

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA ADQUIRIDA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN  
EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y CENTRO  
DE SALUD VILLA ESTELA JUNIO 2022 – ABRIL 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

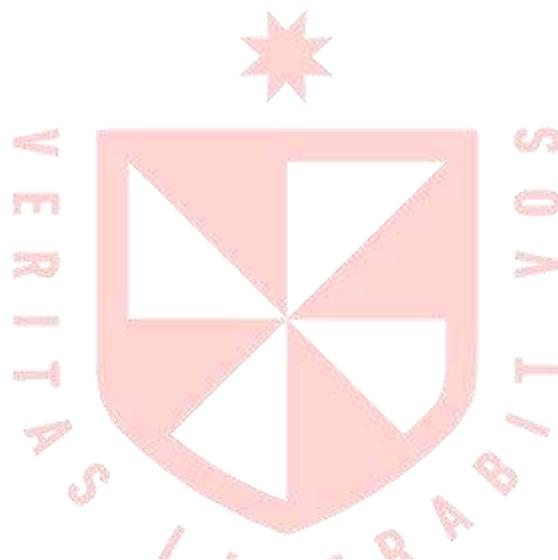
FIGRELLA MEGUMY HEREDIA MENDOZA

ASESOR

RONAL CACHI JURADO

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 ADQUIRIDA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y  
CENTRO DE SALUD VILLA ESTELA JUNIO 2022 – ABRIL 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR**

**IORELLA MEGUMY HEREDIA MENDOZA**

**ASESOR**

**DR. RONAL CACHI JURADO**

**LIMA – PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

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

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

**Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe.**

## DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mi familia que siempre estuvieron apoyándome en diversas circunstancias, ya sea en el ámbito estudiantil y sentimental. Sé que siempre estuvieron motivándome con el único propósito de ejercer la carrera que me gusto desde muy pequeña.

A mi padre que siempre me brindó su apoyo incondicional, nunca dudo de mis capacidades y a pesar de las adversidades de la vida, él siempre me ayudo a mantener firme y continuar.

A mi madre que con sus palabras me motivaban a continuar en el difícil camino de la vida.

A mi menor hijo que lo adoro con toda el alma y me acompañaba en mis noches de estudio.

A Dios que me ilumino para escoger la carrera con la que quiero trabajar el resto de mi vida con entusiasmo y optimismo; sobre todo con la capacidad de poder resolver las dolencias de los pacientes.

## ÍNDICE

PORTADA	
DEDICATORIA	
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
I.1 Rotación en Cirugía	
I.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	8
I.3 Rotación en Pediatría	13
I.4 Rotación en Medicina Interna	17
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	
II.1. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	24
II.2. Centro de Salud Villa Estela	25
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	27
III.1 Rotación en Cirugía	
III.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	30
III.3 Rotación en Pediatría	34
III.4 Rotación en Medicina Interna	42
CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	5

## RESUMEN

En el presente trabajo se describe la satisfactoria experiencia en el ámbito hospitalario el cual fue cursado durante el último año de la carrera de medicina humana; este periodo de 10 meses llamado internado médico ya que permaneces durante largo tiempo dentro del hospital realizando diferentes procedimientos clínicos y la relación médico paciente con el único propósito de formar a un buen profesional de la salud. Las rotaciones fueron de las 4 especialidades como Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y el Centro de Salud Villa Estela. Desde el momento que el paciente llega al hospital e ingresa por emergencia o por consultorio se debe mantener una buena comunicación horizontal para recopilar toda la información necesaria que nos servirá para plasmar en la historia clínica. Cabe resaltar que la elaboración de la historia clínica por parte del interno de medicina debe ser detallada, pero con información relevante. Para complementar dicho aprendizaje se detallará los casos clínicos más relevantes durante la estancia hospitalaria y el primer nivel de atención. Cabe resaltar que al iniciar la labor como médico se empezará por el primer nivel de atención por tal motivo suma la importancia de reconocer las patologías más frecuentes en dicho lugar. En el ámbito hospitalario el manejo clínico fue orientado por los médicos residentes y los conocimientos fueron reforzados por los médicos asistentes, de tal manera que se logró el propósito del aprendizaje. Cada caso clínico se logró resolver a tiempo sin presentar alguna otra complicación; de tal forma la evolución fue favorable.

**Objetivo:** Describir el manejo de forma correcta y puntual de los casos clínicos durante el periodo comprendido entre junio del 2022 a abril del 2023 en el internado médico.

**Materiales y métodos:** El material de estudio está conformado por los pacientes que acudieron para atención médica al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y el Centro de Salud Villa Estela, por cada rotación se explicará dos casos clínicos.

**Resultados:** Cirugía: Caso N°1: apendicitis aguda. Caso N°2: colecistitis aguda. Ginecología y obstetricia: Caso N°3: pielonefritis. Caso N°4: Mola hidatiforme.

Pediatría: Caso N°5: bronquiolitis. Caso N°6: crup viral. Medicina Interna: Caso N°7: cetoacidosis diabética. Caso N°8: intoxicación por metanol.

**Palabras Clave:** Apendicitis aguda, colecistitis aguda, pielonefritis, mola, bronquiolitis, crup viral, cetoacidosis.

**Conclusiones:** La etapa final de la carrera de medicina humana es el internado médico que consiste en realizar prácticas clínicas en el hospital para completar el aprendizaje teórico de los años anteriores y poder practicar la relación médico paciente, la experiencia es satisfactoria cuando se puede atender las patologías de los pacientes y calmar sus dolencias.

## ABSTRACT

In the present work I will describe the pleasant and satisfactory experience in the hospital environment which was completed during the last year of the human medicine career; This 10-month period is called a medical internship since you stay for a long time in the hospital performing different clinical procedures and the doctor-patient relationship with the sole purpose of training a good health professional. The rotations were from the 4 specialties such as Surgery, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics and Internal Medicine at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital and the Villa Estela Health Center. From the moment the patient arrives at the hospital and is admitted for an emergency or by an-office, good horizontal communication must be maintained to collect all the necessary information that will help us to record it in the clinical history. It should be noted that the preparation of the clinical history by the medical intern must be detailed, but with relevant information. To complement this learning, the most relevant clinical cases during the hospital stay and the first level of care will be detailed. It should be noted that when starting work as a doctor, you will start with the first level of care, for this reason it adds the importance of recognizing the most frequent pathologies in that place.

In the hospital setting, clinical management was guided by resident physicians and knowledge was reinforced by attending physicians, in such a way that the purpose of learning was achieved. Each clinical case was resolved on time without presenting any other complication; in such a way the evolution was favorable.

**Objective:** Describe the correct and timely management of clinical cases during the period from June 2022 to April 2023 in the medical internship.

**Materials and methods:** The study material is made up of the patients who came for medical attention at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital and the Villa Estela Health Center, for each rotation two clinical cases will be explained.

**Results:** Surgery: Case No. 1: Acute appendicitis. Case No. 2: acute cholecystitis. Gynecology and obstetrics: Case No. 3: pyelonephritis. Case No. 4: Hydatidiform mole. Pediatrics: Case No. 5: bronchiolitis. Case No. 6: viral croup.

Internal Medicine: Case No. 7: diabetic ketoacidosis. Case No. 8: methanol poisoning.

Keywords: Acute appendicitis, acute cholecystitis, pyelonephritis, mole, bronchiolitis, viral croup, diabetic ketoacidosis, methanol poisoning.

Conclusions: The final stage of the human medicine career is the medical internship that consists of carrying out clinical practices in the hospital to complete the theoretical learning of the previous years and to be able to practice the doctor-patient relationship, the experience is satisfactory when it is possible to attend to the pathologies of patients and calm their ailments.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA ADQUIRIDA DURANTE EL INTERNADO**

AUTOR

**FIGRELLA MEGUMY HEREDIA**

RECuento de palabras

**15003 Words**

RECuento de caracteres

**82337 Characters**

RECuento de páginas

**69 Pages**

Tamaño del archivo

**1.5MB**

Fecha de entrega

**Jun 23, 2023 4:15 PM GMT-5**

Fecha del informe

**Jun 23, 2023 4:16 PM GMT-5**

● **12% de similitud general**

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

## INTRODUCCIÓN

La etapa final de la carrera de medicina humana es el internado médico el cual consiste en asistir al hospital y al centro de salud para ejercer la labor de atender al paciente y brindarle la atención necesaria a su patología o dolencia. Durante el proceso se complementa y afianza conocimientos adquiridos previamente durante los primeros 6 años de la carrera en la formación del estudiante de medicina para ejercerlo en la práctica clínica.

En el ambiente hospitalario el cargo de interno es el que ocupa el practicante de medicina humana del último año de formación cuya función es realizar la historia clínica que como parte de ella es el adecuado examen físico para realizar un plan de trabajo adecuado. Asimismo, se encarga de la evolución diaria del paciente y los diversos procedimientos que implica en cada rotación. Todo ello con la finalidad de formar al médico general en la capacidad resolutive y oportuna de solucionar las distintas patologías que aqueja al paciente que acude al establecimiento de salud.

El presente trabajo se centra en presentar los 8 casos clínicos más relevantes durante el periodo que realice el internado médico cuando rote por las 4 especialidades principales como Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna; ya sea en consultorio, emergencia, hospitalización y sala de cirugía. Asimismo, se menciona el manejo asertivo y oportuno de dichos casos clínicos los cuales se presentaron la oportunidad de atenderlos como interna de medicina y guiado por los residentes de cada especialidad.

En la práctica clínica la razón de participar en cada procedimiento depende mucho de cada interno, ya que poner mayor énfasis a cada rotación será de mucha utilidad como parte de la formación del futuro galeno. Como parte de la formación del interno de medicina, en los establecimientos de salud también nos enseñan que se debe considerar el buen trato al paciente y que dicho actuar está implicado en la relación médico paciente de manera horizontal. Esa postura nos permitirá poder ver al paciente como un todo y no como un ente portador de enfermedad.

Además de atender a los pacientes, se realizó la promoción y prevención en salud, también se participó en el programa de vacunación y en el programa de

tuberculosis durante la rotación en el centro de salud. Cabe resaltar que formar parte de estos programas fortaleció los conocimientos y habilidades en la práctica, lo cual se proyectó en la comunidad. Las campañas de salud ofrecidas por el centro de salud a la población en general se suman a la lista de actividades y que además se cumplió la función de médico.

Por tal motivo se afirma que la formación del interno de medicina es holístico y humanista, que no solo busca ver patologías sino brindar la ayuda necesaria a la población.

Se asumió la responsabilidad de interna de medicina en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ubicado en el distrito de Puente Piedra, cuya rotación fue por las cuatro especialidades durante 5 meses, posterior a ello el internado continuó en el Centro de Salud Villa Estela, ubicado en el distrito de Ancón, durante otros 5 meses en el periodo desde junio del 2022 hasta marzo del 2023.

En ambos establecimientos de salud de diferente nivel se obtuvo la satisfacción de ver diferentes casos clínicos, atender a los pacientes y la capacidad de resolver las dolencias.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La formación del médico general inicia con la formación de ciencias básicas, semiología y fisiopatología durante la estancia en el campus universitario la cual se suma a las prácticas clínicas que se realizan en el ambiente hospitalario. Y como parte final de dicha formación se lleva a cabo el internado médico.

Durante la etapa del internado médico, el estudiante de medicina pasa a ser llamado interno de medicina para cumplir la función de un médico. Se asume dicha etapa con mucha sensatez y seriedad porque se tiene a cargo a pacientes que son personas y por ende implica que existe responsabilidad legal.

Poner en práctica todos los conocimientos previamente adquiridos en la etapa universitaria favorece en la formación del interno de medicina; ya que servirá en la formación integral del futuro médico. Esta formación basada en los conocimientos se complementa con el valor ético y moral porque se debe respetar el pudor del paciente y respetarlo como persona. Todo lo mencionado estará reflejado en el comportamiento del interno de medicina, quien debe tomar la iniciativa de formarse con principios y valores.

A continuación, explicaré los 8 casos clínicos basados durante las rotaciones en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y el Centro de Salud Villa Estela.

### **I.1 Rotación de Cirugía**

Al ingresar al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz inicie el internado médico con la rotación de cirugía; el cual tuvo un tiempo de duración de un mes y una semana que comprende desde el 1 de junio del 2022 hasta el 6 de julio del 2022.

#### **Caso clínico N°1**

##### **Anamnesis**

Paciente mujer de 15 años procedente de Puente Piedra, sin antecedentes de importancia ingresa por el servicio de emergencia de cirugía acompañada de su madre quien refiere que la menor presenta dolor en fosa iliaca derecha con intensidad 6/10 desde hace 5 días y que no cede con el uso de analgésicos ni

antibióticos los cuales fueron recetados en una clínica particular, al no haber mejoría acude al servicio. También refiere que cuenta con prueba de embarazo cualitativa que es negativo. Al momento del ingreso la menor refiere que ha disminuido el apetito y que no hace deposiciones desde hace 3 días, niega sensación de alza térmica, niega náuseas y vómitos, niega cefalea.

Antecedentes personales: ninguno

Antecedentes patológicos: ninguno

Funciones vitales: PA: 100/60 mmhg, FC: 80 lpm, FR: 18 rpm, SatO<sub>2</sub>: 97%, T° 37.3°C.

Al examen físico:

AREG, AREN, AREH. LOTEP

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", no ictericia.

Abdomen: no distendido, blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio, Mc Burney (+), Blumberg (+), Rovsing (+). Además, a la palpación profunda presencia de masa de aproximadamente 4 x 3 cm en fosa iliaca derecha.

Diagnósticos presuntivos:

- Apendicitis aguda
- D/C plastrón apendicular
- D/C patología ginecológica

Exámenes auxiliares:

Hemoglobina: 13 g/dl, Hto: 39%, Leucocitos: 15,000, Plaquetas: 350,000,

PCR: 2.7,

Ecografía abdominal: se visualiza masa concéntrica hipocogénica y anecogénica que mide 50 x 40 x 46 mm en relación con plastrón apendicular.

Se le solicita a la paciente realizarse una tomografía abdomino pélvica con contraste como prueba confirmatoria.

Obteniendo como resultado imagen heterogénea que corresponde a masa inflamatoria rodeada de asas en fosa iliaca derecha.

Diagnóstico definitivo:

Apendicitis aguda

Por tal motivo se procede a internar a la paciente y prepararla para su ingreso a sala de operaciones, ya que contamos con la prueba confirmatoria que es la tomografía abdomino pélvica.

Manejo:

NPO

NaCl 0.9% 1000 cc EV (1) (2)

Ceftriaxona 1gr EV c/12hr

Metronidazol 500 gr EV c/8 hrs

Metamizol 1gr EV c/8 hrs

Ranitidina 50 gr EV c/8 hrs

Control de funciones vitales

Después de darle tratamiento profiláctico y preparar los prequirúrgicos se procede a ingresarla a sala de operaciones para apendicectomía laparoscópica. En el reporte operatorio se evidencia apéndice cecal aproximadamente 8 x 1 cm supurada en toda su extensión, base indemne en posición para cecal con base indemne rodeada de asas. Por lo que se evidencia discordancia entre el hallazgo intraoperatorio y la tomografía abdominal, existe la posibilidad que la tomografía no fue realizada adecuadamente por lo que las imágenes nos mostraban otro hallazgo. Tal es el caso que no se encontró signos de plastrón apendicular.

