



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO A DOS AÑOS DE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

PRESENTADO POR

**HELMUT NICK NOLTE CORTÉS
LUIS RODRIGO PAU GUTIERREZ**

ASESOR

LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

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

LIMA- PERÚ

2022



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO A DOS AÑOS DE LA PANDEMIA
POR COVID-19**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**NOLTE CORTÉS, HELMUT NICK
PAU GUTIERREZ, LUIS RODRIGO**

ASESOR

DR. LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: M.E. Karim Elizatbeh Urgarte Rejavinsky

Miembro: M.E. Carlos Morales Paitan

Miembro: M.E. Graciela Pilares Barco

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres, Antonia y Helmut; y hermanos, Antonella y Franco. Son las personas más importantes en mi vida y sin ustedes no habría logrado llegar a este punto. A mi mamita Socorro, que me enseñó tanto de niño y representa uno de los pilares más sólidos en mi formación. A mi tía Mercedes, quien me recibió con los brazos abiertos al llegar a esta ciudad y apoyó mi idea de ser médico desde que tengo uso de razón. Y también a mis abuelos, Carlos y Roberto, que hace poco dejaron físicamente este mundo, pero su legado vive en mí y los que los conocimos y sé que aplauden este momento.

Helmut Nick Nolte Cortés

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia, quienes me apoyaron en todo aspecto a lo largo de estos siete años. Gracias por cada llamada de atención y de aliento para lograr ser mejor cada día. A mi abuelo Gilmer quien, aunque no este físicamente, me acompaña en cada paso que doy. A mis amigos y a las personas que formaron parte de algún momento en este periodo brindando su apoyo y diversión, haciendo la etapa universitaria mucho más agradable.

Luis Rodrigo Pau Gutiérrez

ÍNDICE

	Páginas
Índice	V
Resumen	VII
Abstract	VIII
Introducción	IX
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía General	
1.2 Pediatría	
1.3 Medicina Interna	
1.4 Ginecología y Obstetricia	
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	21
2.1 Instituto Nacional Materno Perinatal	
2.2 Instituto Nacional De Salud Del Niño	
2.3 Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”	
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	25
3.1 Cirugía General	
3.2 Pediatría	
3.3 Medicina Interna	
3.4 Ginecología y Obstetricia	

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	46
ANEXOS	

RESUMEN

Este reporte ha sido realizado por dos internos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres (USMP), los cuales hicieron las cuatro rotaciones del Internado Médico (2021-2022) correspondientes a Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia en tres sedes hospitalarias: Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” (HMC) ,Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) Instituto Nacional De Salud Del Niño Sede Breña (INSNB) en el periodo académico 2021-2022.

El objetivo de este trabajo es presentar las experiencias, habilidades y conocimientos adquiridos por parte de los internos de medicina al completar su formación a dos años del inicio de la pandemia por SARS-CoV2. Para ello, se han seleccionado cuatro casos clínicos por especialidad, haciendo un total de 16 casos en los que los autores participaron desde el momento del ingreso; estos casos clínicos se presentan para detallar cómo fue la atención, evaluación y manejo por parte del personal asistencial; de igual forma se realizó una breve revisión y discusión sobre cada patología detallada.

Conclusión: A pesar de las limitaciones a causa de la pandemia por SAR-CoV2, el internado médico logró realizarse de forma satisfactoria, cumpliendo con los objetivos de enseñanzas para el desarrollo profesional.

Palabras clave: Internado médico, Diagnostico, Tratamiento, SARS-CoV2.

ABSTRACT

This report has been made by two medical students of the Facultad de Medicina Humana - Universidad de San Martín de Porres (USMP), who made the four rotations of the Medical Internship (2021-2022) corresponding to Internal Medicine, Pediatrics, Surgery and Obstetrics and Gynecology in three hospital sites: Central Military Hospital "Coronel Luis Arias Schreiber" (HMC), National Maternal and Perinatal Institute and National Institute of Child Health in the academic period 2021-2022.

The goal of this paper is to present the experiences, skills and knowledge acquired by the medical interns after completing their training two years after the beginning of the SARS-CoV2 pandemic. For this purpose, four clinical cases per specialty have been selected, making a total of sixteen cases in which the authors participated from the moment of admission; these clinical cases are presented to detail the care, evaluation, and management by the health care worker; likewise, a brief review and discussion of each detailed pathology was explained too.

Conclusion: In contrast to the limitations due to the SARCoV2 pandemic, the medical internship was satisfactorily carried out, achieving the teaching objectives for professional development.

Key words: Medical internship, Diagnosis, Treatment, SARS-CoV2.

INTRODUCCIÓN

El internado médico corresponde al último año de formación universitaria, etapa en la cual, los médicos en formación desarrollan labores asistenciales hospitalarias diariamente durante doce meses en cuatro especialidades: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia. En ellas, aplican los conocimientos adquiridos durante los 6 años de estudio previos, asimismo, desarrollan nuevas habilidades en relación a la atención médica. Al cumplir este período y posterior a ser evaluados mediante el Examen Nacional de Medicina (ENAM), los internos de medicina se encuentran aptos para titularse y obtener su colegiatura médica (1).

Al inicio de la pandemia por SARS-CoV2 en marzo de 2020, el Estado Peruano decretó una emergencia sanitaria y cuarentena a nivel nacional, esto dio como resultado la suspensión del internado médico vigente en esa fecha, de la misma forma, se suspendieron las actividades docentes en centros hospitalarios, afectando también, a estudiantes de medicina que se encontraban cursando prácticas hospitalarias. Más adelante, a inicios de octubre, se retomaron las actividades de internado médico, en donde el Ministerio de Salud (MINSa) puso a disposición centros de primer nivel de atención para el desarrollo de las actividades, esto debido a la disminución de sedes hospitalarias y vacantes dentro de ellas; además, emitió los lineamientos para realizar el internado, dentro de los cuales se mencionaron, por ejemplo, derecho a recibir un estipendio mensual, una guardia diurna por semana, asistencia continua durante quince días con descanso los quince días posteriores, etc (2).

A dos años del inicio de la pandemia por SARS-CoV2, el internado médico se desarrolla ahora durante un periodo de diez meses (01 de julio de 2021 - 30 de abril de 2022) y se cuenta, además, con lineamientos brindados por MINSa en los que se detallan estipendio, seguro de salud, equipos de protección personal, etc. Sin embargo, este internado se realiza en dos fases: cinco meses de rotación hospitalaria y cinco meses de rotación en centros de primer nivel de

atención. Este hecho motivó a un gran número de futuros médicos a optar por realizar su internado en clínicas particulares u hospitales de fuerzas armadas. Gracias a la coordinaciones por la parte de la Universidad de San Martín de Porres, los internos de medicina pertenecientes el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, como es el caso de los autores, pudieron complementar sus desarrollo profesional realizando rotaciones en centros especializados tales como el Instituto Nacional Materno Perinatal e Instituto Nacional De Salud Del Niño Sede Breña.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1. Rotación en Cirugía General

A. Caso 1

Paciente varón de 40 años con antecedente de Hipertensión arterial en tratamiento y apendicectomía en el 2014 acude a emergencia del HMC procedente del Hospital Militar Geriatrico (HMG), con un tiempo de enfermedad de dos semanas, caracterizado por vómitos, distensión abdominal, sensación de masa en región inguinal derecha e hiporexia. Paciente refiere que hace dos semanas observó una pequeña masa en zona inguinal derecha tras realizar esfuerzo físico y posteriormente desapareció, cuadro que se ha repetido en tres oportunidades tras realizar esfuerzos, cinco días antes del ingreso se presentan un episodios de vómitos biliosos e hiporexia, por lo que acude a posta donde le dan tratamiento notando mejoría, sin embargo refiere aumento de tamaño de la masa en zona inguinal, acudiendo un día antes del ingreso a HMG de dónde referido a hospital militar central para evaluación por cirugía. A la evaluación en emergencia se encuentra a la paciente en regular estado general, alerta, con signos vitales dentro de rangos de normalidad, aparato cardiovascular y respiratorio sin alteraciones, al examen abdomen se observa masa blanda en región inguinal derecha de 6 x 7 cm que protruye al realizar maniobra de valsalva y es reductible a la digitopresión, presencia de ruidos hidroaéreos, se encuentra blando y depresible, timpanismos leve en flancos, sistema genito urinario sin alteraciones, estado neurológico conservado. Se concluye con diagnóstico de hernia inguinal derecha y se decide hospitalización con solicitud de exámenes pre quirúrgicos para corrección quirúrgica al día siguiente en primer turno operatorio. Se recibe resultado de exámenes de laboratorio que

reporta hemograma, examen de orina, perfil hepático y perfil de coagulación dentro de rangos de normalidad, exámenes serológicos no reactivos, Grupo Sanguíneo O y factor Rh +, PCR 15,7 mg/L. Se dejan indicaciones de nada por vía oral (NPO), Hidratación con dextrosa, hipersodio y cloruro de potasio al 20%, analgesia con ketoprofeno 100 mg, cobertura antibiótica con ciprofloxacino 400 mg y vendaje de miembros inferiores 30 minutos antes de cirugía. Se procedió a hernioplastia usando la técnica de Lichtenstein, los hallazgos operatorios fueron: Defecto herniario de 3 cm aproximadamente, saco herniario de 5 x 7 cm con contenido de asas intestinales y epiplón. Paciente queda en observación postoperatoria en piso de hospitalización con evolución favorable, siendo dado de alta al tercer día.

B. Caso 2

Paciente femenina de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial hace 10 años, actualmente tratada con losartan 50 mg una vez al día; Diabetes mellitus hace 7 años, actualmente tratada con metformina 850 mg; Artroplastia de cadera derecha en 2018. Acude a emergencia del HMC con un tiempo de enfermedad de siete días caracterizado por dolor abdominal, ictericia, náuseas e hiporexia. Paciente refiere iniciar hace +/- siete días con dolor opresivo de intensidad 4/10 a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho que se irradiaba hacia tórax y región de la espalda, asociado a náuseas e hiporexia por lo que acude a centro particular donde se le administran diclofenaco 75 mg IM logrando calmar el dolor, sin embargo, cinco días antes del ingreso reaparece cuadro clínico con similares características, por lo que se realiza una ecografía abdominal donde encuentran colédoco dilatado 9 mm con imágenes hiperecogénicas con sombra acústica < 9mm en su interior y hallazgos sugerentes de colecistitis aguda calculosa: Paredes engrosadas, murphy ecográfico

(+), imágenes hiperecogénicas con sombra acústica <12mm, menciona además impactación en bacinete . Tres días antes del ingreso familiares notan coloración amarillenta en la paciente, tras persistencia de cuadro clínico deciden acudir a emergencia del HMC. Al examen funciones vitales dentro de rangos de normalidad, paciente afebril, se observa ictericia en escleras, piel y mucosas +++/+++, sistema cardiovascular y respiratorio sin alteración; se observa abdomen globuloso con ruidos hidroaéreos disminuidos , blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, signo de murphy (+); sistema genito urinario, locomotor y neurológico sin alteraciones. El diagnóstico presuntivo fue Coledocolitiasis a descartar pancreatitis, se solicitaron hemograma, PCR, Perfil hepático, glucosa, urea, creatinina, amilasa, lipasa, los resultados fueron: Hb: 12.5 g/dL, Hto: 36.6% , Leu: 13 500 mm³ , Ab: 00%, PCR: 320 mg/dL, TGO: 136.6 U/L, TGP: 130.3 U/L , Bilirrubina total: 10.64 mg/dL, Bilirrubina directa: 8.24 mg/dL, Bilirrubina indirecta: 2.4 mg/dL, Fosfatasa alcalina: 462 U/L , GGTP: 505 U/L, Glucosa: 158 mg/dL, Urea: 64.6 mg/dL, Creatinina: 1,11 mg/dL, Amilasa: 27 U/L, Lipasa: 27 U/L; además se solicitó una colangio resonancia en la que se evidenció conducto colédoco dilatado además de evidenciar un cálculo comprimiendo conducto hepático común y conducto hepático derecho por lo que se concluye con diagnostico de Síndrome de Mirizzi y se decide programación para SOP. Se realizó colelap + colocación de dren kehr + Exploración de vía biliar , los hallazgos operatorios fueron: Vesícula biliar de +/- 8x3x3 cm con paredes engrosadas; conducto cístico dilatado; cálculos enclavados en su interior de +/- 1cm. Es llevada a hospitalización con indicación de hidratación, antibioticoterapia con ceftriaxona y metronidazol , analgesia con ketoprofeno y tramadol, vigilancia de drenaje. Evoluciona favorablemente.

