

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN  
EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
DE PUENTE PIEDRA, LIMA, 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR  
LIZBETH ISABEL DEL CARMEN FLORES TARAZONA**

**ASESOR  
RONAL JESÚS CACHI JURADO**

**LIMA - PERÚ  
2023**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN  
EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
DE PUENTE PIEDRA, LIMA, 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
LIZBETH ISABEL DEL CARMEN FLORES TARAZONA**

**ASESOR  
DR. RONAL JESÚS CACHI JURADO**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**PRESIDENTE** : Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

**MIEMBRO** : Dr. Johandi Delgado Quispe

**MIEMBRO** : Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

## **DEDICATORIA**

Le dedico el presente trabajo a mi familia, quienes han sido mi soporte y fortaleza a lo largo de toda la carrera. Especialmente, a mi padre, quien ha sido mi inspiración y modelo a seguir durante cada etapa de mi formación académica y profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por la vida y la fuerza para atravesar cada obstáculo a lo largo de toda esta larga carrera. Agradezco a mis padres y a mi hermano, quienes se convirtieron en mi motor de vida y la fortaleza para nunca rendirme. Agradezco a mi padre, un excelente médico y ser humano, quien ha sido siempre mi modelo a seguir no sólo profesionalmente sino, además de vida, ejemplo de humildad, carácter, amor a la carrera y vocación de servicio a los demás.

Finalmente, agradezco a cada uno de mis docentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres – Filial Lima; tanto a quienes aportaron a mi aprendizaje durante los primeros años, en la formación preclínica y clínica, como a mis maestros y tutores del internado, mi último año de formación y consolidación de la carrera.

## ÍNDICE

JURADO .....	i
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	1
1.1 CIENCIAS BÁSICAS .....	1
1.2 CLÍNICA.....	2
1.3 INTERNADO MÉDICO .....	3
1.3.1 Ginecología y Obstetricia .....	3
1.3.2 Pediatría .....	13
1.3.3 Medicina Interna.....	19
1.3.4 Cirugía General.....	28
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA.....	37
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	39
3.1. Ginecología y Obstetricia .....	39
3.2. Pediatría.....	42
3.3. Medicina Interna.....	46
3.4. Cirugía General.....	50
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA .....	53
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	55
FUENTES DE INFORMACIÓN .....	56
ANEXOS .....	61

## RESUMEN

El internado médico representa la etapa preprofesional que se desarrolla durante el último año de la carrera de Medicina Humana, en la cual, el alumno pone en práctica habilidades y conocimientos necesarios en la formación integral de un futuro médico bajo la supervisión de médicos residentes y asistentes; esto, con el fin de lograr competencias tanto académicas como ético-morales. Como futuro médico, el interno de medicina sirve de engranaje entre profesionales de la salud y pacientes; aportando a la promoción de salud, brindando atención, realizando seguimiento de casos y sirviendo de apoyo emocional a pacientes y familiares.

**Objetivo:** Caracterizar la experiencia del internado médico en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo 2022-2023, para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

**Metodología:** Recopilación de información basada en evidencia médica y experiencia clínica asociada al manejo clínico de los casos presentados.

**Conclusiones:** El internado médico representa la etapa final de nuestra preparación profesional que nos preparó para la vida fuera de la universidad, brindándonos herramientas para un mejor desenvolvimiento, empleando valores éticos y humanitarios en un mejor servicio de la población. La experiencia se desarrolló con la rotación en 4 servicios (Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina interna y Cirugía general), en los que aprendimos el manejo en situaciones de emergencia, urgencia y consulta ambulatoria. Los casos clínicos presentados asocian la evidencia médica existente actualmente con el manejo desarrollado en la práctica clínica.

**Palabras Claves:** Medicina, Internado médico, Hospital, Caso clínico, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina interna, Cirugía general.

## ABSTRACT

The medical internship represents the pre-professional stage that takes place during the last year of the Human Medicine degree, in which the student puts into practice the necessary skills and knowledge in the comprehensive training of a future doctor under the supervision of resident and assistant doctors; this, in order to achieve both academic and ethical-moral competencies. As a future doctor, the medicine intern serves as a gear between health professionals and patients; contributing to the promotion of health, providing care, monitoring cases and serving as emotional support to patients and families.

**Objective:** Characterize the experience of the medical internship at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital during the period 2022-2023, to obtain the Professional Title of Surgeon.

**Methodology:** Compilation of information based on medical evidence and clinical experience associated with the clinical management of the cases presented.

**Conclusions:** The medical internship represents the final stage of our professional preparation that prepared us for life outside the university, providing us with tools for a better development, using ethical and humanitarian values in a better service to the population. The experience was developed with rotation in 4 services (Gynecology-Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine and General Surgery), in which we learned how to manage emergency situations, urgency and outpatient consultation. The clinical cases presented associate the currently existing medical evidence with the management developed in clinical practice.

**Keywords:** Medicine, Medical internship, Hospital, Clinical case, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine, General Surgery.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO  
LA HOZ DE PUENTE PIEDRA, LIMA, 2022**

AUTOR

**LIZBETH ISABEL DEL CARMEN FLOR**

RECuento de PALABRAS

**17448 Words**

RECuento de CARACTERES

**104169 Characters**

RECuento de PÁGINAS

**88 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**3.9MB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 22, 2023 9:43 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 22, 2023 9:45 PM GMT-5**

● **13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



**DR. RONAL JESÚS CACHI JURADO**

DNI: 40393522

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8770-3850>

## INTRODUCCIÓN

“Dondequiera que el arte de la Medicina es amado, también hay un amor a la humanidad”, decía el padre de la medicina, Hipócrates (460-370 ac). Y es que la Medicina Humana es una carrera exigente que combina preparación académica con la vocación de servicio y el desarrollo de valores ético-morales para el desempeño de la profesión de manera humana.

El internado médico representa la práctica preprofesional que se desarrolla durante el último año de la carrera de Medicina Humana (séptimo año), en la cual, el alumno accede a los diversos niveles del sector de salud de nuestro país, con el propósito de consolidar habilidades y conocimientos necesarios en la formación integral de un futuro médico. Esta etapa se realiza de la mano y bajo la supervisión de médicos residentes y asistentes con el fin de lograr competencias tanto académicas como ético-morales. (1)

Como futuro médico, el interno de medicina cumple un papel fundamental en las diferentes instituciones de salud, sirviendo de engranaje entre profesionales de la salud y pacientes. Aportando a la promoción de salud, brindando atención, realizando seguimiento de casos y sirviendo de apoyo emocional a pacientes y familiares cuando es requerido.

Durante esta última etapa de la carrera, el estudiante participa activamente de las visitas médicas y realiza procedimientos médicos básicos en 4 rotaciones dentro de establecimientos de segundo y tercer nivel, siendo éstas: Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia. Lo cual le permite consolidar conocimientos de pregrado adquiridos hasta el momento, importante para enfrentar el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). (2)

El 15 de mayo del 2022, se aprueba la Directiva administrativa N°331-MINSA/DIGEP-2022 “Directiva administrativa para el desarrollo de actividades del internado en Ciencias de la Salud” mediante la Resolución Ministerial N°351-2022/MINSA; la cual establece la participación del interno como parte del equipo de salud en actividades de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la población. Esto, en jornadas de 36 horas semanales (150 horas mensuales); destinando al menos un 20% del tiempo total al primer nivel de atención y, el resto, al segundo y tercer nivel de atención. Esta normativa, menciona, además, los requisitos previos con los cuales el alumno de medicina debe contar para el inicio del internado; entre ellos, registro de datos, entrega de Equipo de Protección Personal (EPPs), Tutoría, Afiliación al SIS e Inmunizaciones completas. (3) Finalmente, esta directiva reitera el Decreto Supremo N° 020-2002-EF aprobado el 28 de enero del 2002, en el que se fija la compensación remunerativa mensual de S/.400,00 para internos de Medicina Humana y Odontología. (4)

Todos los lineamientos, antes mencionados y otras normativas asociadas a ellos mismos, permitieron dar inicio oficial al internado, a nivel nacional, el día miércoles 01 de junio del 2022, bajo un régimen de 10 meses calendario. Con un final establecido para el viernes 31 de marzo del presente año 2023.

Para el caso de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres, los convenios estipulados para el presente año electivo permitieron prácticas preprofesionales tanto en el primer nivel de atención como en sedes hospitalarias, lo cual favoreció a un desarrollo integral de los alumnos en ambas realidades dentro de nuestro país.

El presente trabajo fue desarrollado en base a la experiencia del internado médico en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra para el periodo 2022-2023. En él, se describirán aspectos teórico-prácticos mediante la presentación casos clínicos de las 4 rotaciones; esto, con el objetivo de demostrar las competencias clínicas obtenidas a lo largo de esta última etapa de formación.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La carrera de Medicina Humana en el Perú tiene una duración de 7 años e incluye 3 etapas que, en suma, permiten obtener las competencias ético-profesionales necesarias para el ejercicio de la carrera, y son: Etapa preclínica o de Ciencias básicas (de primer a tercer año), Etapa clínica (de cuarto a sexto año) e Internado médico (séptimo año). En la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, la malla curricular distingue materias designadas para cada bloque de estudios antes mencionado, la misma que, en combinación con los convenios vigentes con instituciones del MINSA y ESSALUD, contribuyen a nuestra formación académico-profesional:

### **1.1 CIENCIAS BÁSICAS**

La Etapa preclínica o de Ciencias básicas se cursó durante los primeros 3 años de estudios, con materias que sirvieron de base para la construcción del perfil profesional. Estas materias se cursaron en la facultad y centros de salud.

Durante esta etapa de formación, se llevaron materias como Salud Pública I y Epidemiología que, además de abrirnos las puertas al mundo de la investigación, nos permitieron tener las primeras experiencias en instituciones de salud de nuestro país; esto, en el primer nivel de atención: Centro de Salud La Molina (en el distrito de la Molina: Salud Pública I) y Centro de Salud Alfa y Omega (en el distrito de Ate Vitarte: Epidemiología). Además, durante este periodo, se cursó el electivo de Medicina Alternativa y Complementaria, lo que enriqueció con conocimientos básicos sobre la medicina tradicional, importante en nuestra cultura y un nexo cercano con la población.

## **1.2 CLÍNICA**

La Etapa clínica se cursó durante los siguientes 3 años de estudios, con materias que permitieron adentrarnos en la carrera en el ámbito de las sedes hospitalarias y que permitieron tener las experiencias requeridas dentro del proceso de atención médica, poniendo en práctica los conocimientos teóricos adquiridos hasta ese momento y desarrollar una buena relación médico-paciente, todo esto con el fin de prepararnos y mejorar las competencias previo al internado médico.

Durante el cuarto año, se cursaron materias como Medicina I y II (Semiología), Laboratorio y Diagnóstico por Imagen I y II; que dieron inicio a la etapa de experiencia hospitalaria y cimentando las bases para la vida clínica, esto en las instituciones Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Durante el quinto año, se cursaron materias como Medicina III, Cirugía General y Digestiva, Técnica Operatoria y Especialidades I; que dieron inicio a la vida clínica por especialidades, esto se desarrollaría en sedes elegidas: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital de la Policía Nacional del Perú, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y Hospital Nacional Hipólito Unanue. Además, se cursó la materia de Tesis I, lo que permitió construir la primera parte de nuestro proyecto de investigación. La dificultad de esta etapa de formación fue que, a menos de 2 semanas del inicio de clases, llegó la pandemia y se cancelaron todas las actividades académicas debido al estado de emergencia. Tras más de 1 mes de reajuste de la metodología de enseñanza, se pasó a una virtualidad total; lo que complicó el proceso de aprendizaje de las especialidades (ausencia de la experiencia hospitalaria) y el desarrollo de la primera parte de la Tesis.

Durante el sexto año, se cursaron materias como Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Legal y Patología Forense y Tesis II, continuando con la virtualidad total, pudiendo culminar el proyecto de tesis luego de muchas complicaciones. Además, durante esta etapa, se cursaron electivos de Salud y Primeros auxilios comunitarios e Inglés Médico, que contribuyeron a terminar de perfilar las competencias preprofesionales obtenidas de los 6 años de carrera.

### 1.3 INTERNADO MÉDICO

El internado configura el último año de formación, importante porque consolida los conocimientos teórico-prácticos adquiridos a lo largo de la carrera, lo que perfila nuestras habilidades y destrezas en el campo clínico y humanitario, bases de nuestro futuro ejercicio profesional; esto bajo la supervisión constante y apoyo de médicos residentes, asistentes y tutores designados por la facultad. Lo que tiene gran relevancia, pues marca el regreso a la presencialidad.

El internado médico 2022-2023 se fijó en 10 meses de duración; distribuidos en dos etapas de 5 meses cada uno. Los 5 primeros meses, realizados en el Centro de Salud Comas (en el distrito de Comas); y, los 5 meses restantes, realizados en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (en el distrito de Puente Piedra) en el que nos enfocaremos para el presente trabajo.

La segunda mitad del internado se realizó en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que es una institución de salud Nivel II-2 y en donde se desarrollaron las 4 rotaciones antes mencionadas en el siguiente orden: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina y Cirugía general.

#### 1.3.1 Ginecología y Obstetricia

##### **Caso Clínico N°1: PREECLAMPSIA SEVERA**

Nombre: G.M.A.C. Edad: 19 años Sexo: Femenino G1P0000

Fecha de Ingreso: 14-11-2022 19:10pm

FUR: 23/02/23, EG: 37.3ss x Eco IIT, FPP: 02/12/22

Antecedentes: Patológicos: Niega, Quirúrgicos: Niega. Hospitalizaciones: Niega, RAM: Niega, G-O: G1 actual, no planificado. UPAP: Hace ± 1 año

##### Enfermedad Actual:

TE: 2h Forma inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Relato: Paciente acude a emergencia referida del CMI DEMA con los diagnósticos de Primigesta 37.3ss x Eco IIT, d/c Preeclampsia, d/c RCIU. Paciente niega epigastralgia, niega escotomas, niega cefalea, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, niega contracciones uterinas. Percibe movimientos fetales.

Funciones Biológicas: Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Conservada, Deposiciones: Conservadas

Examen Físico:

FC:76x' PA:110/70 FR:16x' T°:36.7°C SatO2:98% Peso:66kg IMC:24.9

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH
- Piel y Faneras: Tibia, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". No palidez
- TCSC: No edemas
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR buena intensidad, No soplos audibles
- Mamas: Blandas, simétricas, no dolorosas
- Abdomen: Globuloso, Útero grávido ocupado por feto único vivo. AU:27cm, SPP:LCI, LCF:136x', MF:++, DU:Ausente
- Renal: PPL(-) PRU (-)
- Genitales: Sin alteraciones, no pérdida de líquido ni sangre.
- Tacto Vaginal: Cérvix blanda, posterior, orificio cerrado, no sangrado, Dilatación:0cm, Incorporación:0%, Altura presentación: 0
- SNC: Lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Acude con Exámenes auxiliares y Carnet de control Prenatal:

- Datos G-O: FUR:23/02/23, FPP: 02/12/22, GyF:A(+)
  - CPN: 3 (26 5/7ss hasta 34 4/7). PAmin:100/90, PAmáx:140/90
- 25/10/22
- Hb:12.2, Hto:37
  - Proteinuria:(+++), Úrea:24.2, Creatinina:0.78, DHL:236.9
  - TGO:29.2, TGP:18.7, BT:1.03, BD:0.21, BI:0.82(↑)
  - Ecografía Obstétrica/Perfil biofísico fetal: Gestación única activa 34.4ss x EcoIIT, SPP:LCI, LCF:146x', Ponderado Fetal:2229g, Percentil crecimiento total:20%, PBF: 8/8
- 14/11/22
- Hb:13.6, Hto:43, Covid-19:(-)
  - Proteinuria:(+++), Úrea:34.1, Creatinina:1.01, DHL:363(↑)

- TGO:33.4, TGP:18.3, BT:1.4, BD:0.19, BI:1.21(↑)
- Ecografía Obstétrica/Perfil biofísico fetal: Gestación única activa 37.3ss x EcolIT, SPP:LCI, LCF:148x', Ponderado Fetal:2527g, Percentil crecimiento fetal:6%, PBF: 8/8, Pequeño constitucional
- Monitoreo electrónico Fetal (NST): Categoría I, Activo, Reactivo

Impresión Diagnóstica: Gestante de 38 3/7ss x EcolIT, No trabajo de parto, Preeclampsia severa, d/c RCIU

Plan: Monitoreo de PA, monitoreo materno-fetal. Ss. Ecografía obstétrica, Hemograma, TGO, TGP, Glucosa, Úrea, Creatinina, DHL, BT y Fraccionada, Ac. sulfosalicílico, Examen de orina.

Monitoreo de PA (14/11): 19:50pm:160/100, 20:20pm:150/100, 20:40pm:Llevada a Ecografía, 21:30pm:Regresa de ecografía, 21:35pm:150/100, 22:35pm:150/90, 23:00pm:140/90, 23:30pm:140/90, 00:00am:140/100, 00:30am:145/100

Ecografía Obstétrica: Feto único, LCD, LCF:148x', PPF:2215g, LA:Adecuado

Exámenes Auxiliares: Hb:12.7, Leu:12.2, Plaq:310, Segm:75.4%, GyF:A(+), TC:6, TS:2, Glucosa:76.9, Úrea:37, Creatinina:0.69, DHL:311.1, Ácido sulfosalicílico:(+), BT:0.26, BD:0.04, BI:0.22, TGO:31.3, TGP:17.0, Examen de orina (Leu:1-3/c, hemat:0-1/c, Nitritos+)

Diagnóstico Definitivo: Primigesta 37.3ss x EcolIT, No trabajo de parto, THE: Preeclampsia severa, d/c RCIU tipo, CPN insuficientes

RP: Completar prequirúrgicos para cesárea de emergencia, Activar Código Azul, MMF, Iniciar profilaxis con SO4Mg

Notas Médicas (15/11/22)

(01:00am): Se llama a Neonatología para coordinar pase a SOP, responden que neonatólogo está en UCI neonatal en un procedimiento, se comunicará al término

(02:00am): Se insiste en coordinación con Neonatología, responden que se encuentran ocupados con pacientes críticos, por lo que no se da pase a sala

(03:00am): Se insiste con Neonatología, responden que aún estar ocupados

(04:00am): Se vuelve a contactar a Neonatología, aún sin respuesta positiva para pase a SOP, por lo que se acude con el jefe de guardia para presentarle el caso

(05:07am): Se evidencian desaceleraciones tardías que recuperan lentamente. Paciente persiste con cefalea y PA $\geq$ 140/90

\*Al examen preferencial: Abd: Blando, depresible, útero grávido ocupado por feto único. TV: Diferido. Dx: Gestante 37 3/7xEcoIT, No trabajo parto, THE: Preeclampsia severa, RCIU, SFA. Plan: Ingres a SOP de emergencia

Monitoreo PA (15/11): 01:00am:140/100, 02:00am:140/100, 02:40am:130/100, 03:00am:130/90, 03:50am:140/100, 04:20am:130/100, 05:00am:140/100

Informe de Parto (SOP): 15/11/22 06:15am

- Dx preoperatorio y postoperatorio: Primigesta 37.3ss x EcoIT, THE: Preeclampsia severa, RCIU tipo, No trabajo de parto
- Operación propuesta y realizada: Cesárea Segmentaria Transversa Primaria (CSTP)
- Hallazgos: RN vivo, Sexo: Femenino, Talla: 47cm, Peso: 2100g, Apgar: 7'-9". LA meconial fluido, Placenta  $\pm$ 12x10cm fúndica posterior, SIO $\pm$ 600cc
- RN: Perímetros: Cefálico: 31cm - Torácico: 29.5cm - Abdominal: 26.5cm, Edad gestacional (Capurro): 37ss

RP Postoperatorio Inmediato (06:30am):

NPO x 6h luego tolerancia oral, NaCl 9% 1000cc + SO<sub>4</sub>Mg 5 amp, Cefazolina 1g EV c/8h (completar 3 dosis), Tramadol 100mg SC c/8h, Ranitidina 50mg EV c/8h, Metoclopramida 10mg EV c/8h, Misoprostol 200mg 4 tab intra rectal (Intra SOP), Nifedipino 10mg VO PRN PA $\geq$ 160/100, Metildopa 750mg VO c/8h, Control PA hoja aparte, Vigilar síntomas premonitorios, Vigilar Signos intoxicación SO<sub>4</sub>Mg, Orientación y Consejería PPF, LME, Masaje uterino estricto, Sonda Foley permeable, HUP, CFV+CSV+OSA. Ss. Perfil hepático STAT. Ss. Hemograma, TGO, TGP, Bilirrubina total y fraccionada, DHL, Hb en 6h y 12h. Comunicar eventualidades, Seguimiento Anatomopatológico de placenta.

Evolución PO-1 (15/11 08:00am):

FV: FC:69, FR:19, PA:128/74, T°:36.8°C, SatO2:97%

<S> Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio y escaso sangrado vaginal. Niega loquios hemáticos, Niega síntomas premonitorios, niega SAT. Diuresis (+), Deposiciones (-). Enfermería no reporta interurrencias.

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

- Piel y Faneras: Tibia, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". No palidez
- Mamas: Simétricas, Secretoras de calostro
- Abdomen: Blando, Depresible. Útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, leve dolor en sitio operatorio. Herida operatoria: Cubierta con apósito estéril seco. Puntos de sutura bien afrontados, no flogosis
- Genitales: Loquios hemáticos escasos, sin mal olor
- SNC: Lúcida y orientado en Tiempo, Espacio y persona. Glasgow 15/15

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio. Con mejoría de PA postparto (PA de valores 120/80mmHg), Sin síntomas premonitorios y Perfil de preeclampsia en valores normales. En examen de orina: Nitritos (+), se solicita urocultivo. Paciente con buen flujo urinario, clínicamente estable. Pronóstico bueno.

Dx: PO1 ±2h de CSTP (Por Primigesta 37 4/7ss xEcoIT + Preeclampsia severa + RCIU tipo I + No trabajo parto), D/c ITU, THE: Preeclampsia severa

<P> Mantener indicaciones, Vigilar signos premonitorios, Control PA, CFV+OSA  
RP: NOP x4h luego tolerancia oral, NaCl 9% 1000cc + SO4Mg 5amp, Cefazolina 1g EV c/8h, Tramadol 100mg SC c/8h, Ranitidina 50mg EV c/8h, Metoclopramida 10mg EV c/8h, Nifedipino 20mg VO PRN PA≥160/100, Metildopa 750mg VO c/8h, Captopril 25mg VO c/12h, LME, Masaje uterino, OyC PPF, Vigilar síntomas premonitorios, Control PA en hoja aparte, Sonda Foley permeable, HUP, Control diuresis, BHE, Efectivizar perfil preeclampsia 6h, CFV+CSV+OSA, Comunicar eventualidades. Pendiente: Resultado de Perfil hepático. Pase a hospitalización.

Exámenes Auxiliares (15/11 10.25am)

- Hb:12.2, Hto:36.8%, Leu:15.0, Plaq:276, Seg:91.5%
- TGO:35.1, TGP:16.3, Úrea:34.7, Creatinina:0.69, DHL:388.8

- BT:0.26, BD:0.01, BI:0.25, FA:129.7, PT:4.7, Alb:2.2, Glob:2.5

Exámenes Auxiliares (15/11 17:15pm)

- Hb:11.3, Hto:33.9%, Leu:18.9, Plaq:250, Seg:90.3%
- TGO:39.3, TGP:17.2, Úrea:35.1, Creatinina:0.67, DHL:407.4
- BT:0.25, BD:0.02, BI:0.23

Evolución PO-2 (16/11 08:00am):

FV: FC:75, FR:18, PA:150/90, T°:36.7°C, SatO2:98%

<S> Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio y escaso sangrado vaginal. Niega síntomas premonitorios, niega SAT. Diuresis (+), Deposiciones (+).

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar <2". Mamas: Blandas, Secretoras calostro. Abd: B/D. Útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, leve dolor en sitio operatorio. Ho: Puntos de sutura bien afrontados, no flogosis. Genitales: Loquios hemáticos escasos, sin mal olor. SNC: Lotep. Glasgow 15/15

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio. Buena involución uterina. PAmin:120/70mmHg, PAmáx:150/90mmHg. Perfil de preeclampsia en valores normales, sin signos premonitorios. Actualmente, con Metildopa/Captopril. Evolución lenta favorable. Pronóstico bueno.

