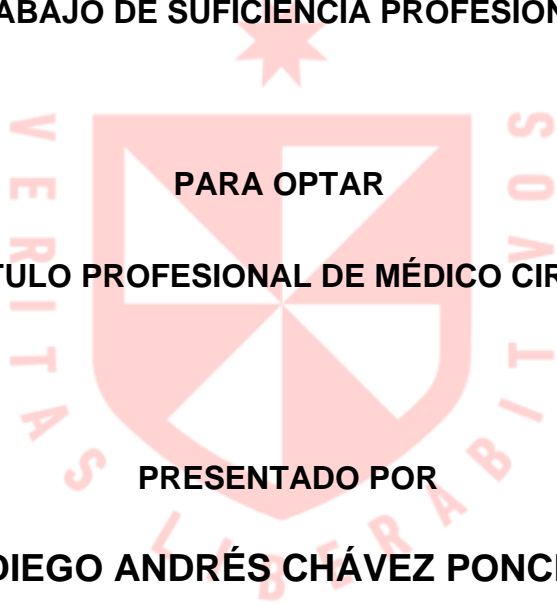


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

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

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
DIEGO ANDRÉS CHÁVEZ PONCE

ASESORA
KARIN GÁLVEZ CARRILLO

LIMA - PERÚ
2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

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

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

DIEGO ANDRÉS CHÁVEZ PONCE

ASESOR:

DRA. KARIN GÁLVEZ CARRILLO

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Miembro: DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia, quien me apoyó incondicionalmente en la realización de este proyecto a lo largo de mi formación profesional, para ustedes abuelos que en paz descansen quienes soñaban con verme alguna vez realizado como médico.

A mis tutores docentes quienes inspiraron y cultivaron en mí la noción de querer ser mejor día tras día y brindaron competencias en el desenvolvimiento de la praxis médica.

A mi pareja, quien estuvo presente en mi formación y durante el transcurso de todo este año inolvidable, siendo mi soporte emocional, afectivo y académico para los diversos retos que me proponía.

A mis amigos, quienes nunca olvidaré, hoy me llevo experiencias y anécdotas únicas que atesoraré por siempre en mi corazón.

Diego Andrés Chávez Ponce

ÍNDICE DE CONTENIDO

JURADO-----	i
DEDICATORIA -----	ii
RESUMEN -----	v
ABSTRACT-----	vi
INTRODUCCIÓN-----	1
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL -----	4
1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA:-----	4
1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL: -----	10
1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA: -----	15
1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:-----	21
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA-----	28
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL -----	29
1.4.1 ROTACION DE GINECO-OBSTETRICIA:-----	29
1.4.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL: -----	31
1.4.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:-----	33
1.4.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA: -----	36
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA-----	39
CONCLUSIONES:-----	41
RECOMENDACIONES: -----	42
FUENTES DE INFORMACIÓN-----	43
ANEXOS-----	50

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: MAPA DE UBICACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO -----	50
ILUSTRACIÓN 2: CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD PARTE 1 -----	51
ILUSTRACIÓN 3: CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD PARTE 2 -----	52
ILUSTRACIÓN 4: CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD PARTE 3 -----	53
ILUSTRACIÓN 5: ESCALA DE ALVARADO MODIFICADA PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA-----	53
ILUSTRACIÓN 6: DIRECTRICES DE TOKYO 2018 - CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE COLECISTITIS AGUDA -----	54
ILUSTRACIÓN 7: PREGUNTAS CLAVES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES DE CUADROS ASMÁTICOS PARTE 1 -----	54
ILUSTRACIÓN 8: PREGUNTAS CLAVE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES DE CUADROS ASMÁTICOS PARTE 2 -----	54
ILUSTRACIÓN 9: PREGUNTAS CLAVE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES DE CUADROS ASMÁTICOS PARTE 3 -----	55
ILUSTRACIÓN 10: PREGUNTAS CLAVE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DESENCADENANTES DE CUADROS ASMÁTICOS PARTE 4 -----	55
ILUSTRACIÓN 11: EVALUACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA Y AJUSTE DE TRATAMIENTO EN NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS DE EDAD-----	56
ILUSTRACIÓN 12: ESCALA DE PUNTUACIÓN DE MARSHALL PARA EVALUAR DISFUNCIÓN ORGÁNICA EN PANCREATITIS AGUDA ----	56
ILUSTRACIÓN 13: ESCALA DE PUNTUACIÓN DE APACHE-II COMO PREDICTOR DE GRAVEDAD EN PANCREATITIS AGUDA -----	57
ILUSTRACIÓN 14: CLASIFICACIÓN DE NEUMONÍAS SEGÚN SU LUGAR DE ADQUISICIÓN Y ETIOLOGÍA -----	58

RESUMEN

El internado médico es una etapa el cual se lleva a cabo en el séptimo y último año de la carrera de medicina humana, consiste en afianzar las capacidades y competencias previamente adquiridas año tras año a lo largo de estos seis años de formación académica, dichas destrezas en un marco de situaciones con personas reales dentro de servicios en instituciones del estado o clínicas destinadas a la formación y docencia de estudiantes de medicina, siempre bajo la tutela y supervisión de un médico tutor o coordinador de sede designado para guiar un rumbo adecuado de los internos de medicina.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, el internado del año 2023 fue realizado de manera especial, iniciando así el 01 de junio del 2023 y culminando el 31 de marzo del 2023 con una duración discretamente reducida de 10 meses donde el interno de medicina debía desenvolverse bajo el contexto de un reglamento con algunas limitaciones dentro del marco de la formación profesional.

Este presente trabajo tiene la finalidad de describir, exponer y abarcar las experiencias vividas durante el internado médico en el Hospital San Juan de Lurigancho, distribuidas en las áreas de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna, así como la presentación de 8 casos clínicos repartidos en las áreas mencionadas; del mismo modo se hará una breve reseña sobre las labores académicas y prácticas que realizan los internos de medicina en el hospital así como algunas limitaciones y dificultades presentados durante este proceso.

Palabras claves: Internado médico, experiencia, actividad y práctica clínica.

ABSTRACT

The medical internship is a stage which is carried out in the seventh and last year of the human medicine career, consists of strengthening the skills and competencies previously acquired year after year throughout these six years of academic training, said skills in a framework of situations with real people within services in state institutions or clinics for the training and teaching of medical students, always under the tutelage and supervision of a tutor doctor or office coordinator designated to guide an adequate course of the medical interns.

In the context of the COVID-19 pandemic, the 2023 internship was carried out in a special way, beginning on June 1, 2023 and ending on March 31, 2023 with a slightly reduced duration of 10 months where the intern of medicine had to develop under the context of a regulation with some limitations within the framework of professional training.

This present work has the purpose of describing, exposing and covering the experiences lived during the medical internship at the San Juan de Lurigancho Hospital, distributed in the areas of Surgery, Gynecology-Obstetrics, Pediatrics and Internal Medicine, as well as the presentation of 8 cases. clinics distributed in the mentioned areas; In the same way, a brief review will be made about the academic and practical tasks carried out by medical interns in the hospital, as well as some limitations and difficulties presented during this process.

Keywords: Medical internship, experience, activity and clinical practice.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIG**

AUTOR

DIEGO ANDRÉS CHÁVEZ PONCE

RECuento de palabras

13987 Words

RECuento de caracteres

80492 Characters

RECuento de páginas

64 Pages

Tamaño del archivo

1.2MB

Fecha de entrega

Jun 21, 2023 8:45 AM GMT-5

Fecha del informe

Jun 21, 2023 8:46 AM GMT-5

● **17% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

La profesión de medicina humana en el Perú abarca una duración de siete años, en la universidad de San Martín de Porres se dividen en dos etapas fundamentales los cuales son el bloque de ciencias básicas en donde se desarrollan en las instalaciones de la universidad y el bloque clínico el cual abarca posteriormente a partir del cuarto año hasta previamente la realización de internado médico, el cual se desarrolla con diversas rotaciones en diferentes hospitales y centros especializados que mantienen estrecha relación de convenio con la universidad.

El internado médico se realiza en el último año de formación profesional de la carrera de medicina humana el cual es uno de los más importantes debido a que se pone en práctica las competencias y habilidades adquiridas en estos dos bloques mencionados a lo largo de la formación médica en situaciones clínicas reales en instituciones del estado o clínicas destinadas a la formación y docencia de estudiantes de medicina.

El internado médico se desarrolla hasta la fecha actual bajo los lineamientos y disposiciones según normativa MINSAL (Ministerio de Salud), bajo la directiva administrativa RM N° 33J – MINSAL/DIGEP 2022 el cual precisa los requisitos mínimos e indispensables para el desarrollo de internado en centros de salud de primer nivel de atención y centros hospitalarios de mayor complejidad con una duración de cinco meses respectivamente en donde se resume en 4 rotaciones o pilares que todo médico cirujano debe aprender y dominar en su praxis médica, los cuales son Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna (1).

El interno de medicina tiene diversas labores, funciones y responsabilidades dentro de los servicios mencionados, con el propósito de familiarizarse con el modo de abordaje de los distintos médicos residentes y médicos especialistas en lo que respecta en el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la casuística de patologías más frecuentes tanto del primer nivel de atención como en el ambiente hospitalario.

El Hospital San Juan de Lurigancho ubicado en la ciudad de Lima, provincia de Lima y distrito de San Juan de Lurigancho es una sede hospitalaria de internado médico, el cual abarca las 4 rotaciones necesarias y fundamentales para la formación profesional médica

El 01 de junio del año 2022 se dio inicio a esta etapa el cual se dio de una manera distinta a como habitualmente se desarrollaba con respecto a los años anteriores, debido a la coyuntura instaurada por la pandemia COVID-19. Esta experiencia se distribuyó en rotaciones de dos meses y medio, en los cuales se organizó pasantías en los distintos servicios y se logró el objetivo de adquirir capacidades y destrezas con los médicos residentes y médicos asistentes los cuales brindaron siempre apoyo incondicional en todo el tiempo de nuestra instancia hospitalaria, los cuales tuvieron como base el trabajo en equipo, la revisión diaria de bibliografía actualizada y actividades académicas programadas con el motivo de afianzar los conocimientos necesarios para el abordaje de distintas patologías en los distintos servicios.

En consecuencia, el presente trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo describir detalladamente las competencias y presentar casos clínicos más frecuentes de cada rotación, además de una breve descripción del Hospital San Juan de Lurigancho, mi sede hospitalaria en donde realicé este periodo 2022-2023.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se presentará 8 casos clínicos más frecuentes distribuidos en las 4 rotaciones establecidas dentro de la casuística más frecuente de patologías que acuden a los distintos servicios durante la etapa de mi internado médico 2022-2023.

1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA:

La primera rotación realizada fue en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital San Juan de Lurigancho, el cual dio inicio el 01 de junio del 2022 y culminó el 14 de agosto del 2022.

El servicio de Gineco-Obstetricia en este hospital contiene diversas áreas como:

Hospitalización de Obstetricia, en el cual se hospitalizan puérperas de parto vaginal, parto por cesárea, puerperios patológicos como endometritis, infección de herida quirúrgica, mastitis o abscesos mamarios, entre otras y alto riesgo obstétrico como ruptura prematura de membranas, retraso del crecimiento intrauterino, embarazos gemelares, embarazos prolongados o gestantes tributarias a maduración cervical.

Centro Obstétrico, en el cual se contó con la oportunidad de monitorizar pacientes, aprender correctamente el llenado e importancia del partograma, así como tomar decisiones según la curva de evolución y posteriormente atender partos vaginales bajo la supervisión de los médicos residentes y médicos especialistas.

Hospitalización de Ginecología, en el cual se hospitalizaban pacientes netamente ginecológicas con patologías como quistes anexiales complejos, neoplasias malignas tributarias a resección total, distopias genitales, entre otras y se tuvo la oportunidad de ingresar en diversas fechas a sala de

operaciones a repasar las bases y conceptos previamente reconocidos tras el desarrollo de una correcta anamnesis de este tipo de pacientes.

Emergencia de gineco-obstetricia, en el cual se afinaban conceptos, identificación y manejo de emergencias de la especialidad, así como realizar y pulir la técnica de tactos vaginales, medición de altura uterina, realización de maniobras de Leopold y la forma correcta de utilizar el doppler fetal de latidos cardiacos, desde esta área se decidía el rumbo que tendría la paciente, en el caso necesitara una intervención quirúrgica de emergencia, atención de parto o hospitalización para monitoreo debido a embarazo de alto riesgo.

A continuación, se presentará dos casos clínicos muy frecuentes de motivos de consulta por parte de la especialidad.

CASO CLÍNICO N°1

Anamnesis:

Filiación: Paciente con iniciales R.B.F.P, de sexo femenino con 41 años de edad, de fórmula obstétrica de G4 P1021, quien ingresó por emergencia el día 13/07/2022 al Hospital San Juan de Lurigancho.

