



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LABORES CLÍNICAS REALIZADAS DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO ENTRE LOS AÑOS 2020-2021 EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE HUACHO**

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

**PRESENTADO POR
STEFANIE JULIA ZARATE VAELLA**

**ASESOR
DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON**

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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





FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LABORES CLÍNICAS REALIZADAS DURANTE EL
INTERNADO MÉDICO ENTRE LOS AÑOS 2020-2021 EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
STEFANIE JULIA ZARATE VAELLA**

**ASESOR
DR. SIXTO ENRIQUE SÁNCHEZ CALDERÓN,**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Edelina Soto Espinoza

Miembro: Dra. Yanire Patty Macedo Alfaro

Miembro: Dr. Carlos Alberto Baldarrago Luna

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia quienes me apoyaron desde el inicio y siempre me alentaron a seguir mi vocación.

A mis maestros quienes me prepararon para enfrentar las experiencias vividas durante el internado con unas bases sólidas de conocimientos y confianza. Que hoy me permiten lograr la culminación de mi carrera.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Pediatría	2
1.2 Rotación de Cirugía	5
1.3 Rotación de Gineco obstetricia	8
1.4 Rotación de Medicina Interna	11
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
3.1 Ámbito general	18
3.2 Rotación de Pediatría	18
3.3 Rotación de Cirugía	19
3.4 Rotación de Gineco obstetricia	20
3.5 Rotación de Medicina Interna	20
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	22
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
ANEXOS	29
1. Figura de Pulmonary Score	30

RESUMEN

El internado médico constituye una experiencia fundamental siendo parte del plan de estudio de la carrera de Medicina Humana, la finalidad es que los estudiantes integren y consoliden los conocimientos adquiridos durante los ciclos anteriores en experiencias clínicas reales.

El presente trabajo contiene el análisis de las experiencias significativas y los conocimientos adquiridos durante el periodo del internado a través de casos clínicos y referencias que permiten detectar riesgos, aplicar medidas preventivas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los principales problemas de salud de 4 áreas de rotación: Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina Interna y Cirugía.

El objetivo de este trabajo es plasmar el desarrollo del estudiante a través de su activa participación clínica y a tener responsabilidades en la cadena de mando de la medicina hospitalaria, consolidando sus competencias profesionales.

Este periodo les permite conocer la muerte, la frustración, la fatiga física; se presentan dudas y enfrenta todo tipo de temores; reconoce sus limitaciones y se esfuerza por mejorar constantemente, sumado a todo ello, se enfrentaron a una realidad aun mayor, la pandemia global por el COVID-19, que tuvo influencia directa en la interacción entre paciente-médico y entre colegas, además de ciertas restricciones en los procedimientos pero que finalmente genera una capacidad de resolución de problemas en cada estudiante en búsqueda del aprendizaje necesario para su vida profesional futura.

ABSTRACT

The medical internship constitutes a fundamental experience being part of the study plan of the Human Medicine career, the purpose is that the students integrate and consolidate the knowledge acquired during the previous cycles in real clinical experiences.

This work contains the analysis of the significant experiences and knowledge acquired during the internship period through clinical cases and references that allow detecting risks, applying preventive measures for diagnosis, treatment and rehabilitation in the main health problems of 4 areas of rotation: Pediatrics, Gynecology, Internal Medicine and Surgery.

The objective of this work is to capture the development of the student through their active clinical participation and to have responsibilities in the chain of command of hospital medicine, consolidating their professional skills.

This period allows them to know death, frustration, physical fatigue; doubts arise and face all kinds of fears; recognizes their limitations and strives to constantly improve, in addition to all this, they faced an even greater reality, the global pandemic due to COVID-19, which had a direct influence on the interaction between patient-doctor and between colleagues, in addition to certain restrictions in the procedures but that finally generates a problem-solving capacity in each student in search of the learning necessary for their future professional life.

INTRODUCCIÓN

La situación nacional cambió drásticamente al iniciarse el estado de Emergencia el 16 de marzo del 2020, y el Internado Médico no se vio ajeno a los cambios consecuentes. Todos los internos fueron retirados de los establecimientos de salud inmediatamente, con una fecha de retorno de quince días, la cual se aplazó por varios meses, la situación se tornó incierta sobre la condición de retomar las labores prácticas. Por disposición general de todos los años, los internos estaban ubicados en plazas de hospitales, los cuales al inicio del internado nos brindaron inducciones sobre el enfoque del trabajo a nivel hospitalario. Al momento del retorno muchas plazas se anularon, y se les dio la posibilidad de reubicarse en plazas en Centros de Salud u Hospitales cercanos al domicilio actual. Por ello el enfoque del manejo del trabajo en los nuevos centros eran diferentes, por lo que se requirió de nuevas inducciones, añadiéndole a ello, el estar en medio de una pandemia se requería nuevos protocolos que ya se habían implementado desde el inicio del estado de emergencia, pero que también necesitan ser instruidos al nuevo personal conformado por internos de las diferentes ramas de la salud. La importancia de realizar un internado en este contexto da la ventaja de prepararse pre profesionalmente ante una realidad que va a acompañar en la etapa profesional unos cuantos años más.

La experiencia del internado médico fue realizada inicialmente en el Hospital Santa Rosa (Lima) de nivel III-1 durante enero - marzo del 2020 y debido a la pandemia se culminó en el Hospital Regional de Huacho de nivel II-2 durante noviembre 2020 - abril 2021.

El Hospital Santa Rosa tiene como misión y visión:

Misión

“Somos un Hospital de Tercer Nivel de atención que brinda servicios de salud general, con calidad y oportunidad, con trabajadores comprometidos, en el marco del ejercicio pleno del Derecho a la Salud de nuestros usuarios.

Visión

“El 2021 seremos un Hospital de Tercer Nivel de atención reconocido por brindar servicios de salud con calidad y oportunidad, claramente percibidos por los usuarios, en cumplimiento de los Derechos en Salud”.