Dx: PO2 ± 1 día 2h de CSTP (Por Primigesta 37 4/7ss xEcolT + Preeclampsia severa + RCIU tipo I + No trabajo parto), ITU, THE: Preeclampsia severa

<P> Mantener indicaciones, Vigilar PA, Continuar terapia antihipertensiva, CFV+OSA. Ss. Interconsulta Cardiología y Oftalmología

RP: Dieta blanda + LAV, VS, Cefazolina 1g EV c/8h, Metildopa 750mg EV c/8h, Captopril 25mg VO c/12h, Nifedipino 20mg VO PRN PA≥160/100, Control PA, Vigilar síntomas premonitorios, LME, Masaje uterino, Deambulacion, OyC PPF + Nutrición + LME, Retiro de sonda Foley, HUP, CFV+CSV+OSA, Tramadol 100mg SC c/8h, Comunicar eventualidades. Ss. IC Cardiología/Oftalmología

Nota Médica (16:30pm): Se efectiviza IC con Oftalmología y se recibe su respuesta: No impresiona retinopatía, Ametropía, Pasar a consultorio externo para medida de visión. Plan: Efectivizar IC Cardiología

Evolución PO-3 (dirigido): 17/11722

FC: 99x', FR: 18x', PA:130/95, T°: 36.7°C, SatO2: 98%

- Paciente leve escaso dolor en sitio operatorio y escaso sangrado vaginal. Niega síntomas premonitorios, niega otras molestias
- Ex. Físico: Mamas: Blandas, secretoras de calostro. Abd: B/D, útero contraído debajo CU. HO: Puntos de sutura bien afrontados, sin flogosis. Genitales: Loquios hemáticos escasos, s/ mal olor.
- Dx: PO 2 día 2h de CSTP (Por Primigesta 37 4/7ss xEcoIT + Preeclampsia severa + RCIU tipo I + No trabajo parto), ITU en resolución, THE: Preeclampsia severa
- Evolución favorable. Plan: Mantener indicaciones médicas

Evolución PO-4 (dirigido): 18/11722

FC: 71x', FR: 19x', PA:130/90, T°: 36.9°C, SatO2: 99%

- Paciente leve escaso dolor en sitio operatorio y escaso sangrado vaginal. Niega síntomas premonitorios, niega otras molestias
- Ex. Físico: Mamas: Blandas, secretoras de calostro. Abd: B/D, útero contraído debajo CU. HO: Puntos de sutura bien afrontados, sin flogosis. Genitales: Loquios hemáticos escasos, s/ mal olor.
- Dx: PO 3 día 2h de CSTP (Por Primigesta 37 4/7ss xEcoIT + Preeclampsia severa + RCIU tipo I + No trabajo parto), ITU en resolución, THE: Preeclampsia severa
- Hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente. Evolución favorable postoperatoria. Perfil de preeclampsia en valores normales, no síntomas premonitorios. PA min: 122/85mmHg, PA máx: 135/95mmHg,
- Plan: Alta médica con indicaciones. Control por consultorio de Cardiología

## **Caso Clínico N°2: ACRETISMO PLACENTARIO**

Nombre: B.M.M.L. Edad: 30 años Sexo: Femenino G6P3023

Fecha de Ingreso: 13-03-2023 22:00pm

FUR: 05/07/22, EG: 36.4ss x Eco IT

Antecedentes: Patológicos: Niega, Quirúrgicos: Cesárea anterior 1 vez.

Hospitalizaciones: Niega, RAM: Niega

G-O: G6P3023 - Mala historia obstétrica. UPAP: Hace  $\pm$  2 años

G1 2008 Parto vaginal - A término - 3300g - Femenino HCCLH

G2 2010 Aborto - 13ss - Legrado uterino HCCLH

G3 2012 Cesárea x SFA - A término HCLLH

G4 2016 Aborto - 12ss - Aneu HCLLH

G5 2019 Parto vaginal - A término -

G6 actual, no planificado

### Enfermedad Actual:

TE: 5h Forma inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Relato: Paciente acude a emergencia refiriendo cuadro clínico de  $\pm$  5h de evolución caracterizado por sensación de alza térmica cuantificada de 38-39°C, asociada a contracciones uterinas dolorosas que aumentan progresivamente en frecuencia e intensidad. Percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico. Se evalúa para ingreso a centro obstétrico.

Funciones Biológicas: Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Conservada, Deposiciones: Conservadas

### Examen Físico:

FC:116x' PA:100/70 FR:18x' T°:38.6°C SatO2:97% Peso:65kg IMC:27.05

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH
- Piel y Faneras: Caliente, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". Leve palidez +/-, no ictericia
- TCSC: No edemas
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR buena intensidad, No soplos audibles, Taquicardia

- Mamas: Blandas, simétricas, no dolorosas
- Abdomen: Globuloso, Útero grávido ocupado por feto único vivo. AU:32cm, SPP:LCD, LCF:160x', MF:++, DU:2/10/++/20"
- Renal: PPL(-) PRU (-)
- Genitales: Sin alteraciones, no pérdida de líquido ni sangre.
- Tacto vaginal: Dilatación:4cm, Incorporación:80%, Altura presentación: -2, Membranas: Íntegras. Pelvis ginecoide
- Extremidades: Movilidad conservada, Rango articular conservado
- SNC: Lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión Diagnóstica: Gestante 36 4/7ss x EcoIT, Trabajo de parto pretérmino, Cesareada anterior 1 vez, Multiparidad, d/c Anemia

Plan: Ss. Ecografía obstétrica. Grupo y Factor, Hemograma, PCR, Glucosa, Úrea, Creatinina, TC, TS, Examen de orina.

Exámenes auxiliares:

- Ecografía obstétrica: Gestación única activa 36.4ss x EcoIT, SPP:LCI, LCF:160x', DBP:83.2mm, PF:3139g, LF:70mm: LA:Adecuado, Placenta:Corporal anterior, Grado madurez III/III
- GyF: O(+), Hb:9.5, Hto:28.8, Leu:9.10, Plaq:225, Abast:0%, Segm:82.1%
- PCR:0.68, Glu:82.3, Úrea:9.6, Creatinina:0.36, TC:6, TS:2.3

Diagnóstico Definitivo: Gestante 36 4/7ss x EcoIT, Trabajo de parto pretérmino, Cesareada anterior 1 vez. Anemia moderada, Multiparidad

Informe de Parto (Centro Obstétrico)

- RN vivo, Sexo: Masculino, Talla: 48.5cm, Peso: 2250g, Apgar: 9'-9"
- Perímetros: Cefálico: 34cm - Torácico: 33cm - Abdominal: 33.5cm
- Edad gestacional (Capurro): 36ss
- Procedimiento: Parto eutócico

Plan de trabajo: Pase a ARO (Alto riesgo obstétrico), Completar exámenes prequirúrgicos. Ss. Transfusión Paquete globular. Ss. Interconsulta Neonatología

Informe Operatorio:

- Dx preoperatorio: III de Trabajo de parto + Alumbramiento incompleto d/c Acretismo placentario + Hemorragia postparto

- Dx postoperatorio: Confirmado (III de Trabajo de parto + Alumbramiento incompleto d/c Acretismo placentario + Hemorragia postparto) + Politransfundida + Lesión vesical + Desgarro perineal grado I, Shock hipovolémico
- Operación propuesta: Laparotomía Exploratoria
- Operación realizada: Laparotomía Exploratoria + Histerectomía abdominal subtotal + Rafia vesical + Sutura de desgarro perineal
- Hallazgos: Útero atónico, Infiltración placentaria con presencia de neovasos en 2/3 de cara anterior de útero y vejiga. Solución continuidad  $\pm 5$ cm en vejiga y  $\pm 3$ cm en hora 5 de periné. SIO:  $\pm 1800$ cc

Exámenes Auxiliares de control Postoperatorio:

Hb:9.2, Hto:26.6, Leu: 9.10, Plaq:150, Abast:0%, Segm:86%, PCR:5.94  
 Glu:117.4, Úrea:12.2, Creatinina:0.44, TC:7, TS:3, TP:17, INR:1.4

Exámenes Auxiliares de control DH:

(14/03/23) Hb:6.6, Hto:19, Leu:21.6, Plaq:133, Abast:0%, Segm:81.2%,  
 PCR:13.16 TC:6, TS:3, TP:17.6, INR:1.45

--- Transfusión sangre ---

(15/03/23) Hb:7.7, Hto:22.3, Leu:20.3, Plaq:103, Abast:0%, Segm:78%,  
 PCR:11.5 Glu:112, Úrea:15, Creatinina:0.49, TC:6, TS:3, TP:13.7, INR:1.02

(16/03/23) Hb:7.2, Hto:21.6, Plaq:98

--- Transfusión sangre ---

(17/03/23) Hb:8.5, Hto:25.6, Leu:16.5, Plaq:120, Abast:0%, Segm:82%,  
 PCR:3.53 Glu:109, Úrea:11.5, Creatinina:0.28, TC:7, TS:3, TP:11.8, INR:0.87

(19/03/23) Hb:8.2, Hto:24.6, Leu:18.1, Plaq:208, Abast:0%, Seg:84%, PCR:10.09

(21/03/23) Hb:8.5, Hto:25.6, Leu:11, Plaq:330, Abast:0%, Segm:67%, PCR:6.71

### Evolución:

- Paciente estuvo hospitalizada durante 8 días más en los que se mantuvo un Control de funciones vitales, Control de Hb y hto y Control sobre diversos parámetros laboratoriales de importancia.
- Al observar los niveles de Hemoglobina, se plantearon algunas transfusiones, logrando llevar la Hb hasta 8.5mg/dL.
- Una vez estabilizada la paciente, se le dio de alta con indicación de suplemento de Hierro y con un control en 7 días por consultorio de G-O.

### **1.3.2 Pediatría**

#### **Caso Clínico N°1: CRISIS ASMÁTICA MODERADA**

Fecha de Ingreso: 25-12-2022 12:30pm

Nombre: R.A.T. Edad: 5 años Sexo: Masculino Peso: 19kg

Antecedentes: Patológicos personales: Crisis Asmática (Hace 1 año), Patológico familiares: Madre con Asma durante niñez, Quirúrgicos: Niega. Hospitalizaciones: Neumonía (Hace 3 años y hace 7 meses), RAM: Niega, Vacunas: Completas para edad

#### Enfermedad Actual:

TE: 4 días Forma inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Relato: Paciente menor es traído a emergencia por su madre quien refiere que presenta cuadro clínico de 4 días caracterizado por congestión nasal, rinorrea, agitación y dificultad respiratoria. El día de ayer, se agrega hundimiento de pecho; por lo que la madre le administra 2 puff de Salbutamol c/20 minutos durante 1 hora, cediendo parcialmente. Hoy, se exacerba el cuadro, aumentando la dificultad respiratoria y la agitación, por lo que acuden al hospital.

Funciones Biológicas: Apetito: Disminuido, Sed: Aumentada, Sueño: Disminuido, Orina: Conservada, Deposiciones: Conservadas

#### Examen Físico:

FC: 104x' FR: 40x' T°: 37.4°C SatO2: 93% Peso: 19kg

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH

- Piel y Faneras: Tibia, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". No palidez
- TCSC: No edemas
- Fosas Nasales: No permeables (congestivas)
- Orofaringe: No congestiva, No evidencia placas
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP. Se auscultan sibilantes inspiratorios y espiratorios. Leve tiraje SC y tirajes IC. Taquipnea
- Cardiovascular: RCR buena intensidad, No soplos audibles
- Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando, Depresible, No doloroso a la palpación, No visceromegalia
- SNC: Despierto, Alerta, reactivo a estímulos, quejumbroso

Impresión Diagnóstica: Síndrome obstructivo bronquial agudo, Crisis asmática, Rinofaringitis, Neumonía típica vs atípica

\*Se valora con la escala PULMONARY SCORE: 6pts

Plan de Trabajo: Salbutamol 08 puff STAT, Bromuro de Ipatropio 04 puff STAT, Dexametasona 4mg IM STAT, Reevaluación post inhalaciones

Evolución Emg-1 (dirigido): FC:110x', T°: 37°C, FR:35x', SatO2:95%

- TyP: MV pasa disminuido en ACP. Se auscultan roncales difusos y sibilantes espiratorios. Leve tiraje SC y tirajes IC.
- RP: Nebulización c/salbutamol 12 gotas c/20 minutos (03 veces) y Bromuro de Ipatropio 04 puff c/20 min (03 veces). Ss. Hemograma, PCR, Antígeno covid-19, RX tórax AP. Se hospitaliza.

Evolución Emg-2 (dirigido): FC:98x', T°: 36.6°C, FR:33x', SatO2:90-93%

- Persiste con distrés respiratorio moderado-severo. Pulmonary score: 5pts
- TyP: MV pasa disminuido en ACP. Se auscultan sibilantes espiratorios y espiratorios difusos en ACP. Leve tiraje SC y tirajes IC.
- RP: Nebulización c/salbutamol 12 gotas c/20 minutos (03 veces) y Bromuro de Ipatropio 04 puff c/20 min (03 veces),

Exámenes auxiliares: Covid-19 (-), Hemograma (parámetros normales), PCR:3.05, Rx tórax AP: Tenues radiopacidades en base de HTI, trama broncovascular acentuada, índice cardiotorácico normal, mediastino no ensanchado, senos costodiafragmáticos libres.

Diagnóstico Definitivo: Crisis Asmática moderada

RP: Dieta blanda a tolerancia, NaCl 9% EV 50cc/h, Metilprednisolona 40mg EV STAT luego 20mg EV c/6h, Sulfato de magnesio: 1g (1/2 ampolla) diluido en 100cc de NaCl 9% (En 1h), NBZ c/salbutamol 12 gotas + 5cc de Suero fisiológico c/2h, Bromuro de Ipatropio 04 puff c/4h, Metamizol 400mg EV PRN fiebre o dolor, Cabecera 30°, Apoyo O2 PRN SatO2<92%, CFV + OSA. Se hospitaliza.

Evolución DH-1 (dirigido):

FC: 98x', FR: 41x', T°: 36.8°C, SatO2: 92%, Peso: 11.5kg

- Persistió SatO2<94% y FR: 41 con CBN 3L y vía periférica permeable
- TyP: MV pasa disminuido en ACP. Sibilantes I/E difusos. Tirajes SC e IC
- RP: Dieta blanda más Líquidos a voluntad, Dextrosa 5% + electrolitos: 17 gotas x' (1500 ml/sc/día), Metilprednisolona 20mg EV c/6h, NBZ con salbutamol 12 gotas + 5cc de SF c/2h, Bromuro de Ipatropio 02 puff c/4h, O2 por CBN 3L PRN SatO2<92%, CFV + OSA, Monitoreo de SatO2 y FR c/4h

Evolución DH-2 (dirigido):

FC: 110x', FR: 40x', T°: 36.5°C, SatO2: 94%, Peso: 11.5kg

- Estable, afebril sin tratamiento ATB. Buena tolerancia oral, mejoría clínica
- TyP: MV disminuido en ACP. Sibilantes espiratorios difusos. Tirajes SC e IC
- RP: Dieta blanda + LAV, Dextrosa 5% + electrolitos: 12 gotas x' (1200 ml/sc/día), Metilprednisolona 20mg EV c/6h, NBZ con salbutamol 12 gotas + 5cc de SF c/4h, Bromuro de Ipatropio 02 puff c/4h, O2 por CBN 2L PRN SatO2<92%, CFV + OSA, Monitoreo de SatO2 y FR c/6h, Ss. RX tórax AP

Evolución DH-3 (dirigido):

FC: 100x', FR: 32x', T°: 36.6°C, SatO2: 94%, Peso: 11.5kg

- Despierto, afebril. Buena tolerancia oral, evolución favorable
- TyP: MV pasa bien ACP. Leves sibilantes esp difusos. Leves tirajes SC e IC
- RP: Dieta blanda + LAV, Dextrosa 5% + electrolitos: 10 gotas x' (720 ml/sc/día), Metilprednisolona 20mg EV c/6h, NBZ con salbutamol 8 gotas + 5cc de SF c/4h, Bromuro de Ipatropio 02 puff c/4h, O2 por CBN 2L PRN SatO2<92%, CFV + OSA, Monitoreo de SatO2 y FR c/6h

\*Paciente menor mejora su SatO2≥93% en los siguientes días sin apoyo oxigenatorio. Al examen físico, se encuentra no disneico, afebril, con escasos sibilantes en bases de ACP, no tirajes. Se plantea alta con indicaciones médicas mediante terapia inhalatoria con Salbutamol y Bromuro de Ipatropio.

### **Caso Clínico N°2: DIARREA DISENTÉRICA AGUDA**

Fecha de Ingreso: 15-01-2023 17:10pm

Nombre: L.I.F.T. Edad: 2.5 años Sexo: Femenino Peso: 12kg

Antecedentes: Patológicos: Rinitis, Quirúrgicos: Niega. Hospitalizaciones: Neumonía (Hace 5 meses), RAM: Niega, Vacunas: Completas para edad

#### Enfermedad Actual:

TE: ±3 días Forma inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Relato: Paciente menor es traída a emergencia por su abuela quien refiere que presenta cuadro clínico de ±3 días caracterizado por 9 episodios de deposiciones líquidas con mucosidad y rastros de sangre, asociado a picos febriles hasta 39°C e incremento de sed. Ayer, se le agrega 3 episodios de vómitos, asociado a hiporexia e irritabilidad. Hoy, la percibe poco activa, por lo que acude al hospital.

Funciones Biológicas: Apetito: Disminuido, Sed: Aumentada, Sueño: Disminuido, Orina: Conservada, Deposiciones: Líquidas (con mucosidad y rastros de sangre)

#### Examen Físico:

FC: 119x' FR: 35x' T°: 36.5°C SatO2: 98% Peso: 12kg

- Aspecto general: AREG, AREN, AMEH
- Piel y Faneras: Tibia, Deshidratada, Elástica. Llenado capilar < 2"
- TCSC: No edemas

- Ojos: Hundidos, pupilas isocóricas normorreactivas
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, No ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR buena intensidad, No soplos audibles
- Abdomen: Leve distensión, RHA (incrementados), Blando, Depresible, Doloroso a la palpación en Mesogastrio, No visceromegalia
- SNC: Despierta, hipoactiva, poco reactiva a estímulos. No focalización

\*Según la clínica y la evaluación física, se calcula el grado de deshidratación para posterior manejo: Deshidratación Moderada – Plan de Rehidratación B

Impresión Diagnóstica: Enfermedad Diarreica Aguda, Síndrome Emético, Deshidratación moderada

Plan de Trabajo:

- Solución poli electrolítica EV. Dimenhidrinato + Metamizol + Omeprazol EV
- Ss. Hemograma, PCR, Reacción inflamatoria en heces. Prueba de antígeno Rotavirus, Prueba de Antígeno Campylobacter, Coprocultivo
- Reevaluación con resultados.

Exámenes Auxiliares:

Hemoglobina:12, Leucocitos:8.1, Segmentados:49%, PCR:297

Reacción inflamatoria heces: Diarrea, mucosidad (+), Leu:>100/c, Hemat:30-50/c

Antígenos para Rotavirus y Campylobacter (-)

Reevaluación: Con los resultados de laboratorio, se hospitaliza

Evolución DH-1: FV dentro de parámetros normales

<S> Madre refiere dolor abdominal y persistencia de cuadro diarreico.

Permanece afebril. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AMEH

- PyF: Tibia, Deshidratada, Elástica. Llenado capilar <2". No palidez
- Ojos: Levemente hundidos
- TyP: MV pasa bien en ACP, No ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, No soplos audibles

- Abd: Leve distensión, RHA (incrementados), B/D, Doloroso Mesogastrio
- SNC: Despierta, hipoactiva, reactiva a estímulos, ligeramente irritable

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril al momento de evaluación. Con signos de deshidratación, persistencia de dolor abdominal y diarrea mucosa y sanguinolenta. Evolución estacionaria.

Dx: EDA: d/c origen infeccioso, Deshidratación moderada

<P> Continuar hidratación, Continuar analgesia, Cobertura ATB, CFV+BHE

RP: Tolerancia Dieta blanda + LAV, Dextrosa 5%+CINa 20%+CK 20%, Omeprazol 12mg EV/24h, Ceftriaxona 500mg EV/12h, Simeticona 24 gts VO/8h, Dimenhidrinato 12mg EV PRN vómitos, Solución polielectrolítica EV, CFV+BHE

Resultado laboratorio: Coprocultivo (-)

Evolución DH-2: FV dentro de parámetros normales

<S> Madre refiere persistencia de leve dolor abdominal y cuadro diarreico. Permanece afebril. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

PyF: Tibia, Leve deshidratación, Elástica, Llenado capilar <2”, no palidez. TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados. CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles. Abd: Leve distensión, RHA (↑), B/D, Leve dolor Mesogastrio. SNC: Despierta, reactiva a estímulos

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril durante evaluación. Con signos de deshidratación, persistencia de leve dolor abdominal y diarrea, Evolución favorable

Dx: Diarrea Disentérica Aguda, Deshidratación leve

<P> Continuar hidratación, Continuar analgesia, Cobertura ATB, CFV+BHE

Evolución DH-3: FV dentro de parámetros normales

**PASA ORTOGRAFÍA CON UN PROGRAMA DE INTERNET**

<S> Madre refiere disminución de episodios de diarrea. Niega dolor abdominal, niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Refiere mejoría clínica respecto al momento del ingreso. Buena tolerancia oral.

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

PyF: T/H/E, llenado capilar <2'', no palidez. Boca: Mucosa húmeda. TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados. CV: RCR de buena intensidad, no soplos. Abd: No distendido, RHA (presentes), B/D, no dolor a palpación, no signos peritoneales. SNC: Despierta, reactiva a estímulos

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril. Sin signos de deshidratación, persistencia de escasos episodios diarreicos, Evolución favorable

Dx: Diarrea Disentérica Aguda en resolución

<P> Continuar hidratación, Continuar analgesia, Cobertura ATB, Alta médica con indicaciones, Control por consultorio externo en 7 días

### **1.3.3 Medicina Interna**

#### **Caso Clínico N°1: SEPSIS PP. DÉRMICO**

Fecha de Ingreso: 20-02-2023 20:10pm - Paciente: A Demanda

Servicio de Ingreso: Traumashock

#### TRAUMASHOCK (20-02-23)

Nombre: B.R.V. Edad: 91 años Sexo: Femenino

Antecedentes: Patológicos: HTA (Desde hace 15 años: Captopril), ACV (Hace 10 años: Postración), Quirúrgicos: Niega, Hospitalización: Niega, RAM: Niega

#### Enfermedad Actual:

TE: 1 mes - Episodio Actual: 7 días - Forma inicio: Insidioso - Curso: Progresivo

Relato: Paciente postrada crónica acude a emergencia traída por familiares, quienes refieren dificultad respiratoria, SAT. Refieren, además, lesiones ulcerosas en región sacra y miembros inferiores.