Tiempo de enfermedad: 1 hora / Inicio: Súbito / Curso: Agudo

Relato: Paciente refiere evidenciar pérdida abrupta de líquido por cavidad vaginal que humedece gran parte de prendas de vestir tras sufrir caída sobre base de sustentación hace 1 hora, manifiesta dolor en miembros inferiores, niega episodios febriles, niega sangrado transvaginal y percibe movimientos fetales, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Funciones biológicas: **Apetito:** conservado, **Sed:** disminuido, **Orina:** conservado, **Deposiciones:** conservado, **Sueño:** disminuido y **Cambios ponderales:** conservado.

Antecedentes Personales: Diabetes mellitus tipo 2 (diagnóstico hace 13 años, sin tratamiento establecido).

Antecedentes Familiares: Madre (68 años) sin antecedentes patológicos de importancia, Padre (71 años) con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2) y Hermano (33 años) sin antecedentes patológicos de importancia.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: Precisa de manera inespecífica, refiere a los 9 años, **Régimen catamenial:** 4 – 5 días cada 30 días, **Regularidad menstrual:** Si, **Métodos anticonceptivos:** Niega, **Inicio de relaciones sexuales:** 14 años, **Número de parejas sexuales:** 08 y **Papanicolau:** No se realizó nunca, no cuenta con vacuna VPH.

Antecedentes Obstétricos: G1: Parto por vía vaginal realizado en el año 2009 en el Hospital San Juan de Lurigancho, 7 controles prenatales, a término con edad gestacional de 39 semanas de sexo femenino, peso de 3940 gramos, Apgar 9 al primer minuto y 9 a los cinco minutos, sin interurrencias, **G2:** Aborto incompleto suscitado en el año 2011 en el Hospital San Juan de Lurigancho, 1 control prenatal, con edad gestacional de 9 semanas por ecografía del primer trimestre de sexo indeterminado, endometrio engrosado de 18 mm, se realizó AMEU, **G3:** Aborto retenido suscitado en el año 2016 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 0 controles prenatales, con edad gestacional de 11 semanas por longitud céfalo-caudal de sexo indeterminado con ausencia de latidos cardiacos fetales, se realizó AMEU y **G4:** Embarazo actual, planificado motivo de consulta.

Examen físico: Funciones vitales: Presión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, temperatura: 37.4°C (axilar corregida) y saturación de oxígeno: 98%. **General:** Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional y taquipneica, **Piel y faneras:** Tibia, elástica e hidratada y llenado capilar menor a 2 segundos, **Tórax y pulmones:** Tórax cónico normoexpansible, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes, **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos, **Abdomen:** Altura uterina: 28 cm, situación, posición y presentación: indeterminada, frecuencia cardiaca fetal: 161 latidos por minuto, movimientos fetales ++/+++ y dinámica

uterina ausente, **Tacto vaginal:** Diferido por altas sospechas de ruptura prematura de membranas, **Especuloscopia:** Se evidencia pérdida de líquido amniótico a la maniobra de Valsalva y cérvix posterior aparentemente duro sin cambios cervicales.

Exámenes auxiliares: Hemograma: Leucocitosis sin desviación izquierda y anemia leve, **Proteína C Reactiva:** Positivo (no se cuenta con valores cuantitativos), **Examen de orina:** No patológico y **Barrido ecográfico:** Placenta fúndica normoinserta, pozo vertical mayor de 7 cm, latidos cardiacos fetales en 169 latidos por minuto y situación indiferente.

Impresión diagnóstica: Gestante de 28 semanas por ecografía el primer trimestre (Z32.1), No trabajo de parto (O47.9), Alto riesgo obstétrico (gestante añosa, muerte perinatal y diabetes mellitus tipo 2) (Z35.2), Ruptura prematura de membranas (O42.9) y Anemia que complica el embarazo, el parto o el puerperio (O99.0).

Manejo: 1, Nada por vía oral, 2. NACL 0.9% x 1000 CC EV — A razón de XXX GTS/MIN, 3. Beclometasona 4 mg/ml - 12 mg IM STAT, 4. Monitoreo materno fetal, 5. Control de funciones vitales + Control de dinámica uterina, 6. Se solicita NST/CST y 7. Se solicita prequirúrgicos.

Se realiza reevaluaciones continuas, se inicia protocolo de maduración pulmonar por eminente riesgo de parto prematuro, se notifica aviso a servicio de Pediatría para preparar posible ingreso de neonato a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) según evolución.

NST: Activo-Reactivo, **CST:** Categoría II, motivo por el cual se programa cesárea de emergencia, dentro de la mecánica del parto se dio sin interurrencias y recién nacido fue llevado a UCIN por evidenciar hipotonía y distrés respiratorio.

Paciente cuenta con evolución clínica favorable, desarrolló un puerperio no patológico, cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, sin requerimiento suplementario de oxígeno y tolerando la vía oral, motivo por el cual se brinda el alta médica con manejo del dolor (paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 3 días), manejo de anemia leve (sulfato ferroso 300 mg

vía oral cada 24 horas por 30 días) y cita por consultorio externo de ginecología por control precoz.

CASO CLÍNICO N°2

Anamnesis:

Filiación: Paciente con iniciales A.N.R.B, de sexo femenino con 25 años de edad, de fórmula obstétrica de G1 P0000, quien ingresó por emergencia el día 03/08/2022 al Hospital San Juan de Lurigancho.

Tiempo de enfermedad: 11 horas / Inicio: Súbito / Curso: Agudo

Relato: Paciente refiere evidenciar sangrado transvaginal de escasa cantidad de manera espontánea hace 11 horas, manifiesta leve dolor genital, niega episodios febriles, niega pérdida de líquido, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Funciones biológicas: **Apetito:** disminuido, **Sed:** conservado, **Orina:** conservado, **Deposiciones:** conservado, **Sueño:** disminuido, **Cambios ponderales:** conservado.

Antecedentes Personales: No refiere antecedentes patológicos de importancia.

Antecedentes Familiares: Madre (39 años) sin antecedentes patológicos de importancia y Padre (41 años) sin antecedentes patológicos de importancia.

Antecedentes Ginecológicos: **Menarquia:** 11 años, **Régimen catamenial:** 4 – 5 días cada 28 días, **Regularidad menstrual:** Si, **Métodos anticonceptivos:** Niega, **Inicio de relaciones sexuales:** 19 años, **Número de parejas sexuales:** 01 y **Papanicolau:** Negativo (Realizado el año 2019).

Antecedentes Obstétricos: **G1:** Embarazo actual, planificado motivo de consulta.

Examen físico: **Funciones vitales:** Presión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 77 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto, temperatura: 36.9°C (axilar corregida) y saturación

de oxígeno: 99%. **General:** Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional y taquipneica, **Piel y faneras:** Tibia, elástica e hidratada y llenado capilar menor a 2 segundos, **Tórax y pulmones:** Tórax excavatum, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes, **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos, **Abdomen:** Altura uterina: 10 cm, situación, posición y presentación: Indeterminada, frecuencia cardiaca fetal: ausente, movimientos fetales: no perceptible y dinámica uterina ausente, **Tacto vaginal:** Orificio cervical externo permeable, orificio cervical interno cerrado y se evidencia sangrado transvaginal ++/+++.

Exámenes auxiliares: **Hemograma:** Sin leucocitosis ni desviación izquierda, **Proteína C Reactiva:** Positivo (no se cuenta con valores cuantitativos), **Examen de orina:** No patológico y **Barrido ecográfico:** Se evidencia embrión de 7.22 por longitud céfalo-caudal sin presencia de actividad cardiaca, útero y anexos ecográficamente conservados.

Impresión diagnóstica: Gestante de 13 semanas por ecografía el primer trimestre (Z32.1), No trabajo de parto (O47.9) y Aborto retenido (O02.1).

Manejo: 1, Nada por vía oral, 2. NAACL 0.9% x 1000 CC EV — A razón de XXX GTS/MIN, 3. Preparar para aspiración manual endouterina (AMEU), 4. Control de signos vitales, 5. Se solicitan prequirúrgicos + serológicos y 6. Pasa a sala de observación.

Se realizan reevaluaciones con resultados de laboratorio, los cuales están dentro de los parámetros normales, motivo por el cual paciente ingresa a centro de procedimientos para realización de Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Se realiza procedimiento de AMEU y como hallazgos se encontró saco embrionario con restos endouterinos de +/- 60 cc, los cuales fueron enviados a anatomía patológica y paciente pasó a sala de recuperación para monitoreo de 2 horas.

Paciente cuenta con evolución clínica favorable, refiere leve dolor en región genital, hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, sin

requerimiento suplementario de oxígeno y tolerando la vía oral, motivo por el cual se brinda el alta médica con cobertura antibiótica (doxiciclina 100 mg vía oral cada 8 horas por 5 días y clindamicina 300 mg vía oral cada 12 horas por 5 días), manejo del dolor (ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas por 3 días) y cita por consultorio externo de ginecología por control precoz.

1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL:

La segunda rotación realizada fue en el servicio de Cirugía general en el Hospital San Juan de Lurigancho, el cual dio inicio el 15 de agosto del 2022 y culminó el 30 de octubre del 2022.

El servicio de Cirugía general en este hospital contiene rotaciones complementarias como Traumatología y Urología a su vez contienen diversas áreas como:

Hospitalización de Cirugía general, en el cual se hospitalizan pacientes post operados de apendicitis aguda, colecistitis aguda, neoplasias malignas gastrointestinales, obstrucciones intestinales, hernias de distinto tipo, fracturas complejas, hiperplasia prostática benigna y otras más.

Emergencia de Cirugía general, en el cual se afinaban técnicas quirúrgicas de cirugía menor en el ámbito de suturas, resecciones y curaciones de herida, en el cual acudían gran demanda de pacientes con heridas simples y complejas, así como emergencias quirúrgicas que ameritaban intervención de emergencia en sala de operaciones. Cabe resaltar que desde esta área se decidía el rumbo que tendría la paciente, en el caso necesitara una el apoyo interdisciplinario en el manejo o pase a una unidad de cuidados intensivos, mantener observación continua en el tópic de cirugía o decidir su posterior intervención quirúrgica o pase a cirugía electiva en base a programaciones.

A continuación, se presentará dos casos clínicos muy frecuentes de motivos de consulta por parte de la especialidad.

CASO CLÍNICO N°1

Anamnesis:

Filiación: Paciente con iniciales J.A.C.P de sexo masculino con 31 años de edad, casado, quien se dedica a laborar de forma independiente, vive en las cercanías de Las Flores de Primavera, ingresó por emergencia el día 31/08/2022 al Hospital San Juan de Lurigancho.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 16 horas / Inicio: Súbito – Curso: Agudo

Relato: Paciente refiere que hace aproximadamente 16 horas presenta dolor abdominal intenso (escala visual del dolor: 8/10) de tipo cólico y opresivo en epigastrio que migra a fosa iliaca derecha asociado a fiebre, náuseas y vómitos, motivo por el cual se automedica con “Paracetamol” sin mejoría alguna, niega deposiciones líquidas, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Funciones biológicas: **Apetito:** disminuido, **Sed:** disminuido, **Orina:** conservado, **Deposiciones:** conservado, **Sueño:** disminuido, **Cambios ponderales:** conservado.

Antecedentes personales: Sin antecedentes patológicos de importancia.

Antecedentes familiares: Padre (55 años) sin antecedentes patológicos de importancia, Madre (61 años) sin antecedentes patológicos de importancia y Hermano (49 años) con cirrosis hepática por consumo crónico de OH (diagnóstico hace 4 años, no refiere realización de biopsia hepática).

Antecedentes quirúrgicos: Sin antecedentes quirúrgicos.

Examen físico: **Funciones vitales:** Presión arterial: 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 79 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 38.1°C (axilar corregida) y saturación de oxígeno: 99%. **General:** Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional y fascie dolorosa, **Piel y faneras:** Tibia, elástica e hidratada y llenado capilar menor a 2 segundos, **Tejido celular subcutáneo:** No se evidencia edemas, **Tórax y pulmones:** Tórax

normoexpandible, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, **Cardiovascular**: Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos, **Abdomen**: Abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney +, Blumberg +, Rovsing + y Gueneau de Mussy -, **Genitourinario**: Puntos renoureterales negativos y puño percusión lumbar negativo, **Neurológico**: Despierto, activo, lúcido y orientado en tiempo espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15/15, no signos meníngeos y no signos de focalización, **Locomotor**: Moviliza extremidades superiores e inferiores sin limitación, rangos articulares conservados y pulsos distales presentes.

Exámenes de laboratorio: **Hemograma**: Leucocitosis con desviación izquierda, **Creatinina**: 0.76, **Urea**: 16, **Proteína C Reactiva**: Positivo (no se cuenta con valores cuantitativos) y **Ecografía abdominal**: Fosa iliaca derecha: Imagen tubular en fondo de ciego de 62 mm x 15 mm, presencia de líquido libre en fosa iliaca derecha, ganglios cecales aumentados de tamaño y peristaltismo intestinal reducido.

Impresión diagnóstica: Apendicitis aguda, con absceso peritoneal (K35.1).