El Hospital Regional de Huacho presenta como visión y misión:

Misión

Brindar atención de salud especializada e integral en condiciones de plena accesibilidad a la población mediante la prevención de los riesgos, protegiendo del daño, recuperando la salud y rehabilitando sus capacidades, construyendo entornos saludables con énfasis en la salud materno infantil y en la población de mayor pobreza.¹

Visión

Red de salud y Hospital acreditados, calificados y potenciados para categorizar a un mayor nivel de atención; líderes de modernidad y eficiencia en la atención de salud, reconocidos a nivel local y regional: con adecuada capacidad resolutive y con recursos humanos capacitados según perfil epidemiológico que cumplen con los lineamientos de salud y garantizan mayor accesibilidad a la población de menores recursos.¹

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Los años de pregrado sirven para formar la base de los conocimientos teóricos y prácticos para el estudiante de medicina teniendo la oportunidad de participar activamente en el diagnóstico, supervisión y manejo de pacientes que, en la etapa del internado, que es el último peldaño de la formación académica, se termina por expandir, afianzar y consolidar.²

Muchos de los procedimientos médicos que se estudian durante la carrera, como canalizar una vena, tomar una muestra de gases arteriales, suturar, elaborar una férula, realizar una episiotomía, realizar la atención integral de un parto y de un recién nacido, entre otros, ya hayan sido enseñados a través de diapositivas, videos, o contemplados en vivo en las practicas hospitalarias, se terminan por afianzar al realizarlo en la práctica diaria del internado, que con el conocimiento base y las recomendaciones de los docentes, estos procedimientos los finaliza realizando el interno en su práctica diaria.

Toda esta información será de gran utilidad para cuando el interno se enfrente situaciones similares durante el SERUMS, segunda especialización y posterior ejercicio profesional.

El internado medico es dividido en 4 áreas de rotación: Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia, para lo cual se detallará 2 casos de cada área que brindan un gran aprendizaje.

1.1. ROTACIÓN EN SERVICIO DE PEDIATRÍA.

CASO CLÍNICO 1 DE PEDIATRÍA.

a. Descripción del caso clínico:

Paciente varón de 6 años llega a emergencia acompañado de su madre, con un tiempo de enfermedad de 1 día de inicio insidioso y curso progresivo. Un día antes del ingreso presenta tos no productiva persistente que llega a vómito en una oportunidad, niega fiebre, niega diarrea. El día del ingreso, presenta dificultad respiratoria progresiva post aplicación de “frotación de alcanfor”. Sobre antecedentes personales, el paciente había presentado 2 episodios de asma bronquial en el último año, niega hospitalizaciones previas. Al examen físico se encuentra taquipnea, saturación de oxígeno de 91%, no cianosis, no tirajes, sibilantes en ambos hemitórax, valoración de Pulmonary Score y saturación de oxígeno en crisis moderada, resto del examen normal.

En radiografía de tórax se aprecia refuerzo de trama bronco vascular hilar, no infiltrados, no atelectasia, signos de atrapamiento aéreo post 5 cursos de inhalaciones de salbutamol más bromuro de ipratropio.

Se diagnostica crisis asmática moderada con hipoxemia. Se hospitaliza al paciente con tratamiento de corticoesteroides, anticolinérgico, agonistas β_2 inhalados de acción corta. Tras una evolución favorable, al cuarto día se le indica alta con tratamiento ambulatorio.

b. Comentario e integración con conocimientos previos.

La crisis asmática se caracteriza por episodios agudos o subagudos de aumento progresivo de dificultad respiratoria, tos o sibilancias o la combinación de estos síntomas³.

Es esencial valorar la gravedad basándose en criterios clínicos

(frecuencia respiratoria, presencia de sibilancias y existencia de retracciones del músculo esternocleidomastoideo).

Existen varias escalas clínicas que permiten realizar esta valoración, entre ellas, el Pulmonary Score tiene la ventaja de ser sencillo y aplicable a todas las edades.

Si se integra esta escala con la saturación de oxígeno (SaO₂), permiten completar la estimación de la gravedad del episodio como leve, moderado o grave⁴ (Ver Anexo 1).

En caso de las crisis asmáticas, la guía GINA indica un monitoreo frecuente durante el tratamiento y ajuste de este según sea la respuesta. Para la hospitalización se debe evaluar el estado clínico, los signos y síntomas, la función pulmonar, la respuesta al tratamiento y los antecedentes personales.

Las exacerbaciones presentan la oportunidad de replantear el manejo del asma crónica del paciente, revisar los factores de riesgo modificables de futuras exacerbaciones, y que el adulto responsable del menor entienda los fines terapéuticos de los medicamentos para lograr una mejora en la adherencia al tratamiento.⁵

CASO CLÍNICO 2 DE PEDIATRÍA.

a. Descripción del caso:

Paciente varón de 7 meses con tiempo de enfermedad de 2 días, de inicio insidioso y de curso progresivo. Madre refiere que dos días antes del ingreso, su hijo presenta vómitos en 3 oportunidades de contenido lácteo. Un día antes del ingreso, presenta vómitos en 4 oportunidades y se agrega deposiciones líquidas verdosas en aproximadamente 8 oportunidades, sin moco y sin sangre. Por tales motivos, la madre junto al menor acude a emergencia.

Al examen físico: Funciones vitales: Frecuencia cardiaca (FC) 174 x',

frecuencia respiratoria (FR) 30 x', temperatura (T) 36.4 °C, saturación de oxígeno (SatO₂) 98%. Paciente luce irritable, ojos hundidos, mucosa oral seca, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores húmedos. Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, abdomen blando depresible con ruidos hidroaéreos aumentados, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Exámenes de laboratorio: Creatinina 0.44, glucosa 90.9, sodio 139, potasio 3.4, cloro 100, reacción inflamatoria: leucocitos de 8 a 10 por campo, hemograma y examen de orina no patológicos.

