oftalmología para fondo de ojo. Control de glucosas seriadas.

Se obtiene resultados de ecografía Doppler: características conservadas sin signos de estenosis hemodinámicamente significativa. Además oftalmología descarta retinopatía diabética.

Se continua con antibioticoterapia endovenosa y curaciones diarias por 14 días. Paciente con evolución favorable, disminución marcada de signos de inflamación, además herida sin secreción purulenta. Bueno control de glucosas seriadas. Es dado de alta con antibiótico vía oral por 7 días más y derivado a la unidad de pie diabético por consultorio externo.

1.3.4. Caso clínico nº. 4: Accidente cerebro vascular isquémico

Relato: Paciente de 56 años que ingresa por emergencias con un tiempo de enfermedad de 2 horas caracterizado por disminución de fuerza muscular en brazo izquierdo y dificultad para la dicción, niega pérdida de conocimiento, niega caídas y uso de drogas.

Antecedentes médicos: diabético mal controlado, hipertenso sin tratamiento y fumador pesado

Peso: 78 kg, **Talla:** 1.63 cm; **IMC:** 29.4%

Funciones vitales: FC 95 lpm, FR 19 rpm, T° 36.5°C, PA: 160/104, SatO2: 98%

Examen físico: Piel y faneras: no ictericia, hidratada, tibia, llenado capilar. Aparato Respiratorio: murmullo respiratorio pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Cara: se evidencia desviación de sonrisa de lado izquierdo, disartria marcada. Miembro superior izquierdo: fuerza muscular 1/4, miembro inferior izquierdo fuerza muscular 1/4. Miembro superior e inferior fuerza muscular 4/4. Glasgow 14/15

Exámenes de laboratorio: Glucosa capilar: 138 mg/dl, Hb: 13.6, Plaquetas: 185000. Leucocitos: 8000 sin desviación a la izquierda. PCR: 0.8, Urea:22 Creatinina:0.4

TEM cerebral sin contraste: impresiona pequeña área hipodensa en recorrido de arteria cerebral media derecha. No signos de hemorragia

Diagnóstico: Accidente cerebro vascular isquémico

Plan: Se indica tratamiento fibrinolítico con alteplase y monitoreo de la presión arterial. Administrar oxigenoterapia si Sat O2 < 95%. Control de glucosa seriada.

Se realiza tomografía de control 72 horas después del episodio donde se evidencia con mayor claridad la zona de isquemia con áreas de hipodensidad, en la arteria cerebral media derecha. Se indica I/C a medicina física y rehabilitación.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se desarrolló en un contexto post pandemia por la covid-19, que provoco un declive económico evidente, la muerte de alrededor de 200000 personas en el Perú y una crisis política, que llevo en algún momento la suspensión de las actividades del internado.

Sumado a ello, los internos de medicina provenían de dos años de formación académica virtual que había limitado el desenvolvimiento practico de los mismos en especialidades de mucha importancia, como cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, sumado a las subespecialidades de la medicina interna.

2.1. Hospital Nacional Dos de Mayo

Se encuentra en el distrito de cercado de lima, remontando sus inicios a 1538 bajo el nombre de hospital Nuestra Señora de la Concepción, que luego migra en 1875 a llamarse con la actual nomenclatura absorbiendo al personal y pacientes del antiguo Hospital de San Andrés (3). En la actualidad pertenece a la DIRIS Lima Centro

2.2. Hospital Sergio E. Bernales

Se encuentra en el distrito de comas. En 1939 se dio su construcción como anexo del Hospital del Niño, siendo inaugurado en 1940 con capacidad para 100 camas, con el objetivo de tratar principalmente niños con tuberculosis (4). Adopta el nombre Sergio E. Bernales a propuesta de un especialista en honor a quien había sido guía de muchos galenos. En la actualidad pertenece a la DIRIS Lima Norte.

Dentro de las actividades que realizaron los autores del presente trabajo como internos se encontraban la realización de exposiciones semanas de temas específicos asignados aleatoriamente de acuerdo a un cronograma de actividades académicas En los pisos de hospitalización de los distintos servicios los internos están encargados de la evolución diaria, la limpieza y curación de heridas, así como asistir a sus médicos residentes asignados en la realización de algún procedimiento. En emergencias, los internos están encargados de la toma de funciones vitales, el llenado de la historia clínica toma de gases arteriales (AGA), el llenado de las solicitudes de laboratorio y recetas bajo supervisión del médico residente o especialista. Estas actividades se daban en turnos de 12 horas correspondientes a una guardia día y una guardia noche semanal.

CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Pediatría

3.1.1. Caso clínico n.º. 1: Bronquiolitis

La bronquiolitis aguda es la infección de tracto respiratorio bajo más común en población pediátrica, su diagnóstico es fundamentalmente clínico(5), se caracteriza por ser el primer episodio de tos acompañado con sibilante y/o otros estertores. El agente etiológico más común es el virus sincitial respiratorio (VSR)(6), presente en 70% de los casos.

En el presente caso clínico se evidencia un cuadro de bronquiolitis, con antecedente de un cuadro catarral tres días antes del ingreso con sibilante, que de acuerdo al score de Bearman y Pierson se encuentra en 5 puntos y la escala de severidad de ESBA en 5 puntos (ver anexo 1), por lo que concluiríamos que se trata de una bronquiolitis leve sin criterios de ingreso a UCI. Es importante reconocer los criterios de hospitalización, siendo estos: edad menor de tres meses, apnea, saturación de oxígeno menor-igual 92%, no tolerancia oral, presencia de dificultad respiratoria como tirajes y presencia de comorbilidades como cardiopatías.

De acuerdo a la guía práctica del MINSA, se recomienda nebulización con suero fisiológico cada 20 minutos, en tres oportunidades, manejo de secreciones y administrador oxígeno suplementario si saturación es menor-igual de 92%. No recomendándose el uso de broncodilatadores ni corticoides como tratamiento de primera línea en niños menores de dos años.

En el presente caso, el paciente cumplía criterios de hospitalización. Tras la nebulización con suero fisiológico, el paciente presentó mejoría clínica por lo que fue dado de alta explicándole a los familiares los signos de alarma como presencia de dificultad respiratoria, dificultad para la lactancia, vómitos frecuentes, persistencia de fiebre a pesar de tratamiento y alteración del sensorio(6).

3.2.2. Caso clínico n.º. 2: Diarrea acuosa aguda con deshidratación severa

La diarrea según la OMS se define como el incremento de la frecuencia de deposiciones (3 o más) con una disminución de la consistencia, se clasifica en aguda cuando duran menos de dos semanas, y crónica si el periodo es mayor a cuatro semanas (7).

Es importante identificar las características de las deposiciones, como la presencia de moco y/o sangre para diferenciarla entre un cuadro disentérico o acuoso, característicos de determinados agentes etiológicos. Siendo el rotavirus el agente más frecuente en menores de dos años.

