

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL INTERNADO  
MÉDICO REALIZADOS EN HOSPITALES MINSA DE LIMA EN 2023  
– 2024 PERÚ**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR  
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR  
INGRID IVANNA DREXLER CASTAGNETTO**

**ASESORA  
ALEJANDRA PARHUANA BANDO**

**LIMA - PERÚ  
2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL INTERNADO  
MÉDICO REALIZADOS EN HOSPITALES MINSA DE LIMA EN  
2023 – 2024 PERÚ**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
INGRID IVANNA DREXLER CASTAGNETTO**

**ASESORA  
DRA. ALEJANDRA PARHUANA BANDO**

**LIMA, PERÚ**

**2024**

**JURADO**

**PRESIDENTE: EDGAR KELVIN ESPINOZA TARAZONA**

**MIEMBRO: ROSA LUZ QUISPE CASAS**

**MIEMBRO: HUGO EFREND ROJAS OLIVERA**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a mi familia porque sin ellos no hubiera podido cumplir mi sueño de ser doctora. Gracias a mis padres por ser mi apoyo incondicional en todos estos años, por ser mi ejemplo de perseverancia y siempre darme ánimos y nunca dejarme sola en toda mi carrera. Agradezco a mi hermano por ser el toque de risas que tanto necesitaba. A mi hijita Tini, por ser mi compañía en todas esas noches largas de estudio. Todo se lo debo a ustedes. Les dedica este y todos mis logros.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>6</b>
Rotación en Pediatría .....	6
Caso clínico N° 1: Celulitis peri orbitaria .....	6
Tiempo de enfermedad: 3 días .....	6
Signos y síntomas principales: inflamación y eritema en zona peri orbitaria y frontal izquierda .....	6
Caso clínico N° 2: Neumonía Adquirida en la Comunidad – NAC .....	9
Tiempo de enfermedad: 1 semana .....	9
Signos y síntomas principales: fiebre, tos, rinorrea y diarrea.....	9
Rotación en Medicina Interna .....	12
Caso clínico N° 3: Infección del tracto urinario .....	12
Tiempo de enfermedad: 7 días .....	12
Signos y síntomas principales: fiebre, dolor al orinar y aumento en flujo urinario.12	
Caso clínico N° 4: Diverticulitis aguda .....	15
Tiempo de enfermedad: 3 días .....	15
Signos y síntomas principales: dolor abdominal bajo, disminución de la frecuencia de deposiciones .....	15
Rotación en Cirugía General .....	18
Caso clínico N° 5: NM de mama .....	18
Tiempo de enfermedad: 6 meses.....	18
Signos y síntomas principales: tumoración en mama izquierda .....	18
Caso clínico N.º 6: Osteosarcoma convencional.....	21
Tiempo de enfermedad: 6 meses.....	21