Impresión diagnóstica: Gastroenteritis aguda con deshidratación moderada + hipokalemia leve. Por lo que se decide su hospitalización, con hidratación endovenosa, reposición de pérdida de líquidos con sales de rehidratación oral, antieméticos y antipiréticos condicionales. A los 3 días de evolución favorable, se da la indicación de alta.

b. Comentario e integración con conocimientos previos.

La sintomatología de la gastroenteritis puede incluir fiebres, náuseas y vómitos, además de la disminución en la consistencia de las heces y / o un aumento en la frecuencia de las evacuaciones.⁶

Valorar la deshidratación es la parte más significativa del manejo diagnóstico y terapéutico, ya que establece la gravedad de la gastroenteritis aguda y se emplea como uno de los elementos decisivos para la hospitalización del paciente. La rehidratación oral con líquidos hipoosmolares es el tratamiento estandarizado de la primera línea. Otros tratamientos eficaces incluyen la administración de probióticos como *Lactobacillus GG* o *Saccharomyces boulardii*, o utilizar racecadotril como antidiarreico, u ondansetrón como antiemético.⁷

Los antieméticos han demostrado que permiten una mejor tolerancia a la solución de rehidratación oral y, cuando se usan de manera apropiada, pueden disminuir la necesidad de líquidos intravenosos y la hospitalización.⁸

1.2. ROTACIÓN EN SERVICIO DE CIRUGÍA

CASO CLÍNICO 1 DE CIRUGÍA

a. Descripción del caso:

Paciente varón de 39 años, dos días antes del ingreso, presentar dolor en hemiabdomen inferior tipo cólico, sin irradiación, intensidad 7/10, asociado a hiporexia, náuseas y vómitos alimentarios en seis oportunidades, por lo que un día antes del ingreso acude a clínica donde le indican analgésicos y regresa a casa. Horas antes del ingreso el dolor se focaliza en cuadrante inferior derecho, de mayor intensidad y no cede a analgésicos, por lo que acude a Emergencia del Hospital Regional de Huacho.

Niega antecedentes personales, niega hospitalizaciones previas, niega cirugías previas, niega alergias.

Al examen físico, paciente en aparente regular estado general, piel y mucosas de aspectos normales, se encuentra un abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando poco depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo, Blumberg positivo. En el hemograma se aprecia leve leucocitosis. Se determina como impresión diagnóstica síndrome doloroso abdominal y apendicitis aguda. Se programa para sala de operaciones.

Se realiza apendicectomía + colocación de dren, en el reporte quirúrgico se describe como hallazgos un apéndice paracecal interno perforado en tercio medio, secreción inflamatoria de aproximadamente 50 cc en fosa iliaca derecha y fondo de saco de Douglas, ciego fijo y base indemne; se coloca dren Penrose en fondo de saco. Se concluye como diagnóstico postoperatorio una apendicitis perforada más peritonitis localizada. El paciente continúa su hospitalización recibiendo tratamiento antibiótico y analgésicos, al cuarto día se le retira el dren, y al tener una evolución favorable, al quinto día es dado de alta con tratamiento ambulatorio.

b. Comentario e integración con conocimientos previos.

La etiología sigue no estando clara del todo, pero existen probables causas que son la obstrucción luminal que limita la salida de las secreciones mucosas y por ende, conlleva a un aumento de la presión, generando ingurgitación y éstasis que pueden desencadenar a la necrosis y posteriormente a la perforación. Durante una infección, los posibles causantes de una obstrucción luminal podrían ser los fecalitos, los cuerpos extraños, la malignidad y la hiperplasia linfoide.⁹

El nuevo contexto que vivimos debido a la pandemia global del COVID-19 ha generado un impacto en las otras afecciones médicas y quirúrgicas como, por ejemplo, presentándose como un posible nuevo factor de tasas más altas de perforación en casos de apendicitis, ya que el miedo de la población a la exposición a la enfermedad viral de la pandemia lleva a acudir a los establecimientos de salud con una presentación tardía de la apendicitis, aumentando la gravedad y las complicaciones de ésta.¹⁰

CASO CLÍNICO 2 DE CIRUGIA.

a. Descripción del caso:

Paciente varón de 21 años con tiempo de enfermedad de 8 días, de inicio insidioso y curso progresivo, manifiesta que inicia cuadro con dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio por lo que se automedica con analgésicos cediendo el cuadro por completo; 5 días antes del ingreso el dolor se ubica en cuadrante inferior derecho por lo que retoma los analgésicos atenuando el dolor.

El día del ingreso acude a clínica por aumento de intensidad del dolor más sensación de alza térmica no cuantificada. Se le solicita exámenes

de laboratorio y de imagen, con los resultados es dirigido al Hospital Regional de Huacho. Al realizarse una tomografía de abdomen se decide su hospitalización.

Examen físico: funciones vitales estables, en aparente regular estado general, se observa abdomen simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo conservado, se palpa masa de 5 x 7 cm en fosa iliaca derecha y dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha.

Paciente niega antecedentes personales, niega cirugías previas, niega alergias.

Exámenes de laboratorio: Glóbulos blancos 17140, bastonados 0%, segmentados 85.4%, hemoglobina 14.1, plaquetas 360000, urea 28.07, creatinina 0.98, amilasa 36.7, glucosa 89.87.

Exámenes auxiliares: Ecografía abdominal: imagen mixta redondeada en fosa iliaca derecha de etiología a determinar, probable plastrón apendicular; meteorismo intestinal aumentado; resto normal. Tomografía abdominal: colección de absceso organizado de volumen aproximado de 85cc en cuadrante inferior derecho intrabdominal, por su localización relacionado a apendicitis aguda complicada, contenida por un plastrón de asas ileales y grasa mesentérica regional inflamadas.

Impresión diagnóstica: Absceso apendicular.