La deshidratación es la principal complicación aguda de la diarrea, siendo los signos principales fontanela deprimida, mucosa oral seca, ojos hundidos con disminución o ausencia de lágrimas, taquicardia, oliguria, llenado capilar lento y trastorno del sensorio. En base a los signos de deshidratación observados en el examen y los signos vitales (ver anexo 2) se clasifica como leve, moderada y severa (8).

El paciente presenta mucosa oral seca, signo de pliegue mayor a dos segundos, paciente irritable con tendencia al sueño y ojos hundidos. Por lo que, estaríamos frente a una diarrea aguda acuosa con signos de deshidratación severa sin shock, el cual de acuerdo con la guía del MINSA se debe iniciar el plan C.

El manejo es hospitalario, se inicia con hidratación parenteral con suero fisiológico al 0.9% a 100 ml por kg de peso, aplicando 30 ml por kg de peso en la primera hora y completando el resto en las siguientes cinco horas(8). Se deben monitorizar los signos vitales del paciente y el control de la diuresis hasta que el paciente revierta los signos de deshidratación, para migrar a la fase de mantenimiento con suero de rehidratación oral e inicio de tolerancia de alimentos.

3.1.3. Caso clínico nº 3: Enfermedad De Ebstein

La enfermedad de Ebstein es una cardiopatía cianótica congénita caracterizada por disminución del flujo sanguíneo pulmonar. Provocado la por la auriculización de parte del ventrículo derecho y regurgitación de la válvula tricúspide(9). Este defecto es poco común teniendo una incidencia aproximada de 1 en 20000 nacidos vivos(9).

En este caso el paciente ingresa por dificultad respiratoria severa con tres horas de vida y coloración cianótica de la piel, así como saturación de oxígeno baja y distrés respiratorio severo. Por lo que el manejo en este caso debe ser agresivo en una unidad de cuidado intensivos neonatal con manejo total de la vía aérea a través de ventilación mecánica, y exámenes ecográficos que confirmen la afectación cardíaca.

El manejo del paciente debe incluir la hidratación y antibioticoterapia por la alta probabilidad de sobre agregación de infección bacteriana. Asimismo, se debe reconocer la alta tasa de morbimortalidad por afectación de órganos subyacentes. En este caso el paciente cursa con una evolución desfavorable que lo torna a un estado oligúrico, aunque con mejoría tórpida de la ventilación que permite retirar el ventilador mecánico y pasar a CPAP.

3.1.4. Caso clínico nº 4: Enfermedad Mano, Pie, Boca

La enfermedad mano, pie y boca es causada por un grupo de enterovirus, siendo el más frecuente coxsackie A 16. Es altamente contagiosa y frecuente en niños mayor de 6 meses y menores de 5 a 7 años. Clínicamente se caracteriza por la presencia de lesiones(10).

Tiene un periodo de incubación de 4 a 6 días, altamente contagiosa mediante transmisión persona a persona por contacto directo. En el caso clínico se presenta un niño de 3 años que acude al nido y probablemente esa haya sido la fuente de contagio. Es por ello que el paciente debe de ausentarse de su centro de estudio por lo menos 7 días.

Es una enfermedad benigna autolimitada, el cual sólo se da tratamiento sintomático como para la fiebre, prurito y aliviar el dolor.

En marzo del 2022, debido al incremento de casos notificados en diversas regiones del Perú, se mandó una alerta epidemiológica, en la cual se indicó llenar una ficha de investigación clínico epidemiológico de los casos que se diagnostiquen de enfermedad mano, pie y boca. (Anexo 3). El cual fue llenado en el caso clínico mencionado(11).

Finalmente es importante las medidas preventivas como lavado de manos, evitar tocarse la nariz, ojos y aislar casos identificados por 7 a 10 días
s cutáneas maculopapulares, exantemáticas y vesículas umbilicadas en manos, pies, brazos, piernas, glúteos y en mucosa oral. También puede cursar con malestar general, fiebre y linfadenopatías.

3.2. Rotación en Ginecología-Obstetricia

3.2.1. Caso clínico nº.1: Preeclampsia con signos de severidad

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo progresivo e irreversible que afecta múltiples sistemas, su incidencia fluctúa entre el 10 y 15% de gestantes

hospitalizadas(12). El diagnóstico se da por hipertensión asociado a proteinuria, teniendo como punto de corte de la presión sistólica encima de 140 mmHg y/o diastólica mayor de 90mmHg tomadas en dos ocasiones con un intervalo de cuatro horas o una medición aleatoria de la presión sistólica por encima de 160 mmHg y/o diastólica mayor de 110 mmHg. Mientras que la proteinuria se define como la excreción de proteínas en orina de 24 horas mayor a 300 mg, siendo de utilidad el cociente proteinuria sobre creatinuria.

Los criterios de severidad de la preeclampsia son presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 110 mmHg en dos ocasiones en cuatro horas, trombocitopenia menor a 100000, incremento de enzimas hepáticas al doble de su basal, creatinina mayor a 1.1 mg/dl, edema pulmonar y cefalea persistente o cambios visuales.

En este caso tenemos una gestante añosa que cursa con preeclampsia con los siguientes criterios de severidad, siendo la presión sistólica mayor o igual de 160mmHg y la creatinina encontrándose en el 1.1 mg/dl.

Siendo el tratamiento culminar la gestación, preferiblemente por vía vaginal cuando las condiciones así lo permitiesen. Sin embargo, en este caso, dadas las condiciones del cuello y la premura por culminar la gestación, se indicó cesárea de emergencia, el inicio de tratamiento antihipertensivo con nifedipino y neuro protección con sulfato de magnesio.

Culminar con gestación, cesárea de emergencia. Inicio de antihipertensivo con nifedipino y sulfato de magnesio para prevenir convulsiones. En este caso el producto nació con un Apgar ideal, no hubo complicaciones durante la cirugía y la evolución de la madre fue favorable.

3.2.2. Caso clínico nº. 2: Aborto Incompleto

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se provocan alrededor de 73 millones de abortos en todo el mundo. El 61% de los embarazos que son no deseados se interrumpen voluntariamente (13).

El aborto es la interrupción de la gestación antes de las 22 semanas o un peso menor de 500 gramos, o una longitud menor de 25 cm. La etiología más frecuente de los abortos espontáneos son las cromosopatías (14).

Primero debemos diferenciar entre una amenaza de aborto y aborto. La primera, es dolor abdominal con o sin sangrado antes de las 22 semanas, pero sin cambios cervicales. Esa es la principal diferencia ya que en el aborto en orificio cervical interno se encuentra dilatado. El aborto en curso puede ser inminente si es que la membrana esta integra, o inevitable si es que están rotas. El aborto consumado puede ser incompleto si es que hay expulsión parcial de restos embrionarios y completo si es que la expulsión fue total (14).