C. Caso 3

Paciente varón de 30 años sin antecedentes de importancia, acude a emergencia del HMC presentando cuadro clínico de dos días de evolución caracterizado por fiebre (38°C) dolor tipo cólico difuso, mareos y vómitos. Paciente refiere haber presentado malestar estomacal tipo cólico intensidad 4/10 al día siguiente aumenta a una intensidad 8/10 logrando interrumpir el sueño y agregando diaforesis. Posteriormente dolor se localiza en fosa iliaca derecha (FID). Al examen físico abdominal se encuentra en abdomen con resistencia, masa a nivel de FID, Mc Burney (+), Blumberg (+), Rovsing (-). Se solicitaron exámenes de ecografía que reporta apendicitis aguda no complicada; además de exámenes de laboratorio donde se muestra Hb: 13,5 gr/dL, Hcto: 40.4% , Pla: 267 000 mm³, Leu: 10 730 mm³ , Ab: 0%, Seg: 85%, PCR: 57.91 mg/L; Examen completo de orina no patológico, Tiempos de coagulación normales, serológicos negativos. Se concluye con diagnóstico de Apendicitis aguda , se indica nada por vía oral (NPO), antibiótico profilaxis con Ceftriaxona 1 gr endovenoso cada 12 h y metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas, se solicita pre quirúrgicos para pase a sala de operaciones. Se realizó una Apendilap + Dren Pen Rose, Hallazgos reportados: Apéndice cecal 14x2 cm supurado, subserosa en 2/3 distales y plastrón. Líquido inflamatorio 100 cc en fosa recto vesical y 50cc en parietocólico derecho. El diagnóstico postoperatorio fue: Apendicitis Aguda Supurada. Evolución favorable y alta a los 6 días.

D. Caso 4

Paciente femenina de 42 años sin antecedentes de importancia, acude a emergencia con cuadro clínico de 10 horas caracterizado por dolor abdominal, náuseas y vómitos. Refiere haber presentado dolor abdominal 8/10 en hemiabdomen superior en horas de la madrugada,

asociado a náuseas y dos episodios de vómitos con contenido alimenticio por lo que acude a centro de salud en chorrillos donde le realizan una ecografía abdominal donde se encuentra un vesícula aumentada en su diámetro antero posterior, grosor de pared 4.8mm con lo que se concluye: Colecistitis aguda calculosa, además trae un hemograma del mismo centro con valores de hemoglobina en 11.1 g/dL, hematocrito: 34%, leucocitos: 149 200 mm³, Ab: 0%, siendo posteriormente derivada a HMC. Al examen, paciente hemodinámicamente estable, con buen patrón respiratorio, al examen abdominal RHA presentes, se encuentra dolor a la palpación de hipocondrio derecho o Signos de Murphy (+), no se palpan masas. Genito urinario normal, evaluación neurológica sin alteraciones. Se concluye con diagnóstico de colecistitis aguda por lo que se solicitan pre quirúrgicos. Se indica Nada por vía oral (NPO), Cloruro 0.9% 1000 cc XXX gotas por minuto, ketoprofeno 100 mg endovenosos cada 8 horas STAT, Hioscina 20 mg endovenoso STAT y SOP al llamado. Se realizó Colelap donde reportaron hallazgos de vesícula biliar 9 x 5 cm, edematosa con adherencias de epiplón, arteria y conducto cístico único, contenido de vía biliar: líquido oscuro. Paciente quedó en hospitalización con evolución favorable, siendo dado de alta al segundo día.

1.2. Rotación en Pediatría

A. Caso 1

Paciente de varón 9 años con antecedentes de asma hace 5 años, hospitalización a los 2 años por Diarrea aguda con deshidratación y antecedente de madre asmática, acude a emergencia del hospital militar presentando cuadro clínico de 12 horas de evolución, caracterizado por tos, secreción nasal y dificultad respiratoria. Madre refiere que hace +/- 12 horas nota a su hijo agitado por lo que le

administra salbutamol 2 puff (I, II) en aerocámara, logrando mejorar, sin embargo durante la noche se despertó en tres oportunidades por sensación de falta de aire requiriendo uso de salbutamol, motivo por el cual acuden a emergencia del HMC. Al examen clínico, en sus funciones vitales encontramos FC 150x', FR 30x', T° 36.6 °C, SatO2 92%. En tórax y pulmones, se auscultan sibilancias espiratorias en AHT; en cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Neurológico, no signos de focalización. Genitourinario, sin alteraciones. Peso 40 kg, talla 1.27 metros, IMC 24.8. Se planteó diagnóstico de crisis asmática moderada y se procedió a administrar terapia con broncodilatadores: Salbutamol 4 puff cada 20 minutos (I, II y III). Se realizaron exámenes auxiliares: hemograma, PCR, prueba antigénica de COVID-19 y radiografía de tórax. La prueba de antígeno (No reactivo), la radiografía de tórax nos muestra campos pulmonares con aumento de radiolucidez, además de observarse horizontalización de parrilla costal. En el hemograma se obtuvo hemoglobina de 14.4mg/dl, leucocitos 8,000 mm³ , Ab: 0%, Seg: 66%, plaquetas 347, 000 mm³, PCR 4 mg/L. Tras la tercera administración de salbutamol se evaluó al paciente, donde se observó frecuencia respiratoria de 32 por minuto, se auscultan sibilantes difusos y saturación de oxígeno en 94%, por lo que se decide administrar bromuro de ipratropio 2 puff cada 20 minutos (I, II, III) junto con nuevo ciclo salbutamol 4 puff cada 20 minutos (I, II y III). A la reevaluación se obtiene un frecuencia respiratoria de 20 por minuto, no se observa esfuerzo respiratorio, sibilancias escasos y una saturación de oxígeno de 97%, quedando en observación por dos horas, posteriormente se explican signos de alarma y es dado de alta con indicación de salbutamol a demanda, prednisona 20 mg vía oral cada 12 horas por 3 días, control por consultorio de neumología.

B. Caso 2

Recien nacido de 5 dias acude a emergencia del INMP en brazos de su madre, la cual refiere notarlo amarillo hace un dia, haber presentado un episodio de vomito y tener pobre succión, niega fiebre. Antecedentes natales: Pretérmino de 35 semanas producto de parto por cesárea, Apgar 8 al minuto y 9 a los cinco minutos, peso de 2640 gramos, talla de 47 cm y un perímetro cefálico de 32.5 cm. Madre presenta grupo sanguíneo A + . Niega antecedentes prenatales de infección. Madre refiere que actualmente sólo recibe leche materna. A la evaluación: Signos vitales dentro de rango de normalidad, peso de 2300 gramos. Se observa ictericia generalizada, piel con patrón reticulado, poco hidratado. Sistema respiratorio y cardiovascular sin alteraciones, abdomen globuloso, se palpa blando y depresible con ruidos hidroaéreos audibles, examen neurológico sin alteraciones. Se plantean los diagnósticos de ictericia neonatal y sospecha de sepsis, solicitando hemograma, PCR, grupo sanguíneo y factor rh, bilirrubinas totales y fraccionadas, reticulocitos. Se deja como plan continuar lactancia materna y reevaluación con resultados. Se reciben los resultado de laboratorio con los siguientes valores Hemoglobina 15.4 g/dL , Hcto 45%, Plaquetas 245000 mm³, Leucocitos 4700 mm³ , abastionados 0% , Grupos sanguineo O+, bilirrubinas totales 16.2 mg/dL (277.02 mmol/L), Bilirrubina directa: 1 mg/dL , bilirrubina indirecta 15.2 mg/dL. Se concluye hiperbilirrubinemia a predominio indirecto por lo que se decide hospitalización para recibir fototerapia.

C. Caso 3

Paciente de 4 años acudió a la emergencia del INSNB acompañado de su madre, por presentar desde hace 2 días fiebre, última vez cuantificada en 39 °C a las 6 am, además de 2 episodios de vómitos de contenido alimenticio el día del ingreso. La madre refiere además que su hijo presenta disminución del apetito, menciona que no quiere

comer y llorar al pasar los alimentos, niega vómitos y diarrea, niega antecedentes patológicos y quirúrgicos, antecedente de hospitalización durante los 4 días posteriores al nacimiento por dificultad respiratoria. Al realizar el examen físico se encuentra a una paciente en regular estado general, hídrico y nutricional, funciones vitales dentro de rangos de normalidad, peso de 21 kg y una talla de 98 cm. Se halla piel tibia, hidratada y elástica, no se observa palidez. A nivel orofaríngeo se observa marcado eritema de patrón reticular, además amígdalas hipertróficas y son secreción blanquecina, en la región cervical se palpan ganglios bilaterales de 1.5cm aproximadamente. Sistema cardiovascular y respiratorio sin alteraciones, abdomen blando y depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no se palta visceromegalias. Sistema nervioso sin alteraciones. Se concluye con diagnóstico de Faringoamigdalitis Bacteriana, se procede a dar tratamiento con amoxicilina 10.5cc vo c/12 horas por 10 días, Paracetamol 13cc vo c/6h por 3 días y luego condicional a fiebre, se explican signos de alarma y se da alta al paciente con indicación de reevaluación por teleconsulta en 3 días.

D. Caso 4

Se recibe en atención inmediata a recién nacido pretermino de 33 semanas, sexo masculino. Antecedentes maternos de Infección de tracto urinario (ITU) en el último mes, anemia y ruptura prematura de membranas (RPM) de 48 horas habiendo recibido dos dosis de maduración pulmonar con betametasona 12 mg IM y antibioticoterapia con Cefazolina 1g cada 6 horas.. Al momento de la atención se presenta distrés respiratorio con una puntuación de 6 en el score de Silverman y Andersen, por lo que se procede a intubación con tubo n°3.5 para posterior administración de 8cc de surfactante en 2 alicuotas, quedando con apoyo de CPAP por persistir con retracciones subcostales, pasando a hospitalizarse en la unidad de cuidado

intermedios 1A con los diagnósticos de síndrome de distrés respiratorio por enfermedad de membrana hialina (EMH) y Sospecha de sepsis, por lo que se solicita radiografía de tórax, hemograma completo, grupo sanguíneo y factor Rh, PCR a las 12 horas de vida, queda con indicación de oxigenoterapia, hidratación con dextrosa al 10% y vigilancia de patrón respiratorio. Al recibirse exámenes auxiliares se reporta en la radiografía un infiltrado en el tercio inferior de hemitórax derecho con broncograma aéreo, se recibe un PCR en 4 mg/L y hemograma con leucocitos en 10 200, abastados en 4% , segmentados en 57%, Grupo O +. Se decide comenzar terapia antibiótica con ampicilina a 98 mg vía endovenosa cada 12 horas y gentamicina 9 mg endovenoso cada 36 horas, previa toma de hemocultivo como tratamiento empírico. Evoluciona de manera favorable con buen patrón ventilatorio, tolerando el destete progresivo de oxígeno. Al 5to día de tratamiento se reciben hemocultivos negativos, por lo que se suspende antibioticoterapia, quedando en observación 48 horas y posteriormente dado de alta.

1.3. Rotación en Medicina Interna

A. Caso 1

Paciente mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión controlada con valsartán cada 12 horas y carvedilol 12.5 cada 24 horas. Diabetes Mellitus controlada con metformina 1000 cada 12h, constipación, tratamiento quirúrgico de hernia discal (L4-L5) hace 20 años aproximadamente. Acude a emergencia con cuadro clínico de dos días de evolución, caracterizado por fiebre con escalofríos, náuseas y cansancio. Ella refiere que hace dos días comenzó a presentar fiebre (38°C) con escalofríos, cansancio, hiporexia, leve disfonía, tos seca esporádica y náuseas. También refiere que hace dos días fue atendida por médico que le dejó tomar antibióticos por tres semanas por ITU y

óvulos vaginales por siete noches. Al examen físico, la paciente en aparente regular estado general, LOTEPE. Funciones vitales: frecuencia cardíaca 72 x', frecuencia respiratoria 18x', temperatura 37.1, saturación de oxígeno 92%, presión arterial 160/89 mmHg. Sistema cardiovascular y respiratorio conservado, evaluación abdominal normal, al examen genito urinario se encontró PRU (+) y PPL (+). Se solicitaron exámenes de laboratorio, que dieron los siguientes resultados:

- E.C.Orina: Leu: >100xC , Hematíes 10-12xC, Germenés 2+
- Electrolitos: Na: 146.8 nmol/L , K: 4.02 nmol/L, Cl: 111.4 nmol/L
- PCR: 626 mg/L
- Hemograma: Hemoglobina 12.3 g/dL, hematocrito 37%, Leucocitos 13700 x mm³, Abastónados 0%, plaquetas 208 000 mm³
- Quedó pendiente el resultado de hemocultivo

Con los resultados se concluye el diagnóstico de Pielonefritis Aguda . Se le indica tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxóna 2 gr endovenoso c/24h a la espera de hemocultivo y se procede a hospitalizar.