Se le realiza laparotomía exploratoria: drenaje de absceso + apendicectomía + colocación de drenes. Hallazgos quirúrgicos: absceso periapendicular aproximadamente de 300cc de secreción purulenta, con un coprolito libre en su interior; apéndice cecal de 10 x 2 cm perforada en su tercio proximal, mesoapéndice edematoso y friable plastronado por epiplón y colon sigmoide. Lecho apendicular cruento, sangrado en napa y fibrina. Base congestiva, ciego móvil. Se coloca dren laminar en lecho apendicular y otro en fondo retrovesical.

Diagnóstico postoperatorio: plastrón apendicular abscedado.

Durante el postoperatorio, el paciente recibió hidratación y electrolitos, cobertura antibiótica, analgésicos, procinéticos. Al tolerar vía oral y tener una ambulancia progresiva, el paciente es dado de alta con indicaciones.

b. Comentario e integración con conocimientos previos.

En la actualidad, es controversial aún el manejo de masa apendicular. Muchas literaturas se inclinan por una apendicectomía diferida después de un manejo médico, mientras que otras se inclinan por una apendicectomía inmediata.¹¹

La ecografía abdominal y la tomografía permiten confirmar el diagnóstico por el hallazgo de una masa en la fosa ilíaca derecha que envuelve las asas delgadas con signos inflamatorios; en caso de carencia de tratamiento o un tratamiento ineficaz, la progresión es habitualmente hacia un absceso. El síndrome infeccioso se distingue por fiebre a 38,5 ° C y leucocitosis marcada.

Realizar una apendicectomía diferida del plastrón apendicular es un procedimiento seguro y efectivo. Ha demostrado que ayuda a prevenir cicatrices antiestéticas y fístulas digestivas iatrogénicas. En cambio, la apendicectomía inmediata aumenta los riesgos de morbilidad.¹²

1.3. ROTACION EN SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

CASO CLÍNICO 1 DE GINECOLOGÍA.

a. Descripción del caso:

Paciente mujer de 31 años llega a emergencia con informe ecográfico de embarazo ectópico en ovario derecho correspondiente a 4 semanas con 5 días, refiere sangrado vaginal hace aproximadamente 2 días.

Antecedentes fisiológicos: G4P2012; niega antecedentes patológicos.

Antecedentes quirúrgicos: cesárea (2019) por embarazo prolongado.

Al examen físico se encuentra dolor a la movilización de cérvix y dolor anexial.

Exámenes de laboratorio: Hemograma no patológico.

Se le vuelve a realizar ecografía transvaginal y se confirma el diagnóstico.

Se programa para sala de operaciones. Se le realiza laparotomía

exploratoria: Salpingectomía derecha + liberación de adherencias. En los hallazgos operatorios se encuentra hemoperitoneo de 300cc. y trompa uterina derecha dilatada en su tercio medio, sangrante en su extremo externo; más adherencias. Se determina como diagnóstico post operatorio: embarazo ectópico + síndrome adherencial + endometriosis.

En el post operatorio la paciente recibe cobertura antibiótica y analgésicos.

Tras una evolución favorable la paciente es dada de alta con indicaciones.

b. Comentario e integración con conocimientos previos.

Definimos un embarazo ectópico o gestación extrauterina cuando el embarazo se localiza fuera del nivel endocavitario. La localización más frecuente es la tubárica, para ser más precisos en la región ampular. Para un posible diagnóstico temprano se emplea la cuantificación de la hormona β -hCG y la visualización ecográfica extrauterina de un saco gestacional con vesícula vitelina y/o embrión con o sin latido cardiaco. Sobre el manejo óptimo de este tipo de embarazos, no existe aún un consenso universal.

En caso de que la paciente no considera su paridad satisfecha, la elección es el manejo conservador médico, pero tiene sus excepciones, entre ellas, cuando la paciente se encuentra inestable hemodinámicamente, como es en los casos de un embarazo ectópico roto.

En caso de un manejo quirúrgico de elección, hay 3 escenarios, el primero es cuando la trompa contralateral se encuentre sana, en ese caso la elección sería una salpinguectomía por vía laparoscópica; el segundo escenario la elección es la salpingostomía si la otra trompa es patológica o esté ausente y se quiera preservar la fertilidad, en este caso se debe monitorizar la hormona β -hCG hasta que se negativice; y el último escenario es cuando no se puede realizar una laparoscopia, por ende, se escogerá el procedimiento de laparotomía.¹³

CASO CLÍNICO 2 DE GINECOLOGÍA.

a. Descripción del caso:

Paciente mujer de 40 años tercigesta de 12 semanas y 4 días, con un tiempo de enfermedad 2 días de inicio insidioso y curso progresivo, refiere presentar náuseas persistentes, vómitos postprandiales en más de 8 oportunidades y cefalea de moderada intensidad, al no tolerar ni líquidos, acude a emergencia del hospital.

Antecedentes fisiológicos: G3P1011, niega antecedentes patológicos.

Antecedentes quirúrgicos: colecistitis crónica calculosa en 2019.

Al examen físico se halla dolor a la palpación en hipocondrio derecho e hipogastrio. Orificio cervical externo cerrado, no sangrado vaginal, útero anteversoflexo de aproximadamente 10 cm.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina 11 g/dL, glóbulos blancos 5880, abastionados 0%, segmentados 74.3%. Electrolitos: Sodio 135, potasio 3.9, cloro 102. Examen de orina sin presencia de cetonas, leucocitos 3-5 por campo.

Ecografía transvaginal: Gestación única activa de 12 semanas y 4 días por longitud cráneo caudal.

Se decide su hospitalización con los diagnósticos: Tercigesta de 12 semanas y 4 días, emesis gravídica, edad materna avanzada, colecistitis crónica calculosa por historia clínica. Recibe tratamiento de hidratación endovenosa, procinéticos y antieméticos. Durante su hospitalización se le realiza una ecografía abdominal en donde se aprecia una vesícula biliar de paredes gruesas con cálculos de 22 mm aproximadamente y barro biliar. Se progresa a tolerancia oral y luego a dieta fraccionada hipograsa, y al quinto día es dada de alta con indicaciones.

b. Comentario e integración con conocimientos previos.