Manejo: 1. Nada por vía oral, 2. NaCl 0.9% x 1000 CC EV – A razón de XXX GTS/MIN, 3. Ceftriaxona 1 gr – 2 AMP EV C/24 HRS, 4. Metronidazol 500 mg – 1 AMP EV C/8 HRS, 5. Metamizol 1 gr – 1 AMP EV C/8 HRS, 6. Control de signos vitales, 7. Balance hídrico estricto, 8. Se solicitan prequirúrgicos, 9. Se solicita riesgo quirúrgico y 10. Se prepara para sala de operaciones.

Paciente fue programado para sala de operaciones, se realiza apendicectomía de emergencia y dentro del reporte operatorio los hallazgos fueron:

Apéndice cecal subserosa de +/- 10 x 1 cm, gangrenada en toda su extensión de posición paracecal interna ascendente, ciego fijo subseroso y base indemne y líquido inflamatorio periapendicular de 10 cc aproximadamente.

Paciente post operado cuenta con evolución clínica favorable, refiere leve dolor en herida operatoria, cursa hemodinámicamente estable, ventilando

espontáneamente, sin requerimiento suplementario de oxígeno y tolerando la vía oral, motivo por el cual se brinda el alta médica con cobertura antibiótica (cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas por 5 días y metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días), manejo del dolor (ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas por 3 días) y cita por consultorio externo de cirugía general por seguimiento, control de herida operatoria y retiro de puntos.

CASO CLÍNICO N°2

Anamnesis:

Filiación: Paciente con iniciales L.M.P.T de sexo femenino con 53 años de edad, casada, quien se dedica a ama de casa, vive en las cercanías de Carabayllo, ingresó por emergencia el día 06/09/2022 al Hospital San Juan de Lurigancho.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 7 días / Inicio: Insidioso – Curso: Subagudo

Relato: Paciente refiere que hace aproximadamente 7 días presenta dolor abdominal intenso (escala visual del dolor: 8/10) de tipo cólico en hipocondrio derecho asociado a fiebre, náuseas y vómitos, no refiere ingesta medicamentaria, niega deposiciones líquidas, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Funciones biológicas: **Apetito:** disminuido, **Sed:** conservado, **Orina:** conservado, **Deposiciones:** disminuido, **Sueño:** disminuido, **Cambios ponderales:** conservado.

Antecedentes personales: Hipotiroidismo (diagnóstico hace 11 años en tratamiento regular con levotiroxina).

Antecedentes familiares: Padre (43 años) sin antecedentes patológicos de importancia (falleció por causas que no recuerda) y Madre (89 años) con antecedentes de asma no controlada (diagnóstico hace 30 años, sin uso de inhaladores, última crisis suscitada hace 10 años).

Antecedentes quirúrgicos: Colecistectomía laparoscópica (realizada hace 5 años en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza).

Examen físico: Funciones vitales: Presión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca: 68 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 38.3°C (axilar corregida) y saturación de oxígeno: 98%. **General:** Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional y fascie dolorosa, **Piel y faneras:** Tibia, elástica e hidratada y llenado capilar menor a 2 segundos, **Tejido celular subcutáneo:** No se evidencia edemas, **Tórax y pulmones:** Tórax normoexpansible, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos, **Abdomen:** Abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, Murphy +, no signos de irritación peritoneal y no visceromegalia, **Genitourinario:** Puntos renoureterales negativos y puño percusión lumbar negativo, **Neurológico:** Despierto, activo, lúcido y orientado en tiempo espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15/15, no signos meníngeos y no signos de focalización, **Locomotor:** Moviliza extremidades superiores e inferiores sin limitación, rangos articulares conservados y pulsos distales presentes.

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitosis (>21240 WBC) con desviación izquierda, **Creatinina:** 0.76, **Urea:** 16, **Proteína C Reactiva:** Positivo (no se cuenta con valores cuantitativos), **Perfil hepático:** Bilirrubina total: 13.43, Bilirrubina directa: 11.12, Bilirrubina indirecta: 2.21, Fosfatasa alcalina: 897, TGO: 82, TGP: 61 y GGTP: 1364 y **Ecografía abdominal:** Vesícula biliar de 94 x 59 mm, pared de 5.5 mm con múltiples imágenes que proyectan sombra acústica posterior, siendo la mayor de 22 mm, se aprecian imágenes en doble riel.

Impresión diagnóstica: Cálculo en la vesícula biliar con colecistitis aguda (K80.0), Colangitis (K83.0) e Hipotiroidismo, no especificado (E03.9).

Manejo: 1. Nada por vía oral, 1. NACL 0.9% x 1000 CC EV – A razón de XXX GTS/MIN, 3. Ciprofloxacino 200 mg – 2 AMP EV C/12 HRS, 4. Metronidazol

500 mg – 1 AMP EV C/8 HRS, 5. Metamizol 1 gr – 1 AMP EV C/8 HRS, 6. Control de signos vitales, 7. Balance hídrico estricto, 8. Se solicitan prequirúrgicos, 9. Solicita riesgo quirúrgico y 10. Se prepara para sala de operaciones.

Paciente fue programado para sala de operaciones, se realiza colecistectomía de emergencia y dentro del reporte operatorio los hallazgos fueron:

Vesícula biliar e 13 x 8 cm a tensión de paredes gruesas, edematosas plastronada por epiplón y asa gruesa (colon transverso), conteniendo hidropiocolécisto + cálculo enclavado en bacinete de +/- 2 cm, bacinete engrosado edematoso y líquido libre perivesicular.

En los procedimientos quirúrgicos se realizó una incisión subcostal tipo Kocher, diseccionando por planos hasta llegar a cavidad, luego se realizó una colecistectomía mixta para posteriormente ligar el bacinete con lino 1 y mulón, así cerrando por planos respetando las estructuras y anatomía del paciente.

Paciente post operado cuenta con evolución clínica favorable, refiere leve dolor en herida operatoria, cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, sin requerimiento suplementario de oxígeno y tolerando la vía oral, motivo por el cual se brinda el alta médica con cobertura antibiótica (ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 5 días y metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días), manejo del dolor (ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas por 3 días) y cita por consultorio externo de cirugía general por seguimiento, control de herida operatoria y retiro de puntos.

1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

La tercera rotación realizada fue en el servicio de Pediatría en el Hospital San Juan de Lurigancho, el cual dio inicio el 01 de noviembre del 2022 y culminó el 15 de enero del 2023.

El servicio de Pediatría en este hospital contiene diversas áreas como:

Hospitalización de Pediatría, en el cual se dividen en subáreas compartidas en el mismo pabellón las cuales son Neonatología y Pediatría, se hospitalizan pacientes con gran compromiso de alguna de las esferas en lo que respecta los aparatos y sistemas, así como neumonía, sepsis neonatal temprana y tardía, ictericia neonatal, infecciones del tracto urinario o gastrointestinales, meningitis y otras más.

Emergencia de Pediatría, en el cual acudían madres con sus niños con urgencias pediátricas en su gran mayoría, patologías como faringitis aguda, intoxicaciones alimentarias, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, infecciones del tracto urinario, crisis asmáticas, entre otros. Cabe resaltar que desde esta área se decidía el rumbo que tendría la paciente, en su mayoría de casos la resolución del cuadro patológico actual el paciente se revertía en menos de 24 horas y se daba pase a observación, si el cuadro clínico no revertía a pesar de instauración del tratamiento, se decidía su posterior hospitalización para continuación de tratamiento o ampliación de estudios.

A continuación, se presentará dos casos clínicos muy frecuentes de motivos de consulta por parte de la especialidad.

CASO CLÍNICO N°1

Anamnesis:

Filiación: Paciente con iniciales S.Y.C.C de sexo femenino con 5 años de edad, soltera, quien es estudiante en colegio de la localidad, vive en las cercanías de Carabaylo, ingresó por emergencia el día 12/12/2022 al Hospital San Juan de Lurigancho.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 3 horas / Inicio: Súbito – Curso: Agudo

Relato: Paciente menor de edad quien viene acompañado de su madre refiere que hace aproximadamente 3 horas presenta dificultad respiratoria luego de realización de actividad de gran requerimiento energético (gimnasia), no refiere ingesta medicamentaria ni uso de inhaladores, niega deposiciones

líquidas, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Funciones biológicas: **Apetito:** disminuido, **Sed:** conservado, **Orina:** conservado, **Deposiciones:** disminuido, **Sueño:** disminuido, **Cambios ponderales:** conservado.

Antecedentes personales: **Prenatales:** Embarazo con 11 controles prenatales aproximadamente, niega otras interurrencias y con fórmula obstétrica G3 P2002, **Natales:** Parto con producto a término, por vía vaginal, sin interurrencias, **Post Natales:** Peso al nacer de 3780 gramos aproximadamente, no recuerda talla, perímetro cefálico ni Apgar al nacimiento (no muestra carnet perinatal), **Lactancia materna:** Exclusiva hasta los 6 meses y complementaria a partir de los 6 meses, **Inmunizaciones:** Completas para la edad (muestra carnet de inmunizaciones) y **Alergias:** No refiere.

Antecedentes patológicos: **Hospitalización en el año 2017** por cuadro de ictericia neonatal, no requirió UCIN de resolución espontánea por incompatibilidad ABO, **Hospitalización en el año 2019** por cuadro respiratorio agudo catalogado como bronquiolitis tratada con nebulizaciones de solución hipertónica de resolución completa y **Hospitalización el año 2022**, por cuadro de hiperreactividad bronquial a realizar descarte de asma no controlada, se sobreagregó episodio de neumonía, sin embargo, recibió tratamiento completo y resolvió cuadro clínico.

Antecedentes familiares: Padre (36 años) sin antecedentes patológicos de importancia y Madre (35 años) sin antecedentes patológicos de importancia.

Examen físico: **Funciones vitales:** Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 28 respiraciones por minuto, temperatura: 37.3°C (axilar corregida), saturación de oxígeno: 92%, peso: 21 kg y talla: 104 cm, **General:** Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional y polipnéica, **Piel y faneras:** Tibia, elástica e hidratada y llenado capilar menor a 2 segundos, **Tejido celular subcutáneo:** No se evidencia edemas, **Tórax y pulmones:** Tórax normal, amplexación disminuida, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, sibilancias en ambos hemitórax a predominio derecho en espiración e

inspiración, **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos, **Abdomen:** Abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, aparentemente no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal y no visceromegalia, **Genitourinario:** Puntos renoureterales negativos y puño percusión lumbar negativo, **Neurológico:** Despierta, activa, lúcida y orientada en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos y no signos de focalización, **Locomotor:** Moviliza extremidades superiores e inferiores sin limitación, rangos articulares conservados y pulsos distales presentes.

Exámenes de laboratorio: Hemograma: No se evidencia leucocitosis, ni desviación izquierda, **Creatinina:** 0.96, **Urea:** 18, **Proteína C Reactiva:** Positivo (no se cuenta con valores cuantitativos) y **Radiografía de tórax:** Radiografía anteroposterior, espirada, levemente rotada, se aprecia aumento de trama broncovascular con broncograma aéreo de patrón intersticial bilateral, no efusión pleural y no se evidencian signos de consolidación.

Impresión diagnóstica: Cuadro de hiperreactividad bronquial a D/C asma no controlada (J98.0).

Manejo: 1. Nada por vía oral, 2. NACL 0.9% x 1000 CC – A razón de 56 CC/H, 3. Metilprednisolona 500 mg – Aplicar 34 MG EV STAT, 4. Salbutamol 12 GTS + NACL 0.9% (5 CC) C/20 MIN X Máscara de nebulización pediátrico (3 veces), 4. Bromuro de ipratropio 20 ug – INH 4 PUFF C/20 MIN X Aerocámara pediátrica (3 veces), 5. Paracetamol 120/5 mg JBE – 10 ML VO PRN A T > 38°C y Aplicación de medios físicos, 6. Control de signos vitales (FC C/20 min), 7. Balance hídrico estricto y 8. Reevaluación post ciclos.

A la reevaluación de paciente revirtió crisis asmática, paciente cursa con menos distrés respiratorio, hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente y sin requerimiento de oxígeno suplementario, motivo por el cual se brinda el alta médica con indicaciones de uso de inhaladores (beta 2 agonista + corticoides inhalatorios), se explican signos de alarma y se sugiere acudir por control a consultorio externo de neumología pediátrica.

Paciente post reevaluación cuenta con evolución clínica favorable, refiere ausencia de disnea, cursa hemodinámicamente estable, ventilando

espontáneamente, sin requerimiento suplementario de oxígeno y tolerando la vía oral, motivo por el cual se brinda el alta médica con uso de inhaladores (salbutamol 100 ug – inhalaciones 4 puff cada 4 horas por aerocámara pediátrica por 5 días, bromuro de ipratropio 20 ug – inhalaciones 3 puff cada 4 horas por aerocámara pediátrica por 2 días y beclometasona 50 ug – inhalaciones 2 puff cada 12 horas por aerocámara pediátrica por 30 días), se explican signos de alarma y cita por consultorio externo de neumología pediátrica por control y seguimiento de patología de fondo.