El procedimiento que se realizó fue incisión transumbilical neumoperitoneo semiabierto, colocación de trocánter 1 y liberación de apéndice cecal, puntos laparoscópicos bien afrontados. La paciente tolera el acto quirúrgico y pasa a la unidad de recuperación post anestésica. En su primer día de post operatorio presento evolución favorable, no presento fiebre, eliminaba flatos, leve dolor en sitio operatorio, no se evidencia signos de flogosis en el sitio operatorio.

Cumple los criterios para el alta médica que son tolerar la vía oral, afebril y deambular. Por lo que a los 3 días se decide darle de alta con la indicación que regrese para el retiro de puntos y con indicación antibiótica para la casa.

## **Caso clínico N°2**

### Anamnesis

Paciente varón de 52 años, procedente de Carabayllo, acude por el servicio de emergencia refiriendo que presentó dolor en epigastrio y después de 6 horas migró a hipocondrio derecho de moderada intensidad 7/10 que cede parcialmente con el uso de antiespasmódico Hioscina, pero en este episodio no logra cesar el dolor después del uso de este medicamento, por lo que acude al hospital, al momento del ingreso niega sensación de alza térmica. El paciente presenta un tiempo de enfermedad de 2 años que es controlado con el uso de analgésico y antiespasmódico. Hace 6 meses lo evaluaron en consultorio de cirugía con resultados de ecografía abdominal donde se evidencia múltiples cálculos de aproximadamente 10 x 15 mm en vesícula biliar. Por lo que se le recomienda dieta baja en grasa y a la espera de entrar a sala de operaciones.

Antecedentes personales: ninguno

Antecedentes patológicos: ninguno

Funciones vitales: PA 130/80 mmhg, FC 80 lpm, FR 22 rpm, T° 37.2°C

AREG, AREN, AREH

Piel: tibia, hidratada y elástica, ictericia leve (+)

Abdomen: no distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+).

SNC: LOTEPEG 15/15

Diagnósticos presuntivos:

- Colecistitis aguda calculosa

Exámenes auxiliares:

Hemoglobina: 14 g/dl, Hto: 42%, Leucocitos: 13,000, plaquetas: 450,000, PCR: 2 mg/dl. TGP:70, TGO: 60, Bilirrubina total: 1,6 mg/dl, Fosfatasa alcalina: 150.

Ecografía abdominal: pared vesicular 8mm con presencia de edema, en su interior se observa múltiples cálculos en su interior.

Diagnóstico definitivo:

- Colecistitis aguda calculosa + hidropiocollecisto

Se procede a preparar los prequirúrgicos y al manejo profiláctico en el paciente previo al ingreso a sala de operaciones

Manejo:

NPO

NaCl 0.9% 1000 cc EV (1) (2)

Ceftriaxona 1gr EV c/12hr

Metronidazol 500 gr EV c/8 hrs

Metamizol 1gr EV c/8 hrs

Ranitidina 50 gr EV c/8 hrs

Control de funciones vitales

Después del manejo profiláctico, el paciente ingresa a sala para una colecistectomía laparoscópica evidenciándose colecistitis aguda calculosa + hidropiocollecisto. En el hallazgo se obtuvo una vesícula biliar de 12 x 6 x 1 cm con paredes engrosadas y edematosas, múltiples cálculos de 15 x 20 mm, conducto cístico de 4 mm, colédoco no dilatado y múltiples adherencias epiploicas.

Después del procedimiento quirúrgico el paciente paso a la unidad de recuperación post anestésica en la que recibió tratamiento con ceftriaxona 1 gr EV c/12 hrs, metamizol 500 gr EV c/8 hrs, metoclopramida 10 mg EV c/12 hrs, dimenhidrinato 50 mg EV c/24hrs.

Al día siguiente la evolución del paciente fue favorable porque eliminaba flatos y deambulaba y se inició la tolerancia oral. Durante los días de estancia hospitalaria el paciente cursaba afebril por lo que se le dio de alta. Como parte de las indicaciones del alta es la explicación de los signos de alarma y su control por consultorio externo a los 7 días.

## I.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Durante el periodo del 07 de julio 2022 hasta el 11 de agosto del 2022 inicié mi rotación por el servicio de ginecología y obstetricia en el área de hospitalización en el cual se evolucionaba a las puérperas, post operadas y a las pacientes de alto riesgo obstétrico. En el presente segmento describiré dos casos clínicos, el primero lo recibí en emergencia y el segundo lo evolucioné en hospitalización.

### **Caso clínico N°3**

#### **Anamnesis**

Paciente multigesta de 20 años, ama de casa, procedente de Puente Piedra, con 21 3/7 semanas de gestación según ecografía de primer trimestre y sin controles prenatales. Acude al servicio de emergencia de ginecología por presentar sensación de alza térmica la cual fue cuantificada con 38.4 °C en la casa y escalofríos asociado a dolor en la región lumbar y cefalea de intensidad leve. La paciente niega haber recibido algún tratamiento por los síntomas que presentaba, niega haber tenido relaciones sexuales y niega pérdida de líquido, niega otras molestias. Al momento del ingreso se le solicita urocultivo, examen de orina, hemograma antes de iniciar con el tratamiento empírico y ecografía abdominal.

Antecedentes personales: ninguno RAM: ninguno

Antecedentes ginecológicos:

Menarquia: 12 años Régimen Catamenial: 5/30

Inicio de RS: 13 años Andría: 1

Antecedentes obstétricos: G4P3003

- G1: 2017, recién nacido a término, varón, peso 3,7 kg, parto por cesárea por pelvis estrecha
- G2: 2018, recién nacido a término, varón, peso 3,5 kg, parto por cesárea por período intergenésico corto.
- G3: 2020, recién nacido a término, varón, peso 3.6 kg, parto por cesárea por tener cesáreas previas.
- G4: gestación actual

Funciones vitales:

PA: 130/80 mmhg, FC: 90 lpm, FR; 25 rpm, T°: 38.4°C, SatO2: 97%

Peso: 56 kg      Talla: 1.62cm

Examen físico:

Piel: tibia, hidratada y elástica. Palidez leve. No ictericia

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Mamas: blandas, indolora, no secretora.

Abdomen: globulosos por útero grávido, AU: 22cm, LCF: 14 x', SPP: LC, MF: ++, DU (-).

Genito urinario: PPL (+) a predominio en el lado derecho

Tacto vaginal: Cérvix posterior blando, cerrado, no sangrado vaginal.

Sistema nervioso central: LOTEPE EG 15/15.

Diagnostico presuntivo:

- Gestante de 20 3/7 semanas x ecografía de 1° Trimestre
- D/C infección urinaria complicada

Laboratorio:

PCR: 14.3    Glucosa: 109.3 mg/dl    Creatinina: 0.61

Creatinina quinasa (CPK): 440.1 U/L

Lactato deshidrogenasa (DHL): 290.8 U/L.

Examen de Orina:

pH: 6.0                      Leucocitos: >100 x campo                      Hematíes: 2 – 3 x C

Gérmenes: 3 (+)      Leucocitos aglutinados: 2(+)                      Sangre: 1+

Nitritos: Positivo

Ecografía abdominal: Sin alteraciones en el apéndice cecal.

Diagnóstico definitivo:

- Gestante de 20 3/7 semanas x ecografía de 1° Trimestre
- Pielonefritis

Plan:

- Hidratación
- Antibioticoterapia
- Antipirético PRN T° > 38°C
- Seguimiento de urocultivo

Se procede a hospitalizar a la paciente; se inicia el manejo hidratándola con NaCl 0.9% 1000 ml y se le administra paracetamol de 500 mg cada 8 horas VO para disminuir la fiebre y con los resultados de laboratorio se inicia antibioticoterapia con Ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas. Como la fiebre no remitía a las 6 horas después del ingreso se decide cambiar el paracetamol por Metamizol 1 gr EV. Al segundo día de hospitalización la cefalea bitemporal persistía por lo que se decide continuar con el metamizol de forma horaria. Al tercer día de hospitalización la paciente no presentó molestias, la fiebre remitió y la cefalea también. Y según el urocultivo se encontró *Escherichia coli* por lo que se decide continuar con el tratamiento de ceftriaxona hasta completar 5 días. Al sexto día de hospitalización durante la visita la paciente no refiere ninguna molestia por lo que se decide darle el alta médica. Cabe resaltar que durante los cinco días de hospitalización se realizó la monitorización de los movimientos fetales, control de las funciones vitales y observación de los signos de alarma por tal razón la evolución fue favorable.

## Caso Clínico N°4

Paciente mujer de 42 años, procedente de Zapallal, nulípara acude a emergencia por presentar metrorragia asociado a dolor en hipogastrio con intensidad 6/10 y que no cedía al uso de analgésicos. Asimismo, refiere que una semana antes del ingreso presentó náuseas y vómitos por lo que se automedicó y sin darle mayor importancia. Acude al servicio acompañada de su pareja quien refiere que la paciente presentó sangrado vaginal esporádico desde hace 3 meses y que cuenta con ecografía de una clínica particular donde le realizaron una ecografía transvaginal dos horas antes del ingreso y con resultados acude al servicio.

Al momento del ingreso se le solicita ecografía transvaginal, hemograma completo y examen de orina.

Antecedentes personales: ninguno RAM: ninguno

Antecedentes quirúrgicos: ninguno

Antecedentes ginecológicos:

Menarquia: 11 años Inicio de RS: 19 años Andría: 4

Funciones vitales:

PA: 110/60 mmhg, FC: 70 lpm, FR: 18 rpm, T°: 37.3°C, SatO<sub>2</sub>: 97%

Peso: 60 kg Talla: 1.65cm

Examen físico:

Piel: tibia, hidratada y elástica. Palidez leve. No ictericia

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Mamas: blandas, indolora, no secretora.

Abdomen: AU: 12cm, no se percibe movimientos fetales ni latidos cardiacos fetales.

Tacto vaginal: Cérvix posterior blando, cerrado, sangrado vaginal escaso.

Sistema nervioso central: LOTEP EG 15/15.

Diagnostico presuntivo:

- Hemorragia uterina anormal
- D/C Pólipo
- D/C mioma submucoso

Laboratorio:

PCR: 0.8      Glucosa: 110 mg/dl      Creatinina: 0.61

Hemograma:

Hemoglobina: 12.3 mg/dl      Hto: 37%      GS: A+

BHCG: 200 mil

Examen de Orina:

pH: 6.0                      Leucocitos: 8 x campo                      Hematíes: 2 – 3 x C

Gérmenes: (-)              Leucocitos aglutinados: (-)              Sangre: 1+

Nitritos: Negativo

Ecografía transvaginal:

Útero ocupado por imagen en panal de abejas.

Ecografía transvaginal Doppler:

Se evidencia vascularización periférica propio del tejido trofoblástico.

Diagnóstico definitivo:

- Gestación no evolutiva
- Mola total

Plan:

- Ecografía TV
- Legrado uterino
- Control seriado de BHCG

Se procede a hospitalizar a la paciente después de recibir los resultados de la ecografía transvaginal en la que se visualiza la clásica imagen en racimos de uva. Por lo que se procede a preparar a la paciente para el procedimiento de legrado uterino. Después del procedimiento se solicita otra prueba de BHCG y se le indica a la paciente que el control continuara a la sexta semana hasta que los niveles del BHCG sean indetectables. La evolución de la paciente fue favorable por lo que es dada de alta al segundo día.

### I.3 Rotación en Pediatría:

Durante el periodo 12 de agosto del 2022 hasta el 16 de septiembre del 2022 inicie mi rotación por el servicio de pediatría en el área de sala de partos, donde se evaluaba al recién nacido. Esta evaluación comprendía el secado y aspiración de secreciones si era necesario, profilaxis ocular, cordón umbilical administración de vitamina k y vacuna contra BCG y la evaluación del APGAR. Después se le entregaba a la madre para que identifique el sexo de su bebé.

Posteriormente rote por el área de alojamiento conjunto en el cual se evaluaba de forma integral al recién nacido y también a la madre; porque es muy importante saber cómo se encuentra la madre para que le brinde la mejor atención a su bebé. Las preguntas frecuentes eran si es su primer bebé así podríamos tener la certeza que la madre tiene conocimiento sobre la lactancia y la detección de signos de alarma. Después en el examen físico al recién nacido se evaluaba el moldeamiento cefálico, mancha mongólica, eritema toxico neonatal, perlas de Epstein, repliegue vaginal; con la finalidad de descartar lesiones en abdomen o genitales. Si todo se encontraba dentro de los parámetros normales el recién nacido era dado de alto junto con la madre. Otra área era la de emergencia donde se recibía a lactantes, niños con diferentes patologías como crisis asmática, convulsiones, neumonía, angioedema, entre otras.

También en el Centro de Salud Villa Estela se atendía y se manejaba a los pacientes pediátricos, por tal motivo mencionaré dos casos clínicos resueltos en dicho establecimiento de salud. Cuando existe un buen criterio clínico de las patologías más frecuentes en pacientes pediátricos se puede manejar desde el

primer nivel sin que exista de necesidad de derivar al paciente pediátrico al hospital porque cuentan con exámenes auxiliares y área de hospitalización.

Caso Clínico N°5:

Anamnesis

Madre acude con lactante menor de 7 meses y refiere que desde hace 3 días inicio con fiebre cuantificada de 38.6° C para lo cual le administro 27 gotas de paracetamol en 2 episodios que logró remitir. Además, presentó secreción nasal que fue aumentando con el paso de los días asociado a tos no productiva; por tal motivo le aplicó pomada en la región pectoral del lactante menor durante 2 noches, al no ver mejoría decide llevarlo al centro de salud.

Antecedente personal: Prematuridad

Funciones vitales:

FC: 150 lpm, FR; 52 rpm, T°: 37.3°C, SatO2: 97%

Peso: 9 kg            Talla: 70cm

Examen físico:

Piel: tibia, hidratada y elástica. No palidez. No ictericia

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: se ausculta sibilantes al final de la espiración en ambos ápices.

Diagnósticos presuntivos:

- Neumonía
- Asma
- Bronquiolitis

Diagnóstico definitivo:

Bronquiolitis aguda

Plan:

Aspiración de la secreción nasal

Darle oxígeno si la saturación es menor del 92%.

Hidratación

Nebulizarlo con cloruro de sodio al 0.9%

Al momento del examen físico se ausculta sibilantes al final de la espiración en ambos ápices y se visualiza abundante secreción nasal. Por lo que se decide hacer limpieza nasal con suero fisiológico con ayuda del personal técnico porque el lactante estaba irritable. Por lo que se determina que el diagnóstico definitivo es bronquiolitis. Para el manejo adecuado se debe determinar la gravedad y para ello se utiliza el score de ESBA donde se obtiene un puntaje de 3 lo que significa que es leve. Entonces se procede a nebulizarlo con 2ml de suero fisiológico en 3 oportunidades. Posterior a ello se reevalúa al lactante y a la auscultación no se percibe ruidos agregados, mostrándose menos irritable. En todo momento no hubo problemas para la lactancia. Al ver la mejoría se decide darle tratamiento para la casa, lo cual consiste en la aspiración constante de la secreción nasal. También se le indica a la madre que le ofrezca líquido tibio para ayudar a la eliminación del moco y lactancia materna a libre demanda. Por último, se le explica los signos de alarma a la madre para que acuda rápidamente a emergencia, los cuales son: dificultad para respirar o que se muestre irritable y no quiera lactar, si persiste o reaparece la fiebre o si no muestra mejoría después del tratamiento. Con todas las indicaciones previas se envía a la madre del menor a casa.