El caso clínico presentado es sobre una mujer de 20 años, quien acude a emergencia por dolor abdominal difuso asociado a sangrado vaginal, quien indicano saber si está en estado de gestación. Es por ello que lo primero que se tiene que hacer es confirmar el embarazo con la prueba BHCG, el cual sale positivo. Al examen físico paciente termodinámicamente estable, se evidencia dilatación de orificio cervical interno por lo que descartamos una amenaza de aborto. Para el diagnóstico es necesario se hace una correlación entre el cuadro clínico y la ecografía transvaginal, en la cual se evidencia útero con contenido en su interior heterogéneo de 16mm sin presencia de latidos cardiacos fetales, por lo que concluimos que el diagnóstico es aborto incompleto.

En cuanto al tratamiento es hospitalario y hay 2 opciones: realizar un legrado o la aspiración manual endouterina. Para realizar el legrado el paciente debe de estar hemodinámicamente estable y tener menor o igual 12 semanas de gestación.

3.2.3. Caso clínico nº. 3: Gestante en fase expulsivo

La OMS define como la fase activa del trabajo de parto a la situación donde se constatan contracciones uterinas dolorosas y regulares de buena intensidad, duración y tono con un acortamiento importante del cuello cervical, con dilatación mayor o igual de 5cm (15). Se considera que la gestante entra en fase expulsiva cuando se ve la cabeza del bebe o la dilatación es completa, existiendo dos fases: la pre-expulsiva se da cuando la dilatación se completa, pero la mujer no tiene la necesidad de pujar, por lo que se recomienda el manejo expectante hasta que la cabeza descienda. Mientras que la fase expulsiva activa la mujer tiene la necesidad de empujar al bebe con cada contracción, percibiendo una fuerte presión en la zona del recto y la sensación de necesidad de ir al baño(14).

En este caso, estamos frente una multigesta de 39 semanas que ingresa a emergencias en fase pre-expulsiva de trabajo de parto por lo que pasa a centro obstétrico para culminación de gestación y luego se le realiza alumbramiento dirigido con uso de oxitocina intramuscular, siendo catalogado como un parto eutócico sin complicaciones. Al respecto, es importante un adecuado seguimiento mediante controles prenatales suficientes y efectivos, así como la adecuada extracción de la placenta y el seguimiento de la involución uterina.

3.2.4. Caso clínico nº. 4: Síndrome de Ovario Poliquístico

El síndrome de ovario poliquístico es una disfunción endocrino-metabólica, de etiología multifactorial. Para realizar el diagnóstico, es necesario conocer los criterios diagnóstico de Rotterdam, los cuales son 3. El hiperandrogenismo evidenciado como el aumento de la testosterona libre o de la proteína ligadora de testosterona, el cual se comprueba mediante exámenes de laboratorio, pero se puede evidenciar clínicamente al examen físico con el hirsutismo, acné, alopecia, voz grave. El segundo criterio es la oligomenorrea o amenorrea (Menos de 8 menstruaciones en 1 año o ausencia total de menstruación). El último criterio es la presencia mediante ecografía de ovarios poliquísticos. Debe tener de 12 o más folículos en cada ovario con una medida entre 2 a 9 mm o un volumen ovárico mayor de 10 ml(16).

En cuanto al manejo, depende de diversos factores, pero principalmente del deseo de concepción de la paciente. Pero en todos los escenarios, el cambio de estilo de vida es el primer paso que se debe de realizar, aumentando el ejercicio físico y mejorando la dieta con restricción calórica. Lo que también llevara a una disminución del peso. Es muy importante realizar tamizaje de *Diabetes Mellitus* tipo 2, ya que aumenta el riesgo de 2 a 5 veces más de desarrollarlo en el futuro(16). Si se evidencia que hay hiperinsulinismo se puede iniciar el uso de metformina.

El caso clínico presentado es sobre una mujer de 18 años con clínica de hiperandrogenismo, oligomenorrea y criterios ecográficos sugerentes de ovarios poliquísticos. Por lo que se le realiza el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. En este caso es una paciente joven, el cual no tiene interés de concepción, por lo que se puede optar por el uso de anticonceptivos orales

combinados. Para el manejo del hirsutismo se puede usar los anticonceptivos orales combinados que contienen ciproterona o añadirle espironolactona(16).

3.3. Rotación en Cirugía General

3.3.1. Caso clínico nº. 1: Apendicitis aguda necrosada

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más frecuente, teniendo mayor incidencia en adultez joven, teniendo un riesgo de presentarla alrededor de 7% durante algún momento de la vida (17).

La apendicitis puede clasificarse como complicada y no complicada. Siendo la primera fase conocida como catarral o congestiva por la inflamación de la mucosa, mientras la fase flemonosa se puede evidenciar ulceración de la mucosa. Por otro lado, esta puede migrar a una apendicitis complicada descrita por las fases purulenta y gangrenosa o perforada donde suele acompañarse de una peritonitis localizada o generalizada(18). El diagnóstico de esta patología suele ser clínico, caracterizado por la triada de Murphy que se caracteriza por la secuencia de dolor, náuseas o vómitos y fiebre que se instaura en 12 a 24 horas, el dolor suele migrar y ubicarse a predominio de fosa iliaca derecha típicamente(18). El Gold estándar de diagnóstico es la TEM abdominal con contraste, sin embargo, el examen inicial que suele solicitarse es la ecografía, misma que presenta una sensibilidad limitada, pero ayuda en el descarte de otras patologías.

El presente caso trata de un paciente con la clínica característica, con tiempo de enfermedad de 26 horas, lo que presume se tratase de una apendicitis complicada sin peritonitis, paciente cumple con 9 puntos en la escala de Alvarado, por lo que se programa directamente para SOP. Paciente tolera acto quirúrgico, tolera la deambulación 10 horas postoperado, tolera líquidos y sólidos, por lo que es dado de alta al segundo día.

3.3.2. Caso clínico nº. 2: Colecistitis aguda

Una complicación frecuente de la colelitiasis es la colecistitis aguda. Para realizar el diagnóstico de colelitiasis es importante reconocer los criterios de Tokio. El cual consta de 3 criterios A, B y C. A son los signos de inflamación local como dolor, masa o rebote en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo. B consta de signos de inflamación sistémica: clínicamente se puede evidenciar con fiebre o mediante laboratorio con leucocitosis o PCR elevado. El último criterio (C), es un

hallazgo imagenológico como engrosamiento de pared mayor a 4 mm, vesicular biliar agrandada (más de 8 cm de largo y más de 4 cm de ancho). Para hacer el diagnóstico sospechoso de colecistitis aguda se requiere de un ítem de A más B. Para el diagnóstico definitivo se necesita un ítem de A, B y C(19).