CASO CLÍNICO N°2

Anamnesis:

Filiación: Paciente con iniciales I.S.C.C de sexo masculino con 14 años de edad, soltero, quien es estudiante en colegio de la localidad, vive en las cercanías de Limatambo, ingresó por emergencia el día 03/01/2023 al Hospital San Juan de Lurigancho.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 3 días / Inicio: Insidioso – Curso: Subagudo

Relato: Paciente menor de edad quien viene acompañado de su madre refiere que hace aproximadamente 3 días fiebre (T: 38.6°C), motivo por el cual administra “Paracetamol” en dosis terapéuticas no adecuadas, asociado a tos con expectoración de flema blanquecina y dolor a la ingesta de alimentos, niega nauseas o vómitos, niega deposiciones líquidas, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Funciones biológicas: **Apetito:** disminuido, **Sed:** conservado, **Orina:** conservado, **Deposiciones:** conservado, **Sueño:** conservado, **Cambios ponderales:** conservado.

Antecedentes personales: **Prenatales:** Embarazo con 8 controles prenatales aproximadamente, niega otras interurrencias y con fórmula obstétrica G1 P0000, **Natales:** Parto con producto a término, por vía vaginal, sin interurrencias, **Post Natales:** Peso al nacer de 3855 gramos aproximadamente, no recuerda talla, perímetro cefálico ni Apgar al nacimiento

(no muestra carnet perinatal), **Lactancia materna:** Exclusiva hasta los 6 meses y complementaria a partir de los 6 meses, **Inmunizaciones:** Completas para la edad (muestra carnet de inmunizaciones) y **Alergias:** Niega.

Antecedentes patológicos: Niega antecedentes patológicos de importancia y niega hospitalizaciones anteriores.

Antecedentes familiares: Padre (56 años) sin antecedentes patológicos de importancia y Madre (51 años) con TBC (diagnóstico hace 30 años en tratamiento completo bajo esquema sensible).

Examen físico: Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 37.3°C (axilar corregida), saturación de oxígeno: 92%, peso: 68 Kg y talla: 156 cm, **General:** Regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado nutricional, **Piel y faneras:** Tibia, elástica e hidratada y llenado capilar menor a 2 segundos, **Tejido celular subcutáneo:** No se evidencia edemas, **Tórax y pulmones:** Tórax normal, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos, **Abdomen:** Abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, aparentemente no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal y no visceromegalia, **Genitourinario:** Puntos renoureterales negativos y puño percusión lumbar negativo, **Neurológico:** Despierto, activo, lúcido y orientado en tiempo espacio y persona, E. Glasgow 15/15, no signos meníngeos y no signos de focalización, **Locomotor:** Moviliza extremidades superiores e inferiores sin limitación, rangos, articulares conservados y pulsos distales presentes, **Otros:** Faringe congestiva, eritematosa, se aprecia exudado faríngeo y se palpa ganglio cervical derecho incrementado de tamaño.

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitosis sin desviación izquierda y **Proteína C Reactiva:** Positivo (no se cuenta con valores cuantitativos).

Impresión diagnóstica: Faringitis aguda, no especificada (J02.9).

Manejo: 1. Dieta blanda severa (sin irritantes) + Líquidos a voluntad, 2. Amoxicilina 500 mg – 1 TAB VO C/8 HRS X 5 DIAS, 3. Paracetamol 500 mg – 1 TAB VO C/8 HRS X 3 DIAS, 4. Se explican signos de alarma y 5. Acudir por control médico precoz en 5 días en centro de salud.

Paciente post reevaluación cuenta con evolución clínica favorable (sin criterios de emergencia desde su ingreso), refiere leve dolor en faringe, cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, sin requerimiento suplementario de oxígeno y tolerando la vía oral, motivo por el cual se brinda el alta médica con toma de cultivo faríngeo previo, cobertura antibiótica (amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días), manejo del dolor (paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 3 días), se explican signos de alarma y cita por consultorio externo de pediatría por control y seguimiento de cultivo faríngeo.

1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:

La cuarta rotación realizada fue en el servicio de Medicina Interna en el Hospital San Juan de Lurigancho, el cual dio inicio el 16 de enero del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2022.

El servicio de medicina interna en este hospital contiene diversas áreas como:

Hospitalización de medicina, en el cual se hospitalizan pacientes con diversa casuística como neumonía, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, pancreatitis, celulitis, diabéticos mal controlados con complicaciones agudas y crónicas, entre otras más.

Emergencia de medicina interna, en el cual se afinaban conceptos, identificación y manejo de emergencias de la especialidad, el cual acudían pacientes con diversas patologías, ya sea desde crisis hipertensivas, accidentes cerebrovasculares, infartos agudos de miocardio, convulsiones complejas o estatus epilépticos, meningitis, entre otras más. Cabe resaltar que desde esta área se decidía el rumbo que tendría la paciente, en el caso necesitara una el apoyo interdisciplinario en el manejo del paciente, mantener

observación continua en el tópic de medicina o decidir su posterior hospitalización según evolución clínica y comorbilidades.

A continuación, se presentará dos casos clínicos muy frecuentes de motivos de consulta por parte de la especialidad.

CASO CLÍNICO N°1

Anamnesis:

Filiación: Paciente con iniciales D.A.C.P de sexo masculino con 41 años de edad, casado, quien se dedica a obras de construcción, vive en las cercanías de Canto Grande, ingresó por emergencia el día 09/02/2023 al Hospital San Juan de Lurigancho.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 4 horas / Inicio: Súbito – Curso: Agudo

Relato: Paciente refiere que hace aproximadamente 4 horas presenta dolor abdominal intenso (escala visual del dolor: 9/10) de tipo cólico y opresivo que se irradia a flancos y espalda posterior a ingesta de alimentos grasos asociado a náuseas y vómitos, motivo por el cual se automedica con “Buscapina” con discreta mejoría, sin embargo, persiste con dolor intenso, niega episodios febriles, niega deposiciones líquidas, motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Funciones biológicas: **Apetito:** disminuido, **Sed:** disminuido, **Orina:** conservado, **Deposiciones:** ausentes, **Sueño:** disminuido y **Cambios ponderales:** conservado.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial (diagnóstico hace 7 años en tratamiento regular con losartan 50 mg vía oral cada 12 horas), Litiasis vesicular (diagnóstico hace 3 años, además paciente refiere múltiples ingresos por cólicos biliares para lo cual se automedica de manera recurrente con “Buscapina”).

Antecedentes familiares: Padre (81 años) con hipertensión arterial de larga data (falleció por infarto agudo de miocardio), Madre (76 años) sin

antecedentes patológicos de importancia y Hermano (49 años) con infección por virus VIH (inició terapia antirretroviral de gran actividad hace 7 años).

Examen físico: Funciones vitales: Presión arterial: 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca: 111 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, temperatura: 37.3°C (axilar corregida) y saturación de oxígeno: 98%. **General:** Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional, taquicárdico, taquipneico y fascie dolorosa, **Piel y faneras:** Tibia, elástica e hidratada y llenado capilar menor a 2 segundos, ictericia en escleras ++/+++ y palidez +/+++ , **Tejido celular subcutáneo:** No se evidencia edemas, **Tórax y pulmones:** Tórax cónico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes, **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no soplos, **Abdomen:** Abdomen plano, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho y epigastrio, Murphy +, no signos de irritación peritoneal y no visceromegalia, **Genitourinario:** Puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar positivo bilateral y niega síntomas urinarios, **Neurológico:** Despierto, activo, lúcido y orientado en tiempo espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15/15, no signos meníngeos y no signos de focalización, **Locomotor:** Moviliza extremidades superiores e inferiores sin limitación, rangos articulares conservados y pulsos distales presentes.

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitosis con desviación izquierda y anemia moderada normocítica normocrómica, **Creatinina:** 1.86, **Urea:** 71.4, **Proteína C Reactiva:** Positivo (no se cuenta con valores cuantitativos), **Examen de orina:** No patológico, **Perfil hepático:** Bilirrubinas: Bilirrubina total 19.87 a predominio directo, transaminasas (TGO Y TGP) dentro de parámetros normales y GGTP: 1036.8, **Amilasa:** 3676, **Análisis de gases:** PH: 7.434, PO2: 81, PCO2: 37, HCO3: 21.7, NA: 134, K: 4.1, Lactato: 1.2 y PAFI: 491, **Radiografía de tórax:** Radiografía anteroposterior, espirada, anteroposterior, no efusión pleural, radiográficamente sin alteraciones y **Ecografía abdominal:** Vesícula biliar de 56 x 24 mm, pared en 5 milímetros, en su interior se muestran imágenes que proyectan sombra acústica posterior,

el mayor de 22 mm, colédoco de 13 mm con imagen proyectada hacia la luz de 12.5 mm que proyecta sombra acústica posterior y meteorismo intestinal.

Impresión diagnóstica: Cálculo en la vesícula biliar, sin colecistitis (K80.2), Cálculo de conducto biliar, con colangitis (K80.3), Pancreatitis aguda (K85.0), Insuficiencia renal no especificada (N19.0) e Hipertensión esencial (I10.0).

Manejo: 1. Nada por vía oral, 2. Dextrosa 5% x 1000 CC + NACL 20% (2 AMP) + KCL 20% (1 AMP) EV – A razón de LX GTS/MIN – FCO (II) Y (IV), 3. NACL 0.9% x 1000 CC EV – A razón de LX GTS/MIN – FCO (I) Y (III), 4. Metoclopramida 10 mg – 1 AMP EV C/8 HRS, 5. Tramadol 100 mg – 1 AMP EV – Pasar en 100 CC de NACL 0.9% C/12 HRS y PRN a dolor abdominal, 6. Losartan 50 mg – 1 TAB VO C/12 HRS, 7. Dimenhidrinato 50 mg – 1 AMP EV PRN a nauseas o vómitos, 8. Metamizol 1 gr – 1 AMP EV PRN a T > 38.2°C, solo si PA > 90/60 MMHG, 9. Control de signos vitales y 10. Balance hídrico estricto.

Durante su estancia hospitalaria tuvo una evolución clínica estacionaria y pronóstico reservado, se solicitó colangiografía por resonancia magnética el cual evidenció con mayor resolución las imágenes descritas en la ecografía abdominal, posteriormente se solicitó apoyo multidisciplinario al servicio de gastroenterología, quienes indican la necesidad de realización de una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) y se realiza referencia para dicho procedimiento.

Paciente post intervenido de CPRE cuenta con evolución clínica favorable, refiere gran mejoría y ausencia de dolor abdominal, cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, sin requerimiento suplementario de oxígeno y tolerando la vía oral, motivo por el cual se brinda el alta médica con, manejo del dolor (paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 3 días y metoclopramida 10 mg vía oral condicional a dolor abdominal) y cita por consultorio externo de medicina interna y gastroenterología para control y seguimiento de patologías de fondo.

CASO CLÍNICO N°2

Anamnesis:

Filiación: Paciente con iniciales R.A.C.C de sexo femenino con 81 años de edad, viuda, quien se dedica a ama de casa, vive en las cercanías de Bayóvar, ingresó por emergencia el día 25/03/2022 al Hospital San Juan de Lurigancho.

Enfermedad actual: Tiempo de enfermedad: 4 días / Inicio: Insidioso – Curso: Subagudo

Relato: Paciente refiere que hace aproximadamente 4 días presenta disnea progresiva que inicia a grandes esfuerzos y progresa hasta ser a leves esfuerzos, sensación de alza térmica (no cuantificado con termómetro) asociado a episodio sintomático respiratorio (tos exigente, no cianotizante con expectoración de flema verdosa y rinorrea) motivo por el cual ingresa a la emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Funciones biológicas: **Apetito:** conservado, **Sed:** conservado, **Orina:** conservado, **Deposiciones:** conservado, **Sueño:** disminuido y **Cambios ponderales:** conservado.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2 (diagnóstico hace 12 años en tratamiento regular con metformina 850 mg vía oral cada 8 horas) y Fibrosis pulmonar (diagnóstico hace 10 años no dependiente de oxígeno domiciliario).

Antecedentes familiares: Padre (73 años) con diabetes mellitus tipo 2 (falleció por injuria renal aguda) y Madre (70 años) sin antecedentes patológicos de importancia.

Examen físico: **Funciones vitales:** Presión arterial: 110/65 mmHg, frecuencia cardiaca: 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 27 respiraciones por minuto, temperatura: 39.3°C (axilar corregida) y saturación de oxígeno: 87%, **General:** Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional y polipnéica, **Piel y faneras:** Tibia, elástica e hidratada y llenado capilar menor a 2 segundos, **Tejido celular subcutáneo:** No se evidencia edemas, **Tórax y pulmones:** Tórax hipoexpansible, amplexación disminuida, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sibilantes y crépitos audibles en ambos campos

pulmonares a predominio de hemitórax derecho y tirajes ++/+++, **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos de buen tono e intensidad, no soplos, **Abdomen:** Abdomen plano, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no signos de irritación peritoneal y no visceromegalia, **Genitourinario:** Puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo y niega síntomas urinarios, **Neurológico:** Despierta, activa, lúcida y orientada en tiempo espacio y persona, escala de coma de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización, **Locomotor:** Moviliza extremidades superiores e inferiores sin limitación, rangos articulares conservados y pulsos distales presentes y **Otros:** Glucometría de ingreso: 349.