La emesis gravídica que se considera a las náuseas y vómitos aislados

en la gestación son un síntoma muy habitual en el primer trimestre del embarazo. En general, se manifiestan de manera leve, es decir uno o dos vómitos al día, pero con tolerancia oral adecuada. Usualmente aparecen antes de las nueve semanas de embarazo y cesan aproximadamente a las 16 semanas en la gran mayoría de los casos. La hiperémesis gravídica engloba el aspecto más grave de las náuseas y vómitos en el embarazo, es decir, cuando los vómitos permanecen a lo largo del día acompañado de intolerancia oral. Asimismo, esta condición requerirá hospitalización si va de la mano ciertos criterios como una pérdida ponderal materna, signos de deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas. El diagnóstico es siempre de exclusión de otras patologías que se correlacione con los síntomas.¹⁴

La farmacoterapia que se sugiere considerar como primera línea para el manejo seguro y eficaz de las náuseas y vómitos durante la gestación es la administración vía oral de vitamina B6 sola o en combinación con doxilamina.

También es recomendado para reducir la incidencia y gravedad de los síntomas, es la administración de vitaminas prenatales durante al menos un mes antes de la concepción.¹⁵

1.4. ROTACION EN SERVICIO DE MEDICINA.

CASO CLÍNICO 1 DE MEDICINA.

a. Descripción del caso:

Paciente varón de 40 años con tiempo de enfermedad de 1 día de inicio brusco y curso progresivo refiere que, un día antes del ingreso presenta dolor lumbar izquierdo de intensidad 7/10 que se irradia a flanco izquierdo, asociado a disuria, por lo que se automedica con aines, 12 horas antes del ingreso se agrega sensación de alza térmica, escalofríos, náuseas y vómitos de contenido alimentario (6 veces) por lo que acude al hospital.

Antecedentes: Hospitalización previa por litiasis renal bilateral y pielonefritis 4 y 10 meses antes.

Al examen físico: PA: 100/70 mmHg, FC: 126x', FR: 20x', T:39.2°.

Se encuentra un abdomen simétrico, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo conservado, matidez hepática conservada. blando, depresible doloroso a la palpación profunda flanco derecho e izquierdo, PPL (+) Izquierdo, PRU superior y medio (+) bilateral.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: Leucocitos 20 430, segmentados: 82%, abastionados: 2% linfocitos: 11%, hemoglobina 13.5, hematocrito 42%.

Glucosa 101 mg/dL, urea: 90.4, creatinina: 2.1, bilirrubina total 0.84, bilirrubina directa 0.36, bilirrubina Indirecta 0.48, albumina: 4.34, globulina 3.1,

Examen de Orina: leucocitos numerosos por campo, gérmenes (+), hematíes: 15-20 por campo.

Se decide su hospitalización por impresión diagnóstica de infección en tracto urinario e insuficiencia renal aguda, ya hospitalizado se realiza tomografía abdominal en donde se halla hidronefrosis bilateral a predominio izquierdo con presencia de cálculos de 5 x 8 mm en el lado derecho y 10 x 5 mm en unión pieloureteral izquierdo, cálculo de 10 x 8 en vejiga, buena diferenciación corticomedular.

El estudio de urocultivo resulta positivo para *E. coli* BLEE sensible a amikacina, nitrofurantoína, imipenem; y resistente a cefazolina, ampicilina, ampicilina/sulbactam, ceftriaxona, cefepima, ceftazidima, gentamicina, ciprofloxacino, trimetoprima/sulfametoxazol, piperacilina/tazobactam.

Se le indica cobertura antibiótica con evolución favorable por lo cual se determina su alta a los días.

b. Comentario e integración con conocimientos previos.

La insuficiencia renal aguda o insuficiencia renal crónica con fracaso de tratamiento, en ambos casos, se debe considerar como causante de la patología una obstrucción de vías urinarias ya que, de ser así, la insuficiencia renal es potencialmente reversible.¹⁶

La hidronefrosis se puede definir como una dilatación aséptica por hipertrofia del músculo liso, de manera unilateral o bilateral de la pelvis

renal y los cálices en respuesta a la obstrucción o al reflujo urinario generando una acumulación de orina por encima del nivel de la obstrucción. La consecuencia es una tasa de filtración glomerular reducida, un descenso del flujo sanguíneo renal y pérdida de nefronas. Cuando la dilatación alcanza los uréteres, se llama como hidroureteronefrosis.

La hidronefrosis se diagnostica con mayor frecuencia con una mayor disponibilidad de tomografía computarizada, urografía intravenosa o ecografía. Se puede identificar de manera incidental mediante imágenes requeridas para indagar un síntoma intraabdominal no relacionado o en un paciente sintomático con dolor lumbar e incremento de creatinina.¹⁷

CASO CLÍNICO 2 DE MEDICINA.

a. Descripción del caso:

Paciente mujer de 56 años con tiempo de enfermedad 8 horas, con inicio brusco y curso progresivo.

Inicia cuadro clínico con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de intensidad 8/10 que aumenta de intensidad con la ingesta de alimentos. Dos horas antes del ingreso presenta náuseas y vómitos de contenido alimentario en 4 oportunidades. El dolor se irradia a la espalda por lo que acude al hospital.

Paciente niega antecedentes personales y familiares de importancia.

Al examen físico: PA: 110/70 mmHg, FC: 87x', FR: 20x', T:37.2°

Tórax, pulmones y cardiovascular sin alteraciones. Abdomen simétrico, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo conservado, matidez hepática conservada, blando depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy positivo, no signos peritoneales.