Signos y síntomas principales: dolor en miembro inferior izquierdo con aumento de volumen y limitación de movimiento de rodilla .....	21
Rotación en Ginecología y Obstetricia .....	23
Caso clínico N.º 7: Embarazo ectópico.....	23
Tiempo de enfermedad: 5 días .....	23
Signos y síntomas principales: dolor abdominal y pélvico más sangrado vaginal.	23
Caso clínico N° 8: Hiperémesis gravídica.....	27
Tiempo de enfermedad: 3 días .....	27
Signos y síntomas principales: náuseas y vómitos .....	27
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>32</b>
Rotación en Pediatría .....	32
Caso clínico N° 1: Celulitis peri orbitaria CIE-10: L03.213.....	32
Caso clínico N° 2: Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) CIE-10: J18 .....	33
Rotación en Medicina Interna .....	34
Caso clínico N° 3: Infección del tracto urinario bajo CIE-10: N30 .....	34
Caso clínico N° 4: CIE-10: Diverticulitis aguda CIE-10: K57.9.....	35
Rotación en Cirugía General .....	36
Caso clínico N° 7: NM de mama CIE-10: C50 .....	36
Caso clínico N° 8: Osteosarcoma CIE-10: C40.2 .....	37
Rotación en Ginecología y Obstetricia .....	38
Caso clínico N° 9: Embarazo ectópico CIE-10: O00.9 .....	38
Caso clínico N° 10: Hiperémesis gravídica CIE-10: O.21 .....	39
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>CAPITULO VI: RECOMENDACIONES</b>	<b>44</b>
<b>CAPITULO VII: FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>45</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El internado médico es una etapa de preparación preprofesional; el cual podríamos considerar el más importante debido a que estamos a un paso de ser médicos generales. Es en este año que **se** aplica y consolida todo lo aprendido a lo largo de los 6 años, previos a las actividades académicas. Las rotaciones programadas después de la pandemia son en las especialidades de: pediatría, medicina interna, cirugía general, y ginecología y obstetricia. En el presente trabajo, se han seleccionado las patologías que tienen mayor frecuencia en los distintos servicios del Hospital Nacional Dos de Mayo, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN y Hospital Nacional Madre-Niño San Bartolomé **Objetivo:** presentar las experiencias en el internado médico a través evaluación de los casos clínicos, de cómo enfocar al paciente: elaboración de historias clínicas, diagnóstico, plan de trabajo y el indicado tratamiento. **Metodología:** Se realizó la recopilación de casos clínicos seleccionados por servicio en base a las historias clínicas obtenidas en los distintos hospitales. Previamente se solicitó permiso al jefe del servicio correspondiente. **Resultados:** Niño de 2 años con celulitis peri orbitaria izquierda; niño de 1 año y 2 meses con neumonía adquirida en la comunidad. En medicina paciente femenino de 43 años con infección del tracto urinario y otra de 79 años con diverticulitis aguda. En el INEN paciente mujer de 83 años con NM de mama y otra de 24 años con osteosarcoma convencional. En obstetricia: mujer de 33 años con diagnóstico de embarazo ectópico y gestante de 14 semanas de gestación con hiperémesis gravídica. **Conclusiones:** Enfermedades muy frecuentes que nos han permitido aprender el manejo, tratamiento multidisciplinario dentro del hospitalizados. Son conocimientos importantes que permitirán desarrollarse de manera adecuada en el SERUMS.

**Palabras clave:** internado médico, experiencia, conocimientos.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The medical internship is a stage of pre-professional preparation, which we could consider the most important because we are one step away from becoming general practitioners. It is in this year that everything learned throughout the 6 years, prior to academic activities, is applied and consolidated. The rotations scheduled after the pandemic are in the specialties of pediatrics, internal medicine, general surgery and; gynecology and obstetrics. In the present work, the pathologies that have the most frequency in the different services of the Hospital Nacional Dos de Mayo, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN and Hospital Nacional Madre-Niño San Bartolomé. **Objective:** Present the experiences in the medical internship through evaluation of clinical cases, how to approach the patient: preparation of clinical histories, diagnosis, work plan and the indicated treatment. **Methodology:** The collection of clinical cases selected by service was carried out based on the clinical records obtained in the different hospitals. Permission was previously requested to the chief of the corresponding service. **Results:** 2-year-old boy with left periorbital cellulitis; 1 year and 2-month-old boy with community-acquired pneumonia. In medicine, a 43-year-old female patient with a urinary tract infection and a 79-year-old female patient with acute diverticulitis. In the INEN, there was an 83-year-old female patient with NM of the breast and another 24-year-old female with conventional osteosarcoma. In obstetrics: 33-year-old woman with a diagnosis of ectopic pregnancy and a pregnant woman at 14 weeks of gestation with hyperemesis gravidarum. **Conclusions:** Very common diseases that have allowed us to learn management, multidisciplinary treatment within hospitalized patients. These are important knowledge that will allow to develop properly in my Serums.