Exámenes de laboratorio: **Hemograma:** Leucocitosis con desviación izquierda, **Creatinina:** 0.87, **Urea:** 16, **Proteína C Reactiva:** Positivo (no se cuenta con valores cuantitativos), **Análisis de gases:** PH: 7.526, PO₂: 69, PCO₂: 28, HCO₃: 31.7, NA: 141, K: 3.3, Lactato: 2.2 y PAFI: 278 y **Radiografía de tórax:** Radiografía anteroposterior, inspirada, levemente rotada, no efusión pleural, infiltrado ileobasal bilateral con broncograma aéreo a predominio de hemitórax derecho que borra silueta cardiaca del lado correspondiente y aumento de trama broncovascular.

Impresión diagnóstica: Insuficiencia respiratoria no especificada (J96.9), Neumonía no especificada (J18.8), Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis (J84.1) y Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones no especificadas (E11.9).

Manejo: 1. Dieta blanda hipoglúcida (carbohidratos restringidos al 30%), hipograsa (colesterol < 200 mg/dl) + Líquidos a voluntad, 2. NaCl 0.9% X 1000 CC EV – A razón de XXX GTS/MIN, 3. Ceftazidima 1 gr – 2 AMP EV C/8 HRS, 4. Ciprofloxacino 200 mg – 2 AMP EV C/12 HRS, 5. Salbutamol 100 ug – INH 4 PUFF C/6 HRS X AEROCAMARA, 6. Bromuro de ipratropio 20 ug – INH 3 PUFF C/8 HRS X AEROCAMARA, 7. N-Acetilcisteína 600 mg – 1 TAB VO C/8 HRS, 8. Insulina cristalina (R) en escala de corrección: 200 – 249 – Aplicar 3 UI SC / 250 – 299 – Aplicar 5 UI SC / > 300 – Aplicar 7 UI SC, 9.

Metamizol 1 gr – 1 AMP EV PRN a $T > 38.2^{\circ}\text{C}$, solo si PA $> 90/60$ MMHG, 10. Oxigenoterapia por cánula nasal para mantener SATO₂ entre 88 – 92%, 11. Glucometrías – 6 AM, 4 PM Y 10 PM, 12. Control de signos vitales y 13. Balance hídrico estricto.

Durante su estancia hospitalaria tuvo una evolución clínica lenta, pero favorable y pronóstico reservado, se solicitó exámenes de laboratorios basales controles cada 72 horas y se evidenció una curva en disminución de patología infecciosa de fondo (valores en disminución hasta entrar dentro de parámetros normales).

En los siguientes días se indicó retiro progresivo de oxígeno y habiendo cumplido la meta terapéutica, paciente presenta mejoría clínica notoria, afebril (> 72 horas), con glicemias controladas, motivo por el cual se brinda el alta médica con sintomáticos y control precoz por consultorio externo de endocrinología y neumología para control y seguimiento de patologías de fondo.

Paciente post cumplimiento de meta terapéutica, se indicó retiro progresivo de oxígeno, para lo cual toleró en desescalado, glicemias dentro de parámetros normales (140 – 180 mg/dl), cuenta con evolución clínica favorable y refiere disminución de disnea, cursa hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, sin requerimiento suplementario de oxígeno y tolerando la vía oral, motivo por el cual se brinda el alta médica con, manejo sintomático (paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 3 días), terapia inhalatoria (salbutamol 100 ug – inhalaciones 4 puff cada 6 horas por 5 días, bromuro de ipratropio 20 ug – inhalaciones 3 puff cada 8 horas por 3 días), manejo antidiabético (metformina 850 mg vía oral cada 8 horas por 30 días), se explican signos de alarma y cita por consultorio externo de endocrinología y neumología para control y seguimiento de patologías de fondo.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital San Juan de Lurigancho está ubicado en la ciudad de Lima, provincia de Lima y distrito de San Juan de Lurigancho, cuenta bajo su jurisdicción el distrito de San Juan de Lurigancho que incluyen centros y puestos de salud, siendo así una entidad adscrita al Ministerio de Salud (2).

Es un hospital de referencia del distrito de San Juan de Lurigancho, siendo reconocida como un hospital de mediana complejidad con categoría II-2, aprobado con Resolución Directoral N° 004-2010-DISA-IV-LE catalogada como una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública (IPRESS) que cuenta con centros de internamiento y múltiple población referida a quien brindan servicios de cuidado integral, apoyo al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y sobretodo calor humano hacia nuestros pacientes (3).

Este centro asistencial data de sus inicios en el año 1975, siendo creada sobre las bases del presidente Francisco Morales Bermúdez, está ubicada en Av. Canto Grande Alt. Pdto. 11 s/n – Distrito San Juan de Lurigancho (Anexo 1).

El Hospital San Juan de Lurigancho ocupa un terreno de 11,186 mts², el cual consta de infraestructura mixta (15 edificaciones) de centros de una planta o dos, entre oficinas administrativas, oficinas de coordinación asistencial y servicio asistencial. Dentro de los servicios disponibles en el hospital se encuentran los servicios de Cirugía general las cuales abarcan las especialidades de Cirugía general, Cirugía plástica, Cirugía oncológica, Traumatología y Urología, Pediatría las cuales abarcan las especialidades de Neonatología y Pediatría, Gineco-obstetricia las cuales abarcan especialidades de Ginecología, Ginecología oncológica y Obstetricia, Medicina interna, Medicina intensiva en los servicios de Unidades de cuidados intensivos, Unidades de cuidados externos y Trauma shock, Anestesiología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Medicina física y Rehabilitación, Microbiología Oncología, Oftalmología, Odontología Neumología, Neurología, Psiquiatría, Psicología, ,

Otorrinolaringología, , Radiología y Reumatología distribuidas en áreas de consultorio externo, emergencias y hospitalización (4) (Anexo 2–4).

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

1.4.1 ROTACION DE GINECO-OBSTETRICIA:

CASO CLÍNICO N°1

El caso clínico se trata de una gestante con 41 años de edad de 28 semanas por ecografía del primer trimestre, controlada, la cual no está en trabajo de parto, sin embargo, cuenta con múltiples factores de riesgo como lo son edad materna avanzada, antecedentes de múltiples muertes perinatales y enfermedades crónicas no controladas (5).

La paciente ingresa con un cuadro clínico de evolución aguda caracterizado por pérdida de líquido, en los hallazgos del examen clínico se evidencia el no inicio de trabajo de parto, sin embargo, pérdida persistente de líquido amniótico mediante el examen de Especuloscopía, motivo por el cual se solicitan exámenes de laboratorio, se mantiene a paciente en observación continua con monitoreos de pruebas de bienestar fetal y se inicia protocolo de maduración pulmonar por riesgo incrementado de parto pretérmino (6).

La rotura prematura de membranas es definida como la rotura de las membranas ovulares antes del inicio de la labor de parto, está asociado a un tercio de partos prematuros y es el factor común mayormente asociado dicha condición. El diagnóstico está basado fundamentalmente en la correcta realización de la historia clínica (pérdida de líquido) y evidenciar clínicamente a la Especuloscopía la acumulación de líquido amniótico en la cúpula vaginal posterior. Además, puede ser identificado por ecografía por presencia de oligohidramnios ya sea por índice de líquido amniótico o pozo vertical mayor y por pruebas de laboratorio como el test de Nitrazina o Helecho (7).

Posteriormente se reevalúa a paciente con resultados, las pruebas de bienestar fetal indican desaceleraciones y es catalogado como tipo II (8,9), motivo por el cual gestante es programada para acto quirúrgico de emergencia, seguidamente de dar aviso a Unidades de Cuidados Intensivos para posible ingreso de neonato a la unidad posterior al parto.

El manejo sugerido y/o protocolo de maduración pulmonar fue en base a las guías de Barcelona, ACOG y múltiples estudios en lo que respecta a la asistencia de parto pretérmino en gestaciones únicas (10–12).

La evolución de la paciente fue favorable, motivo por el cual fue dada de alta médica en 48 horas debido a que no cumplía criterios de alta pronta en 24 horas según recomendaciones de guías de práctica clínica con manejo del dolor y tratamiento para la anemia (13).

CASO CLÍNICO N°2

El caso clínico se trata de una gestante de 25 años de edad de 13 semanas por ecografía del primer trimestre, controlada, la cual no está en trabajo de parto, sin factores de riesgo.

La paciente ingresa con un cuadro clínico de evolución aguda caracterizado por sangrado transvaginal, en los hallazgos clínicos se evidencia lo comentado en el relato como el sangrado transvaginal, con orificio cervical externo permeable, sin embargo, el interno cerrado, se realiza una ecografía la cual muestra embrión de un tamaño dentro de rangos normales, pero sin actividad cardíaca, motivo por el cual se solicitan exámenes de laboratorio, se ordena a paciente pase a sala de observación y se prepara a paciente para Aspiración Manual Endouterina (AMEU) (14,15).

Posteriormente se reevalúa a paciente con resultados, los exámenes de laboratorio muestran signos de inflamación sistémica, gestante es programada para intervención en sala de procedimientos y se realiza AMEU.

El manejo sugerido y/o protocolo de intervención en aborto retenido fue en base a las guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y

perinatología, ACOG y múltiples estudios en lo que respecta al inicio de cobertura antibiótica profiláctica ante procedimientos ginecológicos (16–18).

1.4.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL:

CASO CLÍNICO N°1

El caso clínico se trata de un paciente femenino de 31 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia.

El paciente ingresa con un cuadro clínico de evolución aguda caracterizado por dolor abdominal, fiebre e intolerancia oral, en los hallazgos del examen clínico se evidencia dolor abdominal migratorio en epigastrio que se dirige a fosa iliaca derecha y signos clínicos sugestivos de un cuadro apendicular agudo con peritonitis localizada, no generalizada (19), motivo por el cual se solicitan exámenes de laboratorio, radioimágenes y se mantiene a paciente en observación continua para evaluar progresión de dolor abdominal.

La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes que acuden a las distintas emergencias a nivel nacional y mundial (20), la decisión terapéutica en este caso clínico fue la programación de una apendicectomía (21).

Existen escalas mediante el cual podemos aproximar el diagnóstico de apendicitis aguda como la escala de Alvarado o Ripasa (22,23), cabe resaltar que la primera es una escala con valor predictivo negativo (Anexo 5) mediante el cual frente a una puntuación baja podemos afirmar que no se trata de un cuadro apendicular agudo, sin embargo al realizar el puntaje con los datos actuales que se tienen, se cuenta con una puntuación elevada, lo recomendado por la bibliografía actual es la realización de una tomografía computarizada abdomino-pélvica (24), sin embargo en el Hospital de San Juan de Lurigancho, no se cuenta con dicho examen, motivo por el cual paciente fue programado a acto quirúrgico.

El manejo sugerido y/o protocolo de acción fue en base a estudios actualizados en los últimos 5 años, así como el protocolo propio del Hospital San Juan de Lurigancho (25).

Posteriormente se reevalúa al paciente con resultados, las pruebas de laboratorio y radioimágenes muestran signos sugestivos de cuadro infeccioso y de proceso apendicular, motivo por el cual el paciente es programado para un acto quirúrgico de emergencia.

La evolución del paciente post operado fue favorable, el inicio de cobertura antibiótica se decidió en base a estudios de caso control y revisiones sistemáticas (26,27), el umbral del dolor fue en disminución, al momento del alta médica se indica continuar cobertura antibiótica (cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas por 5 días y metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días), manejo del dolor (ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas por 3 días) y acudir a consultorio externo de cirugía por control, seguimiento de herida operatoria y retiro de puntos.

CASO CLÍNICO N°2

El caso clínico se trata de un paciente de sexo masculino con 53 años de edad con hipotiroidismo controlado.

El paciente ingresa con un cuadro clínico de evolución aguda caracterizado por dolor abdominal, fiebre e intolerancia oral, en los hallazgos del examen clínico se evidencia dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y signos clínicos sugestivos de un cuadro de colecistitis aguda, motivo por el cual se solicitan exámenes de laboratorio, radioimágenes y se mantiene al paciente en observación continua para evaluar progresión de dolor abdominal (28).

La colecistitis aguda se refiere a la inflamación de la vesícula biliar producto de una obstrucción en el conducto cístico (29), que da como signos clínicos inflamación local, sistémica, pudiendo ser comprobado por estudios de radioimágenes, la decisión terapéutica en este caso clínico fue la programación de una colecistectomía (30).

Existen criterios mediante el cual podemos aproximar el diagnóstico de colecistitis aguda como los criterios de Tokyo, las cuales se dividen en A (signos de inflamación local), B (signos de inflamación sistémica) y C (hallazgos imagenológicos característicos de colecistitis aguda) (Anexo 6), mediante el cual se interpreta A + B (diagnóstico sospechoso) y A + B + C (diagnóstico definitivo en presencia de un parámetro de cada evaluación), por lo que con los datos del examen clínico podemos evidenciar que cumple con los criterio de un diagnóstico definitivo, la necesidad de una tomografía computarizada abdominal no se requiere de manera rutinaria, su sensibilidad es alta, pero su especificidad es baja (31), con lo descrito paciente fue programado a acto quirúrgico.