B. Caso 2

Paciente mujer de 78 años con antecedente de hipertensión arterial y mastectomía por neoplasia mamaria en 2012, alergia a cloranfenicol, penicilina y AINES, llega a emergencia del HMC con cuadro clínico de cuatro días de evolución, caracterizado por dolor, enrojecimiento y aumento de volumen de pierna izquierda, que limita la deambulacón, presentaba lesiones pruriginosas en cara interna y anterior del muslo izquierdo. Sin antecedente traumático, el cuadro se exagera en los días subsiguientes.

Al examen clínico, luce en aparente regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición; la conciencia está

conservada con un puntaje de 15/15 en la escala de Glasgow, pulso 88 x', temperatura 37 °C, respiraciones 16 x', presión arterial 160/70 mmHg.

Al examen físico, normocéfalo, faringe no congestiva, conducto auditivo externo permeable, cuello simétrico sin adenopatías, sistema cardiovascular y respiratorio sin alteraciones; abdomen globuloso, blando y depresible; genitourinario con PPL negativo y PRU negativo. Aparato locomotor, en miembro inferior izquierdo, la pierna con aumento de volumen, turgente, edema 3(+), eritema generalizado, dolorosa a la palpación y caliente, se observan lesiones maculopapulosas rojizas en muslo derecho, con signos de flogosis. Neurológico, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona.

Se solicitan exámenes auxiliares como glucosa de 87 mg/dL, urea 97.4 mg/dL, creatinina 1.43mg/dL, PCR 183.39 mg/L , TGO 49.7 U/L , TGP 56.1 U/L , GGT 112 U/L , examen de orina con orina de color amarillo y ligeramente turbia, nitritos negativos, proteínas 1(+), leucocitos 3-5 por campo. Del hemograma se obtiene una hemoglobina de 12.2 g/dL, hematocrito 36.1%, leucocitos 12850, abastados 00%, segmentados 74%, linfocitos 18%.

La paciente pasa a rotonda con los diagnósticos presuntivos de celulitis de miembro inferior izquierdo, hipertensión y obesidad. Se le inició cobertura antibiótica con Oxacilina 2 g endovenosos cada 6 horas y clindamicina 600 mg endovenosos cada 8 horas. Además, también estuvo con enoxaparina 40mg subcutánea cada 24 horas, furosemida 20 mg endovenoso cada 8 horas. Antihipertensivos con carvedilol, candesartán y amlodipino. Analgesia con paracetamol 1g endovenoso cada 8 horas.

Luego de dos días en rotonda, se le hospitaliza en piso de medicina por evolución estacionaria en donde además del tratamiento médico se le indica reposo y colocación de pierna a 35°. Al segundo día de hospitalización en piso, paciente cursa afebril y refiere disminución del

dolor con evolución lenta favorable. Se le realizaron nuevos controles de urea 38.6 mg/dL, creatinina 0.89 mg/dL y PCR 50.33 mg/L. Hemograma control reporta leucocitos en rangos de normalidad sin desviación izquierda, evoluciona favorablemente con el tratamiento antibiótico, siendo dada de alta a los 7 días posteriores.

C. Caso 3

Paciente varón de 19 años sin antecedentes de importancia, acude HMC derivado de su base en El Rímac, con un tiempo de enfermedad de hace un mes aproximadamente, caracterizado por cefalea, fiebre, baja de peso y tos. Paciente refiere que hace aproximadamente un mes inició con malestar general, cefalea que cedía al uso de analgesicos y sudoración por la noche que le interrumpe el sueño , refiere además haber perdido 9 kilos a la fecha, dos semanas antes del ingreso se agrega tos, la cual fue aumentando en frecuencia en intensidad, llegando a presentar expectoración sanguinolenta hace una semanas. Es evaluado por médico de base quien da tratamiento, sin embargo al persistir sintomatología lo deriva a HMC para estudios. Al examen se encontró PA 110/80 mmHg, FC 98 x', FR 19x', temperatura 37 °C, saturación de oxígeno 95%. Al examen físico, la piel tibia, hidratada y elástica, sin cianosis ni palidez; tórax simétrico con amplexación y vibraciones vocales conservadas, el murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, disminuido en el tercio superior del hemitórax derecho; el resto de sistemas sin alteraciones. Se plantea diagnóstico presuntivo: Descartar Tuberculosis pulmonar.

Se le hizo una prueba COVID antigénica la cual dio negativa por lo tanto, se le hospitaliza en área No COVID. Se solicitaron exámenes de laboratorio; del hemograma se obtuvo una hemoglobina de 13.5 g/dL, hematocrito de 39.4%, plaquetas 351 000 mm³, leucocitos 6710 mm³ (abastados 00%), segmentados 91%, linfocitos 7%. Glucosa 135 mg/dL , urea 33.3 mg/dL, creatinina 0.68 mg/dL. Se le realizó una

radiografía de tórax en la que se observó una lesión cavitaria de 3 - 4 cm de diámetro en 1/3 superior de hemitórax derecho, por lo que se procede a hospitalización en pabellón de neumología y se indica realizar BK en esputo I - II - III, además se solicitó perfil hepático, serología VIH, VHC, VHB.

Se recibieron los resultados de BK donde reportaron negativo el BK I, sin embargo el BK II dio hallazgo paucibacilar y se le solicitó un Genexpert con resultado sensible a Rifampicina; en el BK III se tuvo resultado positivo (+++), por lo que se realiza Genotype con resultado sensible a núcleo base (Rifampicina e Isoniazida). Se concluye con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar sensible a primera línea y se decide iniciar tratamiento específico: Isoniazida 100 mg 3 tabletas, Rifampicina 300 mg 2 tabletas, Etambutol 400 mg 3 tabletas, Pirazinamida 500 mg 3 tabletas, todo vía oral.

D. Caso 4

Paciente varón de 90 años con antecedente de infección por covid 19 en septiembre de 2021, catarata hace 5 años, hernioplastia abdominal hace seis años. Antecedente epidemiológico de hijo con infección por covid 19 reciente. Acude a emergencia del HMC procedente del HMG con un tiempo de enfermedad de tres días caracterizado por tos productiva, fiebre, dolor torácico y dificultad respiratoria. Paciente refiere que hace tres días inicia con tos productiva y fiebre cuantificada en 39°C a la cual, dos días antes del ingreso, se agrega dificultad respiratoria y dolor torácico, síntomas que persisten, motivo por el cual es llevado a HMG donde lo evalúan y refieren al HMC. Se recibe a paciente en silla de ruedas, luce regular estado general, febril (38.5 °C), al examen se observa piel y mucosas secas. Frecuencia cardiaca 104 por minuto, Frecuencia respiratoria 34 por minuto, Presión arterial 110/80 mmHg, Saturación de oxígeno 94% a Fio2 ambiental. En sistema respiratorio: amplexación conservada, murmullo vesicular

disminuido en ambos hemitórax, se auscultan crepitantes bibasales. Sistema cardiovascular con ruidos cardiacos arrítmicos, sin soplos audibles. Examen abdominal, genitourinario y neurológico: normales. Se plantean los diagnósticos de: Insuficiencia respiratoria tipo I por Neumonía adquirida en la comunidad, Descartar infección por covid 19, Fibrilación auricular con respuesta ventricular conservada (FARVC). Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, PCR, perfil hepático, AGA, electrolitos, radiografía de tórax, Prueba molestar SARS COV2, Prueba antigénica SARS COV2 la cual da resultado negativo. Se recibe resultados de laboratorio donde se observó leucocitosis de 13 740 mm³ , Ab: 4%, el resto de los exámenes de laboratorio dentro de rangos de normalidad, en la radiografía de tórax se evidenció patrón parcheado algodonoso en ambos campos pulmonares a predominio basal por lo que se indica pase a rotonda con oxigenoterapia por cánula binasal (CBN) a 4 litros y cobertura antibiótica con ceftriaxona 2 g endovenoso cada 24 horas y claritromicina 500 mg vía oral cada 12 horas. Es evaluado por infectología al día siguiente quienes rotan antibiótico a Levofloxacino 750 mg endovenoso cada 24 horas. Paciente presentó evolución estacionaria con disminución del aporte oxigenatorio, al quinto día se recibe resultado negativo de prueba molecular SARS COV2, por lo que es pasado a piso de medicina para continuar tratamiento, donde se le agrega ceftriaxona 2 gr cada 24 horas continuando con evolución favorables y tolerando oxígeno ambiental, siendo dado de alta a las 10 dias de su ingreso a pabellón de medicina.

1.4. Rotación en Ginecología y Obstetricia

A. Caso 1

Paciente femenino de 26 años se acerca a la emergencia del INMP, refiriendo que hace cinco días inició un dolor leve (intensidad 4/10 en escala EVA del dolor) en fosa iliaca izquierda asociado a escaso

sangrado vaginal. Entre sus antecedentes tenemos tres abortos (G4P0030), se ha sometido a legrado uterino en tres oportunidades (2017 y 2018 por aborto incompleto; 2020 por embarazo ectópico de lado derecho operado en INMP - Salpingectomía+ooforectomía derechas).

Funciones vitales en rangos normales (T° 37°C, PA 100/60 mmHg, FC 70 x', FR 14 x', peso 62 kg, estatura 158cm). Del examen físico podemos destacar el dolor en fosa iliaca izquierda a la palpación superficial y profunda; al examen ginecológico, escaso sangrado genital y en dedo de guante, cuello uterino no doloroso, útero AVF de superficie irregular. Contaba con valores de beta-hCG del 05/02/2022 (3780) y 06/02/2022 (3714).

Se le tomó en emergencia hemograma con valores de hemoglobina 13.2 g/dl, leucocitos 10800/mm³, bastonados 00%, grupo y factor "O positivo", plaquetas 264 000 mm³, TP 14", TTPa 28", fibrinógeno 373 mg/dL. Bioquímica de glucosa 105 mg/dL, urea 18 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL, bilirrubina total 0.56 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.24 mg/dL, proteínas totales 6.52 g/dL, albúmina 4.31, globulina 2.21 g/dL, TGO 18, TGP 15. De inmunología PCR 0.6, VIH no reactivo, Sífilis RPR no reactivo, HBsAg no hay reactivo. Del uroanálisis color hematúrico, aspecto turbio, densidad 1015, pH 9, proteínas (ASS): 1(+), cetonas 3(+++), sangre 3(+++), leucocitos 0-1 por campo, hematíes >100 por campo, células epiteliales abundantes, gérmenes 1(+). Prueba antígeno COVID 19, no reactiva. Además, trajo a la emergencia una ecografía transvaginal que concluía embarazo ectópico anexial izquierdo, por lo cual se hospitaliza para su manejo.

En piso de ginecología, se plantea monitoreo clínico, se solicita ECO TV nueva y se plantea un manejo sistémico. Se le administró Metotrexate 83 mg IM STAT y se le propuso un nuevo control de beta-hCG para el cuarto y séptimo día post inyección. Según la guía de práctica y procedimientos del INMP, para embarazos ectópicos no

complicados se le puede dar manejo expectante o tratamiento quirúrgico. En este caso optaron por el expectante debido a que cumple con uno de los criterios mayores que es una beta-hCG <10 000 mUI/ml, para el cual se administra metotrexato 50 mg/m² SC, IM al primer día; y luego, volvemos a medir los niveles al cuarto y séptimo día esperando un descenso del 15% o más del valor de beta-hCG. Si este nivel se mantiene o no baja lo suficiente, se plantea una segunda dosis (máximo 3). Si aún así se mantiene el valor, pasa a laparoscopia o laparotomía.

B. Caso 2

Paciente mujer de 28 años, G3P2002, actualmente en su tercera gestación de 21 semanas 2 días por ecografía del primer trimestre de embarazo doble bicoriónico biamniótico. Se acerca a emergencia del INMP con dolor abdominal a nivel de hipogastrio, con pérdida de líquido amniótico claro sin mal olor +/-5 min desde que llegó, además de presentar edema de miembros inferiores. Al examen clínico vemos una vagina amplia, cérvix dehiscente 1 dedo reblandecido, anterior, útero grávido de tono conservado.

Se toman exámenes auxiliares; hemograma con hemoglobina 10.7 g/dL, hematocrito 31%, leucocitos 6100/mm³, bastonados 00%, grupo y factor "O positivo", plaquetas 321 000/mm³, TP 13", TTPa 30", fibrinógeno 589 mg/dL. Serológico VIH no reactivo, sífilis RPR no reactivo, HBsAg no reactivo. Uroanálisis con color amarillo oscuro, aspecto ligeramente turbio, densidad 1015, pH 6, proteínas (ASS) negativo, leucocitos 0-1 por campo, hematíes 8-10 por campo, células epiteliales 6-8 por campo, gérmenes 1(+).