Funciones Biológicas: Apetito: Conservado, Sed: Conservada, Sueño: Conservado, Orina: Conservado, Deposiciones: Disminuidas

Examen Físico: Paciente postrada crónica

FC: 89x' FR: 23x' PA: 81/41 mmHg T°: 38°C SatO2: 97% (FiO2: 32%)

- Aspecto general: AMEG, AMEN, AMEH
- Piel y Faneras: Fría, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". Leve palidez
- TCSC: No edemas
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, Crépitos difusos en ACP. Leve taquipnea, no tirajes
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, No soplos audibles
- Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando, Depresible, No doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales
- Genitourinario: PPL(-), PRU(-)
- Región Sacra: Lesión ulcerosa
- SNC: Somnoliento. Glasgow 10/15

\*Se evalúa, de inmediato, con la escala de valoración *Quick SOFA* (qSOFA), obteniendo 3 puntos: FR>22x' (FR:23x'- 1pt), Alteración del estado mental

Impresión Diagnóstica: Sepsis pp Dérmico vs Respiratorio, IRA tipo I: d/c NAC

Plan de Trabajo: Ss. Exámenes de laboratorio (Rx Tórax, Antígeno Covid-19, Hemograma, PCR, Perfil hepático, Glucosa, Úrea, Creatinina, Examen de orina, AGA + e-, Bk en esputo), NPO, Adrenalina 4mg + NaCl 9% 100cc (titulable 5cc/h), Poligelina PRN PAM<65mmHg o PA<90/60mmHg, Reevaluación con resultados

Exámenes Auxiliares: Covid (-)

- Hb:6.9, Leu:9.2, Plaq:223, Glucosa:99.9, Úrea:81.7, Creatinina:0.8, PCR:15.29, Albúmina:1.4, Proteínas totales:4.3, TGO:14.6, TGP:7.7, GGT:5.9, BT:1.13, BD:0.58, BI:0.55, FA:73.3, Examen de orina (Leu:15-20/c, Hemat:0-1/c, Gérmenes:1+)
- AGA con FIO2 32% (ph:7.5, pCO2:35, PO2:96.2, SO2:98.4, K+:3.3, Na+:129, Ca+:0.99, Cl:93, Lac:1.4, HCO3:28.2, Anión Gap:11.7, PaFi:301)
- Rx de tórax AP: Impresiona escasos infiltrados pulmonares en ACP

Reevaluación (23:30pm)

FV: FC: 87x' FR: 19x' PA: 79/35 mmHg T°: 38°C SatO2: 96% (FiO2: 32%)

- Diagnóstico: Shock séptico punto de partida Respiratorio VS Dérmico, IRA tipo I: d/c NAC, ITU, THE (Hiponatremia moderada, Hipokalemia leve, Hipocalcemia leve, Hipocloremia leve), Desnutrición Calórico Proteica (DCP. Anemia severa, Hipoalbuminemia severa)
- Plan de trabajo: NaCl 9% 1000cc, Piperacilina-Tazobactam 4.5mg EV c/6h, Omeprazol 40mg EV c/24h, Noradrenalina 4mg (2amp, titulable 5cc/h), Paracetamol 1g EV PRN T°≥38.1°C, HGT c/8h, O2 suplementario x CBN PRN SatO2<92%, Cabecera 45°, CFV+BHE, Pase a Observación del servicio de Medicina Interna, Ss. Urocultivo, AGA + e<sup>-</sup> c/24h
- Se informa a familiares sobre el mal pronóstico del paciente, evolución tórpida y alto riesgo de mortalidad a corto plazo.
- Se añade al RP: Colocación de SNG

MEDICINA INTERNA (Observación-Emergencia)

Evolución DH-1 (21-01-23):

FV: FC: 75x' FR: 28x' PA: 90/45 mmHg T°: 36.8°C SatO2: 99% (FiO2: 32%)

HGT: 21:00pm:113 – 06:00am:122

<S> Paciente responde al interrogatorio con frases incomprensibles. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Diuresis (+) Deposiciones (-). Enfermería reporta que no se pudo obtener esputo para el análisis de Bk.

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

- P y F: T/H/E. Llenado capilar < 2". Leve palidez
- T y P: MV pasa bien ACP, Crépitos difusos en ACP, taquipneica, no tirajes
- CV: RCR de buena intensidad, No soplos audibles
- Abd: No distendido, RHA (+), B/D, No doloroso a palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales
- Región Sacra: Lesión ulcerosa de grado IV
- SNC: Despierta. Glasgow 12/15

<A> Paciente hemodinámicamente compensada, ventilando con soporte O2 de CBN 3L (SatO2: 99% con FiO2: 32%), afebril en la evaluación. Con uso de vasopresor (Noradrenalina 4mg). Evolución estacionaria, pronóstico reservado.

AGA con FIO2 32% (ph:7.37, pCO2:38.5, PO2:80.2, SO2:95.4, K+:4.8, Na+:140, Ca+:1.02, Cl:115, Lac:2.0, HCO3:22.3, Anion Gap:10.1, PaFi:335)

Dx: Shock Séptico con uso de vasopresores (Herida infectada, UPP sacra Grado IV), IRA tipo I (Neumonía), Anemia severa, ITU, DCP severa, THE (Hiponatremia moderada, Hipocalcemia leve, Hipercloremia leve), Postrada crónica x HC

<P> Plan: Continuar cobertura ATB, Corregir medio interno, Curación de herida  
RP DH-1: Dieta líquida hipoalergénica x SNG, NaCl 9% 1000cc + ClK 20% 1amp+ ClNa 20% 1amp (xx gotas x'), Piperacilina-Tazobactam 4.5mg EV c/6h, Omeprazol 40mg EV c/24h, Noradrenalina 4mg 2amp + Dextrosa 5% 100cc (5cc/h para PAM≥65), Paracetamol 1g EV PRN T≥38°C, Albúmina 20% EV c/8h, HGT c/8h, O2 x CBN si SatO2≤ 92%, Cabecera 45°, CFV+BHE, Curación herida c/48h con debridación, Ss. AGA+e-. Bk en aspirado gástrico.

Nota médica 16:00h: Se añade al RP: Tramadol 100mg + Dimehidrinato 50mg +NaCl 9% 100cc (EV PRN dolor)

Evolución DH-2 (22-01-23):

FV: FC: 80x' FR: 20x' PA: 95/50 mmHg T°: 36.6°C SatO2: 95% (FiO2: 21%)

HGT: 21:00pm:103 – 06:00am:112

<S> Paciente responde al interrogatorio con frases incomprensibles. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Diuresis (+) Deposiciones (-). Enfermería reporta prueba de tolerancia exitosa a retiro progresivo de soporte O2.

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar < 2", Leve palidez. T y P: MV pasa bien ACP, crépitos difusos en HTI. no taquipnea, no tirajes. CV: RCR de BI, no soplos. Abd: No distendido, RHA (+), B/D, No doloroso a la palpación, no signos peritoneales. Región Sacra: Lesión ulcerosa grado IV. SNC: Despierta, Glasgow 12/15

<A> Paciente hemodinámicamente compensada, ventilando espontáneamente sin soporte O2, afebril en la evaluación. Con uso de vasopresor (Noradrenalina 4mg). Portadora de SNG. Se realizó curación de UPP sacra

AGA con FIO2 21% (ph:7.37, pCO2:36, PO2:83, SO2:80, K+:5.0, Na+:140, Ca+:1.08, Cl:102, Lac:1.13, HCO3:23, Anion Gap:11, PaFi:340)

Dx: Shock Séptico con uso de vasopresores (Herida infectada, UPP sacra), IRA en resolución (Neumonía), ITU, DCP (Anemia severa, Hipoalbuminemia), THE (Hiperkalemia leve, Hipocalcemia leve), Postrada crónica x HC

<P> Plan: Continuar cobertura ATB, Continuar vasopresor, Curación de herida

RP DH-2: Dieta licuada x SNG hiperproteica VT=1000cc, NaCl 9% 1000cc, Piperacilina-Tazobactam 4.5mg EV c/6h, Omeprazol 40mg EV c/24h, Noradrenalina 4mg 2amp + Dextrosa 5% 100cc (5cc/h para PAM≥65), Enoxaparina 40mg SC c/24h, Albúmina 20% EV c/8h, HGT c/8h, Cabecera 45°, Tramadol 100mg + Dimenhidrinato 50mg + NaCl 9% 100cc (EV PRN dolor), Curación herida, CFV+BHE, Ss. AGA + e-, Pendiente Bk en aspirado gástrico

### Evolución DH-3 (23-01-23):

FV: FC: 82x' FR: 19x' PA: 90/60 mmHg T°: 36.8°C SatO2: 95%

HGT: 22:00pm:105 – 07:00am:102

<S> Paciente responde al interrogatorio con frases incomprensibles. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Diuresis (+) Deposiciones (+).

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar < 2", Leve palidez. T y P: MV pasa bien ACP, leves crépitos difusos en HTI, no taquipnea, no tirajes. CV: RCR de BI, no soplos. Abd: No distendido, RHA (+), B/D, no doloroso a palpación, no signos peritoneales. Región Sacra: Lesión ulcerosa grado IV. SNC: Despierta, Glasgow 12/15

<A> Paciente hemodinámicamente compensada, ventilando espontáneamente sin soporte O2, afebril en la evaluación. Con uso de vasopresor (Noradrenalina 4mg). Portadora de SNG. Resultados: Urocultivo (-), Bk en aspirado gástrico I (-) AGA con FIO2 21% (ph:7.41, pCO2:37, PO2:90, SO2:80, K+:4.3, Na+:144, Ca+:1.17, Cl:103.5, Lac:1.2, HCO3:22, Anion Gap:12, PaFi:342)

Dx: Shock Séptico con uso de vasopresores (Herida infectada, UPP sacra), IRA en resolución (Neumonía del anciano), ITU, DCP (Anemia severa, Hipoalbuminemia), Postrada crónica x HC

<P> Continuar ATB, Continuar vasopresor, Curación de herida, Movilización c/2h  
RP DH-3: Dieta licuada x SNG hiperproteica VT=1000cc, NaCl 9% 1000cc, Piperacilina-Tazobactam 4.5mg EV c/6h, Omeprazol 40mg EV c/24h, Noradrenalina 4mg 2amp + Dextrosa 5% 100cc (5cc/h para PAM≥65), Enoxaparina 40mg SC c/24h, Albúmina 20% EV c/8h, HGT c/8h, Cabecera 45°, Tramadol 100mg + Dimenhidrinato 50mg + NaCl 9% 100cc (EV PRN dolor), Curación herida, CFV+BHE. Ss. Perfil hepático, Hemograma, Úrea, Creatinina, Glucosa, TC, TS, TP, INR, Perfil de electrolitos.

Evolución DH-4 (24-01-23):

FV: FC: 79x' FR: 19x' PA: 100/60 mmHg T°: 37°C SatO2: 94%

HGT: 22:00pm:120 – 07:00am:107

<S> Paciente responde al interrogatorio con frases de afirmación y negación, hace uso de gestos acorde al contexto, orientado en persona. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Diuresis (+) Deposiciones (+)

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar < 2", Leve palidez. T y P: MV pasa bien ACP, leves crépitos en base de HTI, no taquipnea, no tirajes. CV: RCR de BI, no soplos. Abd: No distendido, RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales. Región Sacra: Lesión ulcerosa grado IV. SNC: Despierta. Glasgow 13/15.

<A> Paciente hemodinámicamente compensada, ventilando espontáneamente sin soporte O2, afebril en la evaluación. Con uso de vasopresor (Noradrenalina 4mg). Portadora de SNG. Se recibe resultado: Bk en aspirado gástrico II (-)

Hb:6.8, Leu:9.3, Pla:200, Glucosa:109.8, Úrea:40, Creatinina:1.04, Alb:2.5, TGO:15.6, TGP:16, GGT:8.7, TC:7.3, TS:3.0, K<sup>+</sup>:4.4, Na<sup>+</sup>:142, Ca<sup>+</sup>:1.2, Cl<sup>-</sup>:101, TP:16.0, INR:1.24

Dx: Shock Séptico (Herida infectada, UPP sacra), IRA en resolución (NAC), ITU en resolución, DCP (Anemia severa, Hipoalbuminemia), Postrada crónica x HC

<P> Plan: Continuar cobertura ATB, Continuar vasopresor, Curación de herida  
RP DH-4: Dieta licuada x SNG hiperproteica VT=1000cc, NaCl 9% 1000cc xx  
gotas x', Piperacilina-Tazobactam 4.5mg EV c/6h, Omeprazol 40mg EV c/24h,  
Noradrenalina 4mg 2amp + Dextrosa 5% 100cc (5cc/h para PAM≥65),  
Enoxaparina 40mg SC c/24h, Albúmina 20% EV c/8h, HGT c/8h, Cabecera 45°,  
Tramadol 100mg + Dimenhidrinato 50mg + NaCl 9% 100cc (EV PRN dolor),  
Curación herida, Destete progresivo Noradrenalina, CFV+BHE

Evolución: DH-5 a DH-11 (25 al 31/01/23)

FV: FC, FR, T°: Valores normales. SatO2: >95%. PA: Se mantuvo vasopresor  
durante siguientes 3 días, donde las PA fueron estabilizándose: PAmin:96/55, PA  
máx:110/68. En el DH-11, PA:110/68. HGT: Rangos normales (<110mg/dL)

<S> Paciente responde al interrogatorio con pocas frases. Orientado en persona  
y espacio. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Diuresis (+) Deposiciones  
(Algunos días). Enfermería reportó intento de destete progresivo del vasopresor

<O> Examen Físico: AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar < 2", no palidez. T y P: MV pasa bien en ACP,  
escasos crépitos en base HTI. CV: RCR de BI, no soplos. Abd: No distendido,  
RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación. Región Sacra: Lesión ulcerosa de  
Grado IV. SNC: Despierta, orientada en persona y espacio, Glasgow 13/15

<A> Paciente hemodinámicamente compensada, ventilando espontáneamente  
sin soporte O2, afebril en la evaluación. Con vasopresor Noradrenalina 4mg  
(Destete progresivo hasta llegar al DH-9, en el que se retiró por completo, sin  
hipotensión). Portadora de SNG. Evolución estacionaria, pronóstico reservado.

\*En los siguientes días:

- Trasfundió 1 paquete globular. Hto de control pos-transfusión: 24.5, Hb:8.16
- Control de Albuminemia: Alb:4.1
- Familiares solicitan referencia a un hospital de Essalud, donde paciente está asegurada, ya no pueden costear la estancia en este hospital. Al encontrarse en mayor estabilidad luego de los últimos controles y luego de 3 días con PA estable sin vasopresor, la referencia se hace efectiva al DH-11.

Diagnósticos con los que se refirió: Sepsis en resolución (Herida infectada, UPP sacra), IRA en resolución (NAC), ITU en resolución, Anemia moderada, Postrada crónica x HC

### **Caso Clínico N°2: ACV ISQUÉMICO**

Fecha de Ingreso: 05-02-2023 20:05pm

Nombre: L.I.A.C. Edad: 75 años Sexo: Femenino

Antecedentes: Patológicos: Acv isquémico con hemiparesia derecha, Afasia de expresión (19/11/22), Cardiopatía Congénita, HTA (10 años), Cardiomegalia con falla cardiaca (Tto: Rivaroxabán 20mg y Bisoprolol 5mg – Hace 5 años), Quirúrgicos: Niega. Hospitalizaciones: Niega. RAM: Niega

#### Enfermedad Actual:

TE: 12h Forma inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Relato: Paciente acude a emergencia traída por familiar quien refiere cuadro clínico de ±12 horas de evolución caracterizado por cefalea, mareos y visión borrosa, asociado a una PA: 210/90mmHg, por lo que acudieron a una clínica privada donde le ordenan una RM, cuyo informe señala: 1) Evento isquémico agudo en la sustancia blanca del centro semioval de lóbulo frontal izquierdo y en ganglios basales ipsilaterales. 2) Secuela de evento isquémico en lóbulo de ínsula y lóbulo frontal adyacente de hemisferio cerebral izquierdo. 3) Encefalomalacia y alteración de la señal corticosucortical. Posterior a este examen, le indican ser hospitalizada, lo que no se logra por motivos económicos, pidiendo su alta voluntaria; por lo que acuden a este hospital. Cuenta con exámenes auxiliares recientes.

#### Exámenes Auxiliares (28/01/23):

Hb:13.4, Hto:40.2, Leucocitos: $5.6 \times 10^3$ , Plaquetas: $187 \times 10^3$ , Abastondados:0

Glucosa:103, Creatinina:1.31

Funciones Biológicas: Apetito: Conservado, Sed: Conservada, Sueño: Disminuid, Orina: Conservada, Deposiciones: Conservadas

### Examen Físico:

FC: 85-114x' FR: 20x' PA: 165/90 mmHg T°: 36.8°C SatO2: 96%

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH
- Piel y Faneras: Tibia, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". No palidez
- TCSC: No edemas
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, No ruidos agregados
- Cardiovascular: RC arrítmicos de buena intensidad, No soplos audibles
- Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando, Depresible, No doloroso a la palpación, no signos peritoneales
- Genitourinario: PPL(-), PRU(-)
- Extremidades: Movilidad conservada. Rango articular conservado.
- SNC: Despierta, reactiva a estímulos. Comunicación verbal ineficaz.  
Glasgow 12/15 (Ocular: 4pts, Verbal: 2pts, Motora: 6pts)

Impresión Diagnóstica: ACV: Isquémico vs hemorrágico, d/c FA, HTA x HC

Plan de Trabajo: Ss. PCR, RX de tórax AP, EKG, TAC cerebral s/contraste, AGA y electrolitos, Glucosa, Úrea, Creatinina

### Exámenes Auxiliares

- TAC cerebral s/contraste: Isquemia cerebral en zona parietal izquierda, Encefalomalacia, No edema, No signos de Hipertensión endocraneana
- Hb:13.3, Hto.41.7, Pla:173, Glucosa:98, Úrea:51.06, Creatinina:1.01
- AGA: ph:7.36, pCO2:35.7, HCO3:21.6, SatO2:96%, Na:141, K:4.3, Cl:111

Diagnóstico Definitivo: ACV isquémico, HTA compensada, Fibrilación auricular con respuesta ventricular conservada, Cardiomiopatía dilatada, Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada

RP: NPO + SF, Vía salinizada, Omeprazol 40mg EV c/24h, Atorvastatina 80mg VO c/24h, Lanatosido C 0.4 EV PRN FC>130x', Captopril 50mg VO PRN PA>220/110, Monitoreo cardiológico/neurológico, Control de Funciones Vitales + Balance hidroelectrolítico. Ss. Ecocardiograma, Interconsulta con Medicina Física y Rehabilitación. Pase a Hospitalización

Evolución: PA min: 134/80mmHg - PA máx: 150/95

FC: 80-105x' - FR: 17-20x' - T°: 36.4-36.9°C - SatO2: 95-98%

- Paciente estuvo hospitalizada durante 7 días: Se efectivizaron las interconsultas de Cardiología, Neurología y Medicina Física y Rehabilitación; lo que permitió un mejor manejo y una evolución favorable
- En la evaluación física: Se logró control de PA. CV: RC arrítmicos de buena intensidad. Extremidades: Movilidad conservada. SNC: Despierta, reactiva. Comunicación verbal fue progresando con la terapia de lenguaje, Glasgow se mantuvo en 12/15 (la mayoría de las frases aún eran incomprensibles, pero con buen pronóstico)
- Tratamiento: Antihipertensivos, Anticoagulantes orales y estatinas
- Plan: Alta médica con indicaciones, Control por consultorio externo de medicina interna en 7 días con resultados del Ecocardiograma solicitado, Control por consultorio externo de Cardiología, Neurología y Medicina Física y Rehabilitación.

#### **1.3.4 Cirugía General**

**Caso Clínico N°1:** APENDICITIS AGUDA COMPLICADA + PERITONITIS GENERALIZADA

Fecha de Ingreso: 04-03-2023 20:50pm

Servicio de Ingreso: Emergencia de Medicina Interna

#### SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Nombre: E.E.M.S. Edad: 49 años Sexo: Masculino

Antecedentes: Patológicos: Niega. Quirúrgicos: RAFI x Fractura de tobillo (Hace 35 años). Hospitalizaciones: Fractura de tobillo (Hace 35 años). RAM: Niega

#### Enfermedad Actual:

TE: 1 día - Episodio Actual: 1 día - Forma inicio: Insidioso - Curso: Progresivo

Relato: Paciente acude a emergencia refiriendo cuadro clínico desde hace 1 día, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico de intensidad 6/10 difuso, que migra a fosa iliaca derecha, asociado a náuseas e hiporexia, y no cede con analgésicos. Niega vómitos, niega SAT.

Funciones Biológicas: Apetito: Disminuido, Sed: Disminuida, Sueño: Conservado, Orina: Disminuida, Deposiciones: Aumentadas

Examen Físico:

FC: 73x' FR: 19x' PA: 130/80 mmHg T°: 37.6°C SatO2: 97%

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH
- Piel y Faneras: Tibia, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". No palidez
- TCSC: No edemas
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, No ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, No soplos audibles
- Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando, Depresible, Leve dolor a la palpación superficial y profunda en Fosa iliaca derecha. Mc Burney (+), Blumberg (+), Rovsing (+)
- Genitourinario: PPL(-), PRU(-)
- SNC: Lúcido y orientado en Tiempo, Espacio y persona. Glasgow 15/15

Se solicitan: Exámenes de laboratorio y Ecografía abdominal

Ecografía abdominal: En Fosa iliaca derecha, se evidencia imagen tubular por debajo de pared abdominal, en dirección ascendente de 12cm de longitud, distendida con diámetro AP de 20mm, pared delgada de 2.0mm, no vascularizada al Doppler, no impresiona cambios inflamatorios de la grasa mesentérica periférica, doloroso a la ecopresión, presencia de fecalitos internos. Sugerente apéndice cecal distendida, no descartar proceso apendicular agudo.

Hb:14, Leu:21.6x10<sup>3</sup>, Pla:255x10<sup>3</sup>, Glucosa:118.7, Úrea:30.8, Creatinina:0.7, PCR:7.66, TGO:17.9, TGP:17, GGT:14.1, FA:64.7, Alb:4.4, TP:15.2, INR:1.22, Examen Orina (Leu:4-7/c, Hemat:1-2/c, Gérmenes: Escasos), TC:7.00, TS:2.45

Impresión Diagnóstica: Síndrome Doloroso Abdominal, D/C Apendicitis Aguda

Plan de Trabajo: NPO, Fluidoterapia NaCl 9% 1000cc, Interconsulta con Cirugía, Pase a Observación, Control de Funciones Vitales + Balance hidroelectrolítico

Interconsulta Cirugía general (Resumen):

- Examen Físico: Abdomen: Globuloso, No distendido, RHA (+), Doloroso a la palpación en FID, Mc Burney (+), Blumberg (+), Rovsing (+).

- Exámenes de Laboratorio: Hb:14, Leu:21.6x10<sup>3</sup>, Pla:255x10<sup>3</sup>, Glucosa:118.7, Úrea:30.8, Creatinina:0.7, PCR:7.66
- Eco Abdominal: Imagen tubular 12cm longitud, 20mm Ø, no cambios inflamatorios de grasa mesentérica, doloroso a ecopresión, fecalitos internos.
- Diagnóstico: Apendicitis Aguda
- Plan: Ss. Completar exámenes PreQx: Covid-19, Grupo y factor, TC, TS, TP, INR, Serológicos y Riesgo Quirúrgico. Se prepara cirugía de emergencia
- RP: NPO, NaCl 9% 1000cc EV I y II, Ciprofloxacino 400mg EV c/12h, Metronidazol 500mg EV c/8h, Metamizol 2g EV c/8h, Ranitidina 50mg EV c/8h, Control de Funciones Vitales.

Nota de Medicina interna: Alta y pase al servicio de Cirugía General

### SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

#### Exámenes auxiliares

Antígeno Covid-19: (-), Grupo y factor: O (+), TC:7.00, TS:2.45, TP:16.4, INR:1.34, RPR (-), VHB (-), VIH (-)

#### Evolución Emg-1 (05-03-23):

FV: FC: 86x' FR: 19x' PA: 110/70 mmHg T°: 36.5°C SatO<sub>2</sub>: 98%

<S> Paciente refiere leve dolor abdominal tipo cólico intensidad 4/10 en Fosa iliaca derecha, que cede parcialmente con analgésicos. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Enfermería no reporta interurrencias.

<O> Examen Físico (dirigido): AREG, AREN, AREH

- Piel y Faneras: Tibia, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". No palidez
- Abdomen: Globuloso, No distendido, RHA (+), Blando, Depresible, Leve dolor a la palpación superficial y profunda en Fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Blumberg (+), Rovsing (+)
- SNC: Lúcido y orientado en Tiempo, Espacio y persona. Glasgow 15/15

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril al momento de la evaluación. Buena tolerancia al

dolor. Con cobertura ATB (1° día de Ciprofloxacino y Metronidazol), Cuenta con exámenes prequirúrgicos completos, a espera de SOP.