El manejo sugerido y/o protocolo de acción fue en base a estudios actualizados en las directrices de Tokyo 2018 y estudios de casos controles en los últimos 5 años (32).

Posteriormente se reevalúa a paciente con resultados, las pruebas de laboratorio y radioimágenes muestran signos sugestivos de cuadro infeccioso y de proceso inflamatorio vesicular, motivo por el cual paciente es programado para acto quirúrgico de emergencia.

La evolución del paciente post operado fue favorable, el inicio de cobertura antibiótica se decidió en base a estudios de caso control y revisiones sistemáticas (33,34), el umbral del dolor fue en disminución, al momento del alta médica se indica continuar cobertura antibiótica (ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 5 días y metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días), manejo del dolor (ketoprofeno 100 mg vía oral cada 8 horas por 3 días) y acudir a consultorio externo de cirugía por control, seguimiento de herida operatoria y retiro de puntos.

1.4.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

CASO CLÍNICO N°1

El caso clínico se trata de un paciente femenino con 5 años de edad con antecedentes de asma no controlada, sin embargo, con dos hospitalizaciones anteriores por cuadros respiratorios agudos.

El paciente ingresa con un cuadro clínico de evolución aguda caracterizado por disnea progresiva, en los hallazgos del examen clínico se distrés respiratorio y signos clínicos sugestivos de broncoespasmo, motivo por el cual se solicitan exámenes de laboratorio, radioimágenes y se mantiene a paciente en observación continua para evaluar progresión de distrés respiratorio.

El asma es un importante problema de salud a nivel mundial, es un motivo muy frecuente de consulta a nivel nacional y mundial (35), esta patología es la enfermedad crónica más común en países desarrollados en las cuales la prevalencia está en ascenso (36).

El diagnóstico del asma se realiza en base a tres pilares fundamentales como lo son la demostración de limitación del flujo de aire espiratorio (medible por espirometría), documentación de obstrucción reversible y exclusión de otros diagnósticos posibles (37–39).

Existen a su vez patrones o preguntas que se pueden realizar al momento del llenado de la historia clínica que nos podrían dar la sospecha de asma, según una reunión de expertos (Anexo 7–10).

El manejo sugerido y/o protocolo de acción fue en base a la Iniciativa Global del Asma (GINA 2022) y artículos con bibliografía actualizada de los últimos 5 años. (40,41).

Posteriormente se reevalúa a paciente con resultados, las pruebas de laboratorio y radioimágenes muestran signos sugestivos de cuadro respiratorio agudo correlacionado a broncoespasmo, motivo por el cual paciente se indican terapias de rescate por ciclos

La evolución del paciente post terapia de rescate fue favorable, el inicio terapia inhalatoria se decidió en base a estudios de caso control y revisiones sistemáticas (Anexo 11), paciente refiere mejoría de síntomas y disminución de disnea, al momento del alta médica se indica continuar con terapia inhalatoria (salbutamol 100 ug – inhalaciones 4 puff cada 4 horas por

aerocámara pediátrica por 5 días, bromuro de ipratropio 20 ug – inhalaciones 3 puff cada 4 horas por aerocámara pediátrica por 2 días y beclometasona 50 ug – inhalaciones 2 puff cada 12 horas por aerocámara pediátrica por 30 días), se explican signos de alarma y se sugiere acudir a consultorio externo de neumología pediátrica para control y seguimiento de patología de fondo.

CASO CLÍNICO N°2

El caso clínico se trata de un paciente de sexo masculino con 16 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia.

El paciente ingresa con un cuadro clínico de evolución subaguda caracterizado por fiebre, tos y odinofagia, en los hallazgos del examen clínico se evidencia cuadro inflamatorio local a nivel de faringe, además signos clínicos sugestivos de cuadro de faringitis aguda, motivo por el cual se mantiene a paciente en observación continua.

La faringitis aguda es una de las condiciones más frecuentemente encontradas en el ámbito ambulatorio, en su mayoría provocados por virus respiratorios y en su minoría por cuadros infecciosos bacterianos (42).

Existen escalas las cuales nos pueden ayudar a valorar la probabilidad de infección bacteriana, como lo son la escala de Centor modificada por McIsaac para su uso en niños, las cuales cuentan como criterios presencia de fiebre ($T > 38^{\circ}\text{C}$), ausencia de tos, adenopatías cervicales, exudado amigdalario y rangos de edad (43), según los datos de la historia clínica, el paciente tiene una puntuación alta, con el puntaje dicha escala nos recomienda realizar estudio microbiológico e iniciar tratamiento antibiótico empírico y modificar según sensibilidad (44).

El manejo sugerido y/o protocolo de acción fue en base a la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) (45,46).

La evolución del paciente post terapia de rescate fue favorable, el inicio terapia se realizó en base a los estudios presentados, paciente refiere mejoría de síntomas y disminución del dolor, al momento del alta médica se indica

cobertura antibiótica (amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días), manejo del dolor (paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 3 días), se explican signos de alarma y se sugiere acudir a consultorio externo de pediatría por control y seguimiento de cultivo faríngeo.

1.4.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:

CASO CLÍNICO N°1

El caso clínico se trata de un paciente de sexo masculino de 41 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y litiasis vesicular.

El paciente ingresa con un cuadro clínico de evolución aguda caracterizado por dolor abdominal intenso asociado a intolerancia oral, en los hallazgos del examen clínico se evidencia dolor abdominal y signos clínicos sugestivos de un cuadro de coledocolitiasis y pancreatitis aguda, motivo por el cual se solicitan exámenes de laboratorio, radioimágenes y se mantiene a paciente en observación continua para evaluar progresión de dolor abdominal (47–49).

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, la cual si bien tiene baja tasa de mortalidad es una patología muy frecuente en la casuística de ingresos hospitalarios al servicio (50).

Esta patología se puede dividir en categorías según clasificación y gravedad por la clasificación de Atlanta. Según clasificación se tiene a la pancreatitis aguda edematosa intersticial, caracterizada por inflamación del parénquima pancreático y tejidos aledaños, pero sin necrosis tisular a diferencia de la pancreatitis aguda necrotizante, caracterizada por inflamación asociada a necrosis del parénquima pancreático y tejidos aledaños. Según gravedad se tiene a la pancreatitis aguda leve que se caracteriza por la ausencia de falla o insuficiencia orgánica sin complicaciones locales o sistémicas, la pancreatitis aguda moderada que se caracteriza por ausencia de falla o insuficiencia orgánica transitoria en menos de 48 horas sin complicaciones locales o sistémicas y pancreatitis aguda grave que se caracteriza por falla o

insuficiencia orgánica persistente en más de 48 horas que afecta uno o más órganos aledaños (51).

Existen escalas mediante el cual podemos aproximar la severidad y rumbo terapéutico del paciente, unas de ellas son BISAP, MARSHALL Y APACHE siendo escalas que nos ayudan a tomar decisiones según la evolución del paciente (Anexo 12–13).

Posteriormente se reevalúa a paciente con resultados, las pruebas de laboratorio y radioimágenes muestran signos sugestivos de cuadro de colecistitis con coledocolitiasis e insuficiencia renal.

El manejo sugerido y/o protocolo de acción fue en base a las directrices de la Asociación Americana de Gastroenterología - Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) y Asociación Internacional de Pancreatología (IAP) (52).

El manejo por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) fue principalmente terapéutico y presentó gran impacto en la evolución o mejora del paciente (53).

La evolución del paciente post intervenido fue favorable, el inicio de manejo del dolor fue en corrección por la disminución del umbral del dolor hasta la progresión de dieta alimentaria hasta sólidos, al momento del alta médica se indica continuar con manejo del dolor y se sugiere acudir por consultorio externo de medicina interna y gastroenterología para control y seguimiento de patologías de fondo.

CASO CLÍNICO N°2

El caso clínico se trata de un paciente de sexo femenino con 81 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad pulmonar intersticial difusa.

El paciente ingresa con un cuadro clínico de evolución subaguda caracterizado por disnea progresiva, fiebre y episodio sintomático respiratorio, en los hallazgos del examen clínico se evidencia distrés respiratorio e

hipoperfusión y signos clínicos sugestivos de un cuadro de enfermedad pulmonar intersticial difusa complicada por un cuadro de neumonía, motivo por el cual se solicitan exámenes de laboratorio, radioimágenes y se mantiene a paciente en observación continua para evaluar progresión de distrés respiratorio.

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo (54), la presentación es muy similar a lo encontrado en el relato de la historia clínica y forma parte del diagnóstico a considerar en casi todas las infecciones respiratorias agudas (55).

Esta patología se puede dividir en categorías según su sitio de adquisición se tienen neumonía adquirida en la comunidad, neumonía nosocomial, neumonía adquirida en el hospital o centros asistenciales, neumonía asociada a ventilador y neumonía asociado a la atención médica, por el otro lado según su etiología se tienen neumonía atípica, neumonía por aspiración, neumonía química y neumonía por aspiración bacteriana (Anexo 14).

Existen escalas mediante el cual podemos aproximar la severidad y rumbo terapéutico del paciente, unas de ellas son CURB-65 y Índice de Gravedad de Neumonía (PSI) los cuales indican el modo de atención de un paciente, ya sea en el ámbito ambulatorio, ingreso hospitalario o amerita una atención en una unidad de cuidados intensivos (UCI) (56,57).

El manejo sugerido y/o protocolo de acción fue en base a las directrices de la Sociedad Torácica Americana (ATS) y Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (58).

Posteriormente se reevalúa a paciente con resultados, las pruebas de laboratorio y radioimágenes muestran signos sugestivos de cuadro de enfermedad pulmonar intersticial difusa complicada por un cuadro de neumonía.

La evolución de la paciente hospitalizada fue favorable, el inicio de cobertura antibiótica fue en base a algoritmos de las guías mencionadas y tras cumplir la meta terapéutica paciente fue dado de alta médica, al momento del alta

médica se sugiere acudir por consultorio externo de endocrinología y neumología para control y seguimiento de patologías de fondo.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA

La reflexión que dan todos estos años de estudio y organizando pasantías por las diversas especialidades, año tras año tras un largo camino siempre a donde fuera con el uniforme puesto y una maleta en donde llevaba mi corazón y un gran sueño sobre convertirme en médico cirujano.

Este último año fue de gran disfrute para mí y para cualquier otro interno de medicina que pasó experiencias similares a las vivencias que describí, confieso que inicié esta etapa con temor, incertidumbre e incluso ansiedad, al ser una etapa totalmente nueva para mí, pasaban ideas por mi cabeza sobre no estar a la altura de lo requerido o no tener los conocimientos suficientes adquiridos en los años anteriores, sin embargo, siempre puesto a enfrentarme este gran reto que veía venir tras mi primer año de medicina humana y decidí enfrentarlo.

Es así como esta aventura comenzó el 01 de junio del 2022 y culminó el 31 de marzo del 2023, tras un régimen estricto dispuesto por nuestras autoridades puestos en los lineamientos de internado médico de este año, en el que se cumplían horarios establecidos de 07:00 AM hasta las 13:00 PM, cabe resaltar que el horario de salida en su mayoría de veces, no solía ser exacto, estaba orientado más acorde a la disponibilidad del servicio.

En cada rotación programada de este hospital, encontré médicos residentes y médicos especialistas siempre dispuestos a reforzar conocimientos y con ánimos de realizar docencia, así mismo la realización de actividades académicas realizadas por nuestros tutores de sede fueron de suma importancia al abarcar los tópicos más frecuentes de cada especialidad.

Puedo decir con claridad y certeza que la sede del Hospital San Juan de Lurigancho, es un lugar cálido, tiene personas maravillosas con un ambiente

laboral único y sobretodo óptimo para la formación profesional de cualquier aspirante a médico.

CONCLUSIONES:

El internado médico es parte de la formación de todo médico cirujano y forma parte de una de las etapas fundamentales en donde se ponen en práctica todos los conocimientos adquiridos a lo largo de toda la carrera de medicina humana.

El internado médico es importante debido a que se conoce el funcionamiento diario del sistema de salud, se interactúa con todo el personal del hospital y se entiende la labor que realizan, esto es provechoso debido que forman bases para la realización del Servicio Rural y Urbano Marginal en salud (SERUMS).

Es importante adquirir conocimientos de medicina, esto se revisará y se estudiará con el tiempo, así una vez concluida esta etapa, este proceso continuará, sin embargo, no olvidar el motivo por el cual se estudió esta profesión y brindar una calidad de atención a los pacientes que vienen en busca de una solución a sus problemas.

La seguridad garantizada por las autoridades tuvo un gran impacto positivo en la prevención de enfermedades infectocontagiosas en el marco de desarrollo de la pandemia COVID-19, hizo que se reconociera y se revisaran las normas establecidas por las autoridades con respecto al uso de material de bioseguridad en todo momento de duración del internado médico.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda a todo interno de medicina que está próximo a realizar esta misma etapa por la cual transcurrí, poner todo el esfuerzo de su parte, participar activamente y sobretodo llevar una cadena de respeto con sus superiores.