El caso clínico presenta a una mujer de 37 años con diagnóstico hace 5 años de litiasis vesicular. Con clínica de dolor en hipocondrio derecho, fiebre y Murphy positivo. Además de leucocitosis y PCR elevado. En la ecografía se evidencia pared engrosada mayor de 4mm. Mediante los criterios de TOKIO 2018, se realiza el diagnóstico definitivo de colecistitis aguda, ya que cuenta con un ítem de los criterios A, B y C

Es importante identificar el grado de severidad, para ello utilizamos los siguientes criterios (anexo 6). El paciente presentado estaba hemodinámicamente estable, sin falla de algún órgano. Por la leucocitosis mayor a 18 000, se le cataloga como una colecistitis moderada, la cual se debe de iniciar antibióticos y programar para colecistectomía laparoscópica de emergencia.

3.3.3. Caso clínico nº. 3: Hernia umbilical

Las hernias umbilicales corresponden entre el 4 y 13% de las hernias de pared abdominal (20), suele darse entre la quinta y sexta década de vida con mayor frecuencia. Estas pueden ser congénitas o adquiridas, mismas que son la mayoría de estas (90%). En pacientes que presentan una mayor presión intraabdominal como obesos, cirróticos con ascitis y gestantes, junto algunas alteraciones metabólicas aumentan la probabilidad de presentar esta patología.

En caso de las hernias congénitas, se puede evidenciar la carencia de tejido celular subcutáneo, mientras que en los adultos, las hernias adquiridas suele evidenciarse como una masa reductible que protruye por la cicatriz umbilical. Al crecer, las hernias umbilicales tienden a distender la piel del obliquo y causar atrofia de piel con ulceraciones(20).

El diagnóstico suele ser clínico, aunque en pacientes con hernias recidivantes u obesidad se puede hacer uso de tomografía o ecografía. Las hernias pueden clasificarse como no complicadas, cuando puede reducirse y complicadas cuando son incoercibles. Asimismo, el atrapamiento de una víscera en el anillo inguinal es una de las principales causas de obstrucción intestinal.

En este caso, el paciente presenta una hernia umbilical incarcerada, no reductible, con atrapamiento de epiplón y produce cambio de la coloración en piel, por lo que es programado para hernioplastia de emergencia, posteriormente cursa con evolución clínica favorable, por lo que es dado de alta al tercer día.

3.3.4. Caso clínico n°. 4: Mordedura de perro

Al presentar un caso de mordedura de perro, es importante obtener información sobre tiempo desde el incidente, especie del animal y el estado de salud de este. Tanto los patógenos aerobios como los anaerobios están presentes en el 30% al 60% de las heridas (véase anexo 7) (21).

De acuerdo a la clasificación de las heridas propuesta por el National Research Council I (véase anexo 8), La mordedura de perro es un tipo de herida sucia, el cual tiene un riesgo de infección de 3.1 a 12.8%(22). El manejo del cierre mediante suturas suele indicarse con cierre secundario, ya que disminuye el riesgo de infecciones. Solo recomienda sutura primaria de una herida por mordedura cuando la localización es en cabeza o cara(23).

El manejo inicial del caso presentado es un correcto lavado de heridas, seguido a ello se decidirá sobre el cierre de herida. En el caso clínico se maneja con cierre por segunda intención ya que la localización es en la pierna y no hay sangrado activo. En cuanto a las vacunas, se debe de poner vacuna antitetánica y para la rabia. Las vacunas antirrábicas de cultivo celular (VCC) tiene una presentación de mono dosis de 0.5 o 1 cc, el cual se aplica vía intramuscular. Las dosis del esquema de vacunación post exposición, se realiza en los días 0, 3, 7, 14 y 28 (23). Finalmente se da tratamiento antibiótico, utilizando como primera línea amoxicilina/acido clavulánico pues tiene cobertura para bacterias aeróbicas y anaeróbicas(21).

La carrera de medicina humana en Perú tiene una duración de siete años, en el último año se realiza el Internado Médico. Consta de 4 rotaciones ginecología-obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna.

En el presente trabajo se presentará 4 casos clínicos por cada especialidad, los cuales se realizaron en 2 hospitales del MINSA: Hospital Nacional Hospital Dos de Mayo y Hospital Sergio E. Bernales.

3.4. Rotación en Medicina Interna

3.4.1. Caso clínico nº. 1: Neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, este es un proceso infeccioso e inflamatorio del parénquima pulmonar, que genera un infiltrado celular inflamatorio conocido como consolidación. Su principal agente etiológico es el *Streptococo pneumoniae*, seguido por *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*. Para catalogar una neumonía adquirida en la comunidad, el paciente debe presentar los síntomas y signos hasta 48 horas de estar hospitalizado, sino se consideraría como una neumonía intrahospitalaria.

La escala de CURB-65 (ver anexo 9) sirve como predictor de morbimortalidad, evalúa las variables de confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad mayor a 65 años. Mientras que la *Pneumonia Severity Index* (PSI) (ver anexo 10) evalúa datos demográficos, enfermedades concomitantes, hallazgos físicos y en ayudas diagnósticas.

En este caso, es un paciente de 70 años con clínica compatible de neumonía con un riesgo moderado de acuerdo con las escalas CURB-65 y PSI, quien además sufre de hipertensión arterial y tiene el antecedente de tuberculosis. Por lo tanto, se recomienda tratamiento con antibiótico endovenoso de amplio espectro que cumpla los principales agentes etiológicos y el manejo sintomático.

3.4.2. Caso clínico nº. 2: Pancreatitis

La pancreatitis aguda es una patología gastrointestinal frecuente en la emergencia y hospitalización del servicio de Medicina Interna. Tiene una incidencia de 13-45 casos / 100 000 habitantes al año y una mortalidad del 5 al 10% en casos de pancreatitis grave(24).

Existen diversas etiologías, pero la más frecuente es por litiasis en un 40-90%. La segunda causa más común es alcohólica, responsable aproximadamente del 30% de los casos. Otra causa menos común es la hipertrigliceridemia que se presenta entre 1 al 5%, cuando los de triglicéridos séricos tienen valores mayores de 1000 mg/dl. (24).

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio que se inicia por la activación de enzimas pancreáticas proteolíticas que da como resultado daño del páncreas, Es

regulado por la liberación de interleucinas, citoquinas, factor de necrosis tumoral a entre otros mediadores inflamatorios, intrapancreáticos y extra pancreáticas que pueden llegar a desencadenar un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS).

Para el diagnóstico cuenta con 3 criterios. La clínica de dolor abdominal de inicio súbito, de gran intensidad localizado en epigastrio, con irradiación a la espalda. El segundo es laboratorial, amilasa y/o lipasa 3 veces el valor por encima del límite superior normal. Finalmente, hallazgos imagenológicos. Se realiza el diagnóstico con al menos 2 de los 3 criterios.