Dx: Apendicitis Aguda

<P> Plan: A la espera de turno quirúrgico

RP: NPO, NaCl 9% 1000cc EV IyII, Ciprofloxacino 400mg EV c/12h, Metronidazol 500mg EV c/8h, Metamizol 2g EV c/8h, Ranitidina 50mg EV c/8h, CFV.

Informe Quirúrgico (05-03-23):

- Dx pre-operatorio: Apendicitis Aguda
- Dx post-operatorio: Apendicitis Aguda Complicada + Peritonitis generalizada
- Operación propuesta y realizada: Apendilap
- Hallazgos: Apéndice cecal ±10x1.5cm, necrosada en toda su extensión, perforada en 1/3 proximal. Posición paracecal interna descendente, base indemne. Líquido purulento ±300cc en Fondo Saco Rectovesical, FID y FI

Tratamiento Postoperatorio inmediato: NPO. Luego tolerancia oral en 8h, NaCl 0.9% x 1000cc EV I y II, Ciprofloxacino 400mg EV c/8h, Metronidazol 500mg EV c/8h, Metamizol 2g EV c/8h, Ranitidina 50mg EV c/8h, Metoclopramida 10mg EV c/8h, Tramadol 100mg SC PRN dolor intenso, Control de Funciones Vitales

Evolución PO-1 (06-03-23):

FV: FC: 74x' FR: 18x' PA: 110/70 mmHg T°: 36.8°C SatO2: 97%

<S> Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio intensidad 2/10 que cede con analgésicos. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Buena tolerancia oral a líquidos. Diuresis (+) Deposiciones (-) Flatos (-). Enfermería no reporta interurrencias.

<O> Examen Físico (dirigido): AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar < 2", no palidez. Abd: No distendido, RHA (+), B/D, leve dolor a la palpación profunda en sitio operatorio, no signos peritoneales. Herida operatoria: Cubierta con apósito seco, escasas manchas serohemáticas, puntos laparoscópicos bien afrontados, no secreciones, no signos de flogosis.

SNC: Lotep, Glasgow 15/15

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril al momento de la evaluación. Buena tolerancia oral a líquidos, buena tolerancia al dolor. Con cobertura ATB (1° día de Ciprofloxacino y Metronidazol). Evolución postoperatoria favorable, pronóstico bueno.

Dx: PO1 Apendilap por Apendicitis Aguda Complicada + Peritonitis Generalizada

<P> Plan: Continuar analgesia, Continuar ATB, Progresar dieta, Deambulaci3n

RP PO-1: Dieta líquida + LAV, NaCl 9% 1000cc EV I y II, Ciprofloxacino 400mg EV c/8h, Metronidazol 500mg EV c/8h, Metamizol 2g EV c/8h, Ranitidina 50mg EV c/8h, Metoclopramida 10mg EV c/8h, Tramadol 100mg SC PRN dolor intenso, Control de Funciones Vitales

Evoluci3n PO-2 (06-03-23):

FV: FC: 81x' FR: 20x' PA: 110/70 mmHg T°: 36.5°C SatO2: 97%

<S> Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio intensidad 2/10 que cede con analgésicos. Niega náuseas, niega v3mitos, niega SAT. Buena tolerancia oral. Diuresis (+) Deposiciones (+) Flatos (+). Enfermería no reporta interurrencias.

<O> Examen Físico (dirigido): AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar < 2", no palidez. Abd: Globuloso, no distendido, RHA (+), B/D, Leve dolor a la palpaci3n profunda, no signos peritoneales. Herida operatoria: Puntos laparosc3picos bien afrontados, no secreciones, no signos de flogosis. SNC: Lotep, Glasgow 15/15

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril al momento de la evaluación. Buena tolerancia oral, buena tolerancia al dolor. Con cobertura ATB (2° día de Ciprofloxacino y Metronidazol). Evoluci3n postoperatoria favorable, pron3stico bueno.

Dx: PO2 Apendilap por Apendicitis Aguda Complicada + Peritonitis Generalizada

<P> Plan: Continuar analgesia, Continuar ATB, Progresar dieta, Deambulaci3n

RP PO-2: Dieta blanda + LAV, V.S, Ciprofloxacino 400mg EV c/8h, Metronidazol 500mg EV c/8h, Ketoprofeno 100mg EV c/8h, Metoclopramida 10mg EV c/8h, Tramadol 100mg SC PRN dolor intenso, Control de Funciones Vitales

Evolución PO-3 (07-03-23):

FV: FC: 76x' FR: 18x' PA: 110/70 mmHg T°: 36.5°C SatO2: 97%

<S> Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio intensidad 1/10 que cede con analgésicos. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Buena tolerancia oral. Diuresis (+) Deposiciones (+) Flatos (+). Enfermería reporta febrícula de 37.8°C a las 02:00am del día de hoy.

<O> Examen Físico (dirigido): AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar < 2", no palidez. Abd: No distendido, RHA (+), B/D, leve dolor a la palpación profunda, no signos peritoneales. Herida operatoria: Puntos laparoscópicos bien afrontados, no secreciones, no signos de flogosis. SNC: Lotep, Glasgow 15/15

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril al momento de la evaluación. Buena tolerancia oral, buena tolerancia al dolor. Con cobertura ATB (3° día de Ciprofloxacino y Metronidazol). Evolución postoperatoria favorable, pronóstico bueno.

Dx: PO3 Apendilap por Apendicitis Aguda Complicada + Peritonitis Generalizada

<P> Plan: Continuar analgesia, Continuar ATB, Progresar dieta, Deambulación  
RP PO-3: Dieta blanda + LAV, V.S, Ciprofloxacino 400mg EV c/8h, Metronidazol 500mg EV c/8h, Ketoprofeno 100mg EV c/8h, Metamizol 2g EV PRN T°≥38.3°C, Control de Funciones Vitales

Evolución PO-4 (08-03-23):

FV: FC: 79x' FR: 19x' PA: 110/70 mmHg T°: 36.3°C SatO2: 97%

<S> Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio intensidad 1/10 que cede con analgésicos. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Buena tolerancia oral. Diuresis (+) Deposiciones (+) Flatos (+). Enfermería no reporta intercurrentias.

<O> Examen Físico (dirigido): AREG, AREN, AREH

P y F: T/H/E, Llenado capilar < 2", no palidez. Abd: No distendido, RHA (+), B/D, leve dolor a palpación en sitio operatorio, no signos peritoneales. Herida operatoria: Puntos laparoscópicos bien afrontados, no secreción, no flogosis.

SNC: Lúcido y orientado en Tiempo, Espacio y persona. Glasgow 15/15

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril al momento de la evaluación. Buena tolerancia oral, buena tolerancia al dolor. Con cobertura ATB (3° día de Ciprofloxacino y Metronidazol). Evolución postoperatoria favorable, pronóstico bueno.

Dx: PO4 Apendilap por Apendicitis Aguda Complicada + Peritonitis Generalizada

<P> Plan: Continuar analgesia, Continuar ATB, Progresar dieta, Alta médica

RP PO-4: Alta médica con indicaciones, Terapia médico nutricional, Ciprofloxacino 500mg - 1 tab VO c/12h x 5 días, Metronidazol 500mg VO c/8h x 5 días, Paracetamol 500mg - 2 tab VO c/8h x 3 días, Simeticona 80mg – 1 tab VO c/8h x 4 días, Control por consultorio externo de cirugía general en 7 días, Retiro de puntos por consultorio externo de cirugía general en 7 días

## **Caso Clínico N°2: COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA**

Fecha de Ingreso: 21-03-2023 13:00pm

Nombre: F.K.C.C Edad: 25 años Sexo: Femenino

Antecedentes: Patológicos: Niega. Quirúrgicos: Niega. Hospitalizaciones: Niega.

RAM: Niega

### Enfermedad Actual:

TE: 2 años - Episodio Actual: 1 mes - Forma inicio: Insidioso - Curso: Progresivo

Relato: Paciente acude a consultorio externo de Cirugía general refiriendo cuadro clínico desde hace 2 años, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico de moderada intensidad 7/10 localizado en epigastrio, que cedía con analgésicos. Hace 1 año, el dolor abdominal intensidad 7/10 localizado en epigastrio, se irradiaba hacia la espalda, asociado a náuseas y vómitos. El dolor fue en incremento hasta llegar a intensidad 9/10 hace 1 mes, en epigastrio y flanco derecho, asociado a náuseas y vómitos, que exacerba con ingesta de comidas copiosas y cede con analgésicos parcialmente; con esta clínica, acudió a consulta y se le ordenaron exámenes prequirúrgicos (Grupo y factor, Hemograma, TC, TS, TP, INR, Glucosa, Úrea, Creatinina, Perfil hepático, RPR, HVB, VIH y Examen de orina). Paciente acude, hoy, a consultorio, con Ecografía abdominal (12-01-23) y demás exámenes prequirúrgicos completos (17-02-23).

Funciones Biológicas: Apetito: Conservado, Sed: Conservada, Sueño: Conservado, Orina: Conservada, Deposiciones: Conservadas

Examen Físico:

FC: 85x' FR: 18x' PA: 110/90 mmHg T°: 36.7°C SatO2: 98%

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH
- Piel y Faneras: Tibia, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". No palidez
- TCSC: No edemas
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, No ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, No soplos audibles
- Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando, Depresible, Leve dolor a la palpación profunda en epigastrio y Flanco derecho, no signos peritoneales, Murphy (-)
- Genitourinario: PPL(-), PRU(-)
- SNC: Lúcido y orientado en Tiempo, Espacio y persona. Glasgow 15/15

Exámenes Auxiliares: Covid (-)

Ecografía abdominal (12-01-23): Vesícula biliar 69x22mm. Múltiples litos de hasta 14mm. Colédoco no dilatado de 4mm.

Hb:13.7, Leu:5.9x10<sup>3</sup>, Pla:220x10<sup>3</sup>, Glucosa:91.1, Úrea:20.1, Creatinina:0.51, Amilasa:66, Lipasa:32.8, TGO:17.9, TGP:17, GGT:14.1, FA:64.7, Alb:4.4, TP:15.2, INR:1.22, RPR (-), VHB (-), VIH (-), Examen Orina (Leu:0-3/c, Hemat:0-2/c, Gérmenes: Escasos), TC y TS: Dentro de rangos normales

Impresión Diagnóstica: Colecistitis Crónica Calculosa

Plan de Trabajo: Se hospitaliza para SOP

RP: Dieta Blanda más LAV hasta 22:00pm, V.S., Cefazolina 2g EV 30min pre SOP, Vendaje MMII pre SOP, Control de Funciones Vitales

Informe Quirúrgico (22-03-23):

- Dx preoperatorio: Colecistitis Crónica Calculosa
- Dx postoperatorio: Colecistitis Crónica Calculosa
- Operación propuesta y realizada: Colelap
- Hallazgos: Vesícula biliar ±8x4cm, paredes delgadas. Arteria cística única. Conducto cístico de ±8mm Ø. Bilis oscura, múltiples litos de ±0.5cm Ø

Tratamiento Postoperatorio inmediato: NPO. Luego tolerancia oral en 8h, NaCl 0.9% x 1000cc EV I y II, Metamizol 2g EV c/8h, Metoclopramida 10mg EV c/8h, Ranitidina 50mg EV c/8h, Tramadol 100mg EV c/8h, Dimenhidrinato 50mg EV c/8h, Control de Funciones Vitales.

Evolución (23-03-23):

FV: FC: 68x' FR: 19x' PA: 110/70 mmHg T°: 36.6°C SatO2: 96%

<S> Paciente refiere leve dolor en sitio operatorio intensidad 2/10 que cede con analgésicos, elimina flatos. Niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Buena tolerancia oral. Diuresis (+) Deposiciones (-) Flatos (+). Enfermería no reporta interurrencias.

<O> Examen Físico (dirigido): AREG, AREN, AREH

- Piel y Faneras: Tibia, Hidratada, Elástica. Llenado capilar < 2". No palidez
- Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando, Depresible, Leve dolor a la palpación profunda en mesogastrio, no signos peritoneales  
Herida operatoria: Cubierta con un apósito seco, escasas manchas hemáticas. Puntos laparoscópicos bien afrontados, no secreciones, no evidencia signos de flogosis.
- SNC: Lúcido y orientado en Tiempo, Espacio y persona. Glasgow 15/15

<A> Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin soporte oxigenatorio, afebril al momento de la evaluación. Buena tolerancia oral, buena tolerancia al dolor. Evolución postoperatoria favorable.

Dx: PO1 de Colelap por Colecistitis Crónica Calculosa

<P> Plan: Continuar analgesia, Progresar dieta, Deambulaci3n, Alta m3dica

RP de Alta: Alta m3dica con indicaciones, Terapia m3dico nutricional, Paracetamol 500mg - 2 tab VO c/8h x 3 d3as, Simeticona 80mg – 1 tab VO c/8h x 4 d3as, Control por consultorio externo de cirug3a general en 7 d3as, Retiro de puntos por consultorio externo de cirug3a general en 7 d3as

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA**

El presente trabajo fue desarrollado en base a la experiencia del internado médico en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra para el periodo 2022-2023.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz está ubicado en la av. Saenz Peña cuadra 6, en Puente Piedra, distrito localizado al norte de la provincia de Lima, en el departamento de Lima, en Perú. Esta institución pertenece a una categoría II-2 dentro de nuestro sistema de salud y ejerce sus funciones las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante la aplicación de valores como: Lealtad, solidaridad, responsabilidad, honestidad, respeto y ética. (5) Es un hospital de referencia que pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, y tiene como parte de su jurisdicción los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y parte de Ventanilla y Carabaylo.

Como parte de su Visión y Misión, el hospital se compromete a la lucha por el acceso a los servicios de salud en el marco de la universalidad de la salud en nuestro país, mediante la oferta de servicios de salud básica y especializada en su modalidad de emergencia, hospitalización y consultorio externo. Todo ello articulado en base a un Organigrama estructural (Ver Anexo 1) y Flujograma de atención que se aplican bajo normativas que sirven de engranaje entre la dirección de la institución y los profesionales de salud y demás miembros que laboran en el hospital. Finalmente, cuenta con los servicios de: Medicina, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía, Anestesiología, Odonto-Estomatología, Nutrición, Patología clínica, Psicología, Diagnóstico por imágenes, Servicio

social, Farmacia y Atención de enfermería (Ver anexo 2); Contando con áreas diferenciadas de atención para pacientes positivos a Covid-19 en algunos servicios (5)

El internado médico se inició durante la etapa final del estado de emergencia por la pandemia de Covid-19 en nuestro país, en un contexto en el que la atención a los pacientes y las funciones del interno como parte del equipo de salud en las instituciones regresaban a la normalidad. Sin embargo, estando aún en estado de pandemia, se tuvo diversas consideraciones de protección tanto de nosotros como parte del personal que laboraría en la institución, como también cuidado de los pacientes que se atienden en ella. Para ello, la dirección del hospital tomó ciertas medidas como la solicitud de los requisitos para el inicio del internado (que se documentan en la Directiva administrativa N°33J-MINSA/DIGEP-2022 y la RM N°351-2022/MINSA) (3) y la organización de charlas de Bioseguridad por parte del departamento de Docencia y Epidemiología, como parte del proceso de capacitación previo al inicio de nuestras funciones.

Se fijó una duración del internado de 10 meses, que iniciaban el 01 de junio del 2022 y culminaría el 31 de marzo del 2023. Las jornadas laborales se fijaron en días de 6h y 12h, de lunes a sábado: De 07:30am a 13.30pm en turno mañana, de 13.30pm a 19:30pm en turno tarde y de 07:30am a 19:30pm en turnos de guardia diurna; todo construido según la programación compartida por docencia.

Adicional a todo ello, el departamento de Salud ocupacional desarrolló exámenes médicos, con lo que se reunieron los requisitos estipulados en las normativas ya mencionadas, junto a otros exámenes adicionales, entre ellos: Vacunas (Covid-19, Influenza, Hepatitis B y Tétanos), Hemograma, Glucosa, Perfil lipídico, Examen de orina, RX de tórax AP. Finalmente, el hospital se comprometió a hacer entrega de Equipo de Protección Personal básico (EPPs) a los internos de todas las carreras de ciencias de la salud, lo que se dio al inicio de cada rotación.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1. Ginecología y Obstetricia**

Importante para los casos clínicos de este servicio, el planteamiento de los diversos diagnósticos presuntivos teniendo en cuenta tanto la clínica como el riesgo epidemiológico de cada uno de los 2 integrantes del Binomio Madre-Hijo; lo que permite determinar una indicación de SOP de emergencia y abordar un plan de trabajo adecuado (temprano y acorde con el diagnóstico hallado). Muy importante, la recopilación de antecedentes no sólo patológicos, sino también obstétricos previos, esto para prever todo tipo de escenario en el cual se desarrolla el problema obstétrico o la situación ginecológica. Tomar las medidas pertinentes de manera temprana reducirá la lista de riesgos para la madre y el feto y contribuirá a una mejora en la calidad de vida de la mujer o traer a un producto vivo y con buen estado de salud; pronósticos favorables.

#### **CASO CLÍNICO N°1: Preeclampsia Severa**

Los trastornos hipertensivos en la gestación constituyen una de los principales factores de mortalidad materna y perinatal en el mundo, siendo la preeclampsia la responsable de la complicación del 2% al 8% de los embarazos en todo el mundo. La Preeclampsia es un grave trastorno que se desarrolla pasadas las 20 semanas de gestación (común, en el 3er trimestre), siendo preeclampsia de inicio temprano si se presenta antes de las 34 semanas. Existen algunos factores de riesgo: Riesgo alto (Preeclampsia en anterior gestación, gestación múltiple, HTA, Nefropatía, DM, Condición autoinmune, varios factores de riesgo moderado) y

Riesgo moderado (Primigesta, >10 años desde última gestación, IMC>30, Edad≥35, complicaciones en gestaciones previas, FIV, Raza negra y baja nivel socioeconómico). (6)

Para el diagnóstico de Preeclampsia, se tienen ciertos criterios dependiendo de la semana de gestación: <37ss (HTA≥140/90 + sFlt-1/PIGF<38 ó HTA≥140/90 + Signos y síntomas de daño en órgano diana no secundario a otro diagnóstico) y ≥37ss (HTA<160/110 + Ausencia de daño en órgano diana ó HTA≥140/90 + Signos y síntomas de daño en órgano diana no secundario a otro diagnóstico). Una vez planteado el diagnóstico presuntivo de preeclampsia, evaluamos criterios de gravedad: 1) Pródromos de eclampsia persistentes: hiperreflexia con clonus o cefalea intensa o alteraciones visuales o estupor o epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho o náuseas o vómitos 2) Oliguria: 500ml en 24h o < 90ml/3h o insuficiencia renal (Creatinina>1,2 o úrea>40) 3) Edema de pulmón 4) GOT o GPT que duplican el límite superior del rango normal) 4) Trombocitopenia 5) Hemólisis (LDH que duplica el límite superior del rango normal) 6) Alteración en pruebas de coagulación. Respecto al manejo de la preeclampsia, se debe asegurar un monitoreo constante de PA, monitoreo materno-fetal, Control de analítica de laboratorio, Maduración pulmonar fetal (24 a 34.6ss) y dieta adecuada. Además, importante la prevención de convulsiones con administración de SO<sub>4</sub>Mg, durante 48h tras el diagnóstico de preeclampsia grave, luego de eso, se suspende perfusión y reinicia 24h previas al término electivo o el inicio espontáneo del parto (Ver anexo 3). (7)

El tratamiento de la preeclampsia grave es la finalización de la gestación, que se realiza teniendo en cuenta la EG: <24ss (mal pronóstico: valorar finalización por indicación maternal), 24–31.6ss (tratamiento conservador, monitoreo materno-fetal intensivo), 32–33.6ss (tratamiento conservador y manejo según PIERS), ≥ 34ss (finalización de gestación, previa maduración pulmonar con corticoides) (Ver anexo 4). (7)

En el caso de la paciente, es una primigesta de 37ss que llega a la institución referida de su centro materno infantil con el diagnóstico de preeclampsia y d/c RCIU. Se indica monitoreo de PA y monitoreo materno-fetal constante. Luego de

una evaluación completa, se confirma el diagnóstico y se procede a activar el código azul, administrar profilaxis con SO<sub>4</sub>Mg y preparar para SOP. Luego de la cesárea, la PA mejora progresivamente con la ayuda del tratamiento antihipertensivo administrado. La paciente tiene dos factores de riesgo importantes, en general: El primero, ser una primigesta; y, el segundo, tener controles prenatales insuficientes (3 CPN); esto es importante, ya que, el tener la sospecha de preeclampsia, requiere monitoreo constante por sus complicaciones para la gestación, más aún cuando se trata de preeclampsia severa. Importante, también, el manejo precoz y adecuado mediante: monitoreo estricto de PA, identificación y monitoreo de criterios de gravedad, cumplimiento de criterios para el término del embarazo y manejo integral. La paciente se estabiliza y es dada de alta con evolución favorable y buen pronóstico.

#### CASO CLÍNICO N°2: Acretismo Placentario

La placenta acreta se define como adherencia patológica parcial o total de la placenta a la pared del útero, cuyo factor etiológico más aceptado es una alteración de interfaz endometrio-miometrial; lo que permite una invasión de vellosidades placentarias y del trofoblasto y trae complicaciones como hemorragia grave, que eleva la posibilidad de terminar en histerectomía y el riesgo de morbilidad materna. Existen factores de riesgo como Edad materna avanzada, Multiparidad, Cirugías uterinas previas o legrado y Síndrome de Asherman; los más importantes: Placenta previa y Parto por cesárea previo. (8) El riesgo de placenta acreta se eleva con número de cesáreas previas: Ninguna cesárea: 3.3%, 1 cesárea: 11%, 2 cesáreas: 40%, 3 cesáreas: 61% y 4/5 cesáreas: 67%. Se clasifica según grado de invasión: Acreta (80%), Increta (15%) y Percreta (5%). (9)

La primera manifestación clínica usual es hemorragia profusa al intento de extracción de placenta durante labor de parto. (8) El principal estudio diagnóstico es Ecografía obstétrica, la RM agrega valor diagnóstico (Ver Anexo GAC2). (9)

El manejo se da mediante seguimiento ecográfico, valoración de grado de invasión y preparación quirúrgica; la recomendación actual es cesárea-histerectomía con placenta in situ. (9)

En el caso de la paciente, identificamos factores de riesgo como multiparidad, legrado uterino y 1 cesárea previa. Aunque tiene un parto eutócico, vemos que, en el post parto, se produce una hemorragia profusa, lo cual es parte de la clínica de esta patología. Vemos como se dio un adecuado abordaje del cuadro mediante el uso de la ecografía obstétrica diagnóstica, la indicación de ingreso a SOP para una Laparotomía exploratoria + Histerectomía subtotal, y el control laboratorial para reducir complicaciones previo, durante y posterior a la cirugía. Adicional a ello, se buscó mejorar los niveles de Hb hallados en los controles, mediante transfusiones de sangre. Finalmente, se dio de alta con posterior seguimiento por consultorio. Todo ello implicó un manejo integral que permite reducir las complicaciones y tener un pronóstico más favorable.

### **3.2. Pediatría**

Importante para los casos clínicos de este servicio, el planteamiento de los diversos diagnósticos presuntivos teniendo en cuenta tanto la clínica como el riesgo epidemiológico; lo que permite abordar un plan de trabajo y tratamiento empírico adecuado (especialmente, cuando se trata de iniciar antibióticos de manera precoz). Además, es muy importante manejar y monitorear los principales signos de alarma que permitan orientarnos hacia un mejor pronóstico; además, igual de importante es informar al familiar del menor sobre ellos, para que pueda reconocerlos en un futuro y acudir con mayor prontitud a emergencia; como son: Dificultad para lactancia/alimentación, episodios de vómitos frecuentes, episodios de diarrea frecuentes, ictericia en piel y mucosas, llanto e irritabilidad persistente,  $T^{\circ} \geq 38^{\circ}C$ , Dificultad respiratoria, entre otros.