Se recomienda que las diversas actividades o procedimientos que realizan los internos de medicina sean supervisados por el tutor de sede hospitalaria, con el fin de dar confianza y realizar un adecuado feed back sobre lo realizado.

Se recomienda a la universidad implementar la modalidad de externado médico en algún año de la formación académica, debido a que en la sede hospitalaria se contaban con múltiples externos de medicina a las cuales personalmente instruí en temas o tópicos que me hubieran gustado revisar antes de la realización de mi internado médico.

Se recomienda implementar más rotaciones externas dentro de los 4 pilares fundamentales para obtener distintos enfoques de distintas patologías manejadas en los distintos servicios.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. RM-351-2022-MINSA.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
2. RM_264_2017.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/RM_264_2017.pdf
3. 483.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Transparencia/RD/483.pdf>
4. ASIS2022.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/ASIS2022.pdf>
5. Haslinger C, Stoiber B, Capanna F, Schäffer MK, Zimmermann R, Schäffer L. Postponed pregnancies and risks of very advanced maternal age. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14330.
6. Atención al parto del prematuro en gestaciones únicas [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/atencion-parto-prematuro.html>
7. Rotura prematura membranas [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematuro-membranas.html>
8. Freeman RK, Anderson G, Dorchester W. A prospective multi-institutional study of antepartum fetal heart rate monitoring. II. Contraction stress test versus nonstress test for primary surveillance. *Am J Obstet Gynecol*. 1 de agosto de 1982;143(7):778-81.
9. Guia_Monitorizacion.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en:

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf

10. Park CK, Isayama T, McDonald SD. Antenatal Corticosteroid Therapy Before 24 Weeks of Gestation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* abril de 2016;127(4):715-25.

11. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 de marzo de 2017;3(3):CD004454.

12. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 713: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. *Obstet Gynecol.* agosto de 2017;130(2):e102-9.

13. Alta 12-24 horas [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/alta12-24h.html>

14. 852_IMP198.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

15. ameu-nota-tecnica-2.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/ameu-nota-tecnica-2.pdf>

16. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

17. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol.* junio de 2018;131(6):e172-89.

18. Achilles SL, Reeves MF, Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception.* abril de 2011;83(4):295-309.

19. Körner H, Söndena K, Söreide JA, Andersen E, Nysted A, Lende TH, et al. Incidence of acute nonperforated and perforated appendicitis: age-specific and sex-specific analysis. *World J Surg.* 1997;21(3):313-7.
20. Golz RA, Flum DR, Sanchez SE, Liu X, Donovan C, Drake FT. Geographic Association Between Incidence of Acute Appendicitis and Socioeconomic Status. *JAMA Surg.* 1 de abril de 2020;155(4):330-8.
21. Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP. Acute appendicitis. *BMJ.* 19 de abril de 2017;357:j1703.
22. Kalan M, Talbot D, Cunliffe WJ, Rich AJ. Evaluation of the modified Alvarado score in the diagnosis of acute appendicitis: a prospective study. *Ann R Coll Surg Engl.* noviembre de 1994;76(6):418-9.
23. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med.* mayo de 1986;15(5):557-64.
24. Smith MP, Katz DS, Lalani T, Carucci LR, Cash BD, Kim DH, et al. ACR Appropriateness Criteria® Right Lower Quadrant Pain--Suspected Appendicitis. *Ultrasound Q.* junio de 2015;31(2):85-91.
25. Cheng Y, Xiong X, Lu J, Wu S, Zhou R, Cheng N. Early versus delayed appendectomy for appendiceal phlegmon or abscess. *Cochrane Database Syst Rev.* 2 de junio de 2017;6(6):CD011670.
26. Talan DA, Di Saverio S. Treatment of Acute Uncomplicated Appendicitis. *N Engl J Med.* 16 de septiembre de 2021;385(12):1116-23.
27. Talan DA, Saltzman DJ, DeUgarte DA, Moran GJ. Methods of conservative antibiotic treatment of acute uncomplicated appendicitis: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg.* abril de 2019;86(4):722-36.
28. Minoli G, Imperiale G, Spinzi GC, Terruzzi V, Rigas B. Circadian periodicity and other clinical features of biliary pain. *J Clin Gastroenterol.* octubre de 1991;13(5):546-8.
29. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg.* abril de 1993;165(4):399-404.

30. Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, Strasberg SM, Aggarwal R, Asbun H, et al. Safe Cholecystectomy Multi-society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy. *Ann Surg.* julio de 2020;272(1):3-23.
31. Shea JA, Berlin JA, Escarce JJ, Clarke JR, Kinosian BP, Cabana MD, et al. Revised estimates of diagnostic test sensitivity and specificity in suspected biliary tract disease. *Arch Intern Med.* 28 de noviembre de 1994;154(22):2573-81.
32. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* enero de 2018;25(1):55-72.
33. Kanafani ZA, Khalifé N, Kanj SS, Araj GF, Khalifeh M, Sharara AI. Antibiotic use in acute cholecystitis: practice patterns in the absence of evidence-based guidelines. *J Infect.* agosto de 2005;51(2):128-34.
34. Järvinen H, Renkonen OV, Palmu A. Antibiotics in acute cholecystitis. *Ann Clin Res.* octubre de 1978;10(5):247-51.
35. CDC - Asma - Información básica [Internet]. 2019 [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/asthma/es/faqs.htm>
36. Sears MR, Greene JM, Willan AR, Wiecek EM, Taylor DR, Flannery EM, et al. A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood. *N Engl J Med.* 9 de octubre de 2003;349(15):1414-22.
37. Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, Crapo RO, Burgos F, Casaburi R, et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J.* noviembre de 2005;26(5):948-68.
38. Graham BL, Steenbruggen I, Miller MR, Barjaktarevic IZ, Cooper BG, Hall GL, et al. Standardization of Spirometry 2019 Update. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Technical Statement. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 de octubre de 2019;200(8):e70-88.

39. Stanojevic S, Kaminsky DA, Miller MR, Thompson B, Aliverti A, Barjaktarevic I, et al. ERS/ATS technical standard on interpretive strategies for routine lung function tests. *Eur Respir J*. julio de 2022;60(1):2101499.
40. GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf>
41. 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines | NHLBI, NIH [Internet]. 2020 [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/asthma-management-guidelines-2020-updates>
42. Kronman MP, Zhou C, Mangione-Smith R. Bacterial prevalence and antimicrobial prescribing trends for acute respiratory tract infections. *Pediatrics*. octubre de 2014;134(4):e956-965.
43. Fornes Vivas R, Robledo Díaz L, Carvajal Roca E, Navarro Juanes A, Pérez Feito C. Utilidad de los criterios clínicos para el adecuado diagnóstico de la faringoamigdalitis en la urgencia pediátrica. *Rev Esp Salud Pública*. 12 de octubre de 2020;93:e201911061.
44. André M, Odenholt I, Schwan A, Axelsson I, Eriksson M, Hoffman M, et al. Upper respiratory tract infections in general practice: diagnosis, antibiotic prescribing, duration of symptoms and use of diagnostic tests. *Scand J Infect Dis*. 2002;34(12):880-6.
45. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 de noviembre de 2012;55(10):e86-102.
46. Pichichero ME. Group A streptococcal tonsillopharyngitis: cost-effective diagnosis and treatment. *Ann Emerg Med*. marzo de 1995;25(3):390-403.
47. Treacy J, Williams A, Bais R, Willson K, Worthley C, Reece J, et al. Evaluation of amylase and lipase in the diagnosis of acute pancreatitis. *ANZ J Surg*. octubre de 2001;71(10):577-82.

48. Yadav D, Agarwal N, Pitchumoni CS. A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* junio de 2002;97(6):1309-18.
49. Gwozdz GP, Steinberg WM, Werner M, Henry JP, Pauley C. Comparative evaluation of the diagnosis of acute pancreatitis based on serum and urine enzyme assays. *Clin Chim Acta Int J Clin Chem.* 15 de marzo de 1990;187(3):243-54.
50. Sanz de Villalobos E, Larrubia Marfil JM. Pancreatitis aguda. *Rev Esp Enfermedades Dig.* septiembre de 2010;102(9):560-560.
51. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* enero de 2013;62(1):102-11.
52. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology.* 1 de marzo de 2018;154(4):1096-101.
53. Adler DG, Lieb JG, Cohen J, Pike IM, Park WG, Rizk MK, et al. Quality indicators for ERCP. *Am J Gastroenterol.* enero de 2015;110(1):91-101.
54. Musher DM, Thorner AR. Community-acquired pneumonia. *N Engl J Med.* 23 de octubre de 2014;371(17):1619-28.
55. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 de octubre de 2019;200(7):e45-67.
56. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med.* 23 de enero de 1997;336(4):243-50.
57. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to

hospital: an international derivation and validation study. *Thorax*. mayo de 2003;58(5):377-82.

58. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 1 de marzo de 2007;44 Suppl 2(Suppl 2):S27-72.

ANEXOS

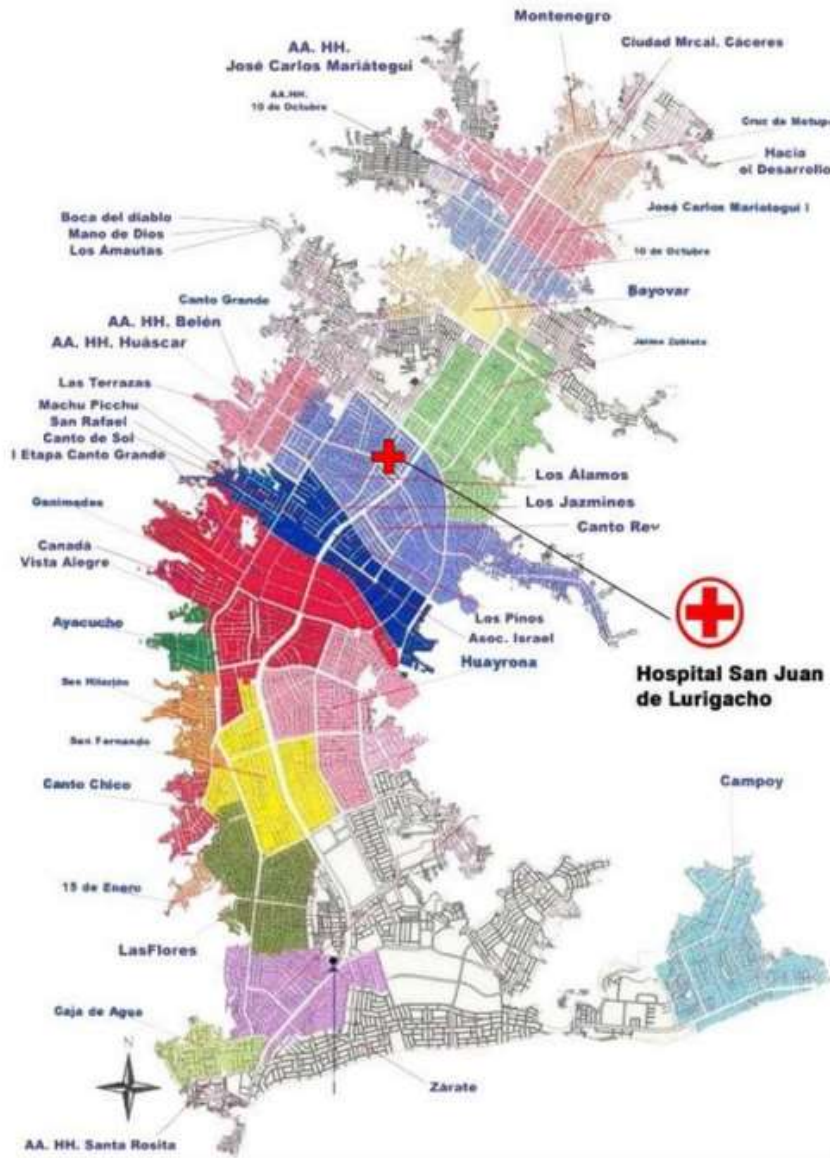


Ilustración 1: Mapa de ubicación del Hospital San Juan de Lurigancho

SERVICIOS	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS			
Emergencia en Medicina Interna			24 HORAS
Emergencia en Pediatría			24 HORAS
Emergencia en Gineco Obstetricia			24 HORAS
Emergencia en Cirugía General			24 HORAS
Emergencia en Traumatología y Ortopedia			24 HORAS
Emergencia en Cardiología			24 HORAS
Emergencia en Neurocirugía			24 HORAS
Emergencia en Cirugía de Torax y Cardiovascular			24 HORAS

Ilustración 2: Cartera de servicios de salud parte 1

Emergencia en Observación			24 HORAS
Emergencia en Vigilancia Intensiva			24 HORAS
Emergencia en Shock Trauma y Reanimación			24 HORAS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRURGICO	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Centro Quirúrgico	6 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
Recuperación Post Anestésica		12 HORAS	24 HORAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Medicina General			24 HORAS
Medicina Interna	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
Medicina Familiar			24 HORAS
Medicina Física y Rehabilitación	12 HORAS		
Cardiología	12 HORAS		
Neumología	12 HORAS		
Neurología	12 HORAS		
Gastroenterología	12 HORAS		
Reumatología	12 HORAS		
Psiquiatría	12 HORAS		
Dermatología	12 HORAS		
Endocrinología	12 HORAS		
Hematología Clínica	12 HORAS		
Enfermedades Tropicales	12 HORAS		
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Cirugía General	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
Oftalmología	12 HORAS		
Urología	12 HORAS		
Otorrinolaringología	12 HORAS		
Oncología	12 HORAS		
Traumatología y Ortopedia	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Medicina Pediátrica	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
Neonatología		24 HORAS	24 HORAS
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Ginecología	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
Obstetricia	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS

Ilustración 3: Cartera de servicios de salud parte 2

PROCITTS	12 HORAS		
Planificación Familiar	12 HORAS		
DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Patología Clínica	12 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
Hemoterapia y Banco de Sangre	12 HORAS		24 HORAS
Anatomía Patológica	12 HORAS		
Diagnóstico por Imágenes	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Farmacia Central	12 HORAS	12 HORAS	
Farmacia Emergencia			24 HORAS
DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Nutrición y Dietética	12 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
Psicología	12 HORAS		
Servicio Social	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Odontología General	12 HORAS		
Odontología Pediátrica	12 HORAS		
OTROS SERVICIOS	CONSULTORIOS EXTERNOS	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA
Servicio de Ambulancia			24 HORAS
Seguros (SIS, SOAT)	12 HORAS	12 HORAS	24 HORAS

Ilustración 4: Cartera de servicios de salud parte 3

Característica	Puntos
Dolor migratorio en cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Dolor de rebote en el cuadrante inferior derecho	1
Fiebre $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ($\geq 99.5^{\circ}\text{F}$)	1
Leucocitosis de glóbulos blancos $\geq 10 \times 10^3$ /litro	2
Total	9

La puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y se deben buscar otros diagnósticos, una puntuación de 3-4 indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo por apendicitis.