Para la evaluación y predicción de severidad se utiliza la clasificación de Atlanta del año 2012. Se considera leve si es que no hay presencia de falla de órganos, ni complicaciones locales o sistémicas. Moderada a severa si presenta falla de órganos transitoria, de duración menor de 48 horas o complicaciones locales sin falla de órganos. Es severa si es persistente la falla de órganos (24).

El caso clínico presentado cumple con los criterios de diagnóstico de pancreatitis aguda ya que cuenta con criterio clínico y laboratorial. Además, por la ecografía se evidencia que la etiología es litiásica. No se realiza TAC ya que no está indicada en todos los pacientes, sólo se solicita en pacientes con gravedad o los que tuvieron una mala evolución clínica con sospecha de complicaciones. Para definir si hubo falla de órgano utilizamos el score de Marshall, el cual evalúa 3 órganos: Cardiovascular, renal y pulmonar. Se identifica como falla de órgano si es que obtiene una puntuación mayor o igual a 2 en el score de cada órgano. En el caso clínico se concluyó que es una pancreatitis leve sin criterios falla de órganos. La escala de Marshall obtuvo un puntaje de 0, al igual que el score Bisap con 0 puntos. (anexo 12)

Finalmente, los pilares en el tratamiento son la hidratación, manejo del dolor y no se recomienda la profilaxis antibiótica. En cuanto a la nutrición es ideal es uso precoz de nutrición enteral, además esta se prefiere en comparación a la parenteral. Se recomienda iniciar la dieta baja en grasas en casos de pancreatitis leve cuando el paciente no presente náuseas o vómitos, el dolor abdominal haya disminuido al igual que los marcados inflamatorios. El inicio precoz disminuye la migración bacteriana provocada por el ayuno prolongado.

3.4.3. Caso clínico nº. 3: Pie diabético

El pie diabético corresponde una de las principales complicaciones en pacientes diabéticos por la coexistencia de neuropatía, vasculopatía e infección. Sin embargo, el pie diabético es la complicación de la diabetes mellitus de más sencilla y fácil prevención(25).

La clasificación de PEDIS es la de mejor aceptación actualmente en la comunidad médica, que ha desplazado a la clasificación de Wagner. La clasificación se da de acuerdo a signos clínicos de infección en cuatro grados, siendo el grado 1 la ausencia de signos de infección, grados 2 se puede evidenciar pus o menos de dos signos de inflamación, en el grado 3 la infección es moderada, se puede ver, incluso que atraviesa tejido subcutáneo, mientras que en el grado 4 se trata de una infección grave donde los signos de infección local se acompañan de toxicidad sistémica(25).

En este caso, vemos un paciente diabético mal controlado, con una herida en dorso de pie tratada de manera inadecuada, que de acuerdo con la escala de PEDIS (anexo 11) puede clasificarse como una infección moderado-severa de grado 3. Por lo que es necesario el tratamiento con antibióticos de amplio espectro y alta biodisponibilidad, por ella se cubre con carbapenémicos, además se evalúa el estado del paquete vascular periférico por las complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes.

3.4.4. Caso clínico nº. 4: Accidente cerebro vascular isquémico

Los accidentes cerebrovasculares isquémicos son la primera causa de discapacidad en el mundo. Es por ello que en el caso se presenta un caso clínico de esta patología

Se ocasiona por una reducción o bloqueo completo del flujo sanguíneo. Esta reducción puede deberse a una disminución de la perfusión sistémica, una estenosis grave o la oclusión de un vaso sanguíneo. Según la clasificación TOAST, los accidentes cerebrovasculares isquémicos se clasifican en aterosclerosis de grandes arterias, cardioembolismo, oclusión de vasos pequeños, accidente cerebrovascular de otra etiología determinada y finalmente ictus de etiología indeterminada.

Para el diagnóstico se toma una tomografía cerebral en emergencia, el cual debe ser idealmente máximo a los 25 minutos desde el ingreso de emergencia. La finalidad es descartar un accidente cerebral hemorrágico, que se evidencia con una imagen hiperdensa. Se puede realizar una tomografía control a las 48 horas para poder evidenciar la zona de isquemia, el cual se ve hipodenso.

El manejo inicial es asegurar vía aérea permeable, mantenimiento de ventilación, asegurando una saturación mayor de 94%. Evaluación de la circulación, controlando la presión arterial y frecuencia cardíaca. Finalmente, una buena evaluación neurológica aplicando la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale).

El tratamiento de primera línea, si se inicia dentro de las 4,5 horas posteriores al inicio de los síntomas es trombólisis con Alteplasa, un activador tisular del plasminógeno (tPA) recombinante. Inicia la fibrinólisis local uniéndose a la fibrina en un trombo (coágulo) y convirtiendo el plasminógeno atrapado en plasmina. A su vez, la plasmina rompe el trombo(26).

Es importante reconocer los criterios de elegibilidad para uso de Alteplase (véase anexo 13).

Otro aspecto importante es el manejo de la presión arterial. Antes de iniciar la terapia trombolítica, se recomienda el tratamiento para que la presión arterial sistólica sea menor igual que 185 y la diastólica menor igual a 110 mmHg.

La PA debe estabilizarse y mantenerse en 180/105 mmHg o menor durante al menos 24 horas después del tratamiento trombolítico.

Para los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico que no son tratados con terapia trombolítica, la PA no debe tratarse de forma aguda a menos que la hipertensión sea extrema (PAS > 220 mmHg o PAD > 120 mmHg)(26).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico lo realizaron los autores del presente trabajo en dos hospitales nivel III, pertenecientes al MINSA en un contexto post pandemia Covid-19, lo que evidenció cambios en la relación médico-paciente respecto hace unos años cuando realizaban sus actividades como estudiantes. Esta interrelación con los pacientes y nuestros compañeros de trabajo hizo inevitable que se contagien de COVID-19, aunque ya con al menos tres dosis de la vacuna, presentaron sintomatología leve. Mientras realizábamos nuestras rotaciones como internos de medicina, se dio la quinta ola, que, gracias a la masiva vacunación, trajo consigo, casi en su totalidad, pacientes con sintomatología leve.

Las rotaciones hospitalarias en los servicios de medicina, pediatría, cirugía y gineco-obstetricia fueron muy beneficiosos respecto a la casuística y experiencia que han podido aportar en nuestra formación como médicos independientemente la especialidad que elijamos más adelante. Sin embargo, habiendo tenido únicamente cinco meses de rotaciones hospitalarias, y un mes y ocho días por especialidad, ha significado un limitante respecto a la oportunidad que tuvieron internos de medicina años anteriores, donde pasaban tres meses por cada servicio. Es importante mencionar que, durante las rotaciones en las distintas especialidades, veíamos como el paciente se veía obligado a cubrir algunos exámenes o insumos que no había en el hospital, lo que en algunos casos, limitaba el diagnóstico o el tratamiento por las condiciones económicas del paciente.