Como datos tenemos que es una paciente obesa y a descartar un trastorno hipertensivo del embarazo: hipertensión crónica. Niega antecedentes médicos de importancia, tuvo dos cesáreas en 2013 y

2019. Niega RAMS; PIN corto de dos años, niega transfusiones sanguíneas. Se hospitaliza por tratarse de un aborto inevitable.

En el servicio B se plantea como plan maduración cervical, hidratación, monitoreo materno y legrado uterino post expulsión. Se le coloca una vía salinizada, misoprostol 200 ug cada seis horas en fondo de saco vaginal, control de la presión arterial en hoja aparte cada cuatro horas, nifedipino 10 mg vía oral PRN PA \geq 160/110. Hb control de 10.7 mg/dL. Se le coloca cefazolina 2g endovenosa pre SOP y se le realiza legrado uterino en la noche del mismo día.

Dentro del Rp. del postoperatorio se le colocó una vía de cloruro de sodio 0.9% 1000 cc + oxitocina 30 UI (30 gotas por minuto), ergometrina 0.2mg IM c/8h (3 dosis), ácido tranexámico 1 g EV cada 8 horas (3 dosis), metamizol 1.5g EV cada 8 h, clindamicina 900 mg EV c/8h, ceftriaxona 2g EV c/24h, amikacina 1g EV c/24h. Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal, además de un hemograma en servicio.

Ya en el servicio de ginecología (post legrado uterino), la paciente refería dolor tipo cólico en hipogastrio asociado a escaso sangrado vaginal, toleraba la vía oral, niega náuseas y vómitos. Estaba con los diagnósticos de postoperada de legrado uterino por aborto incompleto, endometritis y anemia leve. Se mantuvo con el tratamiento antibiótico endovenoso por dos días. Al tercero se rotaron antibióticos a vía oral cefuroxima de 500 mg VO cada 12 horas (por cuatro días), clindamicina 300 mg VO cada 08 horas (por cuatro días). Y así cumplir siete días de tratamiento antibiótico; además, se le dejó de administrar ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas (por tres días).

C. Caso 3

Se acerca a emergencia una paciente mujer de 19 años con G1 de 36 semanas 2 días por ecografía del primer trimestre. Refiere contracciones uterinas, no sangrado vaginal, no sangrado, no pérdida

de líquido. Al examen: PA 160/100, FC 89x', FR 14 x', T 37°C. Abdomen tono conservado, movimientos fetales ++, LCF 139. Tacto vaginal: cerrado, largo, posterior. AP -4/-3, pelvis estrecha.

Laboratorio: Hemoglobina 12.4 (O+), plaquetas 325 000, creatinina 0.8, BT 0.39, BI 0.34, TGO 32, TGP 33. Examen de orina: proteínas ASS 4+, leucocitos 6-8 por campo. Ecografía: LCD, ponderado fetal 2069 g, placenta fúndica III, ILA 9cm.

Se plantea diagnósticos de preeclampsia severa con signos de severidad, RCIU con doppler alterado, no trabajo de parto y pelvis estrecha; por lo que la paciente pasa a cesárea de emergencia, se le da antihipertensivos y se inicia protocolo de sulfato de magnesio.

Se le dejó en el Rp. de emergencia: vía salinizada, NaCl 0.9% 50cc + SO4Mg 40cc c/20 minutos, luego 10 cc cada hora, cefazolina 2g endovenosa STAT, metildopa 1g tableta vía oral cada 12 horas, nifedipino 10mg tableta via oral PRN PA \geq 160/110, sonda foley permeable, control obstétrico (dinámica uterina + latidos cardíacos fetales), control de funciones vitales + control de presión arterial en hoja aparte cada cuatro horas y prepararla para SOP.

Ya en el piso A, como postoperada de un día de cesárea por preeclampsia severa el plan consistía en analgésicos (paracetamol 1g vía oral cada ocho horas) y antihipertensivos (metildopa 1g cada 12 horas). Al día dos de hospitalización, se cursa interconsulta con cardiología que indicó losartán cada 12 horas por 30 días y control por consultorio externo. La paciente fue dada de alta con indicaciones médicas, analgésicos y antihipertensivos.

D. Caso 4

Paciente acude a emergencia del INMP refiriendo náuseas y vómitos desde hace aproximadamente dos semanas, que han incrementado en frecuencia hace tres días (4-6 veces al día). Refiere no tolerar la vía oral, ni terapia oral. Negaba alguna otra molestia. No tiene

antecedentes médicos, quirúrgicos, RAMS o transfusiones a mencionar. Como alto riesgo obstétrico tenía un período intergenésico largo, de 22 años (G2P1001).

Al examen físico en emergencia, se le tomó sus funciones vitales: temperatura 37°C, PA 100/75 mmHg, frecuencia cardíaca 98 x', respiraciones 18x', peso de 51 kg (pérdida de peso 1 kg en una semana) y talla 1.53 metros. Estado general aparentemente regular, luce deshidratada, con mucosas orales semisecas; respiratorio, el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares; cardiovascular, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; abdomen, blando no doloroso a la palpación superficial ni profunda. En el examen ginecológico, genitales externos de acuerdo a la edad y sexo, vagina elástica, cérvix cerrado, útero anteverso flexo. Se plantea diagnóstico de G2 de 7 semanas 4 días por ecografía del I trimestre e hiperemesis gravídica.

Se le tomó hemograma con valores de hemoglobina de 12.9 g/dL, leucocitos 8400, abastados 00%, grupo y factor O positivo, plaquetas 333000/mm³, TP 13 segundos, TTPa 28 segundos, fibrinógeno 490 mg/dL, glucosa 91, creatinina 0.6, BT 1.15, TGO 17, TGP 21. Orina: proteínas negativas, cetonas 2+, leucocitos 1-3 x campo. Cuenta con ecografía que concluye gestación única activa de 6 semanas 4 días (tomada una semana antes de llegar a emergencia). Se hospitaliza en servicio A para manejo con fluidoterapia y antieméticos. Se le trata con NaCl 0.9% x 1000cc (45 gotas/min), dextrosa 5% 1000 cc + KCl 20% (1 ampolla) + NaCl 20% (2 ampollas) 45 gotas/min, ranitidina 50 mg endovenosa cada 8 horas, dimenhidrinato 50 mg endovenoso cada 8 horas, control de funciones vitales.

Ya en piso de hospitalización se le da dieta hiperproteica fraccionada, continúa con vía salinizada, dimenhidrinato 1 ampolla endovenosa cada 8 horas, ranitidina 1 ampolla endovenosa cada 8 horas, piridoxina

50 mg vía oral cada 24 horas, balance hidroelectrolítico y control obstétrico. Al día tres de hospitalización, se le añade metoclopramida 10 mg 1 ampolla endovenosa cada 8 horas, ácido fólico 400 mcg vía oral cada 24 horas, doxilamina + piridoxina (Gestagramin) vía oral cada 12 horas. En este día la paciente refiere haber tolerado la dieta y no haber presentado vómitos. Quedó en observación por 24 horas con dimenhidrinato, con buena tolerancia oral; luego de este tiempo se suspende dimenhidrinato y se observa tolerancia oral por 24 horas más, siendo dada de alta.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1. Instituto Nacional Materno Perinatal

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) es un establecimiento de salud III-2, siendo este el más especializado para la atención materno-perinatal a nivel nacional. Se ubica en el distrito de Cercado de Lima, exactamente en Jr. Santa Rosa Nro 941. La misión en esta institución es brindar a la mujer una atención especializada en salud sexual y reproductiva, además de soporte a neonatos en alto riesgo, haciendo uso conocimientos y tecnologías actualizadas, convirtiendo a este centro en receptor de referencias de alta complejidad a nivel nacional (3). En esta sede hospitalaria, los autores realizaron rotaciones correspondientes a las especialidades de gineco obstetricia y neonatología. Las actividades en ginecología y obstetricia se desarrollaron en los departamentos de emergencia, hospitalización de obstetricia y hospitalización de ginecología.

En el área de emergencia cuenta con dos subdivisiones, siendo centro obstétrico la primera de ellas; lugar donde el interno de medicina, junto con los médicos residentes y asistentes, era partícipe de la evaluación y seguimiento del trabajo de parto de la gestante. La segunda subdivisión, corresponde al área de tóxico de emergencia, donde se realizaba evaluación a gestantes en riesgo o aquellas que acudían por alguna complicación durante la gestación, siendo frecuente en esta área observar hemorragias de la primera mitad del embarazo.

El área de hospitalización de obstetricia se divide en cinco pabellones de los cuales solo cuatro estuvieron a disposición para el desarrollo del internado médico. Cada pabellón cuenta con un total de sesenta camas, siendo una mitad para hospitalización de gestantes y la otra mitad para hospitalización de puerperio. El pabellón A, servicio que se centra en la atención de gestantes y puérperas adolescentes; el B pabellón que se

enfoca en la atención de gestantes y puérperas con problemas hemorrágicos; el pabellón C donde se atiende a gestantes y puérperas con trastornos hipertensivos del embarazo y por último el pabellón E en donde solo se atendía a puérperas no patológicas.

El área de hospitalización de ginecología, cuenta con un total de veinte camas, enfocadas en la atención de las principales patologías ginecológicas de la mujer peruana, formando parte de la evaluación y tratamiento de patologías, destacando entre ellas la miomatosis uterina y embarazos ectópicos.

En cuanto a la rotación de neonatología, esta se desarrolló en 3 áreas: cuidados intermedios, alojamientos conjunto y atención inmediata. En la primera área se ofrecieron las unidades de cuidados intermedios IB, III y IV, en donde los autores pudieron adquirir conocimientos sobre las principales patologías neonatales tales como síndrome de distrés respiratorio, sepsis neonatal e ictericia neonatal. En el área de alojamiento conjunto, los autores se enfocaron en fortalecer los conocimientos sobre la técnica adecuada de lactancia materna; por último, en el área de atención inmediata pudieron ser parte de las acciones a realizar tras recibir a una recién nacido, tales como la primera evaluación, cálculo de la edad gestacional, somatometría y poder reconocer factores de riesgo en los recién nacidos. Por motivos sanitarios y restricciones a causa de la pandemia, los autores del trabajo no pudieron realizar rotaciones en el servicio de consultorio externo de ambas especialidades.

2.2. Instituto Nacional De Salud Del Niño

El Instituto Nacional De Salud Del Niño ubicado en el distrito de Breña, es el centro de referencia de mayor complejidad para la atención de niños y adolescentes a nivel nacional. Dentro de su cartera de servicios, cuenta con especialidades médicas, dentro de ellas cardiología, inmunología, medicina pediátrica, neurología, nefrología; especialidades quirúrgicas,

como cirugía pediátrica, cirugía plástica, traumatología, cirugía de cabeza y cuello, entre otras. Además, existen departamentos de Emergencia, hemodiálisis, nutrición, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, salud mental, odontología y biotecnología conformados por los servicios de cirugía experimental y el servicio de genética (4).

Para el desarrollo de las actividades de internado médico, la sede puso a disposición las áreas de medicina pediátrica y emergencias. Los autores cumplieron funciones asistenciales en el servicio de Medicina A, el cual estaba conformado por dieciséis camas hospitalarias divididas en cuatro salas, además de participar en guardias programadas por el servicio de emergencia donde fueron partícipes de la atención, evaluación y tratamiento de patologías comunes en la edad pediátrica tales como faringoamigdalitis, diarrea aguda, otitis media aguda, etc.

2.3. Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”

El Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” es un centro nivel III-1 siendo este la sede referencia para la atención del personal militar a nivel nacional. Se ubica en el distrito de Jesús María - Avenida José Fustino Sánchez Carrión, fue inaugurado el 01 de diciembre de 1958 durante el gobierno del presidente Manuel Prado (5).

Dentro de las acciones realizadas para afrontar la pandemia por SARS-CoV2, el HMC, implementó una planta de oxígeno para abastecer al personal militar, además realizó mejoras en la infraestructura de áreas como rotonda y sala de hemodiálisis, del mismo modo ejecutó la compra de ventiladores mecánicos y camas de hospitalización para la atención de pacientes.