## CASO CLÍNICO N°1: Crisis Asmática Moderada

El asma se define como un síndrome clínico caracterizado por dificultad respiratoria, tos y sensación de dolor u opresión en tórax, asociado a sibilancias; esto, como respuesta a una inflamación de las vías aéreas. Las crisis asmáticas son la exacerbación del estado basal de un niño con asma, asociada a episodios de inflamación, hiperreactividad y obstrucción bronquial; y son consideradas la urgencia más frecuente en Pediatría. (12) Existen factores de riesgo asociados, como son: Factores de huésped (Predisposición genética, atopía, hiperreactividad de vías aéreas, género y raza), Factores ambientales (Alérgenos intradomiciliarios, sensibilizadores ocupacionales, infecciones respiratorias y parasitarias, estado socioeconómico, tamaño familiar, dieta, fármacos y obesidad y factores exacerbantes). Entre los factores exacerbantes o que precipitan crisis asmáticas: Alérgenos, contaminantes, infecciones respiratorias, ejercicio, cambio climático, reacción emocional, humo de tabaco, irritantes como spray. (13)

Para establecer el diagnóstico de crisis asmática, generalmente, basta con la historia clínica (antecedentes, clínica y factores de riesgo) y examen físico, con su posterior evaluación de nivel de gravedad (Ver Anexo 6). (12) Sin embargo, es complicado establecer el diagnóstico en niños pequeños, por ello, es importante, una vez evaluado, el planteamiento de diagnósticos diferenciales que descarten otras patologías; entre ellos: Patologías infecciosas o inflamatorias, anomalías congénitas, síndromes aspirativos y compresión de vías aéreas por estructuras del mediastino (Ver anexo 7). (13) Una vez establecido el diagnóstico, importante valorar la gravedad del cuadro, una de las escalas más aceptadas es la Pulmonary Score, donde se evalúan Frecuencia respiratoria, Sibilancias y Uso de musculatura accesoria, el puntaje va del 0 al 9: Crisis leve: < 3pts - Crisis moderada: 4-6pts - Crisis grave: > 6pts (Ver anexo 8). Adicional a ello, existen ciertos factores de riesgo para el desarrollo de una crisis asmática grave a tener en cuenta (Ver anexo 9). (12)

El manejo del paciente se basa en la reversión pronta del broncoespasmo, esto se logra mediante el empleo de broncodilatadores y la disminución de inflamación

con corticoides sistémicos; apoyo oxigenatorio en presencia de Hipoxemia o trabajo respiratorio aumentado (Ver anexo 6). (12)

En el caso del paciente, es un niño de 5 años que acude a emergencia luego de presentar 04 días con de dificultad respiratoria, agitación, congestión nasal y rinorrea. Tiene algunos factores de riesgo como antecedentes, tales como: Sexo masculino (mayor incidencia en varones), haber tenido neumonía hace 3 años y hace 7 meses (historia de infecciones respiratorias), haber tenido una crisis asmática hace 1 año (historia propia de asma) y madre con asma durante la niñez (predisposición genética). El manejo se inició buscando el foco causante de la crisis, esto mediante el apoyo de exámenes auxiliares, pero no se halló factor de posible etiología infecciosa (en hemograma, radiografía o clínica), el paciente se mantuvo afebril todo el tiempo. Durante su estancia en emergencia, se le administró terapia inhalatoria de rescate; el distrés respiratorio se mantuvo, por lo que se indicó hospitalización. En su estancia hospitalaria, se observa cómo el apoyo oxigenatorio combinado con el uso de broncodilatadores y corticoides produce una mejora progresiva del cuadro clínico, dando una evolución favorable que culmina en el alta con indicaciones, consejería a la familia, y posterior control por consultorio externo, con lo que se busca evitar futuras crisis.

#### CASO CLÍNICO N°2: Diarrea Disentérica Aguda

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se define como la disminución de la consistencia e incremento de frecuencia usual de deposiciones (con frecuencia, mayor a 3 episodios) en un periodo de 24h, pero con duración menor a 14 días, puede estar asociado a episodios de vómitos y/o fiebre. La evolución y buen pronóstico del paciente se basan en manejo integral y precoz (Ver Anexo 10)

La principal etiología de la EDA infantil es el foco infeccioso viral (bacteriano y parasitario, en menores incidencias). Entre los agentes etiológicos: Virus, los principales (70-90% de casos) como son Rotavirus y Adenovirus; Bacterias (10-20% de casos) como son Shigella, Campylobacter, Salmonella, E. coli, Vibrio cholerae; y Parásitos, como Giardia lamblia y Entamoeba hystolitica. (14)

En el Perú, la EDA es una de las causas más importantes de morbimortalidad infantil en menores de 5 años, básicamente, debido a la deshidratación que produce. En cuanto a los factores de riesgo, sobresalen las condiciones socio-sanitarias y de higiene inadecuadas, con su consiguiente ingesta de productos alimenticios y recursos hídricos contaminados. (14)

Dentro del cuadro clínico, encontramos signos y síntomas del aparato gastrointestinal (diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, pujo y tenesmo), clínica inespecífica (fiebre, decaimiento, inapetencia, convulsiones), y clínica de deshidratación (alteración del sensorio, sed, signo del pliegue, depresión de fontanela, sequedad de lengua y mucosa oral, Llanto seco, hundimiento de ojos, taquicardia/taquipnea, llenado capilar > 2", disminución de peso, oliguria, hipotensión, respiración acidótica); signos claves de deshidratación: Alteración de sensorio, Sed y Signo del pliegue. La clínica de las diarreas disintéricas, donde hay invasión de mucosa colónica y, a veces, del íleon, se caracteriza por: Fiebre alta y deposiciones frecuentes (pequeñas, con moco y sangre), asociado a dolor abdominal tipo cólico, pujos y tenesmo. Cuando está asociada a cierto agente infeccioso, la clínica tiene cierto tipo de particularidades (Ver anexo 11). Importante conocer signos de alarma como: Signos de shock, Alteración del estado de conciencia (sensorio), estado toxi-infeccioso, acidosis metabólica severa, distensión y dolor abdominal, vómitos de contenido bilioso; como también valorar el grado de deshidratación del paciente para su posterior manejo (Ver anexo 12). (14)

Para el manejo de la deshidratación: 1) EDA sin deshidratación: Manejo mediante Plan A: Tratamiento en el hogar mediante (ACREZ) Aumento de líquidos, Continuar con alimentación y/o lactancia materna, Reconocer signos de alarma y deshidratación, Enseñar a prevenir futuros cuadros de diarrea y Zinc (administración de suplemento) (Ver anexo 13) 2) EDA con deshidratación leve o moderada: Manejo mediante Plan B: Terapia de rehidratación con SRO por boca a libre demanda en establecimiento de salud, dura 4h con un balance hídrico estricto (Ver anexo 14) 3) EDA con deshidratación grave: Manejo mediante Plan C: Manejo institucional por personal médico capacitado. Implica

hospitalización y tratamiento inmediato (alto riesgo de mortalidad), que incluye hidratación endovenosa y solución poli electrolítica (Ver anexo PAC-6). (14)

En el caso de la paciente, llega a emergencia con una clínica de 3 días, muy característica para EDA disentérica: deposiciones líquidas con rastros de moco y sangre, fiebre, vómitos, dolor abdominal, hiporexia, irritabilidad y algunos de deshidratación (alteración de sensorio, sed incrementada, ojos hundidos).

Una vez planteado el diagnóstico de EDA y deshidratación, se inició el manejo evaluando el grado de deshidratación para su inmediato manejo, esto según la escala de valoración del Minsa. Además, era importante descartar posible origen infeccioso, por lo que se solicitó exámenes de laboratorio, que finalmente permitieron concluir en una diarrea disentérica aguda no infecciosa, siendo apoyo el estado afebril de la paciente. Finalmente, se procedió a rehidratar a la paciente y monitoreo de signos y síntomas de deshidratación presentes, con evolución clínica favorable y alta médica con educación al familiar sobre la condición y signos de alarma para prevenir futuros cuadros similares o de mayor gravedad.

### **3.3. Medicina Interna**

Importante para los casos clínicos de este servicio, el planteamiento de los diversos diagnósticos presuntivos teniendo en cuenta tanto la clínica como el riesgo epidemiológico y los antecedentes patológicos previos. El conocer el historial médico personal y familiar del paciente permite llevar a cabo un plan de trabajo integral, no sólo iniciando un tratamiento empírico adecuado (especialmente, cuando se trata de iniciar antibióticos de manera precoz), sino, además, el control del estado de salud con el apoyo de otras especialidades médicas mediante interconsultas; lo cual permite un mejor abordaje del problema y la detección de otras posibles condiciones de salud subyacentes o relacionadas pero no detectadas hasta el momento.

## CASO CLÍNICO N°1: Sepsis pp. Dérmico

La sepsis se desarrolla como respuesta a una infección, pudiendo llevar a una disfunción orgánica que termina en falla orgánica múltiple y muerte. La sepsis se redefinió en el último consenso internacional SEPSIS-3, como una disfunción orgánica que implica alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas, que elevan el índice de morbilidad de un paciente, superior a una infección común; por lo que representa una emergencia médica. El shock séptico, es un subgrupo de sepsis en el que estas alteraciones son tan marcadas que elevan aún más el riesgo de muerte. Por otro lado, el Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) está presente cuando hay  $\geq 2$  de los siguientes hallazgos:  $T^{\circ} \geq 38^{\circ}C$  o  $T^{\circ} < 36^{\circ}C$ ,  $FC > 90x'$ , Hiperventilación ( $FR > 20x'$  o  $PaCO_2 < 32mmHg$ ), Recuento Leucocitos  $> 12000$  o  $< 4000$  cel/uL o con 10% formas inmaduras. Existen factores de riesgo, divididos en 3 grupos, para desarrollar Sepsis, tales como: Medioambientales (Daño de integridad de piel, Uso de catéter permanente, hospitalización, gestación culminada o aborto en últimas 6 semanas + otro factor de riesgo), Estilo de vida (Mayor de 75 años o muy frágil, Uso de drogas EV, Operados o sometidos a procedimiento invasivo en últimas 6 semanas) y Factor hereditario (Problema del sistema inmune: Quimioterapia, disfunción inmune, uso corticoides a largo plazo, uso de inmunosupresores). (17) Para el diagnóstico de sepsis, se puede hacer uso de diversas pruebas laboratoriales como: Hemograma, AGA + electrolitos, Glucosa, Lactato, Úrea, Creatinina, Bilirrubina total y fraccionada, TP, TTPa, Hemocultivo y cultivo de otros posibles focos, Examen de orina y Rx de tórax AP (Ver anexo 16). Sin embargo, actualmente, como medida inicial de manejo, se recomienda el uso del score Quick SOFA (qSOFA), muy útil en emergencia pues no requiere de resultados de laboratorio y permite evaluar rápidamente la gravedad del paciente en sospecha de infección generalizada. (18) El qSOFA evalúa 3 criterios: Frecuencia respiratoria  $\geq 22x'$ , Alteración de sensorio y Presión arterial sistólica  $\leq 100mmHg$ , en donde  $\geq 2$  criterios configuran diagnóstico sugestivo de sepsis (Ver anexo 17). (19) En pacientes con qSOFA  $\geq 2$  o SIRS  $\geq 2$ , importante el diagnóstico presuntivo precoz de sepsis e inicio temprano del manejo.

Finalmente, para el manejo (en sospecha o certeza de sepsis), se sugiere iniciar antibióticos EV antes de la primera hora de establecer diagnóstico; importante mantener hidratación, evaluar uso de vasopresores ( $PAM \geq 65$  mmHg), monitorear lactato ( $\geq 2$  mmol/L,  $\uparrow$  mortalidad) y vigilar signos de alarma. (18) Existen criterios de alta ante evolución favorable, entre ellos:  $Hb > 8$ , Plaquetas  $> 5000$ , Respiración espontánea, Normoglicemia, adecuada función renal (Ver anexo 18). (17)

En la paciente, se puede identificar posible foco infeccioso desde el momento del ingreso, por una lesión ulcerosa de grado IV de  $\pm 10 \times 7$  cm no sangrante en región sacra de 1 mes de evolución, común en estado de postración crónica de 10 años debido a ACV (HTA - 15 años); importante factor de riesgo para el desarrollo de sepsis. Con ello, se evalúa alguna patologías asociadas, como DM2 o proceso respiratorio, que compliquen el cuadro; para todo ello, se hace uso de exámenes de laboratorio e imágenes. Se puede ver el deterioro rápido del paciente y cómo empieza a estabilizarse gracias a un manejo temprano, partiendo del cálculo del qSOFA. Se le hace efectiva la referencia con criterios de alta:  $Hb > 8$  ( $Hb: 8.16$ ), Respiración espontánea ( $SatO_2: > 94\%$  con  $FiO_2: 21\%$ ) y Normoglicemia ( $< 110$  mg/dL); con los dx de: Sepsis en resolución (herida infectada, UPP sacra), IRA en resolución, Anemia moderada, Postrada crónica x HC. Buen pronóstico.

#### CASO CLÍNICO N°2: ACV Isquémico

El accidente cerebro vascular (ACV) es un daño neurológico agudo caracterizado por disfunción focal del tejido cerebral. Esta afección es considerada la segunda causa de mortalidad y discapacidad a nivel mundial, se distinguen dos tipos: ACV isquémico (ACVi: 85% de los casos) y el hemorrágico (ACVh). El ACVi constituye una emergencia médica con una ventana estrecha para reconocer y administrar el tratamiento. (20) Los pacientes con Fibrilación auricular (FA) pueden desarrollar ACVi, como una manifestación inicial de FA o a pesar de una profilaxis antitrombótica adecuada; siendo su etiología más frecuente, la embolia cardiaca por un trombo apendicular de aurícula izquierda. (21)

El diagnóstico de ACVi se hace mediante una evaluación clínica completa y se confirma y localiza con la ayuda de exámenes de imagen cerebrales: Tomografía axial computarizada, Resonancia magnética y Tomografía con perfusión. (20) Como parte de la clínica frecuente de esta condición: Entumecimiento, hormigueo o debilidad de inicio súbito (hemicara, brazo o pierna), Déficit neurológico de inicio súbito (confusión, dificultad en lenguaje, dificultad en visión, dificultad para deambular), cefalea de inicio súbito y sin causa conocida. Además, se sugiere el uso de la Escala FAST (Face Arm Speech Test) para identificación precoz del cuadro, una de las más prácticas pues sólo necesita la clínica, no requiere resultados de exámenes complementarios. (22)

Para el tratamiento, es importante un manejo temprano para reducir mortalidad y secuelas neurológicas (Ver anexo 19); además, es necesario evaluar si cumple criterios para terapia de reperfusión (Ver anexo 20 y anexo 21), esto para intentar restaurar el flujo sanguíneo en áreas isquémicas no infartadas y contribuir a una mejor evolución del paciente (Ver anexo 22). La FA está asociada con ACVi de mayor gravedad (más discapacidad y mortalidad), por lo que un inicio oportuno del manejo de la fase aguda permite reducir complicaciones. Finalmente, se sugiere el inicio precoz de la terapia de rehabilitación para asegurar un mejor pronóstico. (21)

En el caso de la paciente, resulta un cuadro muy frecuente en emergencia del servicio de medicina pues presenta no sólo la clínica, sino, además, antecedentes importantes que permiten establecer el diagnóstico temprano, como: HTA, FA, ACVi previo y otras cardiopatías. Con un tiempo de enfermedad de 12h y un diagnóstico previo de otra institución, la paciente acude a emergencia, donde, luego de ser evaluada, se decidió un manejo temprano: hospitalización, evaluación completa (laboratorio, imágenes y especialidades) e inicio precoz de tratamiento, lo cual permitió una mejoría clínica significativa.

Uno de los mayores peligros ante un paciente con déficit neurológico y riesgo cardiaco alto (como tener antecedente de FA) es descartar rápidamente un cuadro de ACV hemorrágico, lo cual se logra con una indicación de TAC inmediato, posterior a descartar ese cuadro, se puede seguir con todo el flujo de

manejo conocido. Finalmente, la paciente fue dada de alta con buen pronóstico, luego de estabilizar sus funciones vitales, y habiendo sido evaluada por Cardiología (con tratamiento, PA estable e indicación de Ecocardiograma para mejor seguimiento de su FA), Neurología y Medicina física y rehabilitación (con una mejora en su lenguaje), para continuar sus controles por consultorio externo de estos servicios.

### **3.4. Cirugía General**

Importante para los casos clínicos de este servicio, el planteamiento de diversos diagnósticos presuntivos, teniendo en cuenta tanto la clínica como el riesgo epidemiológico y antecedentes. El tener claro y completo el historial médico personal y familiar del paciente permite llevar a cabo un plan de trabajo integral, no sólo identificando los casos que requieren SOP de emergencia, sino, además, iniciando un tratamiento empírico adecuado (especialmente, para el inicio precoz de antibióticos). Además, será siempre importante el apoyo de otras especialidades mediante interconsultas que permitan un abordaje integral del problema; disminuyendo riesgos, minimizando secuelas, y previniendo complicaciones previo, durante y posteriores al procedimiento quirúrgico elegido. Todo esto, en pro de una mejora en la calidad de vida del paciente.

#### **CASO CLÍNICO N°1: Apendicitis Aguda Complicada + Peritonitis generalizada**

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal de mayor frecuencia a nivel mundial. (23)

El diagnóstico se basa en la clínica, exámenes de laboratorio y pruebas de imágenes (Ver anexo 23). En la clínica, el síntoma más frecuente es dolor abdominal (inicia difuso y se intensifica y migra hacia cuadrante inferior derecho), otros síntomas: Anorexia, náuseas, vómitos y fiebre. (24) Durante examen físico, signos característicos: McBurney (+), Rovsing o Sensibilidad indirecta (+), Signo del Psoas (+: Apéndice retrocecal), Signo del Obturador (+, Apéndice pélvico). Entre los hallazgos de laboratorio, mayoría de pacientes presentan leucocitosis

leve ( $>10\ 000$  cél/microL), pero depende del cuadro: Aguda ( $14,500\pm 7300$ ), Gangrenosa ( $17,100\pm 3900$ ) y Perforada ( $17,900\pm 2100$ ). Entre las pruebas de imágenes disponibles: TC con contraste (Aumento diámetro, pared engrosada y realce, alteración de grasa y apendicolito), Ecografía abdominal (Aumento diámetro), Rx abdominal (útil para descartar otras patologías). (25) Con todo ello, se puede evaluar al paciente con la Escala de Alvarado: 0-4pts (Negativo), 5-6pts (Posible apendicitis), 7-8pts (Alta probabilidad), 9-10pts (Apendicitis aguda) (Ver anexo 24). (24) Importante, establecer diagnósticos diferenciales: Perforación, Diverticulitis, Enfermedad de Crohn, Condición gineco-obstétrica y Condición urológica. (25)

Para el tratamiento (Ver anexo 25), importante el manejo temprano con prequirúrgicos y ATB profilácticos preSOP, para proceder a elegir la operación (23). En apendicitis aguda, complicada y no complicada, la Apendicectomía laparoscópica (Apendilap) muestra grandes beneficios sobre apendicectomía abierta (24).

En el caso del paciente, el diagnóstico se plantea desde el ingreso por la clínica, que se confirmó con el laboratorio y prueba de imagen, por lo que se procedió a completar exámenes preQx y ATB profiláctico preSOP, eligiéndose laparoscópica. El dx postSOP fue Apendicitis aguda complicada + Peritonitis generalizada, para lo cual se eligió una doble cobertura ATB; que, con el manejo integral, dio un buen resultado reflejado en una evolución favorable.

## CASO CLÍNICO N°2: Colecistitis Crónica Calculosa

La Colecistitis crónica se define como la inflamación crónica de la pared vesicular; mientras que la Colelitiasis representa la presencia de litos en el interior de la vesícula biliar, de larga instancia y que puede ser asintomática o complicarse y generar un cuadro de Colecistitis calculosa o litiásica. La Colecistitis crónica calculosa (CCC), una de las complicaciones más frecuentes de la Colelitiasis de larga data, puede ser asintomática o tener clínica leve e inespecífica

(principalmente, distensión y dolor de abdomen); si ésta se exagera, se habla de reagidización. (27)

Para el diagnóstico de Colecistitis, se hace uso de clínica, laboratorio e imágenes. Al evaluar la clínica, el signo más frecuente es el Cólico Biliar que se define como dolor intenso y sordo en cuadrantes superior derecho (hipocondrio derecho), epigastrio o área subesternal, que se puede irradiar hacia espalda (omóplato derecho) y asociarse a fiebre de 37.5 y 39°C, diaforesis, náuseas y vómitos; suele identificarse: Signo de Murphy (+) y resistencia abdominal. Además, suele desencadenarse con ingesta de comidas copiosas. (27, 29) La prueba de imagen más importante es la Ecografía abdominal, en la cual se evidencian litos como focos ecogénicos con sombra acústica. Importante los diagnósticos diferenciales como: Úlcera péptica, Colecistitis aguda, Coledocolitiasis. (28)

Finalmente, para el tratamiento del Colecistitis crónica calculosa sin complicaciones, se tiene la cirugía electiva: Colecistectomía Laparoscópica (Colelap) esto para prevenir futuros ataques de cólico biliar y complicaciones de la enfermedad de cálculos biliares; que, comparado con la cirugía abierta tradicional, reduce complicaciones postoperatorias y acorta tiempo de hospitalización. (30)

En el caso de la paciente, llegó a consultorio con clínica sugestiva de colecistitis, lo que se confirmó con ecografía y se ordena exámenes prequirúrgicos; con resultados, se programa para SOP. Se observa el proceso de un paciente programado para Colelap electiva por CCC. Dado el buen manejo pre y posquirúrgico, el paciente, con evolución favorable, es dado de alta a las 24h de ser operada, con buen pronóstico.

## **CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico 2022-2023 marcó nuestro retorno a la presencialidad, luego de 2 años de actividades 100% virtuales. El mismo que se dio inicio en un contexto en el que el país se encontraba en la última etapa de la pandemia, con una menor incidencia de contagios y con ciertas medidas de flexibilidad respecto al uso de protección con mascarillas; manteniendo, eso sí, el uso obligatorio en establecimientos de salud.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz representa el lugar en cual que se pudo consolidar 7 años de conocimientos adquiridos y donde, de la mano de doctores asistentes y médicos residentes, se fue moldeando un perfil profesional que exige no sólo habilidades cognoscitivas sino, también, habilidades sociales para la construcción de una buena relación médico-paciente, con ética y humanidad. Este proceso se llevó a cabo en 4 rotaciones (Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General) dentro de un ambiente laboral pacífico, donde cada miembro del equipo de salud cumplió su función empleando normas de convivencia.

La experiencia en esta sede hospitalaria tuvo diversos matices: desde actividades asistenciales, mediante la atención a los pacientes; actividades académicas, mediante la presentación de casos clínicos y exposición de temas de importancia con los médicos residentes a cargo; y actividades de estrechez de lazos con la población en general, cuando compartimos bonitos momentos con la población pediátrica del hospital durante las fiestas navideñas. Todo, en suma, hizo, de esta etapa, una de las más enriquecedoras.

## CONCLUSIONES

- El internado médico representa la etapa final de nuestra preparación profesional que, bajo la supervisión de jefes de departamento, médicos asistentes y médicos residentes; nos preparó para la vida fuera de la universidad, brindándonos herramientas para un mejor desenvolvimiento, empleando valores éticos y humanitarios en un mejor servicio de la población.
- La pandemia paralizó el país, con la suspensión de no sólo actividades académicas, sino, además, la atención a los pacientes. Si bien nuestra etapa de internado inició cuando ya se había levantado el estado de emergencia, fueron las medidas de bioseguridad y el EPP brindado, los que nos permitieron cursar y culminar esta etapa en buenas condiciones de salud.
- Nuestro paso por cada una de las 4 rotaciones (Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General) nos permitió adquirir diversas competencias en cada servicio, mostrándonos el manejo en situaciones de emergencia, urgencia y consulta ambulatoria en consultorio externo.
- Los casos clínicos presentados fueron recopilados durante la práctica clínica en nuestro paso por los 4 servicios antes mencionados, cuyo manejo se basó en las guías de prácticas clínicas actualmente existentes, y, cuyo análisis, evaluó el manejo del caso y la evolución consecuente del paciente.
- Luego de 2 años virtualidad, el internado médico fue de gran importancia para poder cimentar nuestra preparación preprofesional y, aunque, tuvimos grandes dificultades debido a la virtualidad previa, pudimos adaptarnos y lograr las competencias propuestas al inicio de la etapa.