Después de culminar el internado, ambos autores concluimos que esta oportunidad nos ha permitido desarrollar y perfeccionar habilidades tanto prácticas como teóricas para la toma de decisiones y aplicación de técnicas para el manejo de situaciones que debemos controlar como médicos generales.

En la rotación de cirugía general en un hospital nivel III del MINSA aprendimos las técnicas de cirugía menor e identificar un posible cuadro quirúrgico versus de manejo médico.

En la rotación de medicina interna aprendimos a identificar y tratar las principales patologías de la población adulta, así como, identificar cuando es necesario derivar al paciente algún especialista.

En la rotación de pediatría aprendimos la importancia del manejo del triángulo pediátrico, el perfeccionamiento de la anamnesis mixta y la exploración física que permita identificar los factores de riesgo.

En la rotación de gineco-obstetricia aprendimos la importancia de los controles prenatales, la identificación de situaciones que deben ser derivadas a un centro de mayor complejidad, asimismo, identificar el tipo de manejo de la gestante. Mientras que, en cuanto a pacientes no gestantes, aprendimos del manejo médico primario de las patologías ginecológicas.

CONCLUSIONES

La virtualización académica provocada por la pandemia del COVID-19 durante los dos últimos años de formación previo al internado, provocaron deficiencias importantes en el desenvolvimiento práctico durante el Internado Médico. A pesar de ello se concluye que esta ha sido una herramienta fundamental para consolidar y perfeccionar conocimientos, actitudes y habilidades del desenvolvimiento profesional como futuros médicos.

La pandemia COVID-19 ha cambiado la forma de realizar el internado. En nuestra experiencia de sólo cinco meses de rotación hospitalaria, concluimos que es insuficiente para una correcta formación de un interno de medicina. Al ser solo 5 meses para 4 rotaciones es poco tiempo para conocer a fondo diversas patologías y adquirir la experiencia suficiente para un buen manejo.

En cada hospital, dependiendo de la rotación por las cuatro especialidades, se contó con el apoyo educativo de diversas personas como asistentes, residentes, y además de un tutor asignado por nuestra facultad para cada especialidad en todas las sedes hospitalarias. Los tutores fueron de apoyo para las dudas que durante la rotación quedaron inconclusas. Además se realizaron actividades académicas a cargo de asistentes y residentes, las cuales fueron enriquecedoras y ayudaron a fijar conocimientos.

El interno de medicina, a pesar de haber llevado todos los cursos de las especialidades médicas en la universidad, no tiene los conocimientos completos de todas las patologías, es por ello, que está más propenso a cometer errores.

La importancia de todos los actores del servicio asistencial en el ámbito de salud, desde los externos de medicina, cointernos, personal técnico, enfermeros, residentes y asistentes para el bienestar del paciente.

RECOMENDACIONES

No olvidar el lado humanitario de la carrera y el motivo porque elegimos esta noble profesión.

A los futuros internos de medicina disfrutar de sus rotaciones y entender que todos los días se aprende algo nuevo.

La duración del internado médico en sedes hospitalarias debería ser mayor a cinco meses, como era antes de la pandemia COVID-19.

A los futuros internos, recomendamos no quedarse con ninguna duda, no tener miedo de preguntar, ya que están en una etapa formativa.

Reconocer sus deficiencias durante el camino, para trabajar y mejorar en ello.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de salud. Directiva administrativa para el desarrollo de actividades del internado en ciencias de la salud. 2022.
2. Baltodano Garcia B. Recolección de casos clinicos en hospitales peruanos ESSALUD y MINSA nivel III año 2020-2021. 2021.
3. Hospital Nacional Dos de Mayo [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://hdosdemayo.gob.pe/rese%C3%B1ahistorica.html>
4. Nuestra Historia [Internet]. Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Portal Institucional. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
5. Nedved A. Acute Bronchiolitis: Assessment and Management in Urgent Care. *Eb medicine*; 2023.
6. Ministerio de salud. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS. 2019.
7. World Health Organization, editor. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. In: World Health Organization. Geneva; 2005.
8. Tomas Gonzales Z. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO. 2022.
9. Cornet A, Santos L, Borràs FX, Francesch A, Senosiain R, Calaf J. Enfermedad de Ebstein y gestación: ¿morbilidad imprevisible? *Prog Obstet Ginecol*. 1 de febrero de 2011;54(2):71-5.
10. Jiménez C, Pérez C. Enfermedad de manos pies y boca presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venez*. 2004;42(2):107-9.
11. Ministerio de salud. ALERTA EPIDEMIOLOGICA ACTUALIZACION DE LA OCURRENCIA DE BROTES DE LA ENFERMEDAD MANO, PIE Y BOCA (EMPB). PERU. 2022.
12. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. octubre de 2014;60(4):385-94.
13. Aborto [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
14. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018.

15. WHO. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018. Disponible en: <http://who.int/iris/bistream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.
16. Pérez Rojas JM, Maroto Fernandez KE. Síndrome de Ovarios Poliquísticos. 2018.
17. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Med Leg Costa Rica. marzo de 2012;29(1):83-90.
18. Massaferró Fernández G, Costa Marsicano, Juan. APENDICITIS AGUDA Y SUS COMPLICACIONES. Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República. Uruguay; 2018.
19. Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev Médica Paz. 2018;24(1):19-26.
20. Mayagoitia González Juan, Celdrán Uriarte A. Hernia umbilical - Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. Sociedad Hispanoamericana de la hernia; 2012.
21. Actualizaciones en la mordedura de perro [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032020000300284
22. Aplicación de lidocaína simple al 2% en tejido celular subcutáneo de heridas quirúrgicas limpias-contaminadas y contaminadas para disminuir la incidencia de infección [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300008
23. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el peru. 2017.
24. Hospital Cayetano Heredia. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en pacientes adultos. 2017.
25. Garrido Calvo AM, Cía Blasco P, Pinós Laborda PJ. el pie diabético. Med Integral. 1 de enero de 2003;41(1):8-17.
26. Jmary Oliveira-Filho, Michael T Mullen. Early antithrombotic treatment of acute ischemic stroke and transient ischemic attack. 2022.