Para el desarrollo del internado médico, el HMC puso a disposición su pabellón de ginecología el cual cuenta con su área de centro obstétrico y hospitalización, además de realizar labores en tópico ginecológico de

emergencia. Para la rotación de Pediatría, se dieron los turnos hospitalarios y de emergencia en las áreas de pediatría y neonatología. En la rotación de Medicina Interna, el hospital puso a disposición las unidades hospitalarias de Medicina Interna Varones (A-3-1), Medicina Interna Mujeres (A-2-1), Clínica de Técnicos y Suboficiales (C-3-1A), Neumología, Gastroenterología, Neurología y Oncología; el interno, a su vez, cumplía turnos de atención en tópico de emergencia de medicina. En cuanto a la rotación de Cirugía, se asignaron turnos en emergencia y los turnos de hospitalización se pudieron rotar en unidades hospitalarias de Cirugía General (A33), Traumatología, Anestesiología, Cirugía cardiovascular y Cirugía de cabeza y cuello. De esta especialidad destacamos el trabajo activo y en equipo en tópico, entre médicos asistentes, residentes y nosotros como internos de medicina. Tuvimos la oportunidad de ingresar a sala de operaciones múltiples veces, observar procedimientos quirúrgicos e incluso intervenir de alguna forma en los mismos, siendo esta una experiencia gratificante para nosotros en el ámbito personal y profesional.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Cirugía General

A. Caso 1

Nos encontramos frente a una paciente varón con cuadro clínico de sensación bulto a nivel inguinal derecho, quien posterior a esfuerzo nota protrusión de masa que se reduce al reposo, pero posteriormente aumenta de tamaño y es reductible manualmente, al examen se realiza manio de valsalva confirmándose salida de masa, con lo que se confirma el diagnóstico de hernia inguinal indicándose tratamiento quirúrgico mediante técnica de Lichtenstein.

Podemos definir una hernia como la protrusión de un órgano o parte de él, a través de la pared del cuerpo que normalmente lo contiene. Las hernias pueden presentarse en forma congénita y adquiridas. En el caso de los varones la primera ocurre debido al fracaso del cierre de anillo inguinal interno posterior al descenso testicular junto con el fracaso de la obliteración del proceso vaginal. Por su parte, las hernias adquiridas ocurren a causa de debilidad o pérdida de tejido fibromuscular en la pared del continente, esto a causa de anomalías de tejido conectivo, lesiones, aumento de presión intra abdominal, etc (6). Según su ubicación anatómica las hernias pueden clasificarse en:

- Directa: Corresponden al tipo más común de hernias, se caracterizan por que estas sobresalen en el anillo inguinal interno.
- Indirecta: Son aquellas hernias que sobresalen medialmente a los vasos epigástricos inferiores, es decir, por dentro del Triángulo de Hesselbach.
- Femoral: Son aquellas que se localizan por debajo del ligamento inguinal y sobresalen a través del anillo femoral. Pueden presentarse como encarcelamiento o estrangulación en un 40%.

Adicionalmente tenemos a la clasificación de Nyhus que describe a las hernias según localización y alteración del anillo herniario (**Anexo 1**) (7).

El diagnóstico de hernia inguinal se realiza mediante el examen físico el cual debe preferentemente ser de pie, en esta posición podremos observar un masa palpable, de no observar podemos pedir al paciente al paciente realizar maniobra de valsalva, otra prueba a realizar es la maniobra de landivar, la cual no permitirá diferenciar una hernia inguinal directa de una indirecta. En caso de duda diagnóstica podemos ayudarnos de estudios imagenológicos tales como la ecografía abdominal.

El tratamiento definitivo de toda hernia es la reparación quirúrgica. Dentro de las técnicas operatorias se prefiere realizar las reparaciones abiertas con malla sin tensión, siendo la más utilizada, la técnica de Lichtenstein que consiste en un abordaje anterior en el que se utiliza una malla de polipropileno la cual se une al ligamento inguinal y al tendón conjunto (8).

B. Caso 2

Se recibe en emergencia a una paciente icterica con signo de murphy positivo, por lo que nos orienta a patología vía biliar, los exámenes de imágenes nos indican presencia de cálculos en la vía biliar además de una imagen impactante en la vesícula que comprime los conductos hepáticos, sumado a los hallazgos de fosfatasa alcalina y GGT elevada, nos orienta a un proceso obstructivo de la vía biliar, siendo de sospecha entonces el síndrome de mirizzi.

El síndrome de Mirizzi es la obstrucción del conducto hepático común a causa de la compresión extrínseca de un cálculo impactado en el conducto cístico o el infundíbulo de la vesícula. Podemos clasificar al síndrome de Mirizzi según la presencia y extensión de una fístula colecistobiliar (**Anexo 2**). La clínica en estos pacientes puede ser la

presencia de ictericia, fiebre y dolor en el cuadrante superior derecho, los hallazgos de laboratorio característicos son la elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubina. La sospecha diagnóstica se genera cuando a un paciente con el cuadro clínico característico le realizamos un estudio de imágenes y observemos dilatación del sistema biliar por encima del nivel del cuello de la vesícula biliar, presencia de un cálculo impactado en el cuello vesicular y un aumento del diámetro del conducto colédoco por debajo del nivel de la piedra. Dentro de los exámenes de imágenes tenemos como prueba inicial a la ecografía, tomografía o colangio resonancia, esta última con una alta sensibilidad para diagnosticar síndrome de mirizzi. El tratamiento del síndrome de mirizzi es la cirugía, ya que permite la eliminación de los factores causales: la vesícula biliar y el cálculo impactado. La elección de cirugía dependerá del tipo de Síndrome de mirizzi al que nos enfrentemos (**Anexo 3**), en el caso de nuestro paciente correspondía a una Síndrome de mirizzi tipo II por lo que el tratamiento correspondía a una colecistectomía + Colocación de tubo en T (9).

C. Caso 3

Paciente de 30 años que presenta cuadro clínico caracterizado por fiebre, vómitos, dolor abdominal migratorio a fosa iliaca derecha, mc burney (+) , blumberg (+), además presentaba leucocitosis sin desviación izquierda, lo cual corresponde a una puntuación de 8 en el Score de alvarado (**Anexo 4**), correspondiente a alta probabilidad de apendicitis, por que la recomendación de tratamiento es quirúrgica. La apendicitis aguda es una de las más comunes de abdomen agudo quirúrgico. La patogenia de esta enfermedad comienza con una obstrucción de la luz apendicular, usualmente causada por fecalitos, hiperplasia linfoide, etc; esto genera aumento de la presión intraluminal y consecuentemente trombosis y oclusión de vasos pequeños, a medida que esto progresa la pared se vuelve isquémica y luego

necrótica (10). Existe un sobrecrecimiento bacteriano donde los gérmenes implicados más comúnmente son *E. Coli*, *Peptostreptococcus*. etc. Se produce un exudado neutrofílico provocando reacción fibrinopurulenta, si persiste la noxa, aumenta el riesgo de necrosis y perforación. Dentro del cuadro clínico característico es dolor abdominal que migra a fosa iliaca derecha, solo a la palpación de fosa iliaca derecha o Mcburney (+) dolor al rebote o signo de blumberg (+), náuseas, anorexia y a veces vómitos, en exámenes de laboratorio podemos observar leucocitosis con desviación izquierda. Para el diagnóstico de apendicitis aguda se puede hacer uso de la escala de alvarado (11), la cual considera ocho características principales de la enfermedad: migración del dolor, anorexia, náuseas y/o vómitos, neutrofilia mayor al 75 %, rebote, elevación de la temperatura mayor a 38 °C, defensa en el cuadrante inferior derecho y leucocitosis. Los seis primeros con una valoración de 1 punto y los dos últimos con una valoración de 2 por síntoma, lo que hace un total de diez puntos. Con los resultados podemos agruparlos en tres grupos: riesgo bajo (0-4 puntos) con probabilidad baja de apendicitis, riesgo intermedio (5-7 puntos) probabilidad promedio de apendicitis, riesgo alto (8-10 puntos) alta probabilidad de apendicitis, estos últimos deben de ser sometidos a cirugía de inmediato (12). El tratamiento de la apendicitis consiste en un enfoque quirúrgico.

D. Caso 4

Acude a una paciente femenina de 42 años con cuadro clínico de 10 horas caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, fiebre, leucocitosis y signos ecográficos de colecistitis aguda, para definir el diagnóstico de colecistitis usamos los criterios de la guía tokio, que divide tres grupos de hallazgos: Signos y síntomas locales: Signos de Murphy (+), Dolor de hipocondrio derecho y masa palpable en hipocondrio derecho; Signos sistémicos: fiebre,

leucocitosis, PCR elevado y el grupo de hallazgos imagenológicos. La Presencia de un signo o síntoma local , un signo sistémico y hallazgo confirmatorios de imágenes hacen el diagnóstico. Aplicando los criterios de tokio en el paciente del caso clínico presentado podemos ver que tiene signo de Murphy (+), fiebre, leucocitosis, junto con un examen ecográficos de engrosamiento de pared y presencia de cálculos, estos hallazgos confirman el diagnóstico y al encontrarnos en las primeras 24 horas del diagnóstico, se sugiere la colecistectomía como gold estándar.

La colecistitis se refiere a la inflamación de la vesícula biliar, esta se manifiesta como una complicación frecuente de la presencia de cálculos biliares, sobre todo en pacientes sintomáticos (13). Esta ocurre como resultado de la obstrucción del conducto cístico asociado a un proceso inflamatorio en la vesícula biliar. El cuadro clínico se caracteriza por observar a un paciente en mal estado general que presenta fiebre y dolor abdominal constante en hipocondrio derecho que suele durar cuatro a seis horas, pudiendo irradiarse a espalda; dolor a la palpación de hipocondrio derecho o Signos de Murphy (+); puede presentar fiebre, náuseas, vómitos y anorexia (14). Al solicitar exámenes de laboratorio encontramos leucocitosis con desviación izquierda, las bilirrubinas y fosfatasa alcalina suelen estar normales a diferencia de colangitis, coledocolitiasis o síndrome de mirizzi. Como estudio de imagen podemos realizar una ecografía encontramos presencia de cálculos en la vesícula biliar, otros hallazgos ecográficos son el engrosamiento de la pared vesicular > 4mm; signos de la doble pared o líquido pericolecístico; se puede obtener también el signo de murphy ecográfico, que consiste el presionar el punto de murphy con el transductor. Si el diagnóstico continúa siendo dudoso posterior a la realización de la ecografía, podemos realizar una colescintigrafía con ^{99m}Tc-ácido iminodiacético hepático (escaneo HIDA) (15). El

tratamiento inicial de la colecistitis incluye reposo, hidratación, analgesia y antibiótico, estos últimos solo se recomiendan en presencia de fiebre con leucocitos mayor de 12 500 mm³, en estos casos se utilizan una cefalosporinas de tercera generaciones con buen efecto contra anaerobios o cefalosporinas de segunda generación combinado con una quinolona o metronidazol, sin embargo, el tratamiento definitivo es la colecistectomía, la cual debe realizarse en la primeras 24 a 72 horas de realizarse el diagnóstico.

3.2. Rotación en Pediatría

A. Caso 1

Se recibe a un escolar con antecedentes de asma quien acude por presentar desde hace 12 horas episodios de broncoespasmos que no ceden al tratamiento con salbutamol, por lo que nos encontramos frente a un caso de crisis asmática, la cual se define como un deterioro del estado clínico basal de un paciente y la necesidad de aplicar tratamiento específico. Al realizar el examen físico y aplicar el Pulmonary Score de Asma (**Anexo 5**). Se obtiene una puntuación de 2, correspondiente a una crisis asmática leve, sin embargo, se obtiene una saturación de oxígeno en 92% que corresponde a una crisis asmática moderada, al encontrarnos en este escenario, la recomendación de la Guía GEMA es considerar el score más alto, en este caso, crisis asmática moderada, tal y como se consideró en el caso clínico. La Guía nos da unas pautas de tratamiento (**Anexo 6**), donde nos recomienda para el manejo de la crisis asmática utilizar B2 agonistas como primera línea, siendo de elección salbutamol. En el caso de la crisis moderada se debe iniciar con salbutamol 6 a 8 puff cada 20 minutos y reevaluar 15 minutos posterior a la última aplicación, en caso el manejo de la crisis no sea exitoso podemos asociar a la terapia el bromuro de ipratropio usando 2 puff cada 20 minutos y

posterior reevaluación a los 15 minutos de la última aplicación. En el caso clínico se inició terapia con 4 puff de salbutamol cada 20 minutos, es decir, menor de lo recomendado. Al hacer la reevaluación se noto persistencia de la crisis en grado moderado por lo que se decide agregar bromuro de ipratropio con el cual tras la tercera aplicación lograr controlar la crisis y quedando en observación por 2 horas. Tras el control de la crisis y plantear el alta, la Guía GEMA recomienda indicar corticoides orales por 3 a 5 días, en este caso, se administró prednisona a una dosis de 1mg/kg/día por 3 días (16).