## Caso Clínico N°6

### Anamnesis:

Lactante mayor de 1 año y 6 meses acude acompañado de su madre quien refiere que desde hace 24 horas presenta fiebre de 38.5°C, cuantificado en triaje, asociado a tos persistente que le impide respirar por un espacio de 6 segundos, también presenta secreción nasal desde hace 2 días. Solo le aplico medios físicos para disminuir la fiebre y por ello acude al centro de salud. Además, la madre refiere que su hijo mayor de 10 años es asmático por lo teme que el lactante mayor desencadene crisis asmática.

Antecedente personal: ninguno

Antecedente familiar: hermano mayor con diagnóstico de asma

### Funciones vitales:

FC: 110 lpm, FR:40 rpm, T°: 38.5°C, SatO<sub>2</sub>: 97%

Peso: 12 kg

### Examen físico:

Piel: tibia, hidratada y elástica. No palidez. No ictericia

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: se ausculta roncales en ambos ápices.

### Diagnósticos presuntivos:

- Crup viral
- Crup espasmódico

Se ausculta al lactante mayor y se percibe roncales en ambos ápices asociado a abundante secreción nasal.

### Diagnóstico definitivo:

- Crup viral

Plan:

Primero se controló la fiebre con paracetamol de 7.5 ml, lo cual remitió a la hora. Para iniciar el tratamiento de un crup viral nos basamos en el Score de Wetsley, considerando que en este caso clínico presenta un puntaje de 2 que es leve. Se indica en la receta Dexametasona 4.5 ml cada 12 horas por tres días. Se le explica a la madre que la tos remitirá en 1 o 2 semanas para que no cause preocupación y que no le vaya a comprar en la farmacia algún antitusígeno o broncolítico, que usualmente lo adquieren porque en el paciente pediátrico demora en remitir la tos. Y se le recomienda a la madre aire humidificado para que la secreción nasal sea menos densa, por tal motivo debe realizar los lavados nasales en casa para que permanezca permeabilizado las fosas nasales. Se le explica los signos de alarma a la madre y se le envía a casa para la administración de medicamentos y en control en 5 días.

I.4 Rotación en Medicina Interna:

Durante el periodo 17 de septiembre del 2022 hasta el 31 de octubre del 2022 inicie mi rotación por el servicio de medicina interna en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para que después pase al Centro de Salud Villa Estela y culmine los 5 meses de rotación completando los 10 meses de rotación.

En el Centro de Salud como medicina general con frecuencia asistían pacientes continuadores para recibir medicamentos como antihipertensivos e hipoglucemiantes. Y también asistían por las patologías más frecuentes como gastroenteritis, crisis hiperglicémicas, faringitis, anemia, tiña corporis, urticaria, mordedura de perro, infección urinaria. Es importante conocer el manejo de estas patologías porque el médico serumista inicia en un establecimiento de salud de primer nivel y como interno de medicina adaptarse a estas patologías aportará en su aprendizaje.

El primer día de la rotación de medicina interna en el hospital se inició en el servicio de emergencia, por tal motivo mencionaré los dos casos clínicos más relevantes en mi primera guardia.

## Caso Clínico N°7

### Anamnesis

Pcte varón ASM de 31 años procedente de Puente Piedra es traído por familiar (padre) quien refiere que desde hace 15 días inicia con pérdida de peso, cansancio, sed, orina poco, dolor abdominal, falta de apetito, náuseas y vómitos. Dos horas antes del ingreso los síntomas se exacerbaron hasta perder el conocimiento, por lo que deciden ingresarlo por emergencia.

Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 5 años por lo que recibe tratamiento con Metformina de 850 mg 1 tableta cada 12 horas.

Funciones vitales: PA: 100/55 mmhg, FC: 120 lpm, FR: 24 rpm, SatO<sub>2</sub>: 98%

Examen físico:

Piel y faneras: secas, no elástica

Cardiovascular: ruidos cardiacos taquicárdicos.

Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos, no estertores.

Abdomen: blando, depresible, doloroso en hemiabdomen inferior.

SNC: LOTEPE

Diagnósticos presuntivos:

- D/C Cetoacidosis diabética

Plan:

- Hospitalización
- Se solicita AGA
- Exámenes de laboratorio

Manejo:

NaCl 0.9% 1000 cc → I – II – III – EV

Tramadol SC 1 ampolla

Dimenhidrinato 1 ampolla + NaCl 0.9% 100 cc → EV lento

**Exámenes auxiliares:**

Examen de orina:

Glucosa: 2 ++      Cuerpos cetónicos: 3+++

Hemograma:

Glucosa: 441.6 mg/dl      Hemoglobina: 16.6 g/dl      Hto: 50.6%

Neutrófilos: 13.9      Linfocitos: 6.8%

AGA:

pH= 7.061    Pco2= 8.4    pO2=140    SatO2=98%

K= 2      Na=140      Ca: 1.18      Cl: 118      Lac: 1.8

HCO3: 6.6    Anión Gap: 24

Diagnóstico definitivo:

- Cetoacidosis moderada
- Diabetes Mellitus tipo 2 debut
- Trastorno hidroelectrolítico: hipokalemia severa
- Obesidad

Plan:

Corrección de medio interno

Iniciar infusión de Insulina.

Tratamiento:

Al momento del ingreso se realiza un Hemoglucotest con resultado de HIGH, por lo que se solicita AGA, hemograma completo y otros exámenes auxiliares. Se ingresa al paciente a la unidad de trauma shock y se evalúa con resultados de laboratorio por lo que se decide darle retos de potasio para corregir el medio interno, y control de glucosa cada dos horas para posterior reevaluación.

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc + Cl K 20% 1 ampolla → I – II – III – IV
- Omeprazol 40 mg EV c/24hrs.

Pasar 3 retos de potasio: EV pasar en 60' cada reto

- NaCl 0.9 % 85cc
- Cl K 20% 10cc
- HCO3 8.4% 03cc
- Lidocaína 2% 02cc
- Hemoglucotest cada 2 horas
- Control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico
- Bicarbonato de Sodio 8.4% 05 ampollas EV STAT

Se reevalúa al paciente después de 4 horas con nuevo AGA con los siguientes resultados:

pH= 7.142 Pco2= 9.8 pO2=136 SatO2=98%

K= 5.4 Na=144 Ca: 1.17 Cl: 125 Lac: 1.1

HCO3: 7.9 PaFI: 646

Con el nuevo resultado del AGA se decide iniciar con Insulina R 100 UI + NaCl 0.9% 100 cc → 7cc/h. Y se solicita nuevo AGA en dos horas y el resto de las indicaciones continúa igual.

A la reevaluación en dos horas, el paciente refiere mejoría sintomática y al examen físico luce despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no focaliza. El ritmo cardiaco continúa taquicárdico, no soplos. La sonda Foley esta permeable con diuresis de 100 cc al momento de la evaluación. Con el nuevo resultado del AGA tenemos que el pH: 7.159, K: 3.8, HCO3: 9.1 y glucosa: 189 mg/dl. Los criterios de resolución de cetoacidosis mejoraron por lo que se continúa monitorizando el flujo urinario y pasan al paciente a observación con las siguientes indicaciones:

- Dieta blanda VT 1500 cc + LAV
- Dextrosa 10% 1000cc
- NaCl 20% 1 ampolla

- Cl K 20% 1 ampolla
- Ceftriaxona 2 gr c/24 horas
- Insulina cristalina 100UI
- NaCl 0.9 % 100cc
- Hemoglucotest cada 6 horas
- Control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico

Se deja indicaciones que al lograr el objetivo terapéutico de pH > 7.2, HCO<sub>3</sub>: >15 y glucosa: < 250 mg/dl se inicie con Insulina NPH 10UI a las 8 am y 5UI a las 4 pm, dicho manejo es realizado según los criterios de resolución de la cetoacidosis diabética.

### **Caso Clínico N°8:**

#### **Anamnesis**

Paciente varón AMR de 46 años es traído por su padre quien refiere que desde hace 2 días presenta vómitos asociado a disminución de la agudeza visual. Una hora antes del ingreso a emergencia presentó desorientación, vómitos intensos y ceguera; por lo cual deciden traerlo al hospital. Además, el familiar refiere que el paciente estuvo ingiriendo alcohol “punto de oro” 3 días antes del ingreso al hospital. Por lo que se solicita AGA y electrolitos al momento del ingreso.

Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2

Medicación habitual: niega

RAM: niega

Funciones vitales:

PA: 170/110 mmhg FC: 110 lpm, FR: 30 rpm, Sat O<sub>2</sub>: 96%

Paciente en MEG, ventilando espontáneamente.

Examen físico:

Piel y faneras: seca, no ictericia no edemas.

Ojos: pupilas midriáticas.

Cardiovascular: ruidos cardiacos taquicárdicos, no soplos

Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos, no ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación.

SNC: no impresiona signos meníngeos.

Diagnostico presuntivo:

- Intoxicación por Metanol

Exámenes auxiliares: AGA

pH: 6.888    Pco2: 8.2    Po2: 146    SatO2: 96.9%    K: 5.6

Na: 144    Lactato: 9.6    HCO3: 4.8    Anión Gap: 39.1

Diagnóstico definitivo:

- Intoxicación por metanol
- Acidosis metabólica severa

Plan:

- Hidratación
- Colocación de sonda nasogástrica y Foley
- Antídoto
- Se solicita exámenes auxiliares
- Interconsulta con UCI, UCIN

### **Tratamiento:**

Por los episodios de vómitos a repetición se decide iniciar con la hidratación de cloruro de sodio, después de recibir el resultado del AGA se plantea el siguiente

Rp:

- NPO + SNG
- NaCl 0.9% 1000 cc (I – II – III – IV) EV a chorro
- Omeprazol 40 mg EV c/24horas
- Bicarbonato de sodio 8.4% 10 ampollas EV STAT

- Dextrosa 5%
- Etanol 20%  
Vodka 40 % 500cc + dextrosa 5% 500cc por SNG 350cc bolo
- Control de funciones vitales + BHE
- Hemoglucotest cada 6 horas
- O2, cánula binasal condicional a Sat O2 < 92%
- Cabecera 30°

Posterior a la reevaluación se decide iniciar con la administración de vitamina B9 EV c/24h que forma parte del antídoto para intoxicación con metanol. El manejo fue de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento de salud que es nivel II – 2. El objetivo fue estabilizar el trastorno de ácido base y electrolitos. Posterior a ello el paciente fue transferido a otro hospital para que reciba el tratamiento de diálisis.

## CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El hospital Carlos Lanfranco La Hoz fue el entorno clínico donde desarrollé la última etapa de la carrera de medicina humana que es el internado médico; el cual está comprendido por cuatro rotaciones principalmente. Cada interno está a cargo de un tutor; quien nos asigna con que rotación se iniciará y nos explica el ritmo de trabajo de cada especialización y los principales temas que debemos conocer.

La primera rotación fue con la especialidad de cirugía general la cual consta de tres áreas como consultorio, emergencia, hospitalización y trauma shock. En el consultorio de cirugía se examinan a los pacientes con hernia y coleditiasis para programarlos para sala de operaciones. En emergencia se presentaban casos como apendicitis aguda, heridas para suturar, quemaduras de primer y segundo grado y por accidente de tránsito. En hospitalización se evolucionaba desde muy temprano a los pacientes post operados de apendicectomía laparoscópica o abierta, colecistectomía, hernioplastia. Y en trauma shock se encontraban los politraumatizados y heridos de bala candidatos para laparotomía exploratoria.

La segunda rotación fue con la especialidad de ginecología y obstetricia que estaba conformada por 4 áreas las que son emergencia, sala de partos, hospitalización y alto riesgo obstétrico. Era usual recibir a gestantes con dinámica uterina o pródromos de labor de parto o parto expulsivo, también los casos de hemorragia uterina anormal, pielonefritis en gestantes o distopias. En hospitalización se evolucionaba a las post operadas de cesárea segmentaria transversal, histerectomías o los casos de absceso de mama. En el área de alto riesgo obstétrico se encontraban las pacientes con placenta previa, hiperémesis gravídica.

La tercera rotación fue con la especialidad de pediatría en la cual se tenía que evolucionar a los recién nacidos en alojamiento conjunto, en sala de partos se realizaba la atención del recién nacido y la utilizaba la profilaxis. También cabe mencionar que en emergencia habías casos de faringoamigdalitis, bronquiolitis, crisis asmática, deshidratación moderada, neumonía, convulsión; y la función del

interno era evolucionar desde temprano, monitorizar a los niños y la elaboración de la historia clínica.

La última rotación en el hospital fue en el servicio de medicina interna, la cual estaba conformada por emergencia, trauma shock y hospitalización. Los casos más frecuentes en emergencia eran los estados hiperglucemiantes, síndrome doloroso abdominal, crisis hipertensiva y durante aquella temporada era el boom de los casos de intoxicación por metanol porque se distribuía una bebida alcohólica llamada punto de oro el cual producía desde vómitos incoercibles hasta pérdida progresiva de la agudeza visual y algunos casos terminaban en ceguera y pérdida de la fuerza motora en miembros inferiores.

La experiencia en el hospital fue la más gratificante porque la experiencia vivida con los casos clínicos en el día a día y el vínculo con el paciente para ofrecerle la mejor atención porque mucho de ellos se encontraban tristes por la patología que les aquejaba. Y en las mañanas durante las visitas se desglosaba un sinfín de preguntas en torno a tu paciente con la finalidad de comprender que los temas en medicina guardan mucha relación entre ellos.

El hospital Carlos Lanfranco La Hoz está ubicado en el distrito de Puente Piedra y pertenece a la categoría II – 2, que inicialmente fue centro de salud materno infantil, pero como la población fue creciendo a corto plazo, se incrementaron el número de camas y ampliaron la infraestructura; para lo cual existe planes que este desarrollo continúe en los próximos años.