ANEXOS

Anexo 1

ANEXO N° 2. SCORE ESCALA DE SEVERIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA (ESBA)³⁶

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA					
PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
Sibilancias	No	Sibilancias al final de la espiración	Sibilancias en toda la espiración	Sibilancias ins-espiratorias	Hipoflujo
Crepitantes	No	Crepitantes en un campo	Crepitantes en 2 campos	Crepitantes en 3 campos	Crepitantes en 4 campos
Esfuerzo	Ningún esfuerzo	Tiraje subcostal o intercostal inferior	+ tiraje supraesternal o aleteo	+ aleteo nasal y supraesternal (universal)	
Relación i/e	Normal	Simétrica	Invertida		
Frecuencia respiratoria	0	1	2		
Edad (meses)					
<2 m	< 57	57 - 66	> 66		
2-6 m	< 53	53 - 62	> 62		
6-12 m	< 47	47 - 55	> 55		
Frecuencia cardíaca	0	1	2		
Edad					
7d - 2m	125 - 152	153 - 180	> 180		
2 - 12 m	120 - 140	140 - 160	> 160		

PUNTAJE

> 10: Necesidad de ingreso a la Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Anexo 2

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	1. Alerta	1. Intranquilo, irritable	1. Letárgico o inconsciente (a)
2. Ojos (b)	2. Normales 3. Húmedas	2. Hundidos	

Fecha: Abril 2022	Código: GP-01/INSN-SB-UAIE-V.01	Página 11 de 36
-------------------	---------------------------------	-----------------



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico

3. Boca y lengua 4. Lágrimas 5. Sed*	4. Presentes 5. Bebe normal sin sed	3. Secas 4. Escasas 5. Sediento, bebe rápido y ávidamente	2. Muy hundidos y secos 3. Muy secas 4. Ausentes 5. Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE:			
6. Signo del pliegue*(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor a 2 segundos)
III. DECIDA:			
	Sin signos de deshidratación	2 o más signos Algún grado de deshidratación	2 o más signos incluyendo por lo menos un "signo clave" Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B	Use Plan C

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de las referencias bibliográficas^{25, 26, 14}

Anexo 3

ANEXO 1

 Ministerio de Salud INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD MANO, PIE, BOCA (EMPB)																		
<p>✓ Definición de caso probable: todo menor que presente fiebre, malestar general odinofagia, y al examen físico presencia de úlceras en la mucosa oral, así como la presencia de lesiones vesiculares en palmas y plantas.</p> <p>✓ Definición de caso confirmado: En los casos presentados, la confirmación se realiza mediante diagnóstico clínico, sin embargo, se podrá realizar la toma de muestra de heces para la identificación de enterovirus y su posterior tipificación a fin de definir el agente causal del brote.</p>																				
Fecha de Investigación	Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred	Fecha de notificación Red/Microred a Dirección de Salud	Fecha de notificación del brote Dirección de Salud al SIEpi brotes del CDC																	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN																				
1. GERESA/DIRESA/DIRES:		2. SE:																		
3. EESS:		4. Inst. Adm:		<input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/Sanidad <input type="checkbox"/> Privado																
5. Lugar: <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Comunidad																				
II. DATOS DEL PACIENTE																				
6. Apellidos y nombres:		7. N° Celular:																		
8. Fecha de nacimiento: ___/___/___		9. Edad: ___		<input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día																
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		11. N° DNI/CE/Pasaporte:		13. Nacionalidad:																
12. Domicilio actual:		14. Departamento:		15. Distrito:																
16. Provincia:		17. Localidad:																		
III. LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN																				
18. Dirección:		19. Departamento:		20. Distrito:																
21. Provincia:		22. Localidad:																		
[En los últimos 10 días estuvo en contacto con otro caso de EMPB? (Si) (No) (Ignorado)]																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Donde</th> <th>Nombre del lugar</th> <th>Dirección</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Casa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nido/guardería</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Instituciones educativas*</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros (especificar)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> * Inicial, primaria o secundaria		Donde	Nombre del lugar	Dirección	Casa			Nido/guardería			Instituciones educativas*			Otros (especificar)			23. Casos similares en casa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Donde	Nombre del lugar	Dirección																		
Casa																				
Nido/guardería																				
Instituciones educativas*																				
Otros (especificar)																				
		24. Número de casos: _____																		
IV. CUADRO CLÍNICO:																				
25. Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___		26. Tipo de lesión dérmica: mácula() papula() vesícula() costra()																		
27. Fecha de inicio de fiebre: ___/___/___		28. Temperatura: ___°C																		
29. Signos / síntomas																				
Malestar general <input type="checkbox"/>		Lesiones maculopapulares/vesiculares palmas <input type="checkbox"/>		Odinofagia <input type="checkbox"/>																
Úlceras orales <input type="checkbox"/>		Lesiones maculopapulares/vesiculares plantas <input type="checkbox"/>		Otras: _____																
VI. LABORATORIO (El diagnóstico es CLÍNICO).																				
Solo en situaciones de brote en poblaciones cerradas se sugiere tomar muestra de heces al 10% de los casos.																				
Tipo de muestra	Fecha de obtención de muestra	Fecha envío EE.SS, Red/ Microred	Fecha envío Red/Microred a LRR	Fecha emisión resultado LRR	Resultado															
Heces	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___																
VII. OBSERVACIONES																				
VII. INVESTIGADOR																				
28. Persona que investiga el caso: _____		29. Cargo: _____																		
30. Teléfono: _____		Firma y Sello																		

Anexo 4

Tabla 2. PREECLAMPSIA CON ELEMENTOS DE SEVERIDAD.

Elementos de severidad
Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 110 mmHg, en dos ocasiones 4 horas aparte o si requiere terapia antihipertensiva antes de esas 4 horas.
Trombocitopenia (< 100 000/mL)
Incremento de enzimas hepáticas al doble del límite normal, dolor abdominal persistente en el cuadrante superior derecho o epigastrio
Insuficiencia renal (creatinina mayor a 1,1 mg/dL o el doble de la creatinina basal)
Edema pulmonar
Cefalea persistente o cambios visuales

Anexo 5

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

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

Anexo 6

Cuadro N° 2 CRITERIOS DE SEVERIDAD

Grado I (Leve) No cumple criterios para Grado II o III
Grado II (Moderada) Al menos uno de los siguientes:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Globulos Blancos >18000 2. Masa Dolorosa Palpable en el CSD 3. Duracion de los síntomas > 72 Hrs 4. Marcada Inflamacion Local (Gangrena, enfisema, absceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar)
Grado III (Severa) Al menos uno de los siguientes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfunción Cardiovascular Hipotensión que requiera vasopresores 2. Disfunción Neurológica Alteraciones del estado de Conciencia 3. Disfunción Respiratoria Razón PA O2/FIO2 <300 4. Disfunción Renal Oliguria, Creatinina sérica >2mg/dL 5. Disfunción Hepática INR>1.5 6. Disfunción Hematológica Plaquetas< 100000

Anexo 7

Tabla 2: Patógenos aerobios y anaerobios más comunes en mordeduras de perros.

Aerobios	Anaerobios
<i>Pasteurella spp.</i>	<i>Fusobacterium spp.</i>
<i>Pasteurella multocida</i>	<i>Bacteroides spp.</i>
<i>Pasteurella canis</i>	<i>Porphyromonas spp.</i>
<i>Streptococcus spp.</i>	<i>Prevotella spp.</i>
<i>Staphylococcus spp.</i>	<i>Propionibacterium</i>
<i>Neisseria spp.</i>	<i>Preptostreptococcus</i>
<i>Capnocytophaga canimorsus</i>	
<i>Moraxella spp.</i>	

Anexo 8

Clasificación de los tipos de heridas.