B. Caso 2

Preescolar de cuatro años con cuadro febril de dos días de evolución, al examen se observó eritema orofaríngeo, amígdalas hipertróficas con secreción blanquecina sobre ellas, adenopatías cervicales de 1,5cm bilaterales. Por los hallazgos se concluye el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda, usando los criterios de Centor modificados por Mc Isaac (**Anexo 7**), el paciente obtiene una puntuación de 5, la cual recomienda indicar tratamiento antibiótico empírico ya que en más del 53% de los casos se relaciona con infección por *Streptococcus β hemolítico del grupo A (Streptococcus pyogenes)* (17). El tratamiento de elección en estos casos es amoxicilina a una dosis de 50 mg / kg / día, la duración del tratamiento es de 10 días. Adicionalmente se puede agregar tratamiento sintomático, para el caso clínico se hizo uso de paracetamol a una dosis de 15 mg / kg / dosis (3).

C. Caso 3

Se recibe a neonato con 5 días de nacimiento, el cual presenta al examen una ictericia generalizada, por lo cual solicitar una examen bilirrubina total y fraccionada, hemoglobina, hematocrito son los primeros exámenes a solicitar. Al recibir los exámenes de laboratorio y comparar los grupos sanguíneos, descartamos la posibilidad de una

ictericia por incompatibilidad de grupo. La decisión de tratamiento se realiza según la valoración basada en la Guía Nice de Ictericia Neonatal, con el hallazgo de bilirrubina total de 16.2 mg/dL se realiza la conversión haciendo un equivalente de 277 $\mu\text{mol/L}$, valor que al compararse en la tabla correspondiente a una edad gestacional de 35 semanas corresponde a inicio de fototerapia, ya que el valor mínimo para el inicio de esta es de 250 $\mu\text{mol/L}$ y el valor máximo 350 $\mu\text{mol/L}$, pasado este valor, la indicación de tratamiento es la exanguinotransfusión parcial (18-19).

D. Caso 4

La sepsis neonatal es un conjunto de signos y síntomas clínicos causados por una infección sistémica, asociada a factores de riesgo de tipo materno como infecciones urinarias en el tercer trimestre, corioamnionitis; factores de tipo neonatal tales como prematuridad o bajo peso al nacer; y factores hospitalario. Esta se puede clasificar según su tiempo de evolución en sepsis temprana y tardía, usando como punto de corte las 72 horas de vida. Además operacionalmente podemos definir a la sepsis en 3 grupos:

- Sepsis probable: Antecedentes de riesgo para sepsis, cuadro clínico compatible o alteración en exámenes de laboratorio.
- Sepsis confirmada: Cuadro clínico compatible con sepsis y hemocultivo positivo.
- Sepsis clínica: Cuadro clínico compatible con cultivos negativos

Para el diagnóstico de sepsis se recurre a exámenes de laboratorio tales como hemograma, PCR y principalmente el hemocultivo, siendo este el estándar para el diagnóstico. Las Guías internacionales recomiendan antibiótico terapia empírica combinando ampicilina y un aminoglucósido. Desde este punto parten 2 escenarios, el primero se da en el entorno de un paciente con sospecha de sepsis, resultado de hemocultivo negativo y evolución clínica favorable, en este escenario

la indicación es suspender la antibioticoterapia. El segundo escenario se da un paciente con sospecha de sepsis, hemocultivo negativo, pero presenta un cuadro clínico característico de sepsis, aquí se recomienda completar tratamiento antibiótico por 7 días (20-21).

En el caso clínico se presenta a un recién nacido que presentaba factores de riesgo tales como prematuridad y antecedente materno de infección urinaria en el tercer trimestre, además de persistir con sintomatología respiratoria, por lo que se solicitaron hemocultivos, exámenes auxiliares donde se reporta PCR en 4 mg/dL, hemograma sin alteración y una radiografía de tórax que reporta infiltrado con broncograma aéreo, por lo que se decide inicio de de antibiótico terapia empírica con ampicilina y gentamicina. Posteriormente el paciente presenta evolución favorable y a los 5 días de inicio de tratamiento se recibe hemocultivos con resultados negativos, por lo que se decide suspender la terapia antibiótica, quedando en observación y posterior alta.

3.3. Rotación en Medicina Interna

A. Caso 1

Paciente de 80 años con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial en tratamiento regular e itu tratada semanas atrás, acude con síndrome febril y malestar general, al examen de sistema genito urinario se obtiene PPL (+) y PRU (+), lo cual nos haría sospechar de una infección urinaria alta o pielonefritis, considerando además el episodio de itu previo. La pielonefritis es una infección que se desarrolla por ascenso de los agentes patógenos hasta los riñones, otra posibilidad es que se genere como resultado de una bacteriemia. Dentro de los patógenos implicados destaca la E. Coli, siendo esta la etiología más común, por detrás se presentan agentes como Klebsiella

spp y *Proteus* spp (22). El cuadro clínico típico es la presencia de fiebre con escalofríos, dolor en flancos, náuseas y vómitos, pueden estar presentes también síntomas de cistitis. Para el diagnóstico se puede hacer uso de exámenes auxiliares tales como examen de orina completo, hemograma, PCR, no se recomienda realizar estudios de imágenes, sin embargo, esta se indica para aquellos pacientes con síntomas persistentes a pesar de 48 a 72 horas de terapia empírica apropiada, con el objetivo de descartar alteración estructural o complicación de la infección. La terapia antibiótica empírica se debe realizar posterior a la toma de un urocultivo, en el caso de la paciente, se trata de una paciente ambulatoria que ha recibido tratamiento previo, por lo cual es correcta la indicación de Ceftriaxona hasta la espera de resultados (23). Cuatro días después de su ingreso se recibe resultado de urocultivo reportando presencia de *Klebsiella pneumoniae*, al revisar el antibiograma se decide rotar antibiótico a Meropenem 1 g endovenoso cada 8 horas. Paciente muestra evolución favorable y a los 10 días de tratamiento es dada de alta.

B. Caso 2

Paciente cursa con cuadro clínico de síndrome febril, aumento de volumen en miembro inferior izquierdo asociado a rubor, calor y dolor que limita su deambulacion, orientándonos a un cuadro de celulitis, un diagnostico diferencial de esta patologia seria la trombosis venosa profunda (TVP) sin embargo en esta latemperatura de la piel suele ser normal o fría y la coloración entre normal y cianótica.

La celulitis es causada comúnmente por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* y su diagnóstico se da básicamente por las manifestaciones clínicas que se presentan, los exámenes de laboratorio no son necesarios a menos que se sospeche de alguna complicación tales como sepsis o ante factores de riesgo, como es el caso de esta paciente al ser hipertensa y adulta mayor (24). En caso

de mala respuesta al tratamiento podría ser indicado la realización de hemocultivo.

Conociendo que la etiología es mayormente por una bacteria Gram positiva y nos encontramos frente a un caso de celulitis no supurada se indica tratamiento con clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y oxacilina 2 gr EV cada 6 horas. También se puede usar cefalexina o dicloxacilina, y en casos de celulitis complicadas o purulentas se hace uso de antibióticos de amplio espectro como trimetropin/sulfametoxazol, cefazolina, vancomicina. Se debe considerar los factores de riesgo para infección para *Staphylococcus aureus meticilinrrresistente* (SAMR) hospitalización reciente, pacientes institucionalizados, tratamiento antibiótico reciente, infección por VIH, etc (25-26).

C. Caso 3

Nos encontramos frente a un paciente de 19 años que cursa con pérdida de peso de 9 kg. en un mes, síndrome febril a predominio nocturno, además de presentar dos semanas con tos y expectoración por lo que podemos catalogarlo como sintomático respiratorio, al examen clínico encontramos disminución en murmullo vesicular en 1/3 superior de hemitórax izquierdo y en la radiografía abdominal encontramos lesiones cavitada en 1/3 superior de hemitórax derecho; estos hallazgos en conjunto con el riesgo epidemiológico de vivir en una base militar, nos debe hacer sospechar en tuberculosis pulmonar. Tras la confirmación de caso de tuberculosis pulmonar en este paciente mediante la toma de BK en esputo y evaluar la sensibilidad se procedió a indicar medicamento de primera línea de tratamiento (**Anexo 8**). La tuberculosis pulmonar es una enfermedad altamente prevalente en Perú, es causada por la infección con *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch. Para el diagnóstico se puede hacer uso de baciloscopia que consiste en obtener muestra de esputo o alguna otra secreción, en caso estudiemos tuberculosis extrapulmonar, las cuales se procesarán

por método de Ziehl - Neelsen, para luego informar la cantidad de bacilos observados, se considera como muestra positiva con una cruz (+) cuando encontramos 10 - 99 bacilos en 100 campos (**Anexo 9**), en caso de encontrarnos frente a un paciente paucibacilar, es decir, 1 a 9 bacilos en 100 campos observado, la indicación será realizar un cultivo. Con el diagnóstico confirmado de tuberculosis pulmonar y con resultado de pruebas de sensibilidad se procede a dar tratamiento, la primera línea de tratamiento consta de cuatro medicamentos: Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol. La duración del tratamiento de primera línea es de seis meses divididos en dos fases. La primera fase dura dos meses, en este periodo el paciente recibirá los cuatro fármacos en forma diaria; en la segunda fase, el paciente solo recibirá isoniacida y rifampicina tres veces por semana durante un periodo de 4 meses (27).

D. Caso 4

Se atiende a un paciente de 90 años que llega desorientado, febril, con frecuencia respiratoria aumentada, al examen se le encuentra disminución del murmullo vesicular, se auscultan crepitantes bibasales y se cuenta con una radiografía que muestra infiltrado alveolar en ambos campos, por lo cual se concluye con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, al realizar la valoración de CURB - 65 se obtiene una puntuación de 2, por lo que se indica hospitalización para tratamiento empírico. La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar como resultado de un proceso infeccioso, afecta a la porción distal del árbol respiratorio, es decir, daño alveolar que genera una alteración en el intercambio gaseoso resultando en un cuadro de dificultad respiratoria. La neumonía adquirida en la comunidad es aquella que se da en un paciente fuera del contexto hospitalario. Dentro de los patógenos implicados destacan *Streptococcus pneumoniae*, seguido por *Haemophilus influenzae* (3-

10%); *Staphylococcus aureus*, bacilos entéricos gramnegativos, *Mycoplasma pneumoniae*, *Clamydophila pneumoniae*, *Legionella pneumophila* y virus respiratorio, debemos saber que para estos patógenos mencionados existen condiciones y factores de riesgo específicos (**Anexo 10**) (28).

Clásicamente la neumonía adquirida en la comunidad se caracteriza por fiebre de inicio agudo, tos productiva y dificultad respiratoria, puede a su vez asociarse al dolor torácico de tipo pleurítico. Para el diagnóstico usualmente podemos hacer uso de la radiografía de tórax en la que podremos observar consolidados lobares, infiltrados intersticiales o cavitaciones.

Posterior al diagnóstico debemos definir la gravedad de la enfermedad, para ellos podemos hacer dos puntuaciones: Índice de gravedad de neumonía (PSI) (**Anexo 11**) o CURB - 65 (**Anexo 12**) , estos nos permitirá determinar si el paciente amerita tratamiento ambulatorio, hospitalario o cuidados intensivos (29).

El tratamiento empírico debe brindar cobertura para los patógenos más comunes, además de gérmenes atípicos; Uptodate nos recomienda de primera elección la combinación de un betalactámico con un macrólido, en el caso clínico se dio tratamiento con Ceftriaxona y claritromicina, siguiendo esta recomendación, sin embargo, Uptodate también nos menciona que en aquellos pacientes con factores de riesgo, dentro de ellos cardiopatías, es preferible utilizar monoterapia con una quinolona, en el caso clínico el paciente presentaba una fibrilación auricular con respuesta ventricular conservada, hallazgo que justificó el rotar antibiótico a levofloxacino 750 mg, con esto concluimos que el paciente tuvo un tratamiento antibiótico adecuado (30).

3.4. Rotación en Ginecología y Obstetricia

A. Caso 1

Paciente llegó a la emergencia con cuadro clínico caracterizado por dolor localizado en fosa iliaca izquierda y sangrado vaginal. En su cuarta gestación, con antecedente de dos abortos incompletos, un embarazo ectópico previo y operada de salpingectomía + ooforectomía. Contamos con la tríada clásica de síntomas para embarazo ectópico de dolor abdominal, retraso menstrual y sangrado vaginal. Así como con factores de riesgo como el de embarazo ectópico previo (OR 6.6%), cirugía tubárica previa (4.7%), que son los de mayor riesgo para desarrollar un embarazo ectópico.

Además una Beta-hCG elevada (3780), el valor discriminatorio de B-hCG es de 3510 mIU/ml. Se concluye que estamos ante un embarazo ectópico anexial no complicado, ya que no estaba roto.