Cuando terminé mi rotación de cinco meses en el hospital pasé al Centro de Salud Villa Estela, establecimiento de salud de categoría I-3, ubicada en el distrito de Ancón y que pertenece a DIRIS Lima Norte. Esta organizado en 2 consultorios médico, un área de vacunación, un área de crecimiento y desarrollo, un consultorio de nutrición, un consultorio de obstetricia y el área de emergencia. El personal de salud está conformado por 3 médicos generales, 3 obstetras, 6 enfermeros, 8 técnicos en enfermería, 2 psicólogos y 1 nutricionista. La atención inicia desde las 8am hasta las 7 pm y se brinda atención de prioridad a las gestantes y niños. Por el servicio de emergencia acuden los pacientes diabéticos e hipertensos mal controlados, convulsiones febriles, adultos mayores con vómitos y diarreas. En este establecimiento de salud aprendí a manejar las

enfermedades más frecuentes en niños y adultos mayores por lo que el manejo no dista mucho de lo aprendido en el hospital con respecto a la elaboración del FUA (ficha única de atención) y de la hoja de atención.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **III.1 Rotación en Cirugía General:**

#### **Caso Clínico N°1:**

Dentro de las principales patologías abdominales quirúrgicas se encuentra la apendicitis aguda, entidad que en algunos casos puede desencadenar complicaciones mortales como una sepsis generalizada, derivada de una peritonitis y en otros casos puede terminar en una inteligente reacción orgánica sistémica denominada plastrón apendicular. Los retrasos en la atención hospitalaria debido a la falta de un diagnóstico y al manejo médico inadecuado conllevan a la presencia de apendicitis complicada, lo que incrementa la morbimortalidad para los pacientes. En el Perú se sugiere realizar apendicectomía diferida. (Anexo 1) (1) (5).

Plastrón apendicular es una tumoración inflamatoria constituida por el apéndice inflamado, vísceras adyacentes y epiplón mayor. Puede contener o no pus (absceso/flemón). (2) La forma de presentación clásica es la de un paciente con dolor severo en fosa ilíaca derecha durante uno o dos días asociado a fiebre y que posteriormente desaparecen, por lo general tras la administración de tratamiento antibiótico y/o antiinflamatorio. Después de 7 a 10 días, la fiebre reaparece y se advierte la presencia de dolor leve a moderado en fosa ilíaca derecha. (2) La forma de presentación clásica es la de un paciente con dolor severo en fosa ilíaca derecha durante uno o dos días asociado a fiebre y que posteriormente desaparecen, por lo general tras la administración de tratamiento antibiótico y/o antiinflamatorio. Después de 7 a 10 días, la fiebre reaparece y se advierte la presencia de dolor leve a moderado en fosa ilíaca derecha. (2) El tratamiento antibiótico recomendado de forma empírica es el siguiente: (2)

Sin tratamiento antibiótico el mes previo: (2)

- Ceftriaxona 1-2g/24h IV + metronidazol 500 mg/8h IV. (2)
- Amoxicilina - Ácido clavulánico 1g/8h IV. (2)
- Alergia a betalactámicos: Aztreonam 1g/8h IV + metronidazol 500mg/8h IV. (2)

Con tratamiento antibiótico el mes previo (alta sospecha de infección por enterobacterias): (2)

- Ertapenem 1g/24h IV. (2)
- Alergia a betalactámicos: (2)
- Tigeciclina 100 mg IV seguido de 50mg/12h + aztreonam 1g/8h IV (2)

La apendicitis sin tratamiento oportuno puede evolucionar hacia una perforación apendicular, generando peritonitis, una entidad de mayor gravedad; sin embargo, el organismo puede controlar parcialmente este proceso generando un plastrón apendicular en aproximadamente 10% de los casos; es decir, una masa formada por tejidos adyacentes al apéndice perforado delimitando el proceso infeccioso, el que adicionalmente incrementa las morbilidades como prolongación del tratamiento, tiempo de hospitalización o reposo, y exámenes, entre otros. (3) No existe consenso sobre el tratamiento definitivo para el plastrón apendicular, pudiéndose optar por un manejo quirúrgico inmediato versus un manejo médico inicial y posible apendicectomía diferida posterior. (3)

En el dilema de realizar una apendicectomía electiva tras un manejo conservador se exponen 2 posturas. Aquellos que apoyan la apendicectomía diferida se basan en el hecho de evitar apendicitis recurrentes, los cuales se presentan con mayor frecuencia entre los 6 meses y los 2 años posteriores al evento agudo. Además, este procedimiento permite pesquisar enfermedades como por ejemplo diverticulitis de Meckel, enfermedad de Crohn o neoplasias apendiculares, y en caso de que alguna ya se encuentre en progreso, el pesquisarla tempranamente. Este procedimiento también tiene la ventaja de conllevar mínimas complicaciones, ya que se realiza en un paciente estable, sin enfermedad aguda. (3) Con relación a las complicaciones del manejo no quirúrgico se pueden mencionar: la falla de este, drenajes incompletos o la necesidad de drenajes adicionales, infecciones, fistulas, requerimiento de laparotomía para drenar abscesos y apendicitis recurrente. (4) Una de las complicaciones más frecuentes del plastrón apendicular es la formación de absceso apendicular el mismo que debe ser en lo posible drenado dirigido con ultrasonido o por tomografía axial computarizada para continuar con manejo conservador y su posterior tratamiento quirúrgico luego de un aproximado de 8 a 12semanas.

## Caso Clínico N°2

La colecistitis aguda corresponde a una inflamación de la vesícula biliar. (6) En 90-95% de los casos, corresponde a una complicación de la coledocolitiasis (colecistitis litiásica), generalmente, por obstrucción del conducto cístico, con distensión e inflamación, además de infección bacteriana secundaria. (6) Es importante destacar que el rol bacteriano en la patogénesis de la colecistitis aguda aún no está totalmente claro, y solamente el 50-75% de los cultivos de bilis o pared biliar resultan positivos. (6) Se considera a la infección vesicular más bien como una complicación de la obstrucción y/o estasia biliar, y no siempre el desencadenante de la inflamación. (6) En 75% de los casos, la infección se debe a Enterobacterias Gram negativos (E. coli, Klebsella, Enterobacter, Proteus, etc.), que se pueden presentar se forma aislada o mixta. El 25% restante corresponde a infección por Gram positivo (Estreptococo, Enterococo, Estafilococo, etc.). (6) Es importante destacar que la hipótesis diagnóstica se basa en la combinación de una anamnesis detallada, un examen físico minucioso y hallazgos de laboratorio e imagenológicos. (6) La colecistitis aguda es producida frecuentemente por obstrucción del cístico por litios, los cuales no pueden ser expulsados por la vesícula biliar produciéndose aumento de la presión intraluminal y ésta a su vez excede la presión de los vasos de la vesícula biliar, afectando a la pared y volviéndola edematosa, isquémica y finalmente gangrenosa; el fondo es la primera parte afectada. (7)

La colecistitis aguda es sin duda una de las afecciones más comunes en el mundo; se considera la segunda causa de abdomen agudo después de la apendicitis aguda. Es motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Son múltiples sus complicaciones y las descritas incluyen:

- Hidrocolecisto (7)
- Piocolecisto (7)
- Gangrena y perforación vesicular con peritonitis generalizada (7)
- Absceso y plastrón peri vesicular (7)
- Colangitis (7)
- Coledocolitiasis (7)
- Pancreatitis biliar (7)
- Fístula (7)

- Íleo (7)

Hidrocolecisto, es una complicación de la obstrucción del cístico por un cálculo. (7) Se define como una vesícula biliar sobredistendida por una sustancia mucoide incolora, secretada por las glándulas del cuello, es una distensión anormal de la vesícula biliar secundaria a una infección intraluminal. (7) El hidrocolecisto puede llegar a representar una distensión anormal no inflamatoria ni por colelitiasis, con frecuencia se asocia con otras enfermedades y puede deberse a obstrucción del conducto cístico o puede asociarse con diabetes mellitus, colangitis esclerosante primaria, leptospirosis y drogas. (7)

### **III.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia:**

#### **Caso Clínico N°3**

Las infecciones pueden generar serias complicaciones maternas, que abarcan desde choque séptico, insuficiencia respiratoria, desórdenes hidroelectrolíticos, insuficiencia renal crónica y hasta la muerte. (8) Propiamente con el embarazo se han asociado a complicaciones importantes tales como ruptura prematura de membranas, labor y parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, corioamnionitis, fiebre postparto e infecciones neonatales. (8)

Los síntomas y signos clínicos de pielonefritis incluyen dolor en región lumbar (unilateral o bilateral) o en abdomen, hipersensibilidad en el ángulo costo vertebral, escalofríos, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos, asociado a grados variables de deshidratación, cefalea y taquipnea. (8)

El diagnóstico de pielonefritis se logra establecer con la presencia de bacteriuria más datos clínicos de infección. (8) Por lo que el diagnóstico inicial se puede obtener mediante un examen general de orina (recolectada con técnica) con datos de ITU (los cuales implican: presencia de piuria, cilindros leucocitarios, >20 bacterias por campo o 1-2 bacterias por campo en una muestra cateterizada) o un cultivo de orina con  $\geq 100000$  unidades formadoras de colonias en una muestra de orina tomada con técnica, así como el hallazgo clínico de por lo menos 1 de los siguientes signos o síntomas: fiebre (temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), dolor en región lumbar o hipersensibilidad en el ángulo costovertebral. (8) Se debe

realizar diagnóstico diferencial con trabajo de parto, corioamnionitis, apendicitis, desprendimiento prematuro de placenta o leiomiomas infartados. (8)

Una vez que se establece el diagnóstico de ITU es necesario tratarla, esto a pesar de no contar con la confirmación del agente etiológico por medio del cultivo, por lo que el tratamiento inicial antibiótico es empírico. (Anexo 2) (8) Es importante considerar los patrones de resistencia antimicrobiana en la comunidad cuando se escoja a un agente. Entre los regímenes propuestos están: (8)

- Ampicilina 2g IV c/6h + Gentamicina 1,5-1,7mg/Kg IV c/6h (8)
- Gentamicina 1,5-1,7mg/Kg IV c/8h (8)
- Ampicilina/sulbactam 3g IV c/6h (8)
- Ceftriaxona 1g IV/IM c/24h (8)
- Cefuroxima 0,75-1,5g IV c/8h (8)
- Cefazolina 2g IV c/6-8h (8)

Las infecciones del tracto urinario son complicaciones comunes durante el embarazo. (8) Formas asintomáticas que no son tratadas puede progresar a pielonefritis, la cual se asocia con partos pretérminos, recién nacidos con bajo peso y muerte fetal. (8) La pielonefritis es la indicación más común de hospitalización en mujeres embarazadas. (8) Su manejo inicial es con antibióticos parenterales de forma empírica, sueros intravenosos y antipiréticos. (8)

#### **Caso Clínico N°4**

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) conforma un grupo de enfermedades heterogéneas que se derivan de una proliferación trofoblástica anormal de la placenta con potencial para invadir localmente el útero y metastatizar. (9) Histológicamente, las podemos clasificar en: (9)

- Mola hidatiforme: (9)
  - Completa (9)
  - Parcial (9)

- Neoplasia Trofoblástica Gestacional: (9)

- Mola invasiva (9)
- Coriocarcinoma (9)
- Tumor del lecho placentario (9)
- Tumor trofoblástico epitelioide (9)

La mola hidatiforme es una enfermedad que resulta del crecimiento atípico de las células trofoblásticas que normalmente se desarrollan en la placenta; no es una desviación de lo que de otra manera hubiera sido un embarazo normal. (10) Esta empieza al momento de la fertilización debido a una unión defectuosa entre el óvulo y el espermatozoide, lo que causa una proliferación aberrante del tejido trofoblástico que rápidamente llena la cavidad uterina. Las vellosidades placentarias se llenan de fluido y se vuelven edematosas, como estructuras similares a uvas. (10) El nombre de mola hidatiforme es derivado de la combinación de la palabra griega hydatisia lo que significa gotas de agua y la palabra latina mola que significa falsa concepción. (10)

Alrededor de un 80% de la enfermedad trofoblástica gestacional corresponde a mola hidatiforme, 15% a mola invasiva y 5% a coriocarcinoma. (9) La incidencia para la mola completa y parcial es 1- 3:1000 embarazos y 3:1000 embarazos respectivamente. (9)

El factor de riesgo mejor establecido para la mola hidatiforme es la edad materna avanzada (> 40 años) seguido del antecedente de gestación molar previa, sin verse modificado por cambio de pareja (1% si un antecedente y 15-20% si dos antecedentes). (9) Hay menos evidencia en cuanto a los abortos de repetición y los grupos sanguíneos A y AB. (9)

El diagnóstico de confirmación de mola hidatiforme se realiza mediante el estudio anatomopatológico o genético. (9) Actualmente en nuestro medio, la sospecha más frecuente de enfermedad molar hidatiforme previa a la evacuación uterina viene dada por la imagen ecográfica. (9) Otros síntomas clásicos como: anemia, preeclampsia de debut antes de las 20 semanas de gestación, hiperémesis, hipertiroidismo (si  $\beta$ -HCG > 100.000 mUI/ml persistente durante semanas, probablemente por homología entre TSH y  $\beta$ -HCG) y distrés respiratorio (en

casos de afectación pulmonar), siendo todos ellos hallazgos menos frecuentes en la actualidad dada la práctica rutinaria de la ecografía precoz. (Anexo3) (9)

Suelen manifestarse en forma de: (9)

- Metrorragia de primer trimestre, siendo el síntoma más frecuente. (9)
- Abortos de primer trimestre. (9)
- Dolor y presión pélvica, probablemente secundaria a aumento del tamaño uterino y/o a la presencia de quistes tecoluteínicos. (9)
- Expulsión de vesículas hidrópicas a través de la vagina, es poco frecuente pero diagnóstica. (9)

En la ecografía transvaginal de estas pacientes podemos encontrar: (9)

- Masas anexiales compatibles con quistes tecoluteínicos, más frecuentes en molas completas. (9)
- Imagen intrauterina en “snowstorm” sin desarrollo fetal, en las molas completas (Figura A) (9)

Otra manifestación complementaria es la analítica: Hemograma, grupo sanguíneo, coagulación, función hepatorenal y determinación de  $\beta$ -HCG. (9)

Tratamiento: (9)

- El legrado aspirativo previa dilatación cervical mecánica y bajo guía ecográfica es el método de elección. (9)
- La evacuación médica está formalmente contraindicada en los casos de molas completas. (9)
- La administración de uterotónicos sólo está recomendada ante una hemorragia post evacuación. (9)
- Se administrará inmunoglobulina Anti-D a todas las pacientes Rh negativas, después del procedimiento evacuador. (9)
- La histerotomía está contraindicada por el riesgo de diseminación de la enfermedad. (9)
- La histerectomía con preservación anexial puede ser una opción terapéutica en pacientes que presenten deseo genésico cumplido, dado

que presenta un menor riesgo de secuelas malignas post mola en comparación con el legrado aspirativo. (9)

Se realizará el estudio del material obtenido mediante legrado aspirativo (se remitirá una muestra a anatomía patológica) o por biopsia corial (se remitirá una muestra a AP y otra al laboratorio de genética) en cualquiera de los siguientes casos: (9)

- No hay evidencia previa de saco gestacional, vesícula o embrión. (9)
- Existencia de sospecha clínica, analítica o ecográfica de mola hidatiforme (antecedente de mola, útero aumentado de tamaño, quistes ticoluteínicos, hiperémesis, hipertiroidismo clínico, expulsión de material vesicular). (9)
- Hallazgo de  $\beta$ -HCG > 150.000UI / L (no es necesario realizar determinación rutinaria de  $\beta$ HCG). (9)

En el resto de casos no es necesario enviar la muestra para estudio anatomopatológico. (9) En estos casos y en los que no se disponga de muestra, se recomendará test de embarazo en orina a las 3 semanas de la evacuación/expulsión y consulta al ginecólogo de referencia en caso de resultado positivo. (9)