## RECOMENDACIONES

- El ejercicio de la medicina exige poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de toda la carrera, de la mano de valores éticos y bajo una visión humanitaria del paciente: como individuo y no como enfermedad.
- El adquirir y poner en práctica las estrategias de bioseguridad es importante pues, más allá de la pandemia de covid-19, nos permiten protegernos y proteger a la población hospitalaria de diversas patologías, en especial, de aquellas infectocontagiosas que abundan en el medio; como, por ejemplo, la Tuberculosis, una de las afecciones de mayor incidencia en nuestro país.
- Aprender las normas de convivencia del ámbito hospitalario en el que uno se encuentra permite desarrollar una mejor comunicación y establecer una buena relación tanto con el resto del personal de salud como con los pacientes que acuden al establecimiento, lo que mejora el clima laboral.
- El respetar y adquirir conocimientos sobre el enfoque y manejo utilizados en cada servicio visitado permite desempeñar un mejor trabajo en equipo y potenciar el aprovechamiento de los recursos existentes en él.
- Aprender a desenvolvernos sin temor y con control durante una emergencia o una urgencia médica a nivel hospitalario, nos prepara para poder asumir responsabilidades futuras y tomar decisiones como jefes de nuestros centros y puestos de salud durante el Serums.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rivas, Alonso. Durante el internado de medicina se forman los aspectos académicos y ético-morales. [Internet] Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional (blog), 6 de abril de 2022. [citado el 01 de abril 2023]. Disponible online en: <https://www.cmp.org.pe/durante-el-internado-de-medicina-se-forman-los-aspectos-academicos-y-etico-morales/>
2. Taype A, Tataje G, Arizabal A, Alegría S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. [Internet] An Fac med. 12 de abril de 2016. 77(1): 31. [citado el 01 de abril 2023]. Disponible online en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v77n1/a06v77n1.pdf>
3. Directiva administrativa N°331-MINSA/DIGEP-2022 “Directiva administrativa para el desarrollo de actividades del internado en Ciencias de la Salud” [citado el 01 de abril 2023]. Disponible online en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
4. Gobierno del Perú. Decreto Supremo N°020-2002-EF. Ministerio de Economía y Finanzas [citado el 01 de abril 2023]. Disponible online en: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/223869-020-2002-ef>.
5. Portal institucional - Hospital Carlos Lanfranco La Hoz [internet] Sección Institucional [citado el 02 de abril 2023]. Disponible online en. <https://www.hcllh.gob.pe/>
6. Gestational Hypertension and Preeclampsia [Internet] The american college of obstetricians and gynecologists: ACOG [citado el 03 de abril 2023]. Disponible online en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/06/gestational-hypertension-and-preeclampsia>
7. Hipertensión y Gestación [Internet] Medicina Fetal Barcelona. [citado el 03 de abril 2023]. Disponible online en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertension-y-gestacion.html>
8. Placenta Accreta Spectrum. [Internet] The american college of obstetricians

- and gynecologists: ACOG [citado el 04 de abril 2023]. Disponible online en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2018/12/placenta-accreta-spectrum>
9. Placenta previa y otras anomalías [Internet] Medicina Fetal Barcelona. [citado el 04 de abril 2023]. Disponible online en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta-previa-y-otras-anomalias.html>
  10. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging [Internet] American Journal of Obstetrics & Gynecology [citado el 04 de abril 2023]. Disponible online en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30731-7/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30731-7/fulltext)
  11. Vélez Jorge, Angel Gabriel et al. Acretismo placentario: evaluación por resonancia magnética Rev.fac.med [Internet]. 2015 Jan [citado el 04 de abril 2023]; 23(1):70-76. Disponible online en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562015000100008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562015000100008&lng=en)
  12. Paniagua Calzón N, Benito Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias [Internet] Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:49-61. Asociación española de pediatría [citado el 05 de abril 2023]. Disponible online en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04\\_crisis\\_asmatica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf)
  13. Guía de práctica clínica del asma bronquial en niños [Internet] Hospital de Emergencias Pediátricas. Ministerio de Salud [citado el 05 de abril 2023]. Disponible online en: <http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/136735110401%20GPSEU%20ASMA%20BRONQUIAL.pdf>
  14. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet] Normas y documentos legales, Ministerio de salud - Plataforma del Estado Peruano [citado el 06 de abril 2023]. Disponible online en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>

15. Adriana Afazani, Daniel Beltramino, et al. Diarrea aguda en la infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento [Internet] Sociedad Argentina de Pediatría [citado el 06 de abril 2023]. Disponible online en: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-de-diarreas-agudas-en-la-infancia.pdf>
16. Diarrea aguda - Guía de algoritmos [Internet] Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria – AEPAP [citado el 06 de abril 2023]. Disponible online en: [https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/80\\_Diarrea\\_aguda.pdf](https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/80_Diarrea_aguda.pdf)
17. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de sepsis. [Internet] Resolución directoral N°267-2020, Hospital Santa Rosa. MINSA [citado el 07 de abril 2023]. Disponible online en: <http://209.45.95.139/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-SEPSIS.pdf>
18. Guía de práctica clínica para el reconocimiento y el manejo inicial de sepsis en adultos – Versión corta [Internet] IETSI, ESSALUD. Guía de práctica clínica N°15. Junio, 2018 [citado el 07 de abril 2023]. Disponible online en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Sepsis\\_Version\\_corta.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Sepsis_Version_corta.pdf)
19. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. Definiciones del Tercer Consenso Internacional para Sepsis y Shock Séptico (Sepsis-3). [Internet] JAMA. 2016;315(8):801–810. doi:10.1001/jama.2016.0287 [citado el 07 de abril 2023]. Disponible online en: [https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881?utm\\_source=FBP&utm\\_medium=social\\_jn&utm\\_term=370319577&utm\\_content=content\\_engagement|article\\_engagement&utm\\_campaign=article\\_alert&linkId=21470696](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881?utm_source=FBP&utm_medium=social_jn&utm_term=370319577&utm_content=content_engagement|article_engagement&utm_campaign=article_alert&linkId=21470696)
20. Sequeiros-Chirinos Joel Mario, Alva-Díaz Carlos A., Pacheco-Barrios Kevin, Huaranga-Marcelo Jorge, Huamaní Charles, Camarena-Flores Carla E. et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta méd. Peru [Internet] Enero, 2020 [citado el 08 de abril 2023]; 37(1):54-

73. Disponible online en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000100054&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100054&lng=es)
21. Warren J Manning. Stroke in patients with atrial fibrillation. [Internet] September, 2022 [citado el 08 de abril 2023]. Disponible online en:  
[https://www.uptodate.com/contents/stroke-in-patients-with-atrial-fibrillation?search=arterial%20ischemic%20stroke&source=search\\_result&selectedTitle=16~150&usage\\_type=default&display\\_rank=16#H19](https://www.uptodate.com/contents/stroke-in-patients-with-atrial-fibrillation?search=arterial%20ischemic%20stroke&source=search_result&selectedTitle=16~150&usage_type=default&display_rank=16#H19)
22. ¿Qué es un accidente cerebrovascular? [Internet] American Stroke Association [citado el 08 de abril 2023]. Disponible online en:  
<https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms/que-es-un-accidente-cerebrovascular>
23. Douglas Smink, David I Soybel. Management of acute appendicitis in adults. [citado el 09 de abril 2023]. Disponible online en:  
[https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
24. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda – Versión corta [Internet] GPC N°57, IETSI. Diciembre, 2022 [citado el 09 de abril 2023]. Disponible online en: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda\\_Version-corta.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf)
25. Ronald F Martin. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [citado el 09 de abril 2023]. Disponible online en:  
[https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1383&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1383&source=see_link)
26. Yegros Ortiz CD, Lezcano Sarabia DA. Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda en el Servicio de Urgencias del Hospital Nacional de Itauguá en los años 2018 y 2019 [Internet] Rev. Nac. (Itauguá). 2022;14(1):046-057 [citado el 09 de abril 2023]. Disponible online

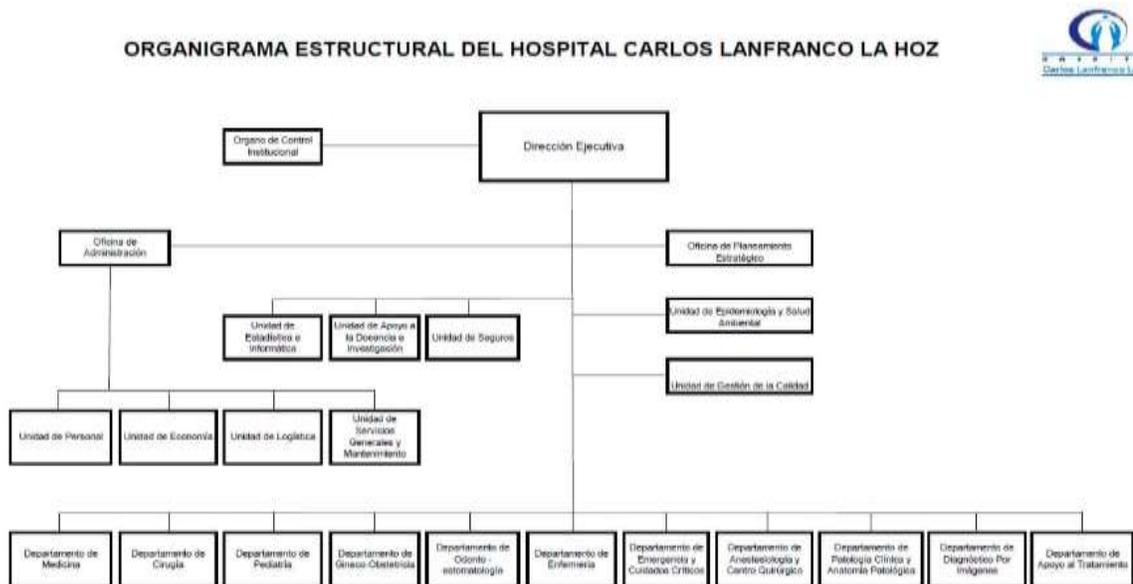
en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372749/a05.pdf>

27. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la Colelitiasis, Colecistitis aguda y Coledocolitiasis – Versión corta [Internet] GPC N°11, IETSI. Marzo, 2018 [citado el 10 de abril 2023]. Disponible online en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Colelitiasis\\_Version\\_Corta.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Corta.pdf)
28. Salam F Zakko. Overview of gallstone disease in adults [citado el 10 de abril 2023]. Disponible online en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colelitiasis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colelitiasis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
29. Pérez Huitrón M, Ocaña Monroy J. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica [Internet] Rev. Fac. Med. (Méx.) 61(4):35-37. Agosto, 2018 [citado el 10 de abril 2023] Disponible online en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422018000400035&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400035&lng=es)
30. Salam F Zakko. Overview of gallstone disease in adults [citado el 10 de abril 2023]. July 27, 2022. Disponible online en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colelitiasis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colelitiasis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Organigrama Estructural del HCLLH (5)



### Anexo 2

#### Cartera de Servicios del HCLLH (5)

**CARTERA DE SERVICIOS - CONSULTORIOS EXTERNOS**

<p><b>MEDICINA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDICINA INTERNA</li> <li>• ENDOCRINOLOGÍA</li> <li>• GASTROENTEROLOGÍA               <ul style="list-style-type: none"> <li>Endoscopia</li> <li>Colonoscopia</li> </ul> </li> <li>• CARDIOLOGÍA               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riego cardíaco</li> <li>• Electrocardiograma</li> </ul> </li> <li>• NEUROLOGÍA</li> <li>• NEUMOLOGÍA</li> <li>• DERMATOLOGÍA</li> <li>• REUMATOLOGÍA</li> <li>• PSIQUIATRÍA</li> <li>• MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Física / Terapia ocupacional</li> </ul> </li> <li>• INFECTOLOGÍA</li> <li>• SALUD OCUPACIONAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSEJERÍA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</li> <li>• ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE</li> </ul> <p><b>CIRUGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIRUGÍA GENERAL</li> <li>• CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA</li> <li>• NEUROCIRUGÍA</li> <li>• CIRUGÍA CARDIOVASCULAR</li> <li>• TRAUMATOLOGÍA</li> <li>• UROLOGÍA</li> <li>• CITORRADIOLÓGICA</li> <li>• OFTALMOLOGÍA</li> </ul> <p><b>ANESTESIOLOGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TERAPIA DEL DOLOR</li> <li>• CONSULTA AMBULATORIA PRE-ANESTÉSICA</li> </ul> <p><b>ODONTOESTOMATOLOGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA</li> <li>• ODONTOPIEDIATRÍA</li> <li>• TERAPIA ENDODÓNICA</li> <li>• DIAGNÓSTICOS INTRACRANIALES</li> <li>• CIRUGÍA ORAL</li> </ul> <p><b>SERVICIO SOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INTERVENCIONES EN HOSPITALIZACIÓN</li> <li>• INTERVENCIONES EN EMERGENCIA</li> <li>• CLUB DEL ADULTO MAYOR</li> </ul> <p><b>FARMACIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS</li> <li>• ATENCIÓN DE FARMACIA CLÍNICA</li> <li>• ATENCIÓN EN FARMACOTECNIA</li> </ul>	<p><b>NUTRICIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSULTORIO AMBULATORIO</li> <li>• CONSEJERÍA NUTRICIONAL</li> </ul> <p><b>PATOLOGÍA CLÍNICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LABORATORIO CENTRAL – EMERGENCIA</li> <li>• ANATOMÍA PATOLÓGICA</li> <li>• BANCO DE SANGRE</li> </ul> <p><b>DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RAYOS X</li> <li>• ECOGRAFÍA</li> <li>• ECOGRAFÍA DOPPLER</li> </ul> <p><b>PSICOLOGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MAMIS</li> <li>• PSICOLOGÍA ESPECIALIZADA</li> <li>• PSICOLOGÍA DEL ADULTO</li> <li>• PSICOLOGÍA DE PAREJAS</li> <li>• CONSULTORIO DE TARGA</li> <li>• CONSULTORIO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE</li> <li>• ATENCIÓN EN ADICCIONES</li> </ul> <p><b>ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INMUNIZACIONES</li> <li>• TAMIJAJE NEONATAL</li> <li>• PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS</li> <li>• CONSULTORIO DE ENFERMERÍA EN NIÑOS</li> <li>• CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA</li> <li>• CONSULTORIO TARGA</li> </ul>
---	---	--

**ATENCIÓN DE EMERGENCIA 24 Hrs.**

WWW.HCLLH.GOB.PE / HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

### Anexo 3

Posología: Prevención farmacológica de las convulsiones con Sulfato de magnesio – Medicina Fetal Barcelona (7)

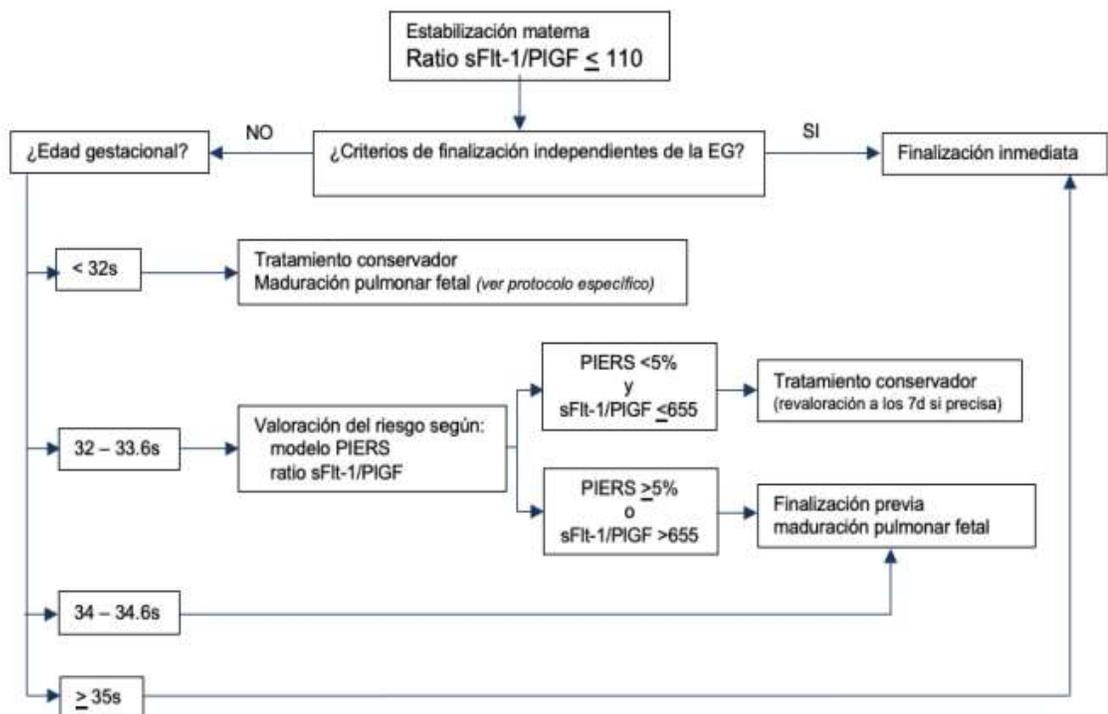
Posología: bolus de 3g ev a razón de 1g/5 min (en caso de sintomatología neurológica aumentar hasta 4g) + perfusión ev de 1-2 g/h.

En nuestro centro la preparación y velocidad de infusión recomendada es la siguiente:

Bolus inicial	20 ml SO <sub>4</sub> Mg (3 gramos) + 100 ml SF a pasar en 15-20 min
Perfusión	160 ml SO <sub>4</sub> Mg (16 ampollas = 24 gramos) + 80 ml SF = 240 ml volumen total 1 g/h → velocidad perfusión 10ml/h (240 ml/día) 1.5 g/h → velocidad perfusión 15 ml/h (360 ml/día) 2 g/h → velocidad perfusión 20 ml/h (480 ml/día)

### Anexo 4

Algoritmo de Manejo de Preeclampsia con signos de gravedad – Medicina Fetal Barcelona (7)



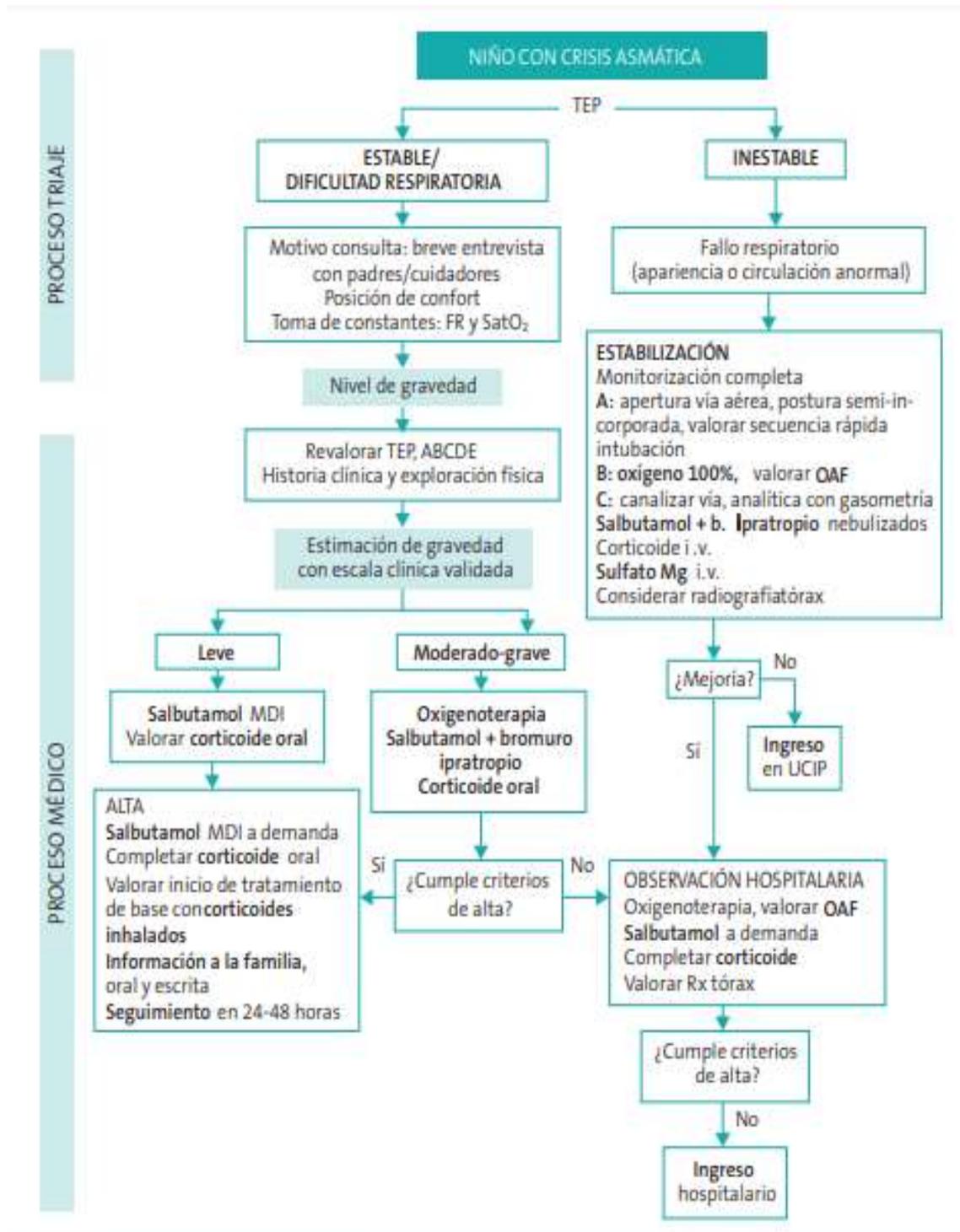
Anexo 5

Diagnóstico de Placenta Acreta (10,11)

ECOGRAFÍA	
Pérdida de zona clara	
Adelgazamiento del miometrio	
Lagunas placentarias	
Interrupción de pared vesical	
<b>ECOGRAFÍA DOPPLER</b> - Flujo lagunar intraparenquimatoso difuso - Lagos vasculares con flujo turbulento - Hipervascularidad de interfase serosa - Complejo venoso subplacentario prominente	
<b>RESONANCIA MAGNÉTICA</b> - Prominencia uterina - Señal heterogénea dentro de placenta - Bandas hipointensas intraplacentarias T2	<p style="text-align: center;"> <b>PROMINENCIA UTERINA</b>      <b>SEÑAL HETEROGÉNEA DENTRO DE PLACENTA</b>  <b>BANDAS HIPOINTENSAS INTRAPLACENTARIAS EN T2</b> </p>

## Anexo 6

### Algoritmo de manejo del niño con Crisis Asmática – AEPED (12)



## Anexo 7

### Diagnóstico diferencial de Crisis asmática – Minsa (13)

#### CAUSAS INFECCIOSAS/ INFLAMATORIAS

- Sinusitis maxilar /Adenoiditis
- Rinofaringitis/Laringotraqueitis/Tráqueobronquitis
- Síndrome lóbulo medio/Bronquiectasias
- Fibrosis quística
- Tuberculosis pulmonar
- Infecciones respiratorias recidivantes en inmunodeficientes
- Papilomatosis bronquial y/o laríngea
- Displasia broncopulmonar
- Bronquiolitis obliterante
- Aspergilosis broncopulmonar alérgica
- Alveolitis alérgica extrínseca/ Eosinofilia pulmonar
- Hemosiderosis pulmonar
- Laringitis estridulosa/ Disfunción de cuerdas vocales en el adolescente

#### ANOMALÍAS CONGÉNITAS

- Anillos vasculares
- Quiste broncogénico
- Enfisema lobar congénito
- Enfermedad adenoimatoidea quística
- Laringomalacia/ Traqueomalacia/ Broncomalacia
- Estenosis laríngea (membranas laríngeas)/ traqueal/ bronquial
- Disquinecia ciliar
- Déficit alfa 1 - antitripsina

#### SÍNDROMES ASPIRATIVOS

- Trastornos de la deglución (afectación del SNC, disfunción neuromuscular, disautonomía familiar, lesiones estructurales de la vía deglutoria)
- Broncopatía por reflujo (reflujo gastro -esofágico, atresia de esófago, hernia hiatal, achalasia y otros trastornos de la motilidad esofágica)
- Fístulas laringo-tráqueo-esofágicas/ Fístulas tráqueo -esofágicas
- Cuerpo extraño en tráquea o bronquio.