Para manejo del embarazo ectópico, la guía de práctica clínica de Ginecología del INMP plantea:

- Manejo expectante, hospitalizar a la paciente. Que se hizo en este caso, ya que se trataba de una paciente hemodinámicamente estable, sin abdomen agudo.
- Tratamiento médico: Metrotexate parenteral. Existen criterios para tratamiento con metrotexate:
 - **Absolutos:** embarazo ectópico diagnosticado, hemodinámicamente estable sin signos de hemoperitoneo, si B-hCG <10 000 mUI/ml, ausencia de latidos en el embrión
 - **Relativos:** paciente con deseos de fertilidad futura, pacientes con disponibilidad de adherencia al tratamiento y seguimiento, tamaño de la masa <4cm.

En el caso de nuestra paciente, cumplía con tres criterios mayores y, por lo tanto, fue candidata a usar metotrexate.

- Tratamiento quirúrgico: Laparoscopia o laparotomía
- Tratamiento local (intralesional) con KCl y metotrexate

El protocolo de tratamiento médico vía parenteral con metotrexato -usado con la paciente- indica régimen de dosis única: metotrexato 50mg/m² SC, IM el primer día (el cálculo nos arrojó una dosis de 83mg IM de metotrexate) y luego medir niveles de B-hCG al 4° y 7° día y verificar que la B-hCG haya disminuido en 15% o más entre los días 4° y 7°. Si el descenso es menor al 15% corresponde repetir una segunda dosis de metotrexate y repetir el proceso (hasta 3 dosis). Si después de las tres dosis los niveles de B-hCG se mantienen o incrementan, pasaría a laparoscopia o laparotomía (31).

B. Caso 2

Paciente que llegó a emergencia con una gestación de 21 semanas 2 días por ecografía del I trimestre de embarazo doble bicoriónico biamniótico. Con síntomas principales de dolor abdominal bajo y pérdida de líquido claro sin mal olor. Al examen clínico se encontró un cérvix dehiscente un dedo. Es decir, estamos ante un aborto inevitable, porque el orificio cervical interno está abierto y además las membranas ya están rotas por la pérdida de líquido.

Para el manejo, según la guía del INMP, para el manejo de pacientes con aborto inevitable la decisión se toma en base a las semanas de edad gestacional, siendo 12 el punto de corte. Para menores o iguales a 12 semanas se propone una Aspiración Manual Endouterina (AMEU), la otra alternativa es para las mayores a 12 semanas, un legrado

uterino. En el caso de nuestra paciente se optó por un legrado uterino por tener 21 semanas y 2 días. Ya en el postoperatorio en piso se le da manejo antibiótico, primero endovenoso y luego vía oral hasta completar los siete días (31).

C. Caso 3

Al tener una gestante que llega con una presión arterial de 160/100 ya estamos hablando de una preeclampsia con severidad. Los trastornos hipertensivos del embarazo se clasifican en:

- Hipertensión crónica:
 - Gestante con PS \geq 140 y/o PD \geq 90 que comenzó en las primeras 20 semanas.
 - Cuando la hipertensión persiste pasadas las 12 semanas post parto
- Hipertensión gestacional:
 - Gestante con PS \geq 140 y/o PD \geq 90 pasadas las primeras 20 semanas. Sin proteinuria ni falla de órganos.
 - Cuando la hipertensión desaparece antes las 12 semanas post parto
- Preeclampsia: trastorno de la gestación presentada después de las 20 semanas, caracterizado por hipertensión arterial asociada a proteinuria. Se puede subclasificar en
 - Preeclampsia leve o sin criterios de severidad: gestante hipertensa con PS $<$ 160 mmHg y PD $<$ 110 mmHg y con proteinuria cualitativa de 1+ (ácido sulfosalicílico) o 2+ en tira reactiva o proteinuria cuantitativa \geq 300mg y $<$ 5g en orina de 24 horas.
 - Preeclampsia severa o con criterios de severidad: cuando a la preeclampsia se le asocia una PS \geq 160

mmHg y/o PD \geq 110 mmHg y/o evidencia de daño de órgano diana (con o sin proteinuria).

Este último es el caso de nuestra paciente, ya que llegó con una PS de 160, independientemente de su PD. Además, en este caso se le añadió una proteinuria ASS 4+.

Según la guía del INMP, el manejo de estos casos incluye hidratación, prevención de la convulsión con sulfato de magnesio y metildopa. A la paciente se le inicia sulfato de magnesio con el fin de evitar la progresión a eclampsia de este cuadro, 5 ampollas de SO₄Mg al 20% en 50 cc de NaCl 9% y pasarlo por volutrol, con bomba de infusión, 40 cc en 20 minutos y los 60cc restantes pasar 10 cc por hora hasta las 24 horas postparto.

La paciente pasa a cesárea de emergencia porque para preeclampsia con severidad se puede interrumpir el embarazo a las 34 semanas o al momento del diagnóstico, mientras que para las que no tienen severidad se puede interrumpir hasta las 37 semanas o al momento del diagnóstico (31-32).

D. Caso 4

Al llegar a la emergencia una gestante de 7 semanas 4 días, que nos refiere vómitos que han ido incrementándose paulatinamente en los últimos días (4-6 veces al día). Además, de que la notamos deshidratada, con mucosa oral semiseca y también tiene una pérdida de peso de 1 kg en una semana, tenemos que evaluar las posibles causas que estén originando esta emesis.

La clínica de vómitos persistentes, intolerancia oral, pérdida de peso y deshidratación, así como alteraciones hidroelectrolíticas nos acercan al diagnóstico de hiperémesis gravídica. Pero, este es un diagnóstico de exclusión, así que debemos de evaluar las otras posibles causas.

Aunque la etiología de esta enfermedad es desconocida, se sabe que los síntomas inician entre las 5 a 6 semanas de gestación con un pico sintomático a las 9 semanas; y desaparecen a las 16-20 semanas (aunque un 15-20% de pacientes pueden persistir con síntomas).

Para el diagnóstico nos guiamos de la clínica asociada a una analítica sanguínea: hemograma (hemoglobina, hematocrito, nivel de VCM), urea, creatinina, coagulación (TP, TTPa), electrolitos en suero (hipokalemia e hipocloremia), alcalosis metabólica en el AGA.

En el caso de nuestra paciente, se le estabilizó con hidratación y antieméticos. Se le hizo seguimiento a sus valores laboratoriales y se fue probando la tolerancia oral hasta que estuvo en condiciones de alta (33-34).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Realizar un internado médico en el contexto de una pandemia ha sido una etapa de constantes desafíos, en buena parte, atribuido a la baja afluencia de pacientes a las áreas de hospitalización no covid, el cierre de servicios como los consultorios externos y, en su lugar, el fortalecimiento de actividades como la telemedicina, lo que limitaba muchas veces el desarrollo profesional.

Otra dificultad que existió fue la falta de habilidades asistenciales, sobre todo en las especialidades de Pediatría y Gineco Obstetricia, esto a causa de que ambos cursos pertenecen al último semestre académico previo al internado, el cual fue realizado de manera virtual que, a pesar de cumplir con las expectativas para conocimientos teóricos, lo mejor habría sido complementar los conocimientos adquiridos con la experiencia desde la interacción médico-paciente.

En alguna oportunidad, hemos recibido algún trato hostil por parte de algún personal del hospital. A pesar de este, hemos llegado a buen acuerdo gracias a la conversación y el respeto; por ello, desde este espacio valoramos el trabajo que realiza el personal de internos de todas las carreras de ciencias de la salud, que muchas veces es minimizado solo por el hecho de estar iniciando su camino profesional.

A pesar de las limitaciones mencionadas, los autores supieron aprovechar cada oportunidad brindada por los docentes y por la universidad para aprender durante el internado lo necesario en su vida profesional futura.

CONCLUSIONES

- El internado médico es una etapa importante en la formación del profesional médico, aquí se consolidan conocimientos para la práctica médica a futuro, además de reforzar habilidades blandas.
- La Apendicitis aguda es una patología quirúrgica muy frecuente en las áreas de emergencia, el uso de los criterios de Alvarado nos permite una detección rápida para un manejo adecuado.
- Los Criterios de Centor modificados por McIsaac nos ayudan a decidir el inicio de antibioticoterapia en pacientes pediátricos con faringoamigdalitis.
- Al realizar la atención de un recién nacido se deben considerar los antecedentes maternos a fin de descartar una sepsis de inicio precoz.
- El Perú es un país con alta prevalencia de tuberculosis pulmonar, por lo que debe sospecharse la infección en todo paciente sintomático respiratorio.
- Realizar una correcta atención prenatal nos permitiría detectar a las gestantes con factores de riesgo y prevenir complicaciones futuras.
- A pesar de las limitaciones a raíz de la pandemia, las sedes docentes cumplieron con la enseñanza y capacitación constante de los internos de medicina.

RECOMENDACIONES

- Al iniciar el internado recomendamos mantener la predisposición al trabajo en equipo y coordinado. Es importante no solo el desempeño individual, sino también, actuar en conjunto para el correcto funcionamiento del servicio por el que estemos rotando.
- Exigirnos el aprovechamiento máximo de los conocimientos que podamos adquirir de nuestro entorno. Ya sea desde los paseos de visita hasta cuando realizamos la anamnesis a nuestros pacientes; la observación, escuchar atentamente y el criterio clínico son pilares para el desarrollo de la actividad médica.
- Revisar los temas más frecuentes que se presentan por cada especialidad, ya que esto ayudará a agilizar la atención a los pacientes y consolidar nuestros conocimientos.
- Tener un trato correcto a los pacientes. No hay que olvidar que son personas que acuden a nosotros buscando la solución a su enfermedad, retribuimos esta confianza con un trato amable y objetivo, basado en nuestra formación académica.
- Organizar nuestro tiempo para cumplir con nuestras actividades hospitalarias y cronograma de actividades establecido por la universidad. Una correcta organización nos permitió llevar el internado, la universidad y las relaciones interpersonales – familia, amigos – de la mejor manera.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Dirección General del Personal de Salud. Documento técnico: “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria.” Ministerio de Salud.
2. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. julio de 2020;37(3):504-9.
3. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 11 de julio de 2022]. Disponible en:<https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
4. INSN - Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. INSN - Instituto Nacional de Salud del Niño. [citado 11 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/>
5. Historia - HMC [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: http://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
6. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?sectionName=INDICATIONS%20FOR%20SURGICAL%20REPAIR&search=hernia%20inguinal&topicRef=3686&anchor=H3202415250&source=see_link#H3202415250

7. Carrera Laureán Narda, Camacho López Marcos Raúl. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. Cir. gen [revista en la Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Feb 18] ; 40(4): 250-254. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400250&lng=es.
8. Turiño Luque JD, Mirón Fernández I, Rivas Becerra J, Cabello Burgos AJ, Rodríguez Silva C, Martínez Ferriz A, Santoyo Santoyo J. Hernioplastia inguinal abierta: Técnica de Lichtenstein. Cir Andal. 2018;29(2):160-162
9. Mirizzi syndrome - UpToDate [Internet]. [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/mirizzi-syndrome?search=sindrome%20de%20mirizzi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
10. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=appendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
11. de Quesada Suárez Leopoldo, Ival Pelayo Milagros, González Meriño Caridad Lourdes. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2015 Jun [citado 2022 Feb 17] ; 54(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es.

12. Meléndez Flores Jhuvitza Estela, Cosío Dueñas Herbert, Sarmiento Herrera William Senen. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. *Horiz. Med.* [Internet]. 2019 Ene [citado 2022 Feb 17] ; 19(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100003&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.03>.
13. Cárdenas Quirós MF. Colecistitis aguda alitiásica. *Rev.méd.sinerg.* 1 de junio de 2018;3(6):3-8.
14. Coto FM. Colecistitis calculosa aguda: Diagnóstico y manejo. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII (618) 97-99*, 2016
15. Ripollés T, Martínez-Pérez MJ, Martín G, et al. Utilidad de la ecografía con contraste en el diagnóstico de colecistitis aguda gangrenosa: un estudio comparativo con hallazgos quirúrgicos y patológicos. *Eur J Radiol* 2016; 85:31.
16. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 5.0 [citado 19 de febrero de 2022] Disponible en: <https://www.gemasma.com/>
17. Pavez Daniela, Pérez Regina, Cofré José, Rodríguez Jaime. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2019 Feb [citado 2022 Feb 13] ; 36(1): 69-77. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000100069&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000100069>.