Para el seguimiento se realizará monitorización seriada de  $\beta$ -HCG: (9)

- Determinación a las 24-48 horas post evacuación (excepto si no ha habido sospecha de mola hidatiforme previa a la evacuación). (9)
- Determinación semanal hasta conseguir 3 determinaciones consecutivamente negativas ( $\beta$ -HCG). (9)

### **Caso Clínico N°5**

La bronquiolitis se define como el primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, precedido de rinitis aguda o catarro por 3 a 5 días seguido de un aumento en esfuerzo respiratorio en los niños menores de 2 años. (11) (12)

Está asociada a infecciones virales respiratorias ocasionadas principalmente por el virus sincitial respiratorio (VSR), en un 70% de los casos, seguido por el

rinovirus, virus para influenza, metapneumovirus humano, virus influenza, adenovirus, coronavirus y boca virus humanos. (11)

Según el Sistema de Consulta Externa HIS, los casos de bronquiolitis tienen una tendencia creciente en los últimos 5 años, sobre todo en los niños menores de 1 año de edad. (12) Las bronquiolitis presentan un claro patrón estacional, con mayores casos durante la temporada de bajas temperaturas de abril a setiembre. (12)

Factores de Riesgo Asociados: (12)

- Medio Ambiente: (12)
  - La presencia de tabaquismo en el entorno (12)
  - Contaminación ambiental (12)
- Estilos de vida (12)
  - Ausencia de lactancia materna exclusiva (12)
  - Asistencia a guardería (12)
  - La condición económica de la familia: pobreza y/o hacinamiento (12)
- Otros (12)
  - Bajo peso al nacer (12)
  - Prematuridad (Anexo 4) (12)
  - Ventilación mecánica en etapa neonatal (12)
  - La edad menor a 3 meses (12)
  - Desnutrición (12)
  - La presencia de las siguientes comorbilidades: cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad neurológica, síndrome de Down (12)

El cuadro clínico inicia con síntomas del pródromo viral del tracto respiratorio superior como como obstrucción nasal y tos con o sin fiebre por 3-5 días. (12) Al examen físico se puede encontrar: taquipnea, retracciones subcostales, intercostales, supraclaviculares, sibilancias o estertores. (12). En menores de 6 meses pueden estar ausentes los ruidos auscultatorios agregados. (12) En niños menores de 2 meses la presencia de apnea puede ser el signo cardinal. (Anexo

4) (12) La evolución clínica de una bronquiolitis aguda sin factores de riesgo es favorable. (12) El tiempo medio de resolución de la tos varía de 8 a 21 días, la frecuencia respiratoria disminuye por lo general de 2 a 5 días; sin embargo, los hallazgos físicos al examen de las vías respiratorias bajas persisten en algunos lactantes durante una semana o más. (12)

La presentación usual de una bronquiolitis aguda tiene un periodo de incubación de 3 a 6 días, caracterizada por rinorrea y/o dificultad para la lactancia. (12) Posteriormente de 3 a 5 días, se agregan síntomas respiratorios bajos: tos, dificultad respiratoria progresiva y sibilancias y/o estertores (crepitantes) a la auscultación pulmonar. (12) La duración promedio de los síntomas suele ser 2 semanas, aunque el 20% de los pacientes pueden tener síntomas durante tres semanas. (12)

El diagnóstico de bronquiolitis es clínico, se caracteriza por ser el primer episodio de tos persistente, sibilancias y/o estertores (crepitantes) en niños menores de 2 años de edad, asociados a pródromos de síntomas respiratorios altos de 3 a 5 días de duración. (12)

Para el diagnóstico, es necesario considerar: (12)

- En el examen físico de tórax: (12)
  - Los lactantes menores de 6 meses con bronquiolitis pueden no presentar signos auscultatorios torácicos. (12)
  - Los lactantes, especialmente los menores a 6 semanas de edad pueden presentar apnea sin otros signos clínicos. (Anexo 4) (12)
- Se presenta comúnmente en el primer año de vida, con mayor incidencia en los lactantes menores a 6 meses de edad. (12)
- Son síntomas comunes la fiebre (temperatura  $< 39^{\circ}\text{C}$ ) y dificultad para alimentarse/ lactancia (generalmente 3 a 5 días de iniciado el cuadro clínico). (12)
- Los síntomas se exacerban de 3 a 5 días luego de iniciado el cuadro; la tos se resuelve después de 3 semanas en el 90% de los casos. (12)
- Si la tos se prolonga más de 3 semanas, reevaluar para considerar otra condición asociada. (12)

- Los niños con bronquiolitis que presentaron signos y síntomas de severidad con mejoría clínica significativa deben mantenerse en observación y reevaluación estricta. (12)

Para valorar la severidad durante el curso de enfermedad de bronquiolitis aguda, se deben evaluar los siguientes parámetros: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, sibilantes, saturación de oxígeno y presencia de tirajes. (12) La evaluación de bronquiolitis severa en menores de 1 año, se puede realizar usando el score clínico: Escala de Severidad de Bronquiolitis Aguda (ESBA) donde se valora que un puntaje >10 implica una mayor probabilidad de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos. (Anexo 5) (12)

Como medidas generales y preventivas: (12)

- No utilizar la aspiración de secreciones de manera rutinaria. (12)
- Limpiar o aspirar las secreciones de vías respiratorias altas en niños con evidencia de dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse y antes de valorar la gravedad. (Anexo 4) (12)
- Aplicar medidas posturales (elevación de la cabecera de la cuna). (12)

Terapéutica: (12)

- Para el soporte respiratorio se utiliza diferentes dispositivos, que permitan el aporte oxígeno suplementario tibio, húmedo y mezclado, para lo cual se debe contar con mezcladores de oxígeno (blenders) y aire comprimido. (12)
- Administre oxígeno suplementario si se presentan: (12)
  - Saturación de oxígeno  $\leq 92\%$  (de 0 a 2500 msnm),  $\leq 85\%$  (a más de 2500 msnm). (Anexo 4) (12)
  - Dificultad respiratoria. (12)
  - Cianosis (12)
  - Quejido (12)
  - Mantener saturación arterial  $>92\%$  (de 0 a 2500 msnm) y  $>85\%$  (a más de 2500 msnm), administrando oxígeno de acuerdo con la necesidad de cada paciente. (12)

- Solución salina nebulizada en niños menores de 2 años con diagnóstico de bronquiolitis, utilizar solución salina 0.9% nebulizada cada 20 minutos 3 veces, en sala de emergencias o durante la hospitalización. (12) No se recomienda el uso de solución hipertónica nebulizada sobre la solución salina 0.9% nebulizada. (Anexo 4) (12)
- Corticoides: (12) En niños menores de 2 años con diagnóstico de bronquiolitis, no utilizar corticoides sistémicos (dexametasona, prednisona o prednisolona) como tratamiento en la sala emergencia o durante la hospitalización. (12)
- Uso de broncodilatadores nebulizados: (12) En niños menores de 2 años con diagnóstico de bronquiolitis, no utilizar nebulización con Beta 2-Agonistas como tratamiento en la emergencia o durante la hospitalización.
- Uso de otros medicamentos: (12)
  - Se indica paracetamol si la temperatura axilar es mayor o igual a 38.5°C, según grupo etario y tolerancia oral. (Anexo 4) (12)
  - No utilizar adrenalina nebulizada, antibióticos, corticoides inhalados ni antihistamínicos en manejo de bronquiolitis aguda en menores de 2 años. (12)
  - En bronquiolitis severa considerar el manejo en una Unidad de Cuidados Intensivos. (12)
- Se debe utilizar el acrónimo FALTAN para el manejo sintomático de los pacientes con bronquiolitis. (Anexo 6) (11)

Se consideran criterios de alarma: (12)

- Respira rápido y/o se observa retracción intercostal. (12)
- Cianosis/apnea. (12)
- Dificultad para beber o lactar. (12)
- Presenta irritabilidad o somnolencia. (12)
- Si los niños no mejoran o empeoran a pesar del tratamiento recibido, acudir de inmediato al establecimiento de salud. (12)

## Caso Clínico N°6

Laringitis Aguda y Laringotraqueitis (CRUP): (13) El grupo generalmente es causado por virus. (13) La infección bacteriana puede ocurrir de forma secundaria, como se describió anteriormente. (13) El virus de la parainfluenza tipo 1 es la causa más común de laringotraqueitis aguda, especialmente las epidemias de otoño e invierno. (13) La parainfluenza tipo 2 a veces causa brotes de CRUP, pero generalmente con una enfermedad más leve que el tipo 1. (13) La parainfluenza tipo 3 causa casos esporádicos de CRUP que a menudo son más graves que los debidos a los tipos 1 y 2. (13)

En comparación con los tipos 1 a 3, la infección causada por el virus de la parainfluenza tipo 4 tiene menos probabilidades de estar asociada con el estridor y el CRUP en los niños. (13) Una serie de otros virus que generalmente causan enfermedad del tracto respiratorio inferior también pueden causar síntomas del tracto respiratorio superior, incluido el CRUP, como se describe a continuación: (13)

- El virus sincitial respiratorio y los adenovirus son causas relativamente frecuentes de CRUP. (13) El componente laringotraqueal de la enfermedad suele ser menos significativo que el de las vías aéreas inferiores. (13)
- El sarampión es una causa importante de CRUP en áreas donde el sarampión sigue siendo frecuente. (13)
- El virus de la influenza es una causa relativamente poco común de CRUP. (13) Sin embargo, los niños hospitalizados con CRUP influenza tienden a tener una hospitalización más prolongada y un mayor riesgo de reingreso por recaída de síntomas laríngeos que aquellos con CRUP parainfluenza. (13)
- Los rinovirus, los enterovirus (especialmente los tipos Coxsackie A9, B4 y B5, y los tipos de echovirus 4, 11 y 21 y el virus del herpes simple son causas ocasionales de casos esporádicos de CRUP que generalmente son leves. (13)

Los virus que causan CRUP típicamente infectan inicialmente los epitelios de la mucosa nasal y faríngea y luego se propagan localmente a lo largo del epitelio

respiratorio hasta la laringe y la tráquea. (13) El sello distintivo anatómico del CRUP es el estrechamiento de las vías respiratorias subglóticas, la porción de la laringe inmediatamente debajo de las cuerdas vocales. (13) El cartílago cricoides de la subglotis es un anillo cartilaginoso completo, a diferencia de los anillos traqueales que tienen forma de herradura. (13) Debido a que es un anillo completo, el cricoides no puede expandirse, causando un estrechamiento significativo de las vías respiratorias cada vez que la mucosa subglótica se inflama. (13) Además de esta obstrucción "fija", la obstrucción dinámica de la tráquea extratorácica debajo del anillo cartilaginoso puede ocurrir cuando el niño lucha, llora o se agita. (13) La obstrucción dinámica se produce como resultado de la combinación de alta presión negativa en la tráquea extratorácica distal y la laxitud de la pared traqueal en los niños.

El grupo con mayor frecuencia son niños de seis meses a tres años de edad. Se observa en lactantes más pequeños (de hasta tres meses) y en niños en edad preescolar, pero es poco frecuente en niños > 6 años. Es más común en niños, con una relación hombre: mujer de aproximadamente 1.4: 1. (13)

Los antecedentes familiares de crup son un factor de riesgo para crup y crup recurrente. (13) En un estudio de casos y controles, los niños cuyos padres tenían antecedentes de crup tenían 3,2 veces más probabilidades de tener un episodio de crup y 4,1 veces más probabilidades de tener crup recurrente que los niños sin antecedentes parentales de crup. (13) La predisposición a la atopia es un factor que puede contribuir al desarrollo de crup. (13)

Los síntomas generalmente comienzan con secreción nasal, congestión y coriza y progresan durante 12 a 48 horas para incluir fiebre, ronquera, tos y estridor. (13) Hay una faringitis mínima, si la hay. (13) A medida que avanza la obstrucción de las vías respiratorias, se desarrolla el estridor y puede haber una taquipnea leve con una fase inspiratoria prolongada. (Anexo 7) (13) La dificultad respiratoria aumenta a medida que la obstrucción de las vías aéreas superiores se vuelve más severa. (Anexo7) (13) La progresión rápida o los signos de afectación de las vías aéreas inferiores sugieren una enfermedad más grave. (13)

La gravedad de la obstrucción de la vía aérea superior es evidente en el examen físico, el estridor bifásico (estridor que se escucha tanto en la inspiración como

en la espiración) en reposo es un signo de obstrucción significativa de la vía aérea superior. (13) A medida que progresa la obstrucción de las vías respiratorias superiores, el niño puede ponerse inquieto o ansioso. (Anexo 7) (13) Cuando la obstrucción de las vías respiratorias se vuelve severa, pueden observarse retracciones supraesternal, subcostal e intercostal. (13) Los ruidos respiratorios pueden disminuir. (13) La agitación, que generalmente se acompaña de un mayor esfuerzo inspiratorio, exacerba el estrechamiento subglótico al crear presión negativa en las vías respiratorias. (13) Esto puede conducir a más dificultad respiratoria y agitación. (13) El crup suele ser una enfermedad autolimitada y la tos generalmente se resuelve en tres días. (13) Otros síntomas pueden persistir durante siete días con un retorno gradual a la normalidad. (13) La desviación de este curso esperado debería provocar la consideración de diagnósticos distintos. (13)

En la interacción cronológica comienza como una infección respiratoria de las vías altas que evoluciona en 1-3 días hacia el cuadro típico, que suele autolimitarse al tercer día. (13)

El CRUP debe diferenciarse de otras causas menos frecuentes de obstrucción de vías respiratorias altas, como epiglotitis aguda, traqueitis bacteriana, absceso retrofaríngeo, aspiración de cuerpo extraño. (13)

Manejo del niño con Crup: (Anexo 7) (13)

- Tranquilizar al niño y molestarlo lo menos posible. (13)
- No se debe explorar la orofaringe si el niño no colabora ya que puede empeorar. (13)
- Determinar la gravedad del cuadro clínico y decidir manejo clínico. (13)
- Si la laringitis es leve, tranquilizar a la familia y explicar el cuadro. (13)
- Recomendar como medidas generales respirar aire fresco y elevar la cabecera durante el sueño. (13)
- Administrar una dosis única de Dexametasona oral 0,15 mg/Kg. (13)
- La ronquera o disfonía en un cuadro viral no es criterio ni indicación para el tratamiento con Dexametasona. (13)
- El aire húmedo no disminuye el edema subglótico, sin embargo, puede proporcionar otros beneficios: (13) la inhalación de aire húmedo puede

disminuir la sequedad de la superficie mucosa inflamada y hacer que las secreciones sean menos espesas, proporcionando una sensación de confort y tranquilidad al niño y a los padres. (13)