#### OTRAS MALFORMACIONES CARDIOVASCULARES

#### COMPRESIÓN DE VÍAS AÉREAS POR ESTRUCTURAS MEDIASTÍNICAS

- Tumores/ Linfadenopatías/ Higromas
- Lesiones angiomasos
- Hernia anterior de Morgagni/ Hernia posterior de Bochdalek

## Anexo 8

Escala valoración clínica en Crisis Asmática: Pulmonary Score – AEPED (12)

**Tabla 1.** Pulmonary Score

Puntuación PS	Frecuencia respiratoria por edad		Sibilancias	Uso de músculos accesorios (ECM)
	<6 años	>6 años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración	Moderado
3	>60	>50	Inspiración y espiración sin fonendoscopio*	Máximo

\*Si no hay sibilancias y la actividad del ECM está aumentada, puntuar 3.

## Anexo 9

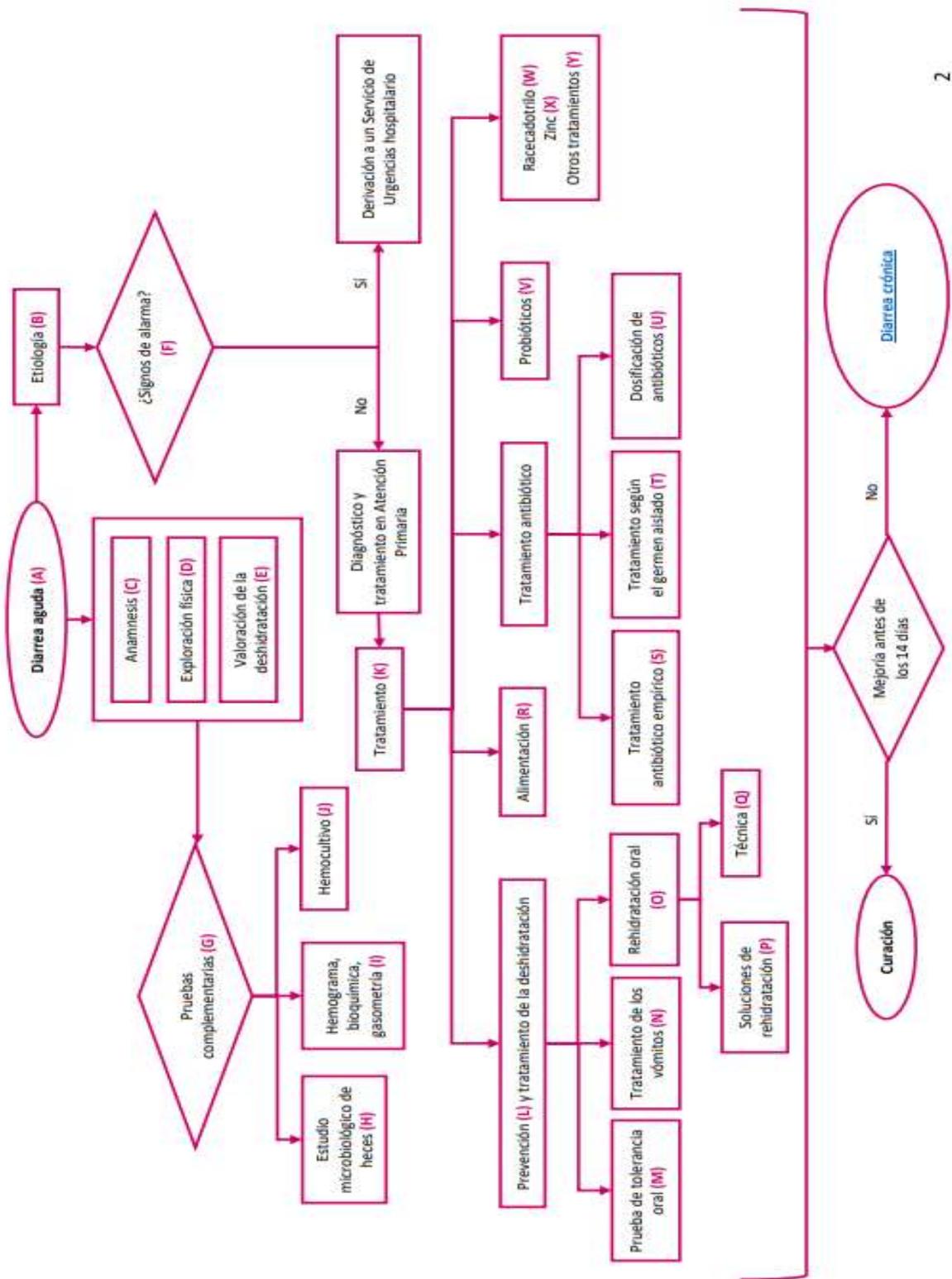
Factores de riesgo de Crisis asmática grave – AEPED (12)

**Tabla 2.** Factores de riesgo de crisis asmática grave

Antecedente de crisis graves o con rápido empeoramiento, ingreso en UCIP
Dos o más hospitalizaciones o tres o más visitas a Urgencias en el año previo
Múltiples visitas a Urgencias en el mes previo
Uso reciente o concomitante de corticoides sistémicos
No tratamiento actual con corticoides inhalados
Inadecuado seguimiento, incumplimiento del tratamiento
Sobreutilización de salbutamol en el último mes
Alergia alimentaria
Dificultad para el acceso a Urgencias, problemas psicosociales

Anexo 10

Algoritmo de abordaje de Diarrea Aguda – Guía algoritmos AEPAP (16)



## Anexo 11

### Agentes etiológicos infecciosos más frecuentes en Diarrea disentérica (15)

CUADRO 2. Agentes más frecuentes en diarrea aguda: diarrea con sangre.

ETIOLOGÍA	CARACTERÍSTICAS GENERALES	FORMA DE TRANSMISIÓN
<b>• Virales</b> <i>Rotavirus</i>	Forma poco frecuente de presentación.	Fecal-oral y respiratoria.
<b>• Bacterianas</b> <i>E. coli enteroinvasiva</i>	Lactantes y niños más susceptibles.	Agua y alimentos contaminados.
<i>E. coli enterohemorrágica</i>	Productora de verotoxina. Se relaciona con S.U.H.	Alimentos contaminados.
<i>Shigella (flexneri, sonnei, boydii)</i>	Disentería bacilar. Artritis reactivas a las 2-3 semanas. Más frecuente entre 6 meses y 2 años.	Agua y alimentos contaminados y fecal-oral.
<i>Salmonella</i>	Alrededor del 10% de los episodios	Alimentos contaminados.
<i>Campylobacter yeyuni</i>	Período de incubación 1-7 días. Clínica similar a Shigella.	Aves de corral. Aguas contaminadas.
<i>Yersinia</i>	En niños mayores puede manifestarse como pseudoapendicitis y acompañarse de poliartritis o artralgias, eritema nudoso.	Alimentos contaminados.
<b>• Parasitarias</b> <i>Entamoeba histolytica</i>	Período de incubación 2-4 semanas. Poco frecuente en niños.	Persona - persona. Agua y alimentos contaminados.

## Anexo 12

### Evaluación del Estado de deshidratación – Minsa (14)

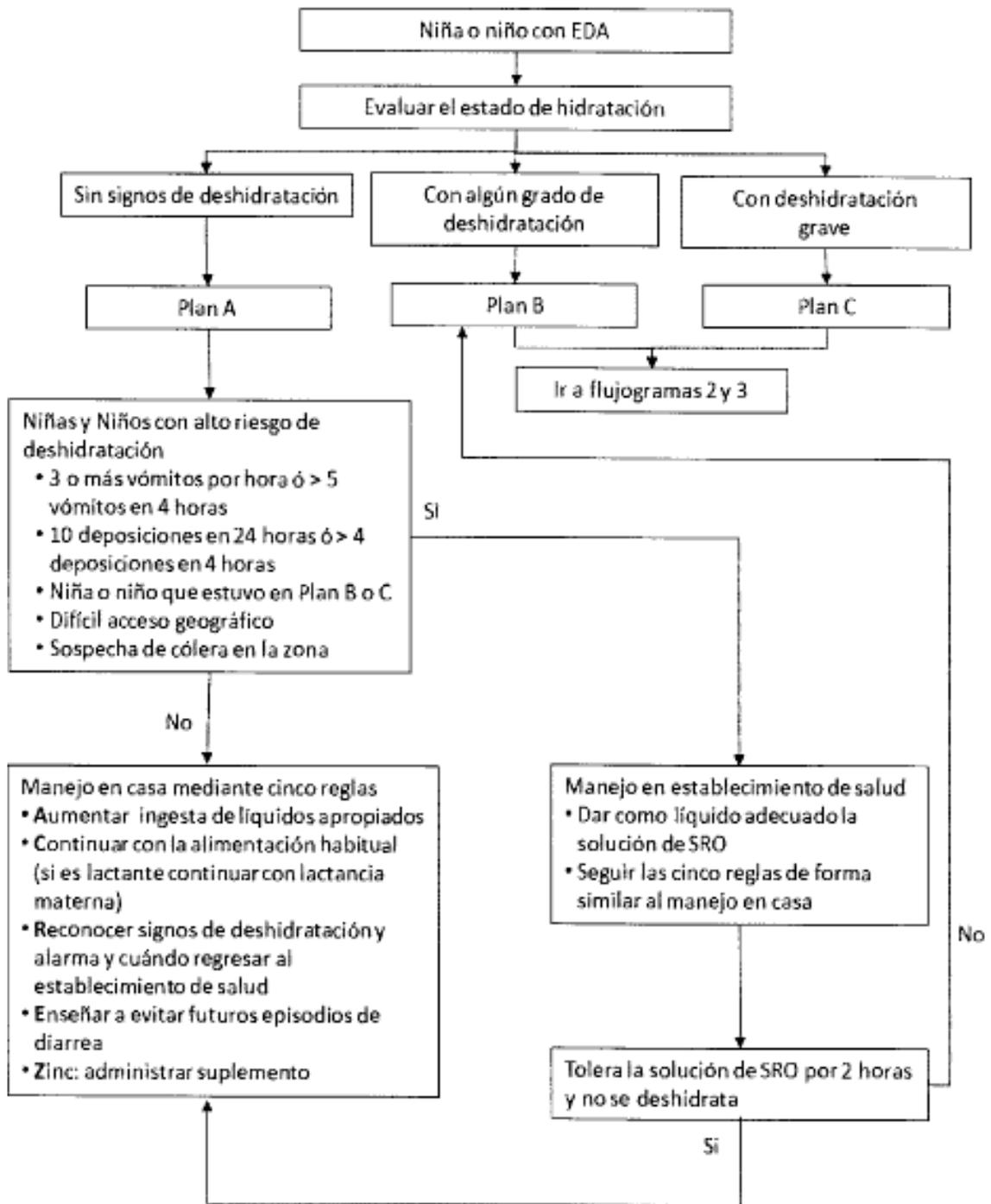
TABLA N° 3 :Evaluación de la Deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
<b>I. OBSERVE:</b> 1. Estado de Conciencia* 2. Ojos <sup>(b)</sup> 3. Boca y lengua 4. Lágrimas 5. Sed*	1. Alerta 2. Normales 3. Húmedas 4. Presentes 5. Bebe normal sin sed	1. Intranquilo, irritable 2. Hundidos 3. Secas 4. Escasas 5. Sediento, bebe rápido y ávidamente	1. Letárgico o inconsciente <sup>(a)</sup> 2. Muy hundidos y secos 3. Muy secas 4. Ausentes 5. Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
<b>II. EXPLORE:</b> 6. Signo del pliegue* <sup>(c)</sup>	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor a 2 segundo)
<b>III. DECIDA:</b>	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
<b>IV. TRATE:</b>	Use Plan A	Use Plan B	Use Plan C

Anexo 13

Flujograma: EDA sin Deshidratación – Minsa: Plan A (14)

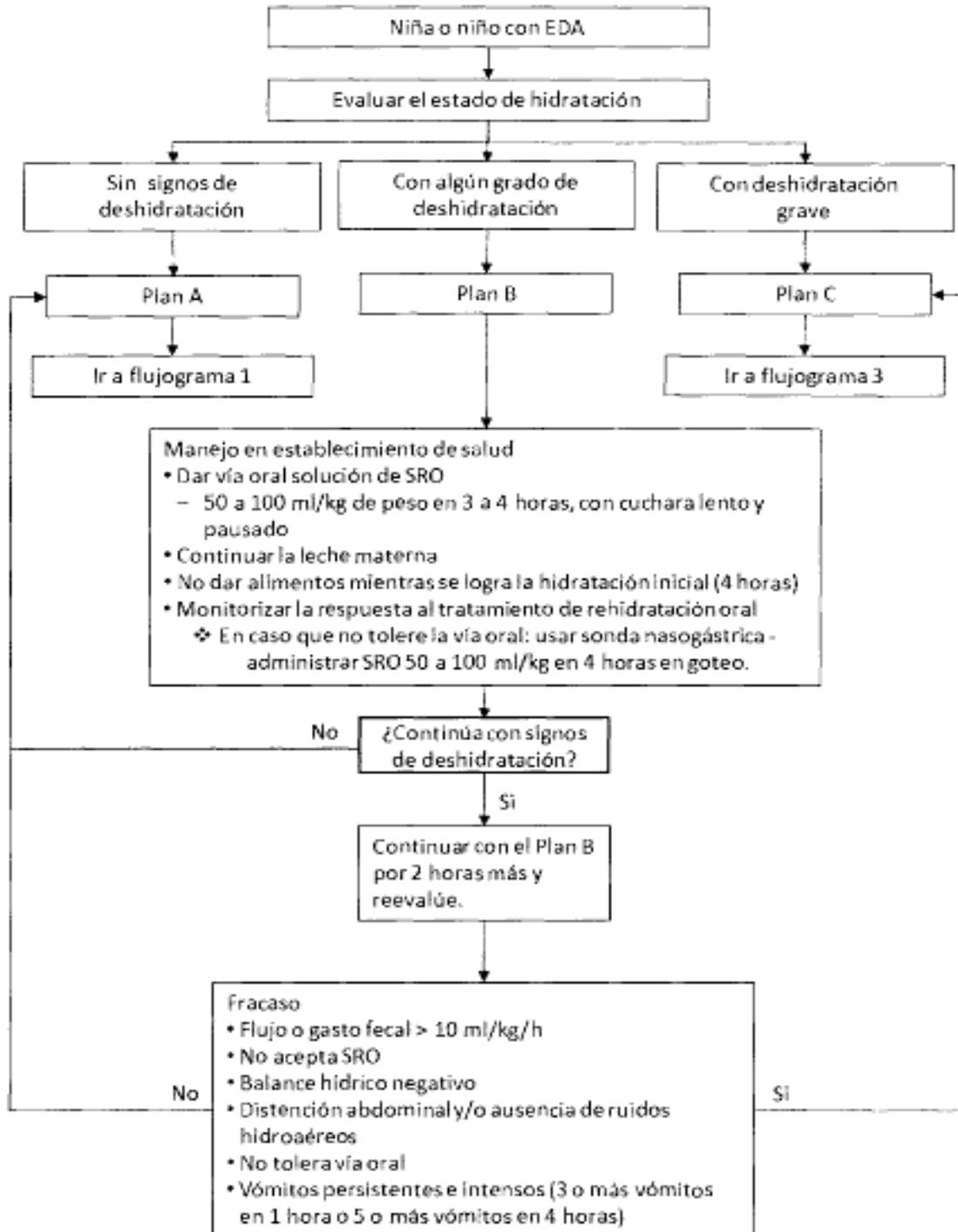
Flujograma N° 01: Niña o niño con EDA - Plan A



Anexo 14

Flujograma: EDA + Deshidratación leve y moderada – Minsa: Plan B (14)

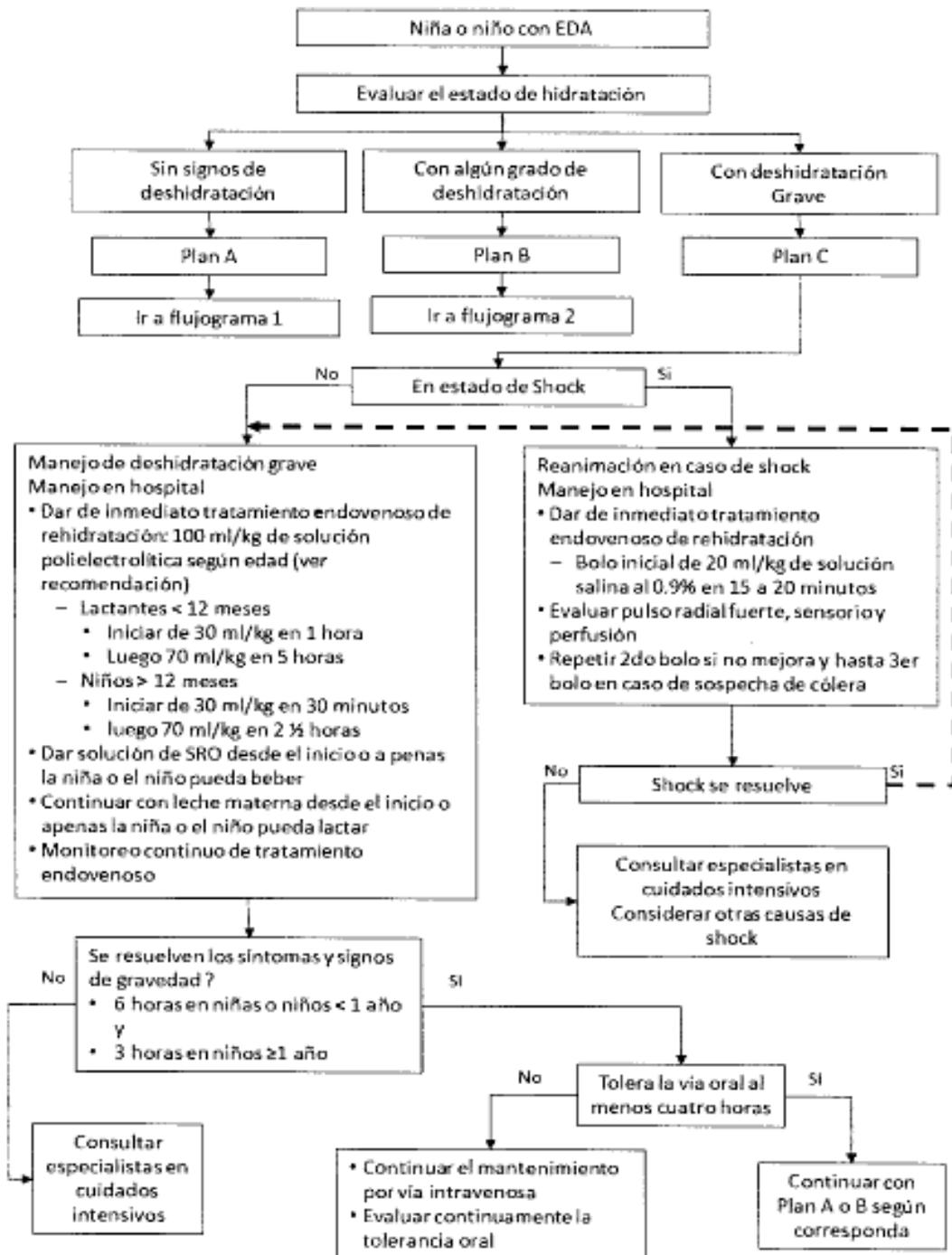
Flujograma N° 02: Niña o niño con EDA - Plan B



Anexo 15

Flujograma: EDA + Deshidratación grave – Minsa: Plan C (14)

Flujograma N° 03: Niña o niño con EDA - Plan C



## Anexo 16

### Criterios diagnósticos de sepsis – Minsa 2020 (17)

Anexo 02

TABLA 2: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SEPSIS. INFECCIÓN DOCUMENTADA O SOSPECHADA Y UNO DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS.
<b>PARÁMETROS GENERALES</b>
FIEBRE (TEMPERATURA > 38,3 °C)
HIPOTERMIA (TEMPERATURA < 36 °C)
FRECUENCIA CARDÍACA > 90 LATIDOS/MINUTO O 2 DS POR ENCIMA DEL VALOR NORMAL PARA LA EDAD.
TAQUIPNEA > 30 RESPIRACIONES/MINUTO
ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL
EDEMA SIGNIFICATIVO O BALANCE DE FLUIDOS POSITIVO (> 20 ML/KG EN 24 HORAS)
HIPERGLICEMIA (GLUCOSA PLASMÁTICA > 110 MG/DL) EN AUSENCIA DE DIABETES
<b>PARÁMETROS INFLAMATORIOS</b>
LEUCOCITOSIS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS > 12000/ML)
LEUCOPENIA (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS < 4000/ML)
RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS NORMAL CON MÁS DEL 10% DE FORMAS INMADURAS
PROTEÍNA C REACTIVA EN PLASMA > 2 DS SOBRE EL VALOR NORMAL
PROCALCITONINA EN PLASMA > 2 DS SOBRE EL VALOR NORMAL
<b>PARÁMETROS HEMODINÁMICOS</b>
HIPOTENSIÓN ARTERIAL (PAS < 90 MMHG, PAM < 70 MMHG O DISMINUCIÓN PAS > 40 MMHG EN ADULTOS O < 2 DS DEBAJO DE LO NORMAL PARA LA EDAD)
SATURACIÓN VENOSA MIXTA DE OXÍGENO > 70%
ÍNDICE CARDÍACO > 3,5 L/MIN/M2
<b>PARÁMETROS DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA</b>
HIPOXEMIA ARTERIAL (PAO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 300)
OLIGURIA AGUDA (GASTO URINARIO < 0,5 ML/KG/H O 45 MM/L POR LO MENOS 2 HORAS)
INCREMENTO DE LA CREATININA ≥ 0,5 MG/DL
ANORMALIDADES DE LA COAGULACIÓN: INR > 1,5 O TTP ACTIVADO > 60 SEGUNDOS)