Exámenes de laboratorio: leucocitos 12 430, segmentados: 79%, abastionados: 0%, linfocitos: 15%, Hemoglobina 12.5, hematocrito 38%, urea: 30.4, creatinina: 0.92, bilirrubina total 0.88, bilirrubina

directa 0.34, bilirrubina indirecta 0.45, albumina: 4.34, TGO: 67.3, TGP: 54.2, fosfatasa alcalina: 154, amilasa 3034.2, LDH: 180. Examen de Orina: Leucocitos: 15-20 x campo, gérmenes (+).

Exámenes auxiliares de imagen: Radiografía de tórax: no se evidencia derrame pleural. Radiografía de abdomen: No dilatación de asas, no niveles hidroaéreos. Ecografía de abdomen: Colecistitis crónica calculosa, esteatosis hepática.

Ampliación de anamnesis: Paciente refiere haber presentado disuria y polaquiuria desde hace 2 días, y también episodios de dolor abdominal a predominio de cuadrante superior izquierdo asociados a ingesta de alimentos copiosos desde hace 5 meses, que se autolimitaba con infusiones de hierbas naturales.

Se hospitaliza a la paciente con impresión diagnóstica de pancreatitis agua, colecistitis crónica calculosa e infección de tracto urinario. Recibe de tratamiento hidratación endovenosa, manejo del dolor y apoyo nutricional en cuanto al cuadro de la pancreatitis, y se agrega antibióticos para el cuadro de infección del tracto urinario. Luego de evolución favorable se indica alta.

b. Comentario e integración con conocimientos previos.

La evaluación clínica de los pacientes con pancreatitis aguda debe ser dirigida a signos y síntomas de insuficiencia orgánica con la finalidad de clasificarlos apropiadamente. El manejo inicial debe enfocarse en la reanimación con líquidos.

En lo posible, no se debe suspender la alimentación por vía oral por completo, es más se debe alentar la alimentación oral temprana y no se recomienda el uso de nutrición parenteral.

En caso de los pacientes que la pancreatitis aguda sea secundaria al alcohol, es esencial y beneficioso que reciban asesoramiento sobre el consumo de este.¹⁸

Los casos de pancreatitis aguda pueden desarrollar una infección extrapancreática hasta en un 20%, como son, infecciones del torrente sanguíneo, neumonía e infecciones del tracto urinario. La importancia de identificar las infecciones extrapancreáticas radica en que estas se asocian con un aumento de la mortalidad. Y en caso de que se sospeche de una infección, se debe iniciar la administración de antibióticos mientras se establece la fuente de la infección.¹⁹

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El inicio del internado médico 2020 se realizó en el hospital Santa Rosa, establecimiento III-1, y debido a la crisis sanitaria se retomó luego de 7 meses en el Hospital Regional de Huacho de nivel II-2 perteneciente a la DIRESA Lima Región, fundado el 02 de octubre de 1970, y creado inicialmente como Hospital de Apoyo y posteriormente desde 1990 es denominado Hospital Regional.



HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO - CATEGORÍA II-2

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD



<p>CONSULTORIOS EXTERNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Pediatría - Cirugía General - Ginecología y Obstetricia I - Anestesiología - Nefrología - Cardiología - Neurología - Neumología - Nutrición y Dietética - Gastroenterología - Reumatología - Psiquiatría - Oftalmología - Urología - Otorrinolaringología - Dermatología - Endocrinología - Geriatria - Cirugía Torácica y Cardiovascular - Cirugía Oncológica - Cirugía Plástica y Reparadora - Odontología - Psicología - Medicina Física y Rehabilitación - Traumatología y Ortopedia <p><small>U.G.C.</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infectología y PROCETSS: Consejería VIH/SIDA - ITS y TARGA - Consejería y Prevención de Cáncer <p>ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmunizaciones (Vacunas) - Crecimiento y Desarrollo (CRED) - Etapa del Adulto Mayor - Prevención y Control de Tuberculosis - Enfermedades No Transmisibles (Diabetes, Hipertensión Arterial y Obesidad) - Tamizaje de Salud Ocular - Evaluación Geriátrica Integral <p>ATENCIÓN DE OBSTETRICIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obstetricia II (Control Prenatal y Control de Puerperio Normal) - Etapa Vida Adolescente - Psicoprofilaxis Obstétrica - Estimulación Prenatal - Planificación Familiar - Consejería Salud Sexual y Reproductiva <p>HOSPITALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Cirugía - Pediatría - Neonatología - Gineco-Obstetricia - Sala de Operaciones - Centro Obstétrico (Sala de Partos) 	<p>EMERGENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna - Pediatría - Cirugía General - Gineco- Obstetricia - Traumatología - Trauma Shock y Reanimación - Unidad de cuidados Intensivos - Tópico de Inyectables y Nebulizaciones <p>DIAGNOSTICO POR IMAGENES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiología Convencional (Rayos X) - Mamografía - Ecografía General y Doppler <p>PATOLOGÍA CLÍNICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio - Banco de Sangre <p>ANATOMÍA PATOLOGICA</p> <p>FARMACIA</p>
---	--	--

SERVICIO DE EMERGENCIA
ATENCIÓN LAS 24 HORAS DEL DÍA

RD N° 091-2017-DG-DESI-DSS-DIRESA-L

Fig.1 Cartera de servicios de salud del Hospital Regional de Huacho

Los pacientes que requieran ser referidos, se derivarán a hospitales de mayor complejidad en la ciudad de Lima.

Los pacientes son referidos en casos que se requiera evaluación y tratamiento por especialidades que no cuenta el hospital en ese momento.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Durante la etapa de internado médico se consolidan habilidades, actitudes y destrezas necesarias para desenvolverse en las actividades médico-quirúrgicas y humanísticas, durante el contexto de pandemia.

Ámbito general

- Hospital Santa Rosa brindó la inducción regular y presencial para el internado 2020 con una duración de 2 días.
- Hospital Regional de Huacho brindó una inducción virtual y presencial sobre los aspectos básicos relacionados al contexto de pandemia global COVID-19, como el uso correcto del Equipo de Protección Personal (EPP) y los protocolos hospitalarios.
- Se realizó la entrega de EPPs a lo largo del desarrollo del internado médico.