- En la laringitis moderada administrar una dosis de Dexametasona oral 0,6 mg/Kg y Adrenalina nebulizada (1:1000) 5 ml con oxígeno a 6-9 L/minuto o 0,5ml/Kg (máximo 5ml). (13) Ambas pautas de adrenalina son correctas. (13) La mejoría se produce en 10-30 minutos y dura 1-2 horas, a partir de las cuales el paciente puede volver a la situación basal. (13) Nunca se debe administrar Adrenalina sin asociar corticoides orales. (13) La observación se mantendrá al menos 2-4 horas tras la administración. (13) La Budesonida nebulizada ha demostrado ser tan efectiva como la Dexametasona oral o IM para el tratamiento de la laringitis, sin embargo, hay razones prácticas para preferir el uso de Dexametasona oral: la nebulización con frecuencia prolonga la agitación y el llanto del niño empeorando la dificultad respiratoria, requiere de 10 a 15 minutos, frente a 1-2 minutos para tomar un fármaco por vía oral y, además, la Budesonida es sustancialmente más costosa. (13) La Budesonida en solución para nebulización (2mg, dosis única) es una alternativa para niños con vómitos o con dificultad respiratoria grave, en los que no es posible la administración oral de Dexametasona; mezclada con Adrenalina, pueden administrarse de forma simultánea. (13)
- La Prednisolona, cuya suspensión oral si está comercializada, se emplea a dosis 1- 2mg/Kg/día cada 12-24h, (dosis máxima 60mg) 2 ó 3 días, pero es de segunda elección. Otra opción es la Prednisona a la misma dosis y pauta que la Prednisolona, en niños mayores. (13)

### **Caso Clínico N°7**

La diabetes mellitus no insulino dependiente con cetoacidosis, en adelante cetoacidosis diabética (CAD) es una emergencia endocrinológica que consiste en la triada bioquímica de hiperglicemia, cetonemia y acidosis metabólica. (14) Se caracteriza por insulinopenia absoluta o relativa, puede ser la primera manifestación de diabetes mellitus no diagnosticada previamente o el resultado

del incremento en los requerimientos de insulina en pacientes con diabetes durante un proceso infeccioso, trauma, infarto agudo de miocardio o cirugía. (14)

La CAD es la manifestación extrema de la descompensación aguda de la diabetes mellitus, ocurre después de la fase de descompensación simple y descompensación cetósica, manifestándose en forma evolutiva en quienes debutan su enfermedad y en otras ocasiones asociadas o desencadenadas por otros problemas, como por ejemplo las infecciones de las vías urinaria, neumonía, uso de corticoides, abandono del tratamiento, estrés emocional o complicaciones como el infarto de miocardio, la pancreatitis o un desorden cerebro vascular, entre otros. (14)

La patogénesis de la CAD son los mecanismos subyacentes básicos: (14)

- Reducción de la acción efectiva neta de insulina circundante como resultado de la disminución en la secreción de insulina. (14)
- Elevación de los niveles de hormonas contrarreguladoras (glucagón, catecolaminas, cortisol y hormona del crecimiento). (14)
- Incapacidad de la glucosa para entrar a los tejidos sensibles a la insulina (hígado, musculo y adipocitos) conocido como resistencia a la insulina. (14)

La elevación de las hormonas contrarreguladoras en la CAD inicia con la cascada catabólica e inflamatoria. (14) Para que se desarrolle una CAD es especialmente necesaria la combinación de déficit de insulina y exceso de glucagón, lo que da origen a un acelerado catabolismo, gluconeogénesis, glucogenólisis y lipólisis que incrementa la producción de glucosa, formación de cuerpos cetónicos en el hígado, además de aumentar el suministro al hígado de sustratos procedentes de la grasa y el musculo (ácidos grasos libres y aminoácidos). (14)

Los cuerpos cetónicos más importantes son acetoacetato, beta hidroxibutirato (que corresponde a 75% de las cetonas en la cetoacidosis) y acetona en una menor proporción. (14) Los cuerpos cetónicos son ácidos débiles, pero a medida que se acumulan produce acidosis metabólica. (14) El beta hidroxibutirato y el acetoacetato son los ácidos cetónicos responsables de la cetoacidosis diabética. (14)

Cuadro clínico: (14) se debe sospechar de cetoacidosis diabética, siempre que se tenga hiperglicemia, especialmente si el paciente está agudamente enfermo y/o tiene de manera adicional síntomas de cetoacidosis. (14)

Los signos, síntomas y factores precipitantes de esta condición son: (anexo 8) (14)

Síntomas de hiperglicemia: (14)

- Poliuria, polidipsia (anexo 8) (14)
- Debilidad (14)
- Visión borrosa (14)
- Distensión abdominal (14)
- Alteración de la consciencia (14)

Síntomas de acidosis:

- Náuseas y/o vómitos (anexo 8) (14)
- Dolor abdominal (anexo 8) (14)
- Alteración de consciencia (anexo 8) (14)

Signos de hiperglicemia: (14)

- Depleción de volumen (mucosas secas, hipotensión, taquicardia, hipotensión ortostática). (anexo 8) (14)

Signos de acidosis: (anexo 8) (14)

- Respiración acidótica (anexo 8) (14)
- Aliento a cetonas (anexo 8) (14)
- Alteración de la consciencia (anexo 8) (14)

Criterios de diagnóstico:

- Glucosa: > 250 mg/dl
- pH venoso o arterial: < 7.25
- bicarbonato: < 15 mEq/L
- cetonemia: positiva
- cetonuria: positiva

- anión GAP: > 10mmol/L
- osmolaridad sérica: variable
- estado mental: alerta/somnolencia

Como parte del abordaje diagnóstico, se sugiere realizar la determinación de betahidroxibutirato capilar en lugar de cuerpos cetónicos en orina en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 con sospecha de cetoacidosis diabética. (14)  
Al respecto, se puede considerar un nivel de betahidroxibutirato > 3 mmol/L para el diagnóstico de cetoacidosis diabética, en conjunto a los parámetros de glicemia, pH, anión GAP, osmolaridad sérica, bicarbonato sérico y estado neurológico, establecidos en los criterios de la Asociación Americana de Diabetes, teniendo en cuenta las indicaciones señaladas por el fabricante para el procedimiento de medición, así como las restricciones de su uso. (14)

Cuando la prueba de betahidroxibutirato no está disponible, la determinación mediante cuerpos cetónicos en orina es una alternativa aceptable. (14)

Por otro lado, se sugiere realizar la gasometría venosa en lugar de la gasometría arterial para la de determinación del pH y bicarbonato en pacientes adultos con diabetes mellitus y cetoacidosis sin dificultad respiratoria ni inestabilidad hemodinámica. (14)

La determinación de potasio se sugiere realizarla en muestra de suero. (14)

En pacientes que cuentan con línea arterial, la gasometría arterial es el método de elección para la determinación del pH y bicarbonato. (14)

Los exámenes auxiliares que se deben solicitar son glucosa sérica, betahidroxibutirato capilar, cuerpos cetónicos en orina, medición de gases venosos, electrolitos séricos, urea, creatinina, hemograma, perfil hepático, dosaje de medicamentos y/o drogas. (14)

El tratamiento de la cetoacidosis diabética lo realizan los médicos en los servicios de emergencia y cuidados críticos de los establecimientos de salud nivel II, el cual consta de: (14)

- hidratación (14)
- corrección hidroelectrolítica (14)
- insulino terapia (14)

- transición de insulina cristalina o regular a insulina subcutánea de acción intermedia (insulina NPH) o de acción lenta (insulina glargina). (14)
- Manejo de los factores desencadenantes. (14)
- Abordaje de las complicaciones derivadas del tratamiento. (14)

Durante la infusión continua de insulina regular se sugiere monitorizar la glucosa cada hora durante las primeras 4 a 6 horas o hasta alcanzar una glicemia < 250 mg/dl. Luego continuar cada 2 a 4 horas hasta la resolución, dependiendo de la evaluación de cada caso individual. (14)

La hidratación de las primeras horas por expansión de volumen circulatorio intravascular puede descender el nivel de glucosa sin insulina, por lo que se debe monitorizar la glucosa. (14)

Antes de indicar el inicio de insulina se debe determinar el nivel de glucosa y el valor de potasio sérico. (14)

La insulina se debe utilizar después de haberse hidratado por lo menos 2 horas, la insulina que se utilizará será insulina cristalina o regular. (14)

En adultos con diabetes mellitus tipo 2 y crisis hiperglicémica, se sugiere iniciar infusión continua de insulina regular a dosis de 0.1 UI/kg/hora, previo bolo de 0.1 UI/kg. (14)

Una vez alcanzada una glucosa < 250 mg/dl, disminuir la dosis a 0.05 UI/kg/ hora e iniciar Dextrosa 5%. (14)

### **Caso Clínico N°8**

Las intoxicaciones por metanol son consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas adulteradas en sustitución del etanol o por deficiencias en el proceso de destilación, lo que ha dado lugar a intoxicaciones masivas. (15)

El metanol es un alcohol tóxico de uso industrial que se utiliza ilegalmente para adulterar el alcohol etílico. (16) El Perú es el primer consumidor de alcohol ilegal de la región, adulterado 56,1 %, artesanal ilegal 26,2% y de contrabando 15,2%; y el consumo per cápita de alcohol ilegal es de 1,33 litros, anualmente. (16)

Dentro de las complicaciones neurológicas asociadas a esta intoxicación están: (15) trastornos visuales (ceguera), isquemia o hemorragia de los ganglios basales cerebrales, parkinsonismo, edema cerebral, convulsiones tempranas y coma. (15) Adicionalmente, hay otras secuelas que a pesar del tratamiento con hemodiálisis temprana persisten en el tiempo, por ejemplo, los trastornos del movimiento por compromiso de los ganglios basales. (15)

De acuerdo con la literatura se describen las siguientes: (15)

Manifestaciones clínicas: (15)

- Sistema nervioso central: (15)
  - Intoxicación leve a moderada: Cefalea, mareos, letargia, confusión. (15)
  - Intoxicación severa: Coma, convulsiones (15)
- Visión: ojos rojos, pupilas poco reactivas a la luz, visión borrosa, alteración del campo visual, ceguera. (15)
- Tracto gastrointestinal: Náuseas, vómitos, dolor abdominal. (15)

Hallazgos laboratoriales: (15)

- Acidosis metabólica (con anión gap alto), aproximadamente 12 a 30 horas posteriores a la ingesta. (15)
- Elevación de la amilasa sérica. (15)

La dosis letal del metanol está estimada en 30-240 ml (20-150 gramos) o 0.3-1 g/kg. Se pueden encontrar niveles elevados de metanol en sangre luego de exposición dérmica extensa o por inhalación. (17)

Una vez absorbido se dirige al hígado donde sufre procesos de oxidación. (17) La enzima responsable de su transformación es el alcohol deshidrogenasa que lo oxida a formaldehído y éste a su vez es oxidado a ácido fórmico por aldehído deshidrogenasa. (17) La acidosis sistémica es causada por el ácido fórmico y por el ácido láctico que se genera por la alteración del proceso de fosforilación oxidativa; mientras que la ceguera es causada por los efectos tóxicos del ácido fórmico. (17) Tanto el etanol como el metanol compiten por la enzima alcohol-deshidrogenasa, (AD) aunque esta enzima prefiere metabolizar el etanol (afinidad 20 veces mayor); por ello el tratamiento para la intoxicación por metanol

se basa en el uso de alcohol etílico y Fomepizol, por su selectividad por la enzima AD para impedir la formación de los metabolitos tóxicos del metanol. (17) (Anexo 9)

La vía más frecuente de absorción en una intoxicación aguda es la digestiva. (17) El cuadro clínico puede iniciar en pocas horas hasta 30 horas después de la ingesta. (17) Se han referido casos que las manifestaciones clínicas se presentan entre uno a tres días después de la ingesta. (17)

Después de la ingestión, los pacientes intoxicados con metanol pueden presentar cefalea, gastritis, embriaguez, náuseas, vómito. (17) La acidosis no se presenta usualmente, porque el metabolismo de las sustancias tóxicas no ocurre tan rápidamente. (17) Se puede encontrar elevación de la brecha aniónica (anión-gap) y osmolar (osmolar gap). (17)

Por encima de 30 horas, se presenta acidosis metabólica severa, desórdenes visuales, ceguera, convulsiones, coma, y puede ocurrir la muerte. (17) Los pacientes describen alteraciones visuales, como visión borrosa, fosfenos, escotomas, colores alrededor de los objetos y otros. (17) En el examen del fondo de ojo se puede evidenciar hiperemia del disco óptico o papiledema. (17) La midriasis precoz y no reactiva es un signo de mal pronóstico y significa pérdida irreparable de la función visual. (17)

El cuadro clínico se divide en leve, moderado y severo: (17)

- Leve: Sensación Nauseosa, epigastralgia y cefalea global. (17) Al pasar el tiempo el cuadro se acompaña de visión borrosa. (17)
- Moderada: El cuadro leve más vómitos, hay taquicardia y depresión del sistema nervioso central. (17) Si se produce el cuadro de embriaguez, es poco intenso y corto en su duración. (17) La piel está fría y sudorosa, la visión es borrosa y hay taquipnea. (17)
- Severa: El paciente está en coma y presenta acidosis metabólica. (17) La respiración es superficial y rápida. (17) El color de la piel y las mucosas es francamente cianótico. (17) Las dificultades para respirar pueden llegar al edema agudo de pulmón. (17) Se presenta edema cerebral; coma y a veces convulsiones. Las intoxicaciones graves pueden presentar con insuficiencia renal aguda. (17)

El cuadro clínico sugestivo se basa en la ingesta de bebidas de alcohol etílico adulteradas con metanol o la exposición laboral o accidental y se manifiesta con cefalea, visión borrosa o ceguera, dificultad respiratoria secundaria a la acidosis metabólica, estupor y coma. (17) En los hallazgos de laboratorio son la brecha osmolar amplia, acidosis metabólica severa, hiato aniónico amplio, bicarbonato bajo, metanol en sangre. (17)

Uso de antidotos: (17)

- El uso de alcohol etílico está indicado cuando hay una historia de ingesta apreciable de metanol y es cuando los niveles séricos de metanol no son evaluables inmediatamente y/o  $\text{pH} < 7.3$  y/o bicarbonato  $< 15$  y metanol en sangre mayor de 20 mg/dl. (17)
- Alcohol absoluto (etílico) en forma parenteral: Ampollas al 96% de 2,5 ml o 10 ml. (17)
- Etanol intravenoso en dosis de carga de 50cc de alcohol al 96% diluido en 450 cc de dextrosa al 5% a pasar en una hora a 166 gotas por minuto. (17) Dosis de mantenimiento de 21 cc de alcohol al 96% diluido en 980 cc de dextrosa al 5% a 14 gotas por minuto, fijo durante tres días. (17) Y control de glicemia cada 6 horas. (17)

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

Un mes antes de iniciar el internado médico, el área de salud ocupacional del hospital se encargó de capacitarnos y explicarnos sobre las medidas de protección que deberíamos de cumplir y los exámenes de laboratorio que solicitaron a todos los internos. En resumen, antes de ingresar al hospital cumplimos con la norma establecida con el único propósito de cuidar la salud del paciente y del personal que nos rodea.

La práctica clínica equidista mucho de las teorías dictadas en la universidad debido a que hay ciertos puntos que faltan complementar con los procedimientos realizados en emergencia u hospitalización principalmente.