**Key words:** Medical internship, experience, knowledge.

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
EXPERIENCIA PROFESIONAL DURANTE EL INTERNADO MÉDICO REALIZADOS EN HOSPITALES MINSA DE LIMA EN 2023	INGRID IVANNA DREXLER CASTAGNETTO

RECuento DE PALABRAS  
10091 Words

RECuento DE CARACTERES  
57449 Characters

RECuento DE PÁGINAS  
53 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO  
2.1MB

FECHA DE ENTREGA  
Mar 26, 2024 4:52 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME  
Mar 26, 2024 4:54 PM GMT-5

● 14% de similitud general

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Dra. Alejandra Parhuana Bando  
Asesora  
DNI: 08797243  
ORCID: 0000-0002-3969-6047

## **INTRODUCCIÓN**

La última etapa de la carrera de medicina es el internado médico. También podríamos considerarlo un periodo de prácticas preprofesionales donde el interno o estudiante de medicina pone en práctica todos los conocimientos y destrezas aprendidas a lo largo de los últimos 6 años de la carrera. Teniendo como principales objetivos el afianzar y perfeccionar competencias académicas, prácticas, morales y éticos que nos corresponde como futuros médicos. Así mismo desarrollar una buena relación médico – paciente, la toma de decisiones medicas asertivas dentro de los diferentes escenarios que sean posible, obtener diagnósticos certeros basados en la clínica que presenta el paciente, apoyados de exámenes auxiliares y su correspondiente tratamiento acorde a la patología.

El internado parte esencial en la formación como médicos, en la cual no solo ahondamos en el conocimiento y destrezas médicas sino además a desenvolver frente a los pacientes, cultivando así valores como la empatía y el respeto. Asimismo, se ven involucrados en una convivencia con el personal de salud, en la cual se observa en conjunto y en grupo, los desafíos del día a día, respetando el trabajo del otro interno, todo esto en pro y beneficios del bienestar de los pacientes.

Si bien la pandemia de COVID – 19 ya ha terminado, las consecuencias de ellas se ven reflejadas en la duración del internado 2023, el cual duró 10 meses. Por lo cual se vio afectado nuestras horas de prácticas en el hospital. Estuvo constituida por 5 rotaciones: pediatría – neonatología, medicina interna, primer nivel de atención, cirugía general y, ginecología y obstetricia. Las cuales fueron en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Centro de Salud San Sebastián, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN y Hospital Nacional Madre-Niño San Bartolomé, respectivamente.

En este trabajo se manifiesta la experiencia vivida en el internado en la cual se hace una selección de 8 casos clínicos de los diferentes servicios rotados en el internado en los distintos hospitales anteriormente mencionados. Se

abarca patologías frecuentemente vistas en el SERUMS, las cuales tienen relevancia debido a que esta será la primera e importante experiencia laboral.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **Rotación en Pediatría**

#### **Caso clínico N° 1: Celulitis peri orbitaria**

**Tiempo de enfermedad:** 3 días

**Signos y síntomas principales:** inflamación y eritema en zona peri orbitaria y frontal izquierda

Paciente varón de 2 años acude a emergencia con su madre por lesión en la eritematosa en la región peri orbitaria y frontal izquierda. La madre refiere que 3 días antes, ambos sufrieron una caída fuera de su hogar mientras el menor estaba en sus brazos. Posteriormente a dicho evento, la madre no le tomo gran importancia debido a que tanto ella como el menor no presentaron lesiones evidentes. 2 días antes del ingreso, la madre observó que la lesión había aumentado de tamaño y empezaba a crearse un punto blanco cerca al ojo izquierdo del menor. La lesión era caliente y dolorosa a la palpación que le generaba incomodidad y llanto al menor. La madre decide utilizar una crema que le recomendaron en una farmacia, de la cual no recuerda el nombre. Se niega sensación de alza térmica en todo momento. Al no observarse mejoría y por la preocupación de la localización de la lesión, el menor es llevado al hospital.

**Antecedentes personales:** Niega

**Antecedentes quirúrgicos:** Niega

**Antecedentes familiares:** Niega

**RAMS:** Niega

#### **Funciones Biológicas**

- Apetito: Disminuido
- Sed: Disminuido

- Sueño: Aumentado
- Orina: Sin alteraciones
- Deposiciones: Sin alteraciones

### **Funciones vitales**

FC: 117 lpm      FR: 21 rpm      T°: 37°C      SatO2:98%

W: 11.5 kg    Talla: 90 cm

### **Al examen físico**

Aparente regular estado general, aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación

**Piel y mucosas:** Tibia, hidratada y elástica. LLC < 2''. No palidez ni ictericia. Aumento de volumen en región nasal peri orbitaria izquierda de 2 x 1,5 cm, eritematosa, caliente y dolorosa a la palpación. Disminución leve de la apertura ocular.