Ilustración 5: Escala de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis aguda

<p>A. Local signs of inflammation etc.</p> <p>(1) Murphy's sign, (2) RUQ mass/pain/tenderness</p> <p>B. Systemic signs of inflammation etc.</p> <p>(1) Fever, (2) elevated CRP, (3) elevated WBC count</p> <p>C. Imaging findings</p> <p>Imaging findings characteristic of acute cholecystitis</p> <p>Suspected diagnosis: one item in A + one item in B</p> <p>Definite diagnosis: one item in A + one item in B + C</p>
--

Ilustración 6: Directrices de Tokyo 2018 - Criterios diagnósticos de colecistitis aguda

Exposiciones a alérgenos
¿Tiene síntomas de asma durante todo el año o solo en ciertas épocas del año?
¿Tienes mascotas? ¿O pájaros? ¿Están adentro o afuera la mayor parte del tiempo?
¿Has visto cucarachas en casa/escuela/trabajo en el último mes? ¿Qué hay de los roedores?
¿Hay humedad, humedad, olor a moho o moho visible en su hogar? *
Para los pacientes que viven en climas secos, ¿utiliza un enfriador evaporativo (también conocido como enfriador de pantano)? Estos refrigeradores están asociados con una mayor humedad y un aumento de moho/ácaros del polvo.
¿Empeoran sus síntomas de asma durante las temporadas de polen (p. ej., polen de árboles a principios de la primavera en Nueva Inglaterra) o en épocas más húmedas del año (sugiere moho y ácaros del polvo)?
¿Alguna vez se ha realizado pruebas cutáneas de alergia o IgE? Si es así, ¿tienes los resultados?

Ilustración 7: Preguntas claves para la identificación de desencadenantes de cuadros asmáticos parte 1

Exposiciones irritantes
¿Fumas cigarrillos? Si es así, ¿cuántas veces al día y durante cuánto tiempo ha fumado?
¿Alguien en casa/trabajo/guardería fuma?
¿Fuma cannabis (marihuana), usa cigarrillos electrónicos o vaporiza?
¿Usa una estufa de leña o una chimenea en casa?
¿Tiene estufas o calentadores sin ventilación/fuego abierto en casa?
¿Está expuesto regularmente a olores o vapores de perfumes, agentes de limpieza o aerosoles?

Ilustración 8: Preguntas clave para la identificación de desencadenantes de cuadros asmáticos parte 2

trabajo y escuela
¿Tose, respira con dificultad o necesita su inhalador más durante la semana en el trabajo/escuela que los fines de semana o cuando está fuera del trabajo/escuela?
¿Te pican los ojos o la nariz o te sientes irritado en el trabajo/escuela?
¿Los compañeros de trabajo u otros estudiantes tienen síntomas similares?
¿Está expuesto a humos, polvos o vapores en el trabajo? ¿Entonces qué?
problemas nasales
¿Tiene congestión nasal estacional o persistente, secreción nasal, goteo posnasal o disminución del sentido del olfato?
¿Tus síntomas nasales empeoran en casa/escuela/trabajo?

Ilustración 9: Preguntas clave para la identificación de desencadenantes de cuadros asmáticos parte 3

Reflujo gastroesofágico
¿Tiene acidez estomacal (sensación de ardor en el pecho)? ¿La comida regresa a su boca? ¿O sienten/sabe el ácido estomacal agrio que le sube a la garganta?
Medicamentos que pueden empeorar el asma
¿Usas gotas para los ojos? Si es así, ¿cuál? ¿Tus síntomas de asma empeoran después de tomarlos?
¿Utiliza algún medicamento que contenga bloqueadores beta o inhibidores de la ECA? ¿Ha empeorado su asma desde que comenzó a tomar este medicamento?
¿Toma aspirina u otros AINE? ¿Tus síntomas de asma se intensifican cuando los tomas?
Posible sensibilidad al sulfito³
¿Tiene síntomas, tos o dificultad para respirar después de comer camarones, frutas secas o papas procesadas o después de beber cerveza o vino?

Ilustración 10: Preguntas clave para la identificación de desencadenantes de cuadros asmáticos parte 4

Componentes de control		Clasificación del control del asma (5 a 11 años de edad)		
		Bien controlada	No bien controlado	Muy mal controlado
Discapacidad	Síntomas	≤2 días/semana, pero no más de una vez al día	>2 días/semana o múltiples veces en ≤2 días/semana	Durante todo el día
	Despertares nocturnos	≤1 vez/mes	≥2 veces/mes	≥2 veces/semana
	Interferencia con la actividad normal	Ninguno	Alguna limitación	Extremadamente limitado
	Uso de agonistas beta 2 de acción corta para el control de los síntomas (no para la prevención de la BEE)	≤2 días/semana	>2 días/semana	Varias veces al día
	Función pulmonar			
	<ul style="list-style-type: none"> FEV₁ o flujo máximo FEV₁/FVC 	<ul style="list-style-type: none"> >80% previsto/mejor valor personal >80% 	<ul style="list-style-type: none"> 60 a 80% predicho/mejor personal 75 a 80% 	<ul style="list-style-type: none"> <60% previsto/mejor valor personal <75%
Riesgo	Exacerbaciones que requieren glucocorticoides sistémicos orales	0 a 1/año		
		≥2/año (ver nota al pie)		
		Considere la gravedad y el intervalo desde la última exacerbación		
	Reducción del crecimiento pulmonar	La evaluación requiere un seguimiento a largo plazo		
	Efectos adversos relacionados con el tratamiento	Los efectos secundarios de los medicamentos pueden variar en intensidad desde ninguno hasta muy molestos y preocupantes. El nivel de intensidad no se correlaciona con niveles específicos de control, pero debe considerarse en la evaluación general del riesgo.		
Acción recomendada para el tratamiento		<ul style="list-style-type: none"> Mantener el paso actual. Seguimiento regular cada 1 a 6 meses. Considere la posibilidad de retirarse si está bien controlado durante al menos 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Suba al menos 1 escalón y Reevaluar en 2 a 6 semanas. Para los efectos secundarios, considere opciones de tratamiento alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Considere un curso corto de glucocorticoides sistémicos orales. Suba de 1 a 2 pasos, y Reevaluar en 2 semanas. Para los efectos secundarios, considere opciones de tratamiento alternativas.

Ilustración 11: Evaluación del control del asma y ajuste de tratamiento en niños de 5 a 11 años de edad

Sistema de órganos	Puntaje				
	0	1	2	3	4
Respiratorio (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	≤101
Renal*					
(creatinina sérica, micromol/L)	≤134	134-169	170-310	311-439	>439
(creatinina sérica, mg/dl)	<1.4	1.4-1.8	1.9-3.6	3.6-4.9	>4.9
Cardiovascular (presión arterial sistólica, mmHg) [†]	>90	<90, sensible a fluidos	<90, no responde a fluidos	<90, pH <7.3	<90, pH <7.2
Para pacientes no ventilados, la FiO ₂ puede estimarse a partir de lo siguiente:					
Oxígeno suplementario (L/min)	FiO ₂ (porcentaje)				
Aire de la habitación	21				
2	23				
4	30				
6-8	40				
9-10	50				

Una puntuación de 2 o más en cualquier sistema define la presencia de insuficiencia orgánica.

Ilustración 12: Escala de puntuación de Marshall para evaluar disfunción orgánica en pancreatitis aguda

Puntuación APACHE II																			
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4										
Temperatura rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30										
Pres. art. media (mmHg)	>159	130-159	110-129		70-109		50-69		<50										
Frec. cardiaca (lpm)	>179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	<40										
Frec. respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6										
Oxigenación																			
Si FIO ₂ ≥ 0.5 (AaDO ₂)	499	350-499	200-349		>200														
Si FIO ₂ ≤ 0.5 (PaO ₂)					<70	61-70		56-70	<56										
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15										
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<111										
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5										
Creatinina* (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6												
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20										
Leucocitos (x1000)	>39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1										
Suma de puntos																			
Total APS																			
15- GSC																			
Enfermedad crónica	Edad																		
			≤ 44	0															
Preoperatorio programado	2	45-54	2																
Preoperatorio urgente o médico	5	55-64	3																
		65-74	5																
		≥75	6																
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntos APS (A)</th> <th>Puntos GCS (B)</th> <th>Puntos edad (C)</th> <th>Puntos enf. previa (D)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos edad (C)	Puntos enf. previa (D)								
Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos edad (C)	Puntos enf. previa (D)																
				<table border="1"> <tr> <td>Total de puntos APACHE II A+B+C+D =</td> <td>_____</td> </tr> </table>						Total de puntos APACHE II A+B+C+D =	_____								
Total de puntos APACHE II A+B+C+D =	_____																		

Nota *: la puntuación de creatinina se deberá multiplicar por 2 en el caso de fallo renal agudo

Ilustración 13: Escala de puntuación de Apache-II como predictor de gravedad en pancreatitis aguda

Término	Definición
Clasificación por sitio de adquisición	
Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)	Una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida fuera de los entornos de atención médica.
neumonía nosocomial	Una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida en entornos hospitalarios, que abarca la neumonía adquirida en el hospital y la neumonía asociada a la ventilación mecánica.
Neumonía adquirida en el hospital (HAP)	Neumonía adquirida 2-48 horas después del ingreso hospitalario; incluye HAP y VAP.
Neumonía asociada al ventilador (NAV)	Neumonía adquirida 2-48 horas después de la intubación endotraqueal.
Neumonía asociada a la atención médica (HCAP)	Término retirado, que se refiere a la neumonía adquirida en centros de atención médica (p. ej., hogares de ancianos, centros de hemodiálisis) o después de una hospitalización reciente*
Clasificación por etiología	
Neumonía atípica	Neumonía causada por patógenos bacterianos "atípicos" [¶] (<i>Legionella</i> spp., <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Chlamydia psittaci</i> y <i>Coccidia burnetii</i>).
Neumonía por aspiración	Neumonía resultante de la entrada de líquido gástrico u orofaríngeo, que puede contener bacterias y/o tener un pH bajo, o sustancias exógenas (p. ej., partículas o líquidos de alimentos ingeridos, aceite mineral, sal o agua dulce) en las vías respiratorias inferiores.
Neumonitis química	Aspiración de sustancias (p. ej., líquido gástrico ácido) que provocan una reacción inflamatoria en las vías respiratorias inferiores, independientemente de la infección bacteriana.
Neumonía por aspiración bacteriana	Una infección activa causada por la inoculación de grandes cantidades de bacterias en los pulmones a través del contenido orofaríngeo.

* El término HCAP se utilizó para identificar a los pacientes con riesgo de infección por patógenos multiresistentes. Esta categorización puede haber sido demasiado sensible, lo que condujo a un uso mayor e inapropiadamente amplio de antibióticos.

¶ El origen del término "atípico" es un tema de debate. El término puede referirse al hecho de que estos organismos no son bacterias "típicas", que no pueden identificarse mediante técnicas microbiológicas estándar. Otros sugieren que atípica se refiere a la naturaleza leve de la neumonía causada por algunos de estos organismos en comparación con la neumonía causada por *Streptococcus pneumoniae*.

Ilustración 14: Clasificación de neumonías según su lugar de adquisición y etiología