Tipo de herida	Características	Porcentaje de infección
Limpia	Cirugía sin infección o inflamación. No apertura de tracto respiratorio, gastrointestinal o urinario. Cierre primario	1.0-5.4%
Limpia-Contaminada	Cirugía con apertura de tracto respiratorio, gastrointestinal o urinario	2.1-9.5%
Contaminada	Cirugía con importante violación de asepsia y antisepsia. Gran contaminación del tracto digestivo, contacto con orina o bilis infectada. Heridas traumáticas recientes	3.4-13.2%
Sucia	Heridas traumáticas no recientes con desvitalización tisular importante, cirugía con criterios clínicos de infección o perforación de vísceras	3.1-12.8%

Anexo 9

Factor Clínico	Puntos
Confusión	1
BUN > 19 mg/dl	1
FR > o = 30 por min	1
PAS < o = 90 mm Hg	1
PAD < o = 60 mm Hg	1
Edad > o = 65 años	1

Puntaje CURB-65	Mortalidad %	Recomendación
0	0,6	BAJO RIESGO
1	2,7	AMBULATORIO
2	6,8	HOSPITALIZACIÓN CORTA/SEGUIMIENTO ESTRECHO
3	14	NEUMONÍA SEVERA/HOSPITALIZAR
4 o 5	27,8	Y CONSIDERAR UCI
Puntaje CRB-65	Mortalidad %	Recomendación
0	0,9	MUY BAJO RIESGO
1	5,2	AMBULATORIO
2	12	CONSIDERAR HOSPITALIZACIÓN
3 o 4	31,2	HOSPITALIZACIÓN

Anexo 10

FACTOR DE RIESGO	PUNTOS	FACTOR DE RIESGO	PUNTOS
Demografico		Comorbilidad	
Hombre	años	Neoplasia	30+
Mujer	Años -10	Enfermedad Hepática	20+
Institucionalizado	10+	I cardíaca	10+
Laboratorio y Rx		ACV	10+
Ph arterial <7.35	30+	I Renal	10+
BUN>30 mg/dl	20+	Examen fisico	
Na <130	20+	Alteración de conciencia	20+
Glucosa >250 mg/dl	10+	FR>30	20+
Hematocrito <30	10+	PAS<90 mmhg	20+
P parcial de O2 <60 mm Hg	10+	T°<35 o >40°C	10+
Efusión pleural	10+	FC>125 x min	10

Puntaje total	Clasificación Riesgo	Mortalidad %		Recomendación
		Adultos	Institucionalizados	
< 61	I	0.3	0	AMBULATORIO
61 a 70	II	0.5	0	AMBULATORIO
71 a 90	III	2.8	4.8	AMBULATORIO CONTROL ESTRECHO
91 a 130	IV	9.3	12	HOSPITALIZAR
>130	V	24.9	32.9	HOSPITALIZAR

Anexo 11

Tabla 3.
Score Modificado de Marshall

Fallo orgánico del sistema u órgano si la puntuación es ≥ 2					
Órgano/Sistema	0	1	2	3	4
Respiratorio (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
Renal (Creatinina sérica)	<1.4	1.4-1.8	1.9-3.6	3.6-4.9	>4.9
CARDIOVASCULAR (Presión arterial sistólica en mm Hg)	>90	<90 Con respuesta a fluidos	<90 Sin respuesta a fluidos	<90 pH<7.3	<90 pH<7.2

Tabla 4.

Score de BISAP	
Urea > 25 mg/dl	1
Alteración del estado de conciencia	1
SIRS	1
Edad > 60 años	1
Efusión pleural	1

Anexo 12

IDSA/SEACV Severidad de la infección	Signos clínicos de la infección	IWGDF- Grado PEDIS
No infección	Ausencia de signos inflamatorios y de supuración	Grado 1
Infección leve	Ausencia de signos sistémicos de infección Evidencia de pus o > 2 signos de inflamación	Grado 2
Infección moderada-leve	Ausencia de signos sistémicos de infección. Celulitis > 2 cm , infección tisular profunda (atravesada supera tejido celular subcutáneo) sin absceso, linfangitis, artritis, osteomielitis, miositis ni isquemia crítica.	Grado 3
Infección moderada-grave	Ausencia de signos sistémicos de infección Celulitis > 2 cm , profunda (atravesada tejido celular subcutáneo), con absceso, linfangitis, artritis, osteomielitis, miositis o isquemia crítica).	
Infección grave	Cualquier infección que se acompañe de toxicidad sistémica (fiebre, escalofríos, vómitos, confusión, inestabilidad metabólica, shock)	Grado 4

Anexo 13

Criterios de elegibilidad para el tratamiento del ictus isquémico agudo con trombolíticos intravenosa (activador del plasminógeno tisular recombinante o tPA)

Criterios de inclusión
Diagnóstico clínico de accidente cerebrovascular isquémico que causa déficit neurológico medible
Inicio de los síntomas <4,5 horas antes de iniciar el tratamiento, si se ha conocido la hora exacta del inicio del accidente cerebrovascular, se define como la última vez que se vea que el paciente era normal o en la línea de base neurológica (edad ≥ 18 años)
Criterio de exclusión
Historial del paciente
Accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico o traumático grave en los tres meses anteriores
Hemorragia intracranial previa
Neoplasia intracranial intraxial
Neoplasia maligna gastrointestinal
Hemorragia gastrointestinal en los últimos 21 días
Cirugía intracranial o intraspinal en los tres meses anteriores
Clínico
Síntomas sugestivos de hemorragia subaracnoidea
Dirección persistente de la presión arterial sistólica ≥ 185 mmHg o diastólica ≥ 110 mmHg
Sangrado interno activo
Presencia de comorbilidades con anticoagulación
Accidente cerebrovascular conocido o sospechado de estar asociado con la dirección del arco aórtico
Diferencia hemodinámica aguda, inestable, entre sitios, las condiciones definidas en "Hemodinámica"
Hemodinámica
Recuento de plaquetas $<100,000/\text{mm}^3$ *
Uso actual de anticoagulantes con un INR $>1,3$ o PT >15 segundos o aPTT >40 segundos*
Dosis terapéutica de heparina de bajo peso molecular recibida dentro de las 24 horas (p.ej., para tratar TIV y SCA; esta exclusión no se aplica a las dosis profilácticas (p.ej., para prevenir TSV))
Uso actual (o dosis) última dosis dentro de las 48 horas en un paciente con función renal normal de un inhibidor directo de la serina o un inhibidor directo del factor Xa con evidencia de efecto anticoagulante mediante pruebas de laboratorio como aPTT, INR, ECI, TT o factor Xa apropiado ensayo de actividad
Uso de cabeza
Evidencia de hemorragia
Regiones extensas de hipodensidad aguda compatible con lesión irreversible