**TCSC:** No edemas

**Tórax y pulmón:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No ruidos agregados. No soplos.

**Abdomen:** Blando, depresible. Ruidos Hidroaéreos positivos. No doloroso a la palpación superficial y profunda. No se palpan masas.

**Neurológico:** Irritado. Glasgow adaptado a pediatría 15/15 puntos.

### **Diagnóstico presuntivo**

- Celulitis peri orbitaria izquierda
- Absceso peri orbitaria izquierda
- D/C obstrucción del conducto lacrimal izquierdo

## **Plan de trabajo**

Se solicita hemograma completo y PCR; y se manda interconsulta al servicio de Oftalmología. Se hospitaliza con probabilidad de radiografía de cara.

Resultados de laboratorio: Leucocitos: 14 350/mm<sup>3</sup>, Linfocitos: 3 294/mm<sup>3</sup>, Plaquetas: 385 400/mm<sup>3</sup>, Abastionados: 0%, Hemoglobina: 11.65 g/dl, Hematocrito: 33.94% y PCR: 8.8

Se evidencia una leucocitosis sin desviación izquierda y linfopenia; un PCR superior a sus valores normales que indican infección.

## **Diagnóstico**

- Celulitis peri orbitaria izquierda

## **Tratamiento**

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Oxacilina 680mg EV cada 6 horas (50mg/kg/día)
- Clindamicina 240mg EV cada 8 horas (40mg/kg/día)
- Metamizol 450mg EV PRN T° > 39°C

## **Seguimiento**

Paciente estuvo hospitalizado 3 días. El servicio de oftalmología descartó afección del conducto lacrimal izquierdo. La tumefacción tuvo una disminución notoria en cada día, con una evolución favorable. Se continuo tratamiento en casa con Clindamicina VO por 4 días.

## **Caso clínico N° 2: Neumonía Adquirida en la Comunidad – NAC**

**Tiempo de enfermedad:** 1 semana

**Signos y síntomas principales:** fiebre, tos, rinorrea y diarrea

Paciente varón de 1 año y 2 meses traído por su madre a la emergencia, la cual refiere que desde hace 1 semana cursaba con tos seca y rinorrea, sin presentar vómitos ni diarrea. Refiere hace 6 días se le agrego alza térmica no cuantificada. Hace 3 días, comenzó a notar que se le hundía ligeramente el pecho; por lo cual acudió a su centro de salud donde presentó temperatura de 39°C y se le brindo paracetamol con clorfenamina. Madre refiere que hace 2 días, no presento alza térmica y hubo una disminución del cuadro clínico. Por otro lado, el día de ayer volvió a presentar fiebre, tos sin expectoración, rinorrea y una cámara de diarrea sin moco y sin sangre. El día de hoy es traído a emergencia por que se agravaron los síntomas.

**Antecedentes prenatales:** Solo tuvo 3 control prenatal, en el último control se le diagnóstico con síndrome de Down

**Antecedentes natales:** Nacido por cesárea por oligohidramnios a las 38 semanas. Alta conjunta

**Antecedentes posnatales:** Inmunizaciones completas. Niega cirugías, hospitalizaciones y enfermedades relevantes

**Antecedentes familiares:** Ninguno relevante para el cuadro clínico.

**Antecedentes quirúrgicos:** Niega

**RAMS:** Niega

**Funciones Biológicas:**

- Apetito: Aumentado
- Sed: Aumentada
- Sueño: Aumentado
- Orina: Disminuida

- Deposiciones: Sin alteraciones

### **Funciones vitales**

FC: 188 lpm    FR: 56 rpm    PA:110/70    T°: 38.5°C    SatO2:93%  
W: 8.2kg

### **Al examen físico**

Regular estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición

**Piel y anexos:** Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos.  
Sin lesiones. No palidez ni ictericia.

**TCSC:** No edemas

**Tórax y Pulmón:** Murmullo pasa disminuido en ambos campos pulmonares.  
Subcrepitantes en ambos campos a predominio del lado izquierdo. Tirajes costales.