Rotación en el área de Pediatría

- Según el silabo se debían cumplir competencias: Identifica, aplica, propone y juzga las alternativas de solución a los problemas pediátricos, neonatológicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.
- Se realizaron búsquedas bibliográficas relevantes para la mejor comprensión de los casos clínicos a través de buscadores bibliográficos como PUBMED, COCHRANE, SCOPUS, entre otras.

- Se utilizaron materiales físicos de lectura como los libros “Dosificación de medicamentos en Pediatría” y el “Manual de urgencias y emergencias en Pediatría”
- Se realizaron según la programación las exposiciones de temas como Problemas del recién nacido, problemas del niño y adolescente, ética y deontología en pediatría, urgencias y emergencias, y prevención y promoción de la salud.
- Se realizaron la presentación de casos clínicos desarrollando aspectos importantes de la evolución de los pacientes.
- A través del desarrollo de la revista de revista se profundizaba el conocimiento observado en los casos.
- Se realizó talleres de reanimación cardiopulmonar neonatal

Rotación en el área de Cirugía

- Según el silabo se debían cumplir competencias: Identifica, aplica, propone y juzga las alternativas de solución a los problemas quirúrgicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.
- Realizaron actividades prácticas dirigidas por los residentes sobre nudos y suturas en esponja.
- Se realizaron según la programación las exposiciones de temas sobre Cirugía general, traumatología, problemas de urología, problemas de oftalmología, problemas otorrinolaringología entre otros.
- Participación activa de la colocación de sonda Foley en paciente
- Observación de la colocación de catéteres venosos centrales durante las guardias quirúrgicas
- Durante el desarrollo de la experiencia del internado realizamos curaciones de quemaduras, curaciones de heridas por infección de sitio operatorio, colocación y cambio de bolsas de colostomías.

- Participación y constante al realizar suturas en pacientes
- Durante las guardias en emergencia se realizaron la colocación de férulas de yeso.

Rotación en el área de Medicina Interna

- Según el silabo se debían cumplir competencias: Identifica, aplica, propone y juzga las alternativas de solución a los problemas médicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.
- Se realizaron según la programación las exposiciones de temas sobre problemas infecciosos, problemas del aparato respiratorio, del aparato cardiovascular, del aparato digestivo, del sistema nervioso, entre otros.
- Utilización de material de lectura como el Libro Harrison de Medicina Interna.
- La toma de muestra para análisis de gases arteriales (AGA)
- Durante la experiencia hospitalaria se realizó frecuentemente la curación de pie diabético
- Se realizó la discusión de casos clínicos de manera virtual dirigido por los médicos asistentes.

Rotación en el área de Gineco-obstetricia

- Según el silabo se debían cumplir competencias: identifica, aplica, propone y juzga las alternativas de solución a los problemas ginecológicos, obstétricos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.
- Se realizaron según la programación las exposiciones de temas como tumores pélvicos, alteraciones del piso pélvico, infecciones ginecológicas y reproducción humana entre otros.
- Uso de apps médicas que facilitaban la accesibilidad rápida y

sencilla al conocimiento: App “Gestograma” para el cálculo rápido de la edad gestacional por fecha de última regla y App “OB Wheel” para precisar edad gestacional según la ecografía del primer trimestre.

- Uso de materiales de lectura: boletines del American Collage of Obstetricians and Gynecologists
- Talleres de sutura de episiotomía y episiorrafia dirigido por residentes de tercer año.
- Realización de atenciones de parto acompañados de residentes.
- Realización de ecografías obstétricas y transvaginales
- Curaciones de heridas por infección de sitio operatorio.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Todo interno de medicina ha vivido el desafío de llevar esta experiencia dentro de un contexto de pandemia.

Inicialmente se realizaron estas prácticas preprofesionales en las sedes elegidas con anterioridad, sin restricciones por pandemia, lo que permitía un contacto más cercano con los pacientes, una libre rotación por las áreas del hospital y con mayor número de horas de trabajo, lo que permitía un seguimiento de los casos adecuado.

La pandemia trajo un tiempo de incertidumbre y una necesaria preparación para el retorno a las actividades hospitalarias.

Llegado el momento de retornar, muchas sedes hospitalarias redujeron o anularon sus plazas para internado, lo que llevó a que un porcentaje de los internos buscaran nuevas plazas en centros de salud.

A nivel general, algunos internos no contaban con plazas cercanas a sus hogares, lo que generaba mayor riesgo de contagio durante el traslado en transporte público. Era difícil mantener limitado el contacto sólo con pacientes no covid, ya que en el área de emergencia de todas las rotaciones no se realiza pruebas de descartar covid a todos los pacientes atendidos; a eso debía agregarse que la cantidad de EPPs era insuficiente para los turnos programados. Como todo trabajador de salud, el miedo al contagio dentro de casa siempre estaba presente, pero ya casi al finalizar el internado, la llegada de la vacuna generó mayor seguridad para realizar las actividades clínicas correspondientes.

Pediatría

Esta rotación se realizó en la etapa pre pandemia por lo que se aprovechó la gran cantidad de casos observados y debatidos para el aprendizaje del interno.

Fue la rotación donde se realizó la discusión de casos clínicos de manera presencial.

Se tuvo mayor contacto con familiares de los pacientes permitiendo un desarrollo de las historias clínicas a mayor detalle.

Cirugía

Debido a la pandemia, las cirugías programadas se vieron reducidas priorizando los casos de mayor urgencia y así no sobrepasar el aforo de pacientes hospitalizados.

Medicina Interna

Esta Rotación coincidió con el inicio de la segunda ola por COVID-19, por lo que el hospital se vio en la necesidad de reubicar los servicios para poder ampliar los pabellones de pacientes covid, generando que su capacidad de camas se redujera a la mitad.