18. Ñacari-Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. Rev méd panacea 2018; (2): 63-68
19. Overview | Jaundice in newborn babies under 28 days | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG98>
20. Instituto Nacional Materno Perinatal. Instituto Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal- Versión extensa –. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias; 2019. Serie Guía Práctica Clínica N° 09-2018
21. Dávila Aliaga Carmen, Hinojosa Pérez Rosemary, Mendoza Ibáñez Elina, Gómez Galiano Walter, Espinoza Vivas Ylia, Torres Marcos Elsa et al . Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal: Guía de práctica clínica basada en evidencias del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2020 Sep [citado 2022 Feb 13] ; 81(3): 354-364. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000300354&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i3.19634>.
22. “Pielonefritis aguda – Guía PRIOAM [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/indice/pielonefritis-aguda/>
23. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Infección de Tracto Urinaria no Complicada: Guía en Versión Extensa. Lima: EsSalud; 2019”

24. Dhar Damian. Trastornos dermatológicos: Celulitis. MSD Manual. [Internet] 2019. [citado 15 febrero 2022]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornosdermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/celulitis#v963560_es
25. Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment - UpToDate [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
26. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermo-Sifiliográficas. 1 de marzo de 2019;110(2):124-30.
27. Norma técnica para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis [Internet]. Tuberculosis.minsa.gob.pe. 2018 [citado 17 febrero 2022]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
28. Descripción general de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=pneumonia%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H3873548286
29. Clinical evaluation and diagnostic testing for community-acquired pneumonia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-evaluation-and->

diagnostic-testing-for-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=pneumonia%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1

30. Mirón Rubio M, Estrada Cuxart O, González Ramallo V. Protocolos Tratamiento Antimicrobiano Domiciliario Endovenoso (TADE) - Capítulo XI: Neumonías Adquiridas en La Comunidad e Infecciones Pleurales. Sociedad Española de Medicina Interna. 149 - 159. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/capitulo-11.pdf>
31. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
32. Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. ACOG committee opinion No. 831. American College of Obstetricians and Gynecologist. Obstet Gynecol 2021; 138:e35-9
33. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. Nausea and Vomiting of Pregnancy. Bulletin NO 189. 2018
34. Smith J, Fox K, et al. Nausea and vomiting of pregnancy: Clinical findings and evaluation. Uptodate. 2021

ANEXOS

Anexo 1: Clasificación de Nyhus

Tipo I	Indirecta, pequeña Anillo interno normal Saco en canal inguinal
Tipo II	Indirecta, media Anillo interno alargado Saco no en el escroto
Tipo III	a. Directas pequeñas o medianas. Sin protrusión por anillo interno b. Indirectas, grandes, comprometen la pared posterior del conducto inguinal c. Hernia femoral
Tipo IV	Hernias recurrentes a. Indirectas b. Directas c. Femorales d. Combinación

Anexo 2: Clasificación del síndrome de Mirizzi

Clasificación	Definición
I	Compresión externa del conducto hepático común debido a un cálculo impactado en el cuello/infundíbulo de la vesícula biliar o en el conducto cístico
II	Fístula colecistobiliar que involucra menos de un tercio de la

	circunferencia del conducto biliar común.
III	Compromiso fistular de entre un tercio y dos tercios de la circunferencia del conducto biliar común.
IV	Destrucción de toda la pared del conducto biliar común.

Anexo 3: Tratamiento quirúrgico según clasificación del síndrome de Mirizzi

Clasificación	Tratamiento
I	Colecistectomía parcial o total, ya sea laparoscópica o abierta. No se requiere exploración del conducto biliar común.
II	Colecistectomía más cierre de la fístula, ya sea por reparación con sutura con material absorbible, colocación de tubo en T o coledocoplastia con la vesícula biliar remanente.
III	Coledocoplastia o anastomosis bilioentérica según el tamaño de la fístula. No está indicada la sutura de la fístula.

IV	Anastomosis bilioentérica, típicamente coledocoyeyunostomía
-----------	--

Anexo 4: Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de apendicitis aguda según la escala de Alvarado

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

Anexo 5: Pulmonary Score para la valoración 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 espiración	Incremento leve
2	46 - 60	36 - 50	Toda la espiración (Estetoscopio)	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración sin estetoscopio**	Actividad máxima

** Si no hay sibilancias y la actividad el esternocleidomastoideo está aumentada, puntual el apartado de sibilancias como un 3

	Pulmonary Score	SatO2
Leve	0 - 3	> 94%
Moderado	4 - 6	91 - 94%
Severo	7 - 9	< 91%

Anexo 6: Tratamiento de asma en niños. Guía GEMA 5.0

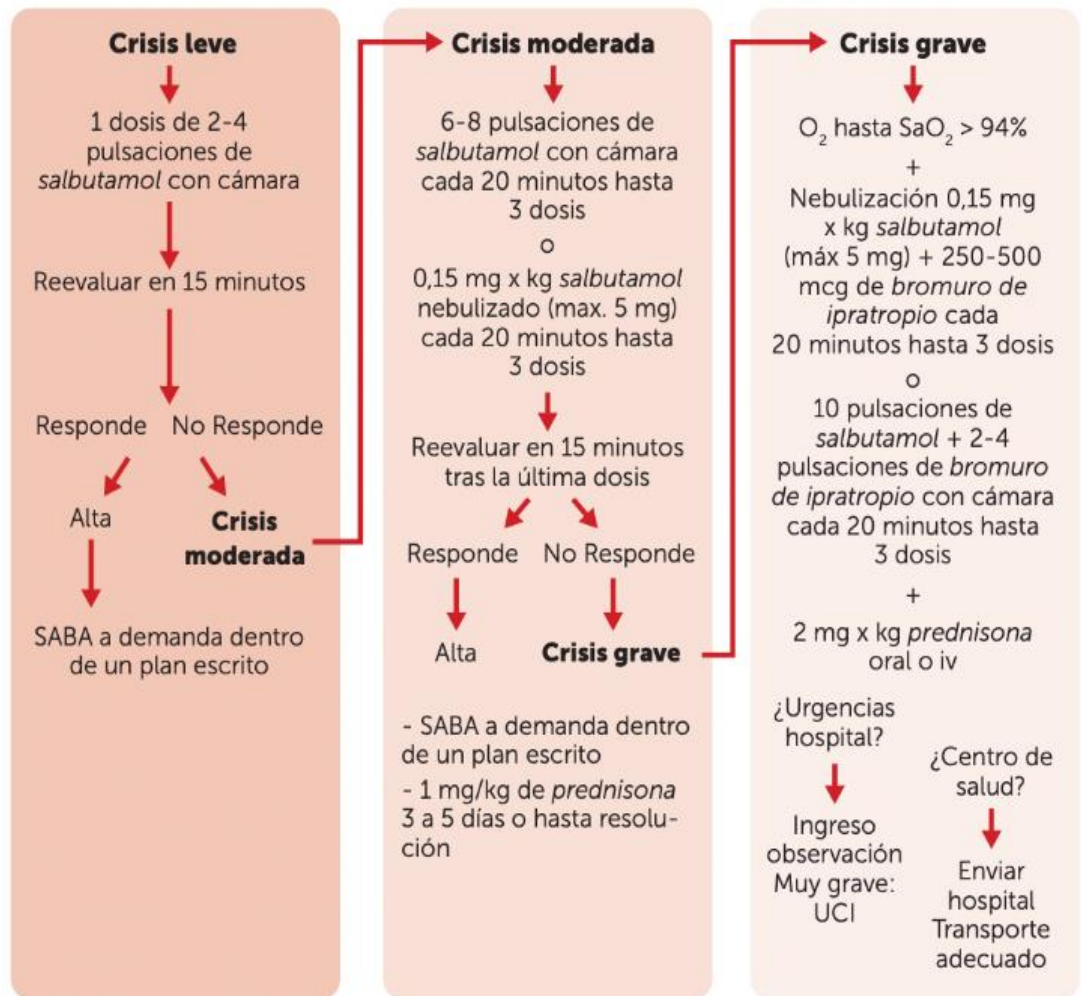


FIGURA 5.2. Tratamiento de la crisis asmática en el niño.

Anexo 7: Score Mclsaac para aproximarse a la etiología estreptocócica de una faringoamigdalitis aguda

criterio	Puntaje
Temperatura >38°C	1
Ausencia de tos	1

Linfadenopatía cervical sensible	1
Aumento de volumen amigdalino o exudado	1
Edad	
• 3 - 14 años	1
• 14 - 44 años	0
• 44 años a más	-1

Puntaje	Riesgo de infección estreptocócica	Conducta sugerida
≤0	1 - 2.5%	No realizar estudio ni iniciar antimicrobianos
1	5 - 10%	
2	11 - 17%	Cultivar siempre
3	28 - 35%	Antibioticoterapia si el cultivo es positivo
≥4	51 - 53%	Tratar empíricamente con antimicrobianos y/o cultivar

Anexo 8: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más

Medicamentos	Primera fase diaria		Segunda fase tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20-30)	2000 mg		

Etambutol	20 (15-25)	1600 mg	
------------------	------------	---------	--

Anexo 9: Informe de resultados de baciloscopia de esputo

Resultados del examen microscópico	Informe de resultados de baciloscopia
No se observan bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos observados	Negativo (-)
Se observan de 1 a 9 BAAR en 100 campos observados (paucibacilar)*	Número exacto de bacilos en 100 campos
Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10-99 bacilos en 100 campos)	Positivo (+)
De 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observados	Positivo (++)
Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados	Positivo (+++)

*Si se observa de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos, leer otros 100 campos microscópicos. Si persiste el resultado, se anotará el hallazgo en el registro y la muestra se enviará para cultivo.

Anexo 10: Factores de riesgo para microorganismos específicos

Microorganismo	Factores de riesgo
<i>S. pneumoniae</i> penicilino-resistente	Mayores de 65 años de edad, uso de betalactámicos en los últimos 3 meses, alcoholismo, enfermedades concomitantes, inmunosupresión y exposición a menores en un centro de cuidado diario y hogar

	infantil.
Bacilos entéricos gramnegativos (Enterobacteriaceae)	Residencia en un hogar de cuidado crónico o geriátrico, enfermedad cardiopulmonar, uso reciente de antibióticos y antecedente de disfagia o aspiración.
<i>P. aeruginosa</i>	Enfermedad pulmonar de base (bronquiectasias o enfermedad pulmonar obstructiva crónica), terapia con corticosteroides (más de 10mg de prednisolona/día), terapia con antibióticos de amplio espectro por 7 o más días en el último mes, malnutrición.
<i>S. aureus</i>	Hemodiálisis, uso de drogas intravenosas, infección previa por influenza, uso de antibióticos previos (fluoroquinolonas), neumonía necrosante o infección de piel grave con afectación multiorgánica
<i>L. pneumophila</i>	Tabaquismo, jóvenes sin enfermedades concomitantes, sistemas digestivos y neurológicos concomitantes, NAC grave con afectación multiorgánica.
<i>Anaerobios</i>	Antecedente de disfagia o aspiración.

Anexo 11: Puntuación de las variables de la escala pronóstica de Fine

Características	Puntuación
Edad: Varones	Número de años
Mujeres	Número años - 10
Asilos o residencias	10
Enfermedad neoplásica	30

Enfermedad hepática	20
Insuficiencia cardíaca congestiva	10
Enfermedad cerebrovascular	10
Enfermedad renal	10
Estado mental alterado	20
Frecuencia respiratoria ≥ 30 x'	20
PAS < 90 mmHg	20
Temperatura $< 35^{\circ}\text{C}$ o $\geq 40^{\circ}\text{C}$	15
Frecuencia cardíaca ≥ 125 x'	10
pH arterial < 7.35	30
BUN ≥ 30 mg/dl	20
Na < 130 nmol/l	10
Glucosa ≥ 250 mg/dl	10
Hematocrito $< 30\%$	10
PaO ₂ < 60 mmHg	
Derrame pleural	
BUN: nitrógeno urémico en sangre	

Categorías de PSI y recomendaciones de lugar de tratamiento

Clase	Puntuación	Mortalidad	Recomendación
I	Si < 50 años, sin neoplasia, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular ni enfermedad hepática o renal	0.1%	Tratamiento domiciliario
II	< 70 puntos	0.6%	

III	71-90 puntos	0,9 - 2-8%	Observación en hospital 24-28 horas
IV	91-130 puntos	8.2 - 9.3%	Hospitalización
V	>130 puntos	27 - 29.2%	

Anexo 12: Criterios de valoración escala CURB 65

Criterios
<ul style="list-style-type: none"> - Edad >65 años - Confusión - Urea >7 ml/l - Frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min - Presión arterial (diastólica ≤ 60 mmHg o sistólica <90 mmHg)

Categorías CURB 65 y recomendaciones de lugar de tratamiento

Puntuación	Mortalidad	Recomendación
0	0.7%	Tratamiento domiciliario
1	2.1%	Tratamiento hospitalario
2	9.2%	
3	14%	
≥ 4	40%	