La etapa del internado médico te permite involucrarte y desarrollar funciones que todo médico general debe saberlo como cultura general. Empezando por la redacción de la historia clínica, formato único de atención (FUA), HIS, recetas y exámenes auxiliares; así como el procedimiento de lavado de manos para ingresar a sala de operaciones, lectura del análisis de gases arteriales, sutura y limpieza de heridas y la extracción de sangre arterial.

La labor del interno de medicina empieza desde muy temprano y es con la entrevista al paciente para la evolución del día, después se realiza la visita médica con los co-internos, residentes y los médicos asistentes; durante este proceso se evalúa cómo estás manejando a tu paciente y las infaltables preguntas teóricas. La responsabilidad por parte del interno de medicina depende mucho de cuanto se quiere aprender y el interés se ve reflejado en las acciones de la práctica cotidiana.

El entusiasmo, la motivación y las ganas de querer aprender se refleja en el comportamiento del interno de medicina por lo que cuando es detectado por los residentes, son ellos quienes te apoyan para perfeccionar tus habilidades. Esto es un resumen de mi experiencia como interna de medicina en el hospital.

En el tiempo que hice mi internado aún estábamos en emergencia sanitaria por el COVID-19 por lo que el uso del equipo de protección personal era indispensable en cada especialidad y también proporcionado por el hospital al

igual que en el centro de salud. La protección contra los virus y bacterias tenía que empezar por nosotros ya sea con el lavado de manos y uso del equipo de protección personal para que los pacientes aprendan que las buenas costumbres sanitarias empiezan por el personal de salud. Ante todo, debemos de pensar en nosotros como persona y cuidarnos porque se presentó casos de accidentes laborales.

En el establecimiento de salud donde realice la otra parte del internado, también pude consolidar conocimientos respecto al ritmo de atención al paciente en consultorio y al mismo estar alerta a cualquier emergencia que se presentaba ya que por día solo había un médico de turno.

## CONCLUSIONES

Desempeñar la labor de atender al paciente desde el momento que te dirige la palabra y poder formular preguntas en base a su dolencia para decir el manejo adecuado respecto al posible diagnóstico que se plantea. Es una habilidad que solo la puedes adquirir con la práctica diaria en las diferentes áreas de las especialidades. Esta situación dependerá mucho del interés y del deseo de aprender, el cual ya estaba establecido antes de iniciar el internado médico.

El trabajo en equipo es parte de la formación como médico porque la recuperación del paciente no solo depende del médico tratante sino de los otros profesionales de la salud. Además, todo el esfuerzo será para beneficio del paciente bajo cualquier circunstancia.

La destreza de elaborar las evoluciones desde muy temprano se va desarrollando conforme pasan los días, al igual que los procedimientos que se realizan en emergencia porque es el momento en el que se deben tomar decisiones rápidas y precisas.

Cabe resaltar que la rotación por el centro de salud tuvo importancia en el sentido que se aprende el manejo de la atención en el primer nivel como conocer el tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, manejo de las infecciones respiratorias altas, tratamiento para la anemia y sobre todo la promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles. También el aprendizaje consistía en aceptar las limitaciones como médico general y tomar la decisión de derivar al paciente en casos puntuales o de emergencia. Por otro lado, la mayor afluencia de pacientes se presentaba por las mañanas lo cual es una desventaja para el valioso tiempo de la etapa de internado ya que por la tarde solo se presentaba casos de síndrome febril en pacientes pediátricos. Es fácil el aprendizaje del manejo en un centro de salud por lo que debería ser corto el periodo durante la etapa del internado.

El rol que desempeñó el tutor en el centro de salud no fue el adecuado ya que como tenía el cargo de jefe en el centro de salud tenía otros deberes y la enseñanza fue dirigida por otro médico lo cual no es lo correcto. A diferencia del tutor en el hospital que siempre cumplía con las evaluaciones semanales y era

evidente el esfuerzo por enseñarnos casos en emergencia, consultorio y sala de operaciones.

Existía otra labor académica paralela a las rotaciones en el hospital y en el centro de salud lo cual eran las clases virtuales enfocadas en casos clínicos y preguntas relacionadas al tema. Estas clases eran dictadas cada dos semanas por lo cual si se podía organizar y no tener interrupciones con las rotaciones en el hospital; además coincidían con los temas que se trataba en el hospital.

En lo personal fue una experiencia muy gratificante que siempre lo recordare con mucha alegría porque este es el inicio de un largo camino en mi vida como médico. Puedo decir que si aprendí el manejo de las patologías más frecuentes y que este aprendizaje también fue posible por las enseñanzas de los médicos residentes y asistentes.

## RECOMENDACIONES

Para los futuros internos de medicina la principal recomendación es tener muy claro los conceptos de ciencias básicas ya que en cualquier momento se plantean preguntas sobre diferentes temas; para ello se debe ir preparado con los conocimientos previamente adquiridos en la universidad y repasarlos cada día. En el momento de realizar un procedimiento se debe conocer el reparo anatómico para evitar lesiones en el paciente.

Por otro lado, se recomienda cambiar el plazo de rotación en el hospital ya que solo cinco semanas no son lo suficiente para aprender en el amplio camino de la medicina; familiarizarnos con diferentes casos y manejarlos de forma adecuada necesita de mayor tiempo por lo que hubo situaciones en las que no hubo seguimiento adecuado del paciente porque se tenía que rotar a otro servicio.

Por tal motivo se debería rotar por el centro de salud durante un periodo corto y no ampliarlo hasta cinco meses, se debe dar prioridad a la estancia en el hospital. Como un seguimiento en la satisfacción de la enseñanza al alumno debería existir encuestas para manifestar el grado de satisfacción respecto a los tutores en los centros de salud, porque no todos cumplen con la enseñanza y la orientación en dicho establecimiento de salud.

Afianzar conocimientos respecto a las patologías más frecuentes se logro llevar a cabo con las actividades académicas realizadas de forma virtual por parte de la universidad lo cual amerita mencionarlo porque representa el interés por el aprendizaje del alumno.

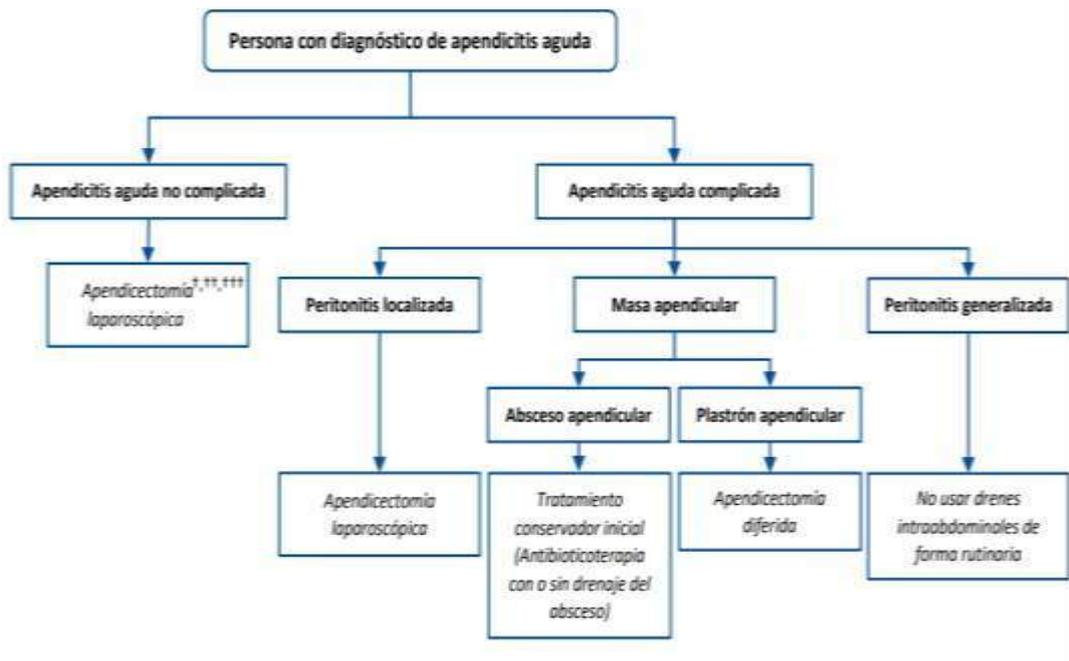
Finalmente, se recomienda asistir de forma puntual y con los materiales necesarios que se debe llevar porque son de gran utilidad al momento de examinar al paciente y lo más importante es que no interrumpa en los quehaceres diarios.

## FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Sotomayor Hernández AL, Fernández Bajón LJ, Romero Sarmiento D, García Araujo HJ, Avellaneda del Portillo DA. Apendicitis y plastrón apendicular: entre la cirugía y la antibioticoterapia de amplio espectro. Revisión Neuromun 2021 [citado el 28/02/2021]. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/311/378>
2. Zenén Rodríguez Fernández. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. Sld.cu. [Internet]. [Citado el 5 de marzo de 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932021000300010#B1](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000300010#B1)
3. Diego E. Clouet-Huerta, Cinthia Guerrero B., Eduardo Gómez L. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. Rev. Chil. Cir. 2017. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-pdf-S0379389316300990>
4. Md. Verónica Toro, Dr. Octavio Miranda, Dr. Fabián Yépez, Md. Cinthya Llerena, Md. Ibeth Ramos, Md. Sofía Toro. Manejo de plastrón apendicular de manera conservadora en el hospital General Ambato. Rev. UNIANDÉS Ciencias de la salud. [Internet]. 2019 sep.-dic; 2(3):283-295. Disponible en: <http://45.238.216.13/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1458/820>
5. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Apendicitis aguda. Gob.pe. [citado el 25 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda\\_Version-corta.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf)
6. AJ. Zarate, M. Álvarez, I. King, A. Torrealba. Colecistitis aguda. [Internet] Medfinis.cl. [citado el 25 de mayo de 202]. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/Colecistitis%20aguda.pdf>
7. Motta Ramírez GA, Martínez Mendoza NJ, Martínez Utrera MJ, Vite Oliver M, Bastida Alquicira J, Jiménez Chavarría E. La identificación y el diagnóstico oportuno del hidrocolecisto. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2014/arm144c.pdf>
8. Pablo J, León R. PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. [Internet]. Medigraphic.com. 2014. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145g.pdf>
9. Protocolo manejo de la mola hidatiforme. Medicinafetal.org. [Internet] 2017. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/mola.pdf>
10. Durón Gonzáles R, Morera PB, Clínica I, Pamela D, Morera B. Enfermedad trofoblástica gestacional. [Internet]. Scielo.sa.cr. 2018. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-30.pdf>

11. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años. [Internet]. Gop.pe. 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
12. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis. [Internet]. Gop.pe. 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/fiore/Downloads/GPC%20BronquiolitisF.pdf>
13. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. [Internet]. Gop.pe. 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/fiore/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000260-2019-DG-INSNSB%20INFECCIONES%20AGUDAS%20DE%20LAS%20V%C3%8DAS%20RESPIRATORIAS%20SUPERIORES.pdf>
14. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo 2) con cetoacidosis, estado hiperglicémico hiperosmolar y estado mixto. [Internet]. Gop.pe. 2017. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4453658/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica.pdf?v=1681926446>
15. Intoxicación por metanol en Lima Metropolitana y Callao. Dge.gop.pe. [Internet]. 2022. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas\\_202223\\_14\\_16\\_5541.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_202223_14_16_5541.pdf)
16. Valdivia-Infantas M, Intoxicación por metanol en Lima. Rev. Soc. Perú. Med. Interna. 2022;35(4). Disponible en: <file:///C:/Users/fiore/Downloads/700-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1047-1-10-20221115.pdf>
17. Marín Ruíz JA. Norma de Atención de los Pacientes intoxicados por Metanol. [Internet] Paho.org. 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/norma%20manejo%20de%20intoxicacion%20por%20metanol.pdf>

ANEXO 1: Flujoograma para el manejo de la apendicitis aguda



ANEXO 2: Algoritmo del tratamiento de la Pielonefritis Aguda en el embarazo

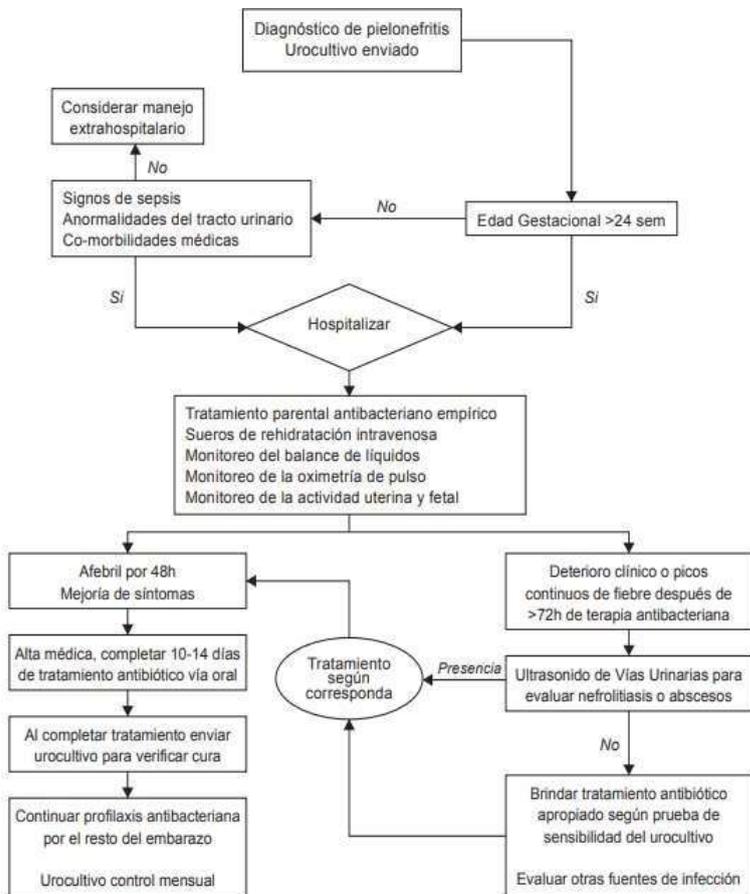
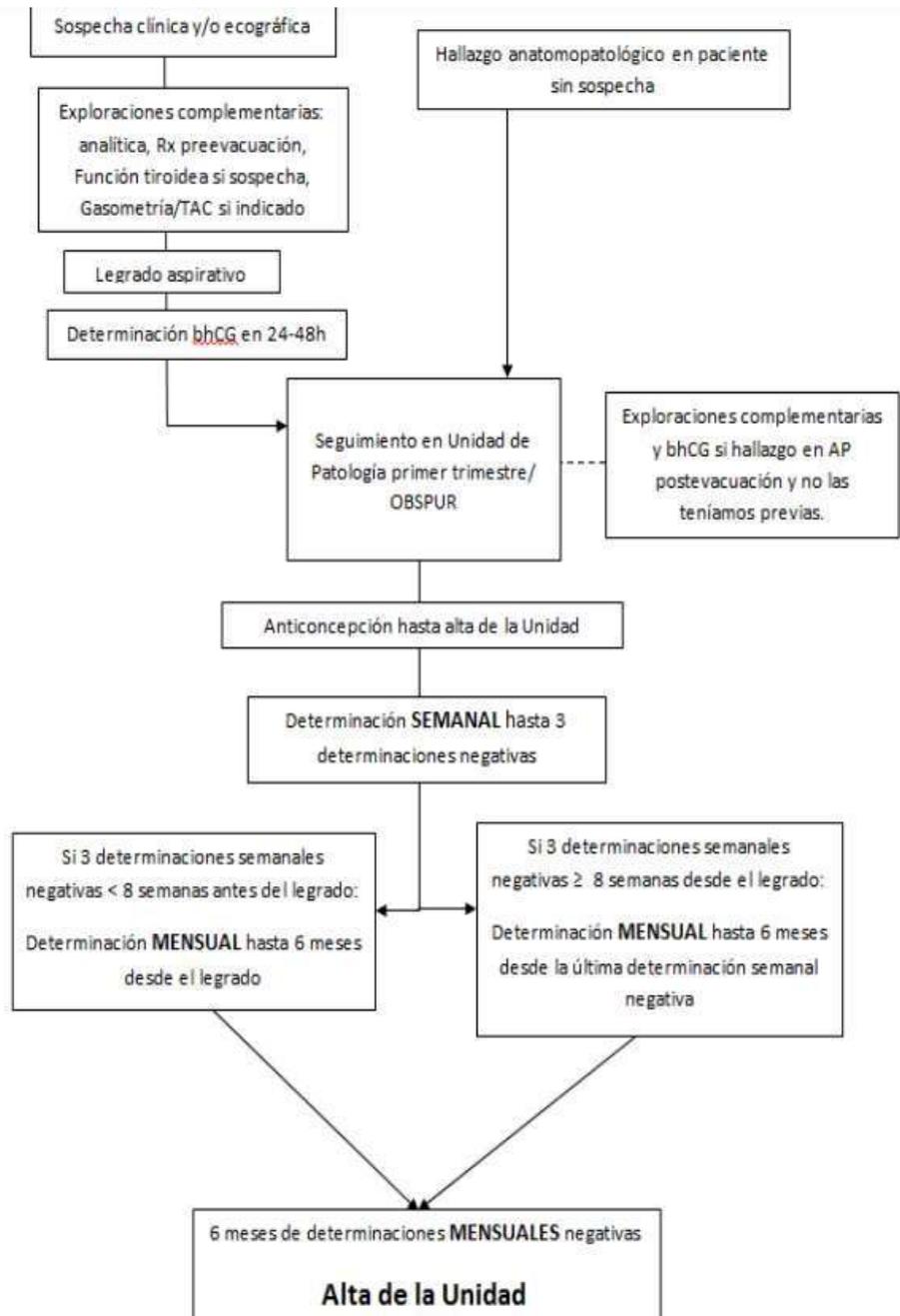