Gineco-obstetricia

No se pudo hacer un seguimiento de los controles prenatales de las gestantes debido a que los consultorios de gineco-obstetricia se suspendieron sus citas. Los turnos de emergencia fueron enriquecedores ya que el hospital al ser un establecimiento de referencia recibía os de todos los distritos aledaños generando una mayor afluencia de pacientes, preparando a los internos para una atención integral de las gestantes.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa indispensable en la formación de un médico, le brinda capacidades prácticas, cognitivas y emocionales para afrontar situaciones de manera autónoma en su vida profesional.

La crisis sanitaria por el COVID-19 trajo nuevos desafíos a esta experiencia, donde los internos supieron adaptarse afrontando correctamente las circunstancias adversas transformándolas en nuevas oportunidades de aprendizaje.

La virtualización no fue ajena al internado, ya que las actividades académicas pasaron de ser presenciales, a realizarse a través de plataformas digitales.

Pese a las restricciones la pandemia, el área de emergencia fue una de las vías más enriquecedora para la formación médica.

RECOMENDACIONES

Control y monitoreo para las siguientes promociones de internos con respecto a la vacunación.

Garantizar el EPP para los internos de medicina durante todas sus rotaciones.

Que se continúe la remuneración del internado ya que ello cubre con los gastos de traslado, EPPs extras o pruebas de descartar COVID periódicas.

Garantizar la alimentación por parte de los Establecimientos de Salud durante los horarios de trabajo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. [Internet]. Hdhuacho.gob.pe. 2021. Available from: <http://www.hdhuacho.gob.pe/>
2. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, RodríguezOrozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educ Med Super.* 2007;21(4):e7].
3. Maselli DJ, Peters JI. Medication Regimens for Managing Acute Asthma. *Respir Care.* 2018 Jun;63(6):783-796.
4. GEMA 5.0. Guía Española para el Manejo del Asma. 2020
5. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2020. Disponible en: www.ginasthma.org
6. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; European Society for Pediatric Infectious Diseases. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 Jul;59(1):132-52.
7. Wielgos K, Setkowicz W, Pasternak G, Lewandowicz-Uszyńska A. Postępowanie w ostrej biegunce infekcyjnej u dzieci [Management of acute gastroenteritis in children]. *Pol Merkur Lekarski.* 2019 Aug 30;47(278):76-79.
8. Brady K. Acute gastroenteritis: evidence-based management of pediatric patients. *Pediatr Emerg Med Pract.* 2018 Feb;15(2):1-25.
9. Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP. Acute

- appendicitis. BMJ. 2017
10. Wang AW, Prieto J, Ikeda DS, Lewis PR, Benzer EM, Van Gent JM. Perforated Appendicitis: An Unintended Consequence During the Coronavirus-19 Pandemic. *Mil Med.* 2021 Jan 30;186(1-2):94-97.
 11. Murcia Pascual FJ, Garrido Pérez JI, Vargas Cruz V, Betancourth Alvarenga JE, Cárdenas Elías MA, Vázquez Rueda F, Paredes Esteban RM. Tratamiento quirúrgico o conservador del plastrón apendicular. ¿Influye en la aparición de complicaciones? [Conservative or early surgical management of appendiceal mass. Does it affect the appearance of complications?]. *Cir Pediatr.* 2015 Oct 10;28(4):184-187
 12. Baba TF, Mbar WTM, Lamine DM, Aly SM, Noel TJ, Mamadou C, Tidiane TC, Ibrahima K. Plastron appendiculaire: intervention en urgence ou différée: à propos d'une série de 27 cas dans la clinique chirurgicale de l'Hôpital Aristide Le Dantec [Appendicular plastron: emergency or deferred surgery: a series of 27 cases collected in the surgical clinic of the Aristide Le Dantec Hospital]. *Pan Afr Med J.* 2018.
 13. Barcelona Foundation. Gestación ectópica [Internet]. *Medicinafetalbarcelona.org.* 2021. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/gestacion-ectopica.html>
 14. Barcelona Foundation. Hiperemesis gravidica [Internet]. *Medicinafetalbarcelona.org.* 2021. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hiperemesis-gravidica.html>
 15. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018.
 16. Longo D, Jameson L, Kasper D. *Harrison Principios de medicina interna.* 18th ed. México D. F., [etc.]: McGraw-Hill; 2018.
 17. Patel K, Batura D. An overview of hydronephrosis in adults. *Br J Hosp Med (Lond).* 2020.
 18. James TW, Crockett SD. Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018.
 19. Swaroop S. Management of acute pancreatitis. [Uptodate]. Grover S; 2021. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute->

pancreatitis

ANEXOS

ANEXO N° 1

PULMONARY SCORE PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA DE LA CRISIS DE ASMA EN NIÑOS*				
Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de esternocleidomastoideo
	< 6 años	≥ 6 años		
0	<30	<20	No	No
1	31 – 45	21 – 35	Final de la espiración	Incremento leve
2	46-60	35-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	>60	>50	Inspiración y espiración sin estetoscopio**	Actividad máxima

*Se puntúa de 0 a 3 en cada uno de los apartados (mínimo 0, máximo 9)

**Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo está aumentada puntuar el apartado sibilancias con un 3.

Fuente: GEMA 4.2. Guía Española Para el Manejo del Asma. 2017.²

VALORACIÓN GLOBAL DE LA GRAVEDAD DE LA EXACERBACIÓN DE ASMA EN NIÑOS INTEGRANDO EL PULMONARY SCORE Y LA SATURACIÓN DE OXÍGENO		
	Pulmonary score	Saturación O ₂
Leve	0 – 3	> 94%
Moderada	4 – 6	91 – 94%
Grave	7 – 9	< 91%

*En caso de discordancia entre la puntuación clínica y la saturación de oxígeno se utilizará el de mayor gravedad

Fuente: GEMA 4.2. Guía Española Para el Manejo del Asma. 2017.²