## Anexo 17

### Criterios del índice qSOFA – Minsa 2020 (17)

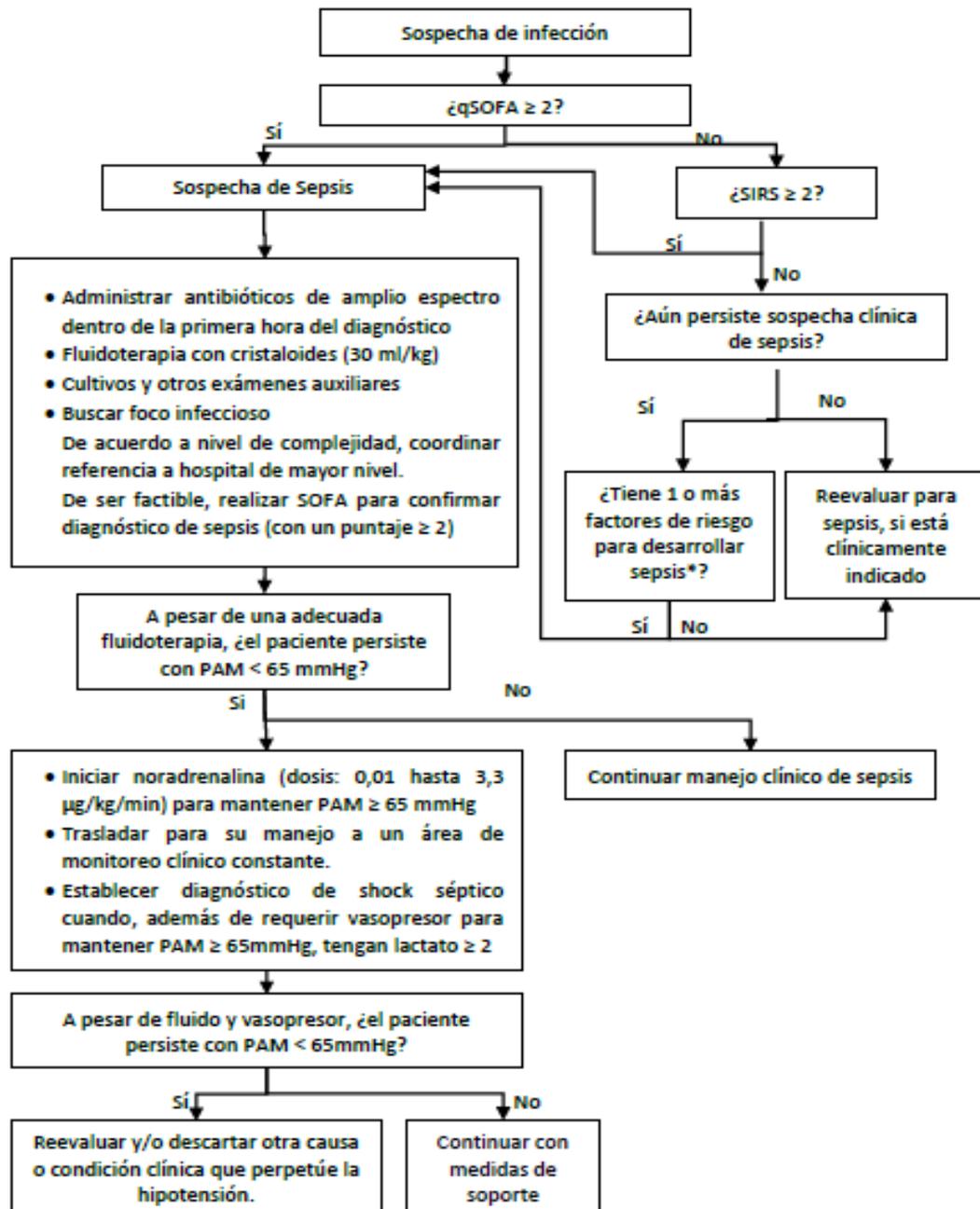
Anexo 04

TABLA 4 : Criterios del índice qSOFA	Puntaje
1. Frecuencia Respiratoria ≥ 22/min	1
2. Alteración del Estado Mental	1
3. Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg	1

## Anexo 18

### Flujograma: Reconocimiento y manejo inicial sepsis – Essalud 2018 (18)

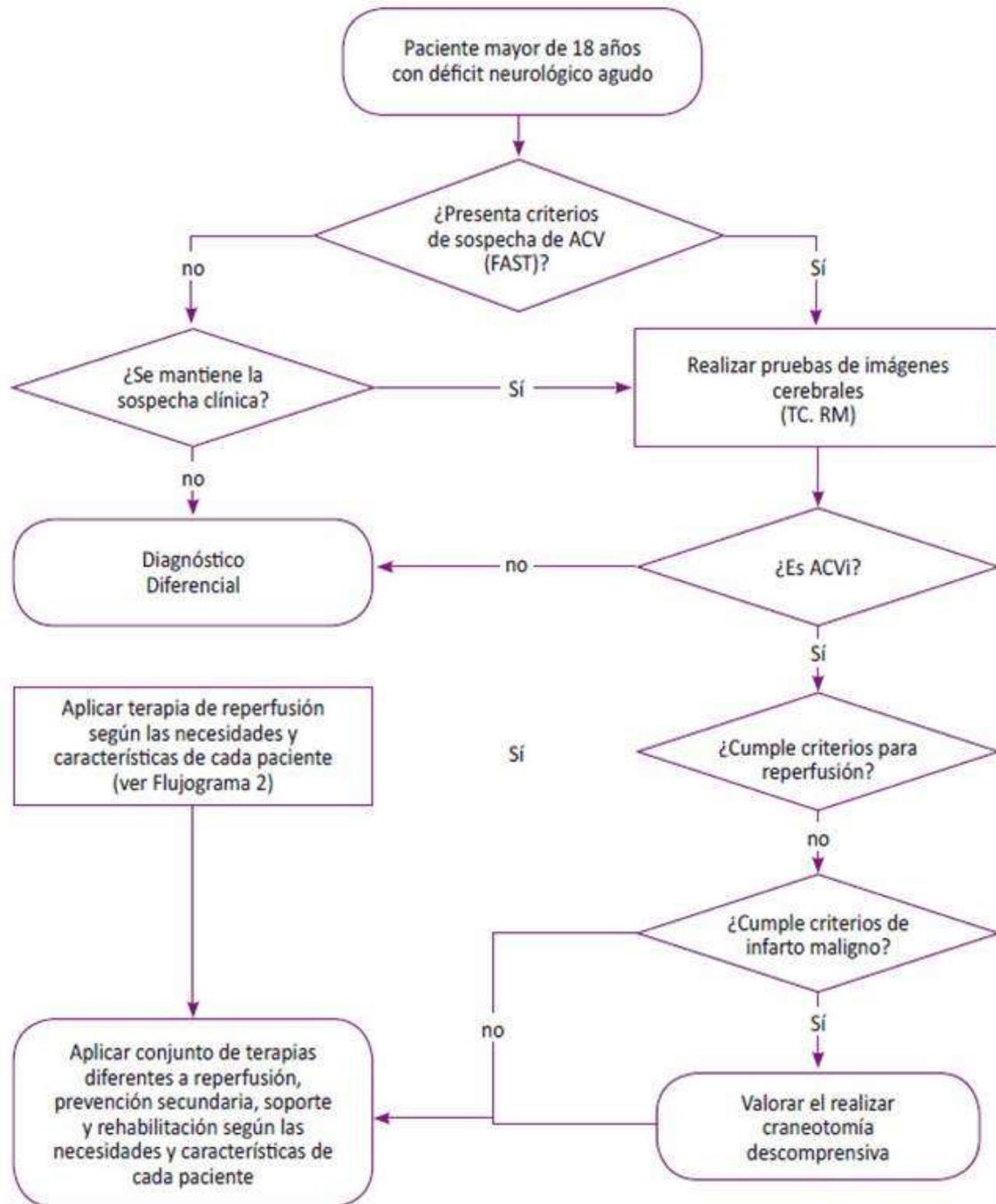
#### Flujograma del reconocimiento y manejo inicial de sepsis



PAM: Presión arterial media

Anexo 19

Flujograma: Diagnóstico y tratamiento del paciente con ataque cerebrovascular isquémico – Essalud 2020 (20)



## Anexo 20

### Criterios para trombólisis IV – Essalud 2020 (20)

Criterios	
Dentro de las 3 horas	Alteplase IV (0.9 mg/kg, dosis máxima 90 mg en 60 min, el 10% inicial de la dosis administrarlo en bolo en 1 min) está recomendado para pacientes seleccionados quienes hayan iniciados los síntomas hace 3 horas o último momento que se supo que el paciente estaba en su estado basal. Además evaluar los demás criterios a continuación.
Edad	Pacientes mayores de 18 años. La administración intravenosa de alteplase dentro de las 3 h es igualmente recomendada para pacientes <80 y > 80 años de edad.
Severidad	Para los síntomas graves de accidente cerebrovascular, alteplase IV está indicada dentro de las 3 h desde el inicio de los síntomas del accidente cerebrovascular isquémico. A pesar del mayor riesgo de transformación hemorrágica, todavía hay un beneficio clínico comprobado para los pacientes con síntomas graves de ACV. Para pacientes con síntomas leves pero incapacitantes de ACV, la alteplase IV está indicada dentro de las 3 h desde el inicio de los síntomas del accidente cerebrovascular isquémico. Queda a opinión del médico tratante, la trombólisis de pacientes con síntomas leves y no incapacitantes.
3-4.5h	Alteplase IV (0.9 mg/kg, dosis máxima 90 mg en 60 min, el 10% inicial de la dosis administrarlo en bolo en 1 min) también es recomendado para pacientes seleccionados que pueden tratarse dentro de las 3 y 4.5 h del inicio del síntoma de accidente cerebrovascular isquémico o desde el último momento que se supo que el paciente estaba en su estado basal. Los médicos deben revisar los criterios descritos en esta tabla para determinar la elegibilidad del paciente.
Edad, DM, ACV previo, Severidad, ACOs, Imágenes Cerebrales.	El tratamiento IV con alteplase en el intervalo de tiempo de 3 a 4,5 h se recomienda para los pacientes ≤ 80 años de edad, sin antecedentes de diabetes mellitus y accidente cerebrovascular previo, puntaje NIHSS ≤ 25, sin tomar ningún ACO, y sin pruebas de imagen de lesión isquémica que afecta a más de un tercio del territorio MCA.
Emergencia	El tratamiento debe iniciarse lo más rápido posible dentro de los plazos indicados anteriormente porque el tiempo hasta el tratamiento está fuertemente asociado con los resultados.
PA	Alteplase IV se recomienda en pacientes cuya presión arterial se puede bajar de forma segura (a <185/110 mm Hg) con agentes antihipertensivos, con el médico evaluando la estabilidad de la PA antes de iniciar la alteplase IV.
Glucosa Sanguínea	Alteplase IV se recomienda en pacientes elegibles de otra manera con niveles de glucosa inicial > 50 mg / dL.
TC	La administración intravenosa de Alteplase se recomienda en el contexto de cambios isquémicos tempranos en TC sin contraste de grado leve a moderado (distintos de la hipo densidad franca).
Terapia antiagregante previa	Alteplase IV se recomienda para los pacientes que toman monoterapia con fármacos antiplaquetarios antes del accidente cerebrovascular sobre la base de la evidencia de que el beneficio de la alteplase supera un posible aumento del riesgo de hemorragia intracerebral sintomática. La alteplase IV se recomienda para los pacientes que toman terapia de combinación de fármacos antiplaquetarios (p. Ej., Aspirina y clopidogrel) antes del accidente cerebrovascular sobre la base de evidencia de que el beneficio de la alteplase supera un probable aumento del riesgo de hemorragia intracerebral sintomática.
ERC terminal	En pacientes con enfermedad renal en etapa terminal en hemodiálisis y Tiempo parcial de tromboplastina activado normal (TPPa), se recomienda alteplase IV. Sin embargo, aquellos con TPPa elevado pueden tener un riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas.

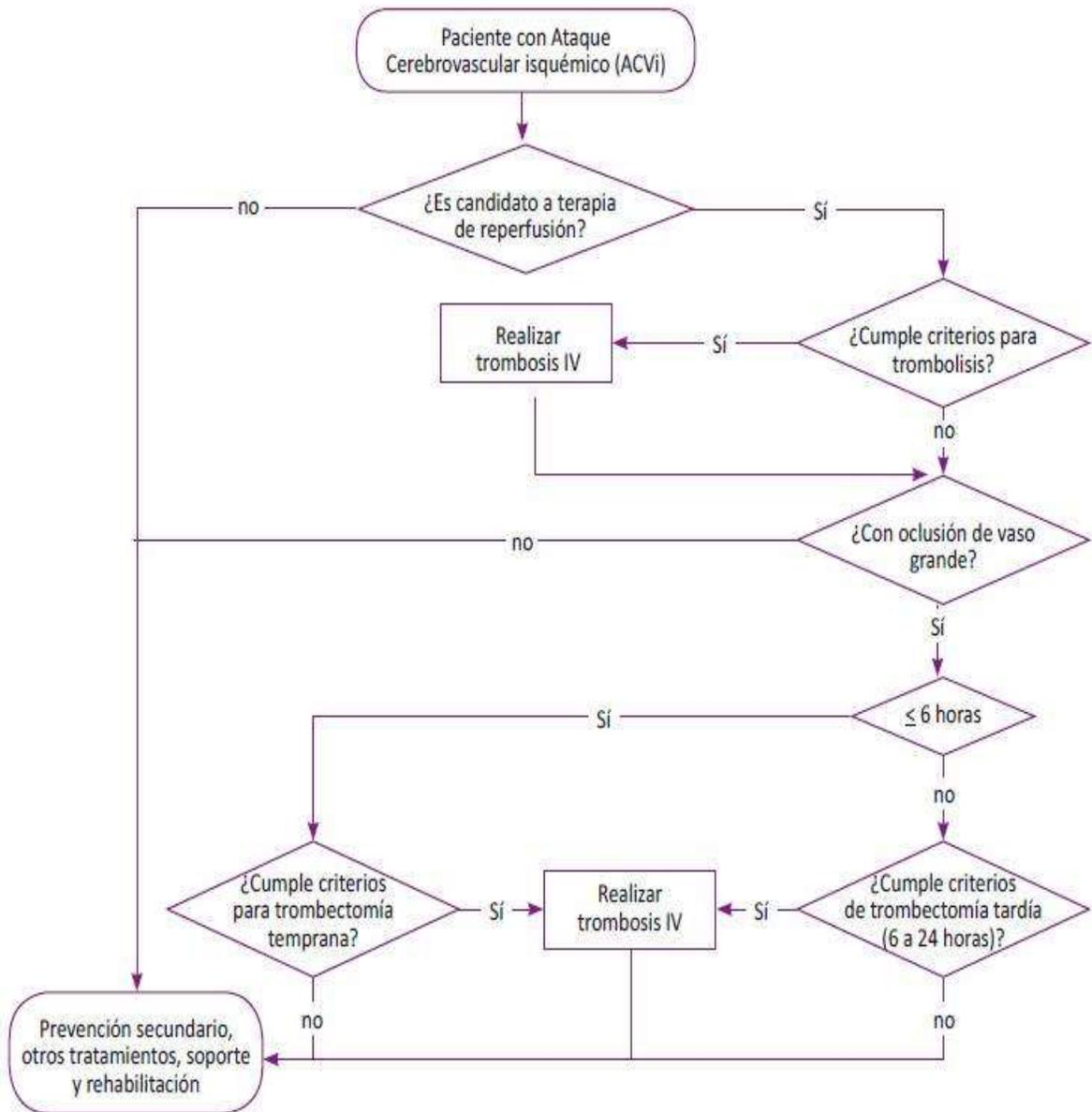
## Anexo 21

### Criterios para tromnectomía entre las 6 y 24 horas – Essalud 2020 (20)

Estudio	Criterios de inclusión clínicos	Criterios de inclusión por neuroimágenes
DEFUSE 3 Albers 2018 (18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos y síntomas consistentes con el diagnóstico de un ACVI de la circulación anterior.</li> <li>Edad 18-90 años</li> <li>NIHSS <math>\geq 6</math>.</li> <li>Que se puede iniciar el tratamiento endovascular (punción femoral) entre 6 y 16 h de inicio del ACV.</li> <li>El inicio del ataque se define como el tiempo en el que se supo que el paciente estaba sin déficit neurológico nuevo (ACVI al despertar son elegibles si cumplen con los límites de tiempo anteriores).</li> <li>SRm <math>\leq 2</math> antes del nuevo ACV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oclusión de CI o ACM-sección M1 por ARM o ATC. (oclusiones carotídeas pueden ser cervicales o intracraneales, con o sin oclusión de la ACM distal)</li> <li>En imagen de perfusión en TC o difusión/perfusión en RM debe encontrarse que el volumen del núcleo isquémico sea <math>&lt; 70</math> ml, la proporción del volumen del tejido en riesgo/tejido infartado <math>\geq 1.8</math>, y el volumen diferencial (tejido en riesgo – tejido infartado) sea <math>\geq 15</math> ml.</li> </ul>
DAWN Nogueira 2017 (19)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos y síntomas consistentes con el diagnóstico de un ACVI de la circulación anterior.</li> <li>Edad <math>\geq 18</math> años</li> <li>NIHSS <math>\geq 10</math>.</li> <li>Que se puede iniciar el tratamiento endovascular (punción femoral) entre 6 y 24 h de inicio del ACV.</li> <li>SRm <math>\leq 2</math> antes del nuevo ACV.</li> <li>Paciente con fracaso a la trombólisis (definida como una oclusión persistente confirmada 60 min. después de la administración de rTPA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oclusión de CI intracraneal o ACM-sección M1 por ARM o ATC.</li> <li>Con <math>&lt; 1/3</math> del territorio ACM involucrado, que se evidencia por TC o RM</li> <li>Discordancia entre la clínica y el volumen infartado, medido con perfusión en TC o difusión/perfusión en RM:               <ul style="list-style-type: none"> <li>edad <math>\geq 80</math> años, NIHSS <math>\geq 10</math> y el volumen del infarto <math>&lt; 21</math> cc</li> <li>edad <math>&lt; 80</math> años, NIHSS <math>\geq 10</math> y el volumen del infarto <math>&lt; 31</math> cc</li> <li>edad <math>&lt; 80</math> años, NIHSS <math>\geq 20</math> y el volumen del infarto entre 31 a 51 cc.</li> </ul> </li> </ul>

## Anexo 22

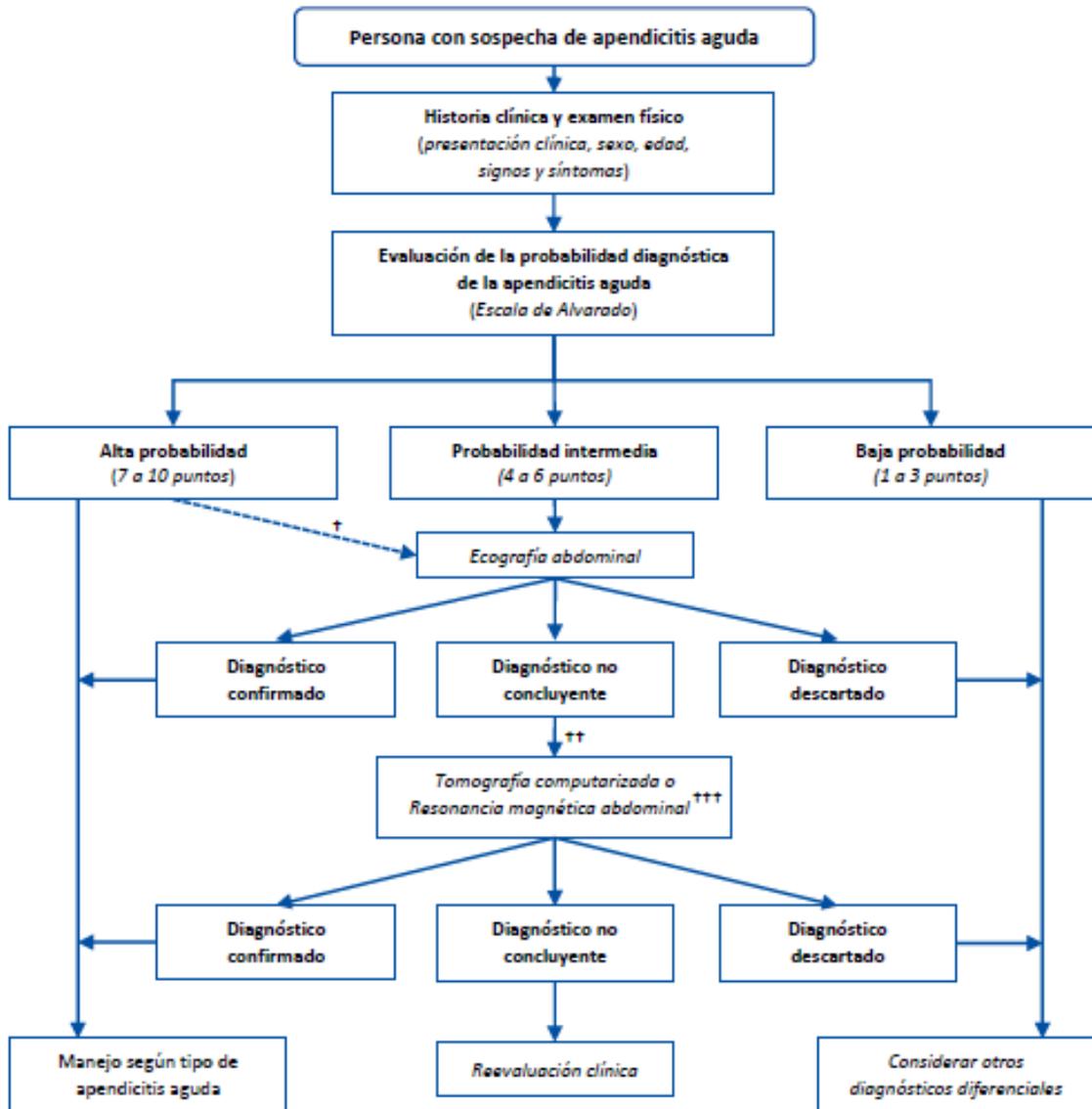
Tratamiento con reperusión del paciente con Ataque Cerebrovascular isquémico – Essalud 2020 (20)



## Anexo 23

### Flujograma: Diagnóstico de la Apendicitis aguda – Essalud 2022 (24)

Figura 1. Flujograma para el diagnóstico de la apendicitis aguda



† En personas con alta probabilidad de apendicitis aguda, considerar realizar estudios de imagen adicionales con el objetivo de reducir la tasa de apendicectomía negativa.

\*\* En personas con diagnóstico no concluyente por ecografía abdominal, considerar realizar estudios de imagen adicionales para confirmar el diagnóstico de la enfermedad.

\*\*\* En gestantes con diagnóstico no concluyente de apendicitis aguda por ecografía abdominal, sugerimos realizar resonancia magnética abdominal.

## Anexo 24

### Escala de Alvarado modificada para dx de Apendicitis aguda – 2022 (26)

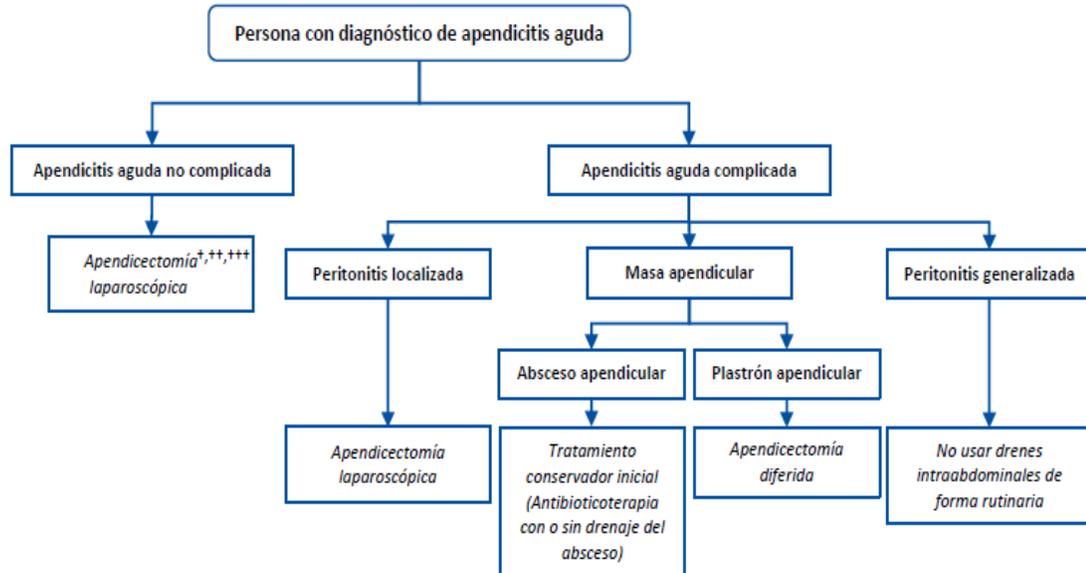
**Tabla 1:** Escala de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis aguda

Variables	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia y/o cetonuria	1
	Náuseas y/o vómitos	1
Signos	Dolor en fosa iliaca derecha	2
	Signo de Blumberg	1
	Elevación de la temperatura >37.5°C	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación a la izquierda con neutrofilia >75%	1
<b>Total</b>		<b>10</b>

## Anexo 25

### Flujograma: Manejo de la Apendicitis aguda – Essalud 2022 (24)

**Figura 2.** Flujograma para el manejo de la apendicitis aguda



† En personas con apendicitis aguda, considerar realizar cirugía abierta como alternativa de tratamiento cuando no se cuenta con el equipo, insumos y/o personal con experiencia laparoscópica.

†† En adultos mayores con apendicitis aguda, sugerimos realizar cirugía laparoscópica.

††† En gestantes de primer y segundo trimestre con apendicitis aguda, sugerimos realizar cirugía laparoscópica.