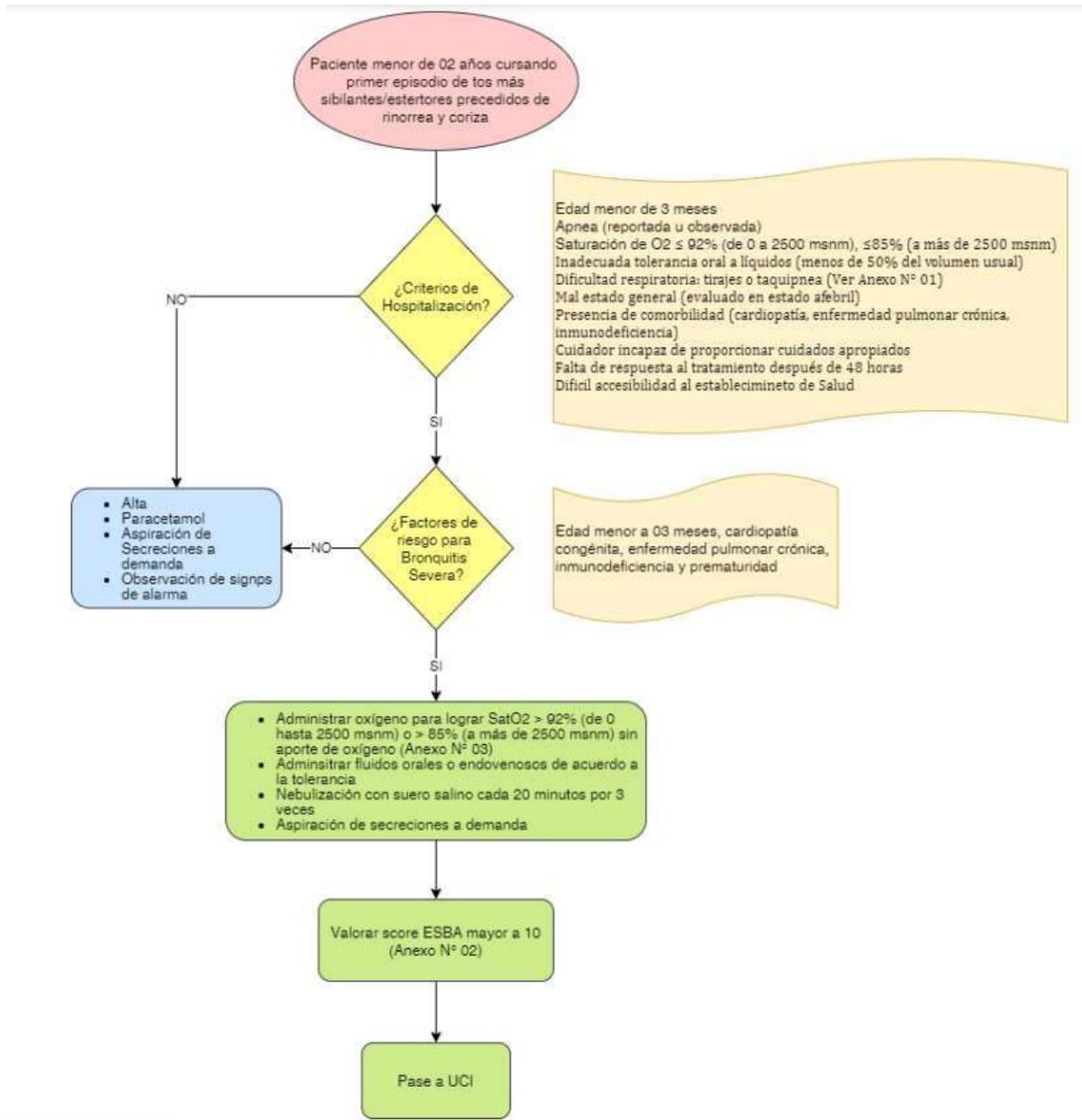
FIGURA A: Imagen intrauterina en “snowstorm” sin desarrollo fetal



### ANEXO 3: Manejo de la Mola Hidatiforme



## ANEXO 4: Esquema para manejo de bronquiolitis



## ANEXO 5: Score Escala de severidad de la Bronquiolitis Aguda (ESBA)

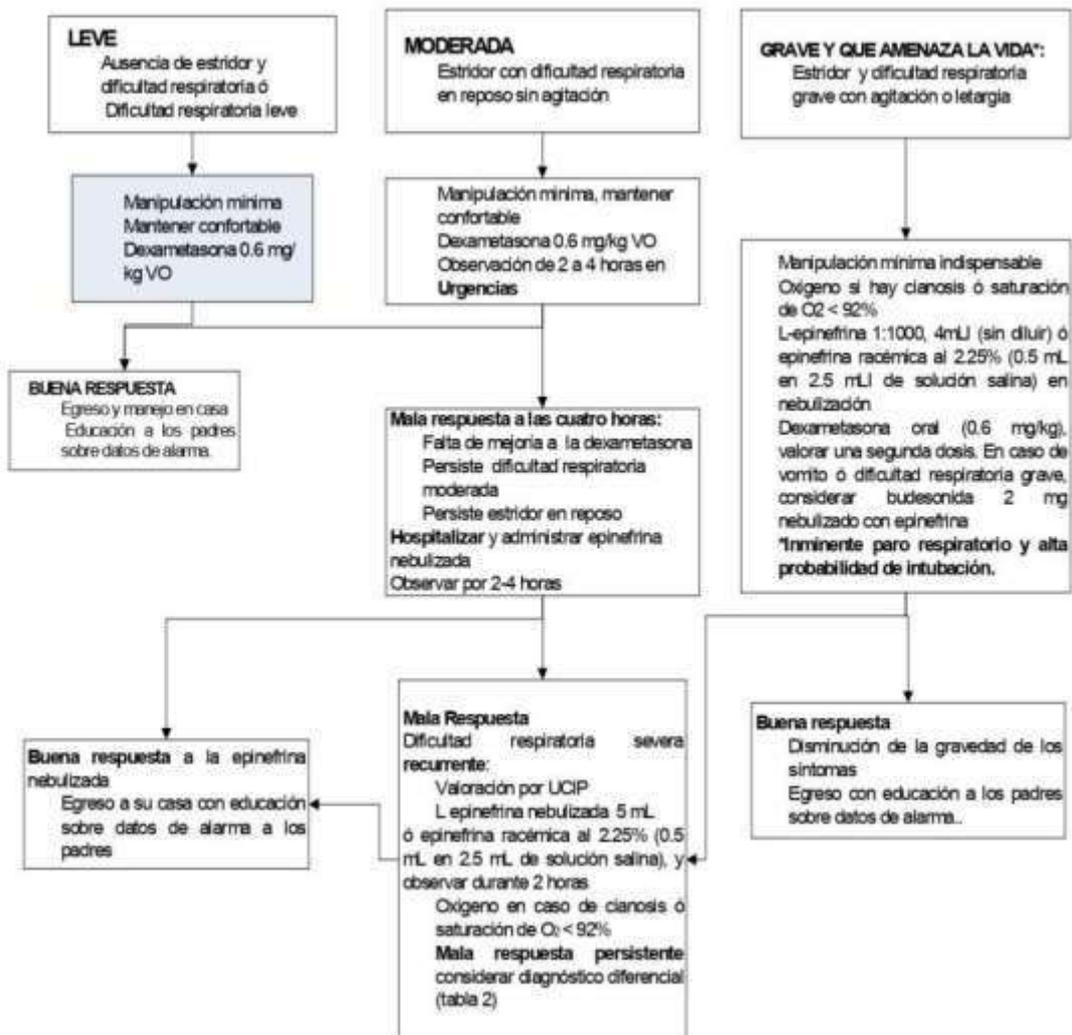
ESCALA DE SEVERIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA					
PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
<b>Sibilancias</b>	No	Sibilancias al final de la espiración	Sibilancias en toda la espiración	Sibilancias ins- piratorias	Hipoflujo
<b>Crepitantes</b>	No	Crepitantes en un campo	Crepitantes en 2 campos	Crepitantes en 3 campos	Crepitantes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

## ANEXO 6: Acrónimo FALTAN

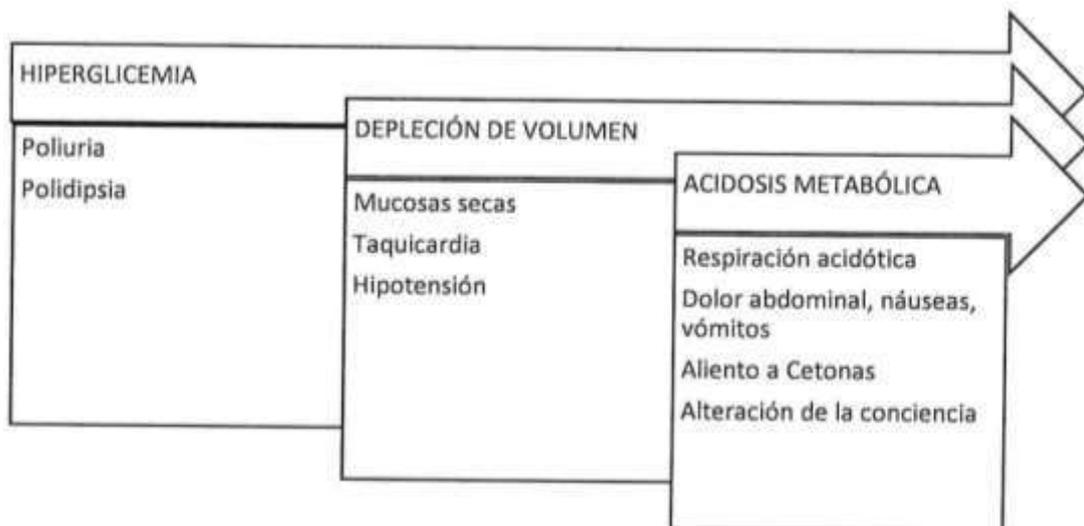
Tabla N° 2. Acrónimo "FALTAN"

ACRÓNIMO "FALTAN"	
<b>F</b>	<b>Fiebre:</b> Administrar paracetamol condicional a temperatura mayor de 38°C axilar según grupo etario. Si la temperatura es menor de 38°C axilar y genera disconfort o si existiera antecedentes de convulsión asociada a fiebre, administrar paracetamol y medios físicos. (aligerar coberturas, baños de agua tibia, compresas húmedas tibias en la frente, abdomen, piernas, etc. Recordar que es importante la individualización de cada paciente y su entorno; no es necesario hacer uso de otras soluciones.
<b>A</b>	<b>Alimentación:</b> Si el niño es menor de 6 meses o aún no ha iniciado su alimentación complementaria, alentar a la madre a amamantarlo con frecuencia. Si ya inició alimentación complementaria se debe de continuar dándole sus alimentos habituales.
<b>L</b>	<b>Líquidos:</b> Incrementar el aporte para mantener una adecuada hidratación del organismo si consideramos las pérdidas a través de secreciones, pérdidas insensibles y especialmente si tiene fiebre.
<b>T</b>	<b>Tos:</b> Evitar el uso de antitusígenos, expectorantes, antihistaminicos, descongestionantes, etc.
<b>A</b>	<b>Alarma:</b> Acudir de inmediato al establecimiento de salud más cercano, si presenta alguno de los siguientes signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para respirar (taquipnea, tirajes, sibilancias, estridor, quejido, etc.).</li> <li>• Persistencia de Fiebre, a pesar de 48 horas de tratamiento.</li> <li>• Dificultad para beber o lactar o vómitos frecuentes.</li> <li>• Compromiso del sensorio (presenta irritabilidad o somnolencia, ausencia de sonrisa social, convulsiones).</li> <li>• Si el niño no mejora o empeora a pesar del tratamiento recibido.</li> </ul>
<b>N</b>	<b>Nariz:</b> Limpieza de las fosas nasales si la presencia de secreciones interfiere con la alimentación o el sueño, proceda a la limpieza de las fosas nasales con una solución casera de agua con sal (media cucharadita de sal en media taza de agua) o suero fisiológico al 0.9%, aplicando 5 a 10 gotas (0.25 - 0.5 ml) en cada fosa nasal con la frecuencia necesaria para mantener a los niños libre de obstrucción.

## Anexo 7: Diagnostico y manejo del Crup



## ANEXO 8: interacción cronológica de las crisis hiperglicémicas agudas en diabetes mellitus.



ANEXO 9: Transformación del etanol y metanol