**Cardiovascular:** Ruidos Cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.  
Pulsos periféricos normales.

**Abdomen:** Blando, depresible. Ruidos Hidroaéreos positivos. No doloroso a la palpación superficial y profunda. No se palpan masas.

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativa. Puntos Reno Ureterales superior y medio negativos.

**Neurológico:** Irritable. Glasgow pediátrico 15/15 puntos. Sin signos de focalización.

### **Diagnóstico presuntivo**

- Síndrome Febril
- Síndrome de Dificultad Respiratorio
- Neumonía Adquirida en la comunidad
- Síndrome de Down

## **Plan de trabajo**

Se solicita hemograma completo, PCR y radiografía de tórax. Se hospitaliza.

Resultados de laboratorio: Leucocitos: 17 350/mm<sup>3</sup>, Linfocitos: 4 334/mm<sup>3</sup>, Plaquetas: 475 300/mm<sup>3</sup>, Abastionados: 100%, Hemoglobina: 10.15 g/dl, Hematocrito: 36.94%. PCR: 18. La radiografía muestra un consolidado en base pulmonar izquierda. (Anexo 1)

## **Diagnóstico**

- Síndrome de Dificultad Respiratorio: Neumonía Adquirida en la comunidad de origen bacteriano
- Síndrome de Down

## **Tratamiento**

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Cánula binasal con FiO<sub>2</sub> 24%
- Ceftriaxona 75 – 100 mg x kg x día, dividido en 2 tomas
- Paracetamol 120 mg VO cada 8 horas
- Metamizol 40 mg EV PRN T° > 39°C

## **Seguimiento**

Paciente no volvió a presentar picos febriles, saturación de oxígeno superó los 95% por lo cual tuvo evolución favorable.

## Rotación en Medicina Interna

### Caso clínico N° 3: Infección del tracto urinario

**Tiempo de enfermedad:** 7 días

**Signos y síntomas principales:** fiebre, dolor al orinar y aumento en flujo urinario

Paciente femenino de 43 años acude a la emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por fiebre, dolor al orinar y aumento en flujo urinario. Niega flujo vaginal, orina con sangre, náuseas o vómitos. Fiebre calmaba con paracetamol. Refiere haber acudido al consultorio de urología el año pasado por un cuadro parecido y haber recibido tratamiento antibiótico

**Antecedentes personales:** Diabetes *mellitus* tipo 2 hace 4 años.

**Antecedentes quirúrgicos:** Niega

**Antecedentes familiares:** Niega

**RAMS:** Niega

**Hábitos nocivos:** Niega

#### Funciones vitales

FC: 92 lpm      FR: 18 rpm      PA:117/80      T°: 37.9°C      SatO2:97%

#### Examen físico

Adecuado regular estado general, de nutrición y de hidratación

**Piel y mucosas:** Turgente, poco elástica e hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos. No palidez, no ictericia. Mucosa oral seca.

**TCSC:** No edemas

**Tórax y pulmón:** MV pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

**Cardiovascular:** RCR, buena intensidad. No soplos audibles. No ingurgitación yugular.

**Abdomen:** No distendido, RHA aumentados de intensidad y frecuencia, blando y depresible, leve dolor a la palpación profunda de localización en mesogastrio e hipogastrio.

**Genitourinario:** PPL (+) y PRU (+)

**Neurológico:** Paciente despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. Obedece órdenes complejas. ROT conservados. ECG: 15 puntos.

### **Diagnóstico presuntivo**

- Infección del tracto urinario
- D/C litiasis renal

### **Plan de trabajo**

Se hospitaliza y se solicita UroTEM, hemograma, urea, creatinina, PCR, electrolitos, TGO, TGP, examen de orina y urocultivo.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 13.80 g/dl, Hematocrito 33.1 %, Segmentados  $4.58 \times 10^3/\text{UI}$ , Monocitos  $0.42 \times 10^3/\text{UI}$ , Linfocitos  $1.97 \times 10^3/\text{UI}$ , Plaquetas  $354 \times 10^3/\text{UI}$ . Urea 23.8 mg/dl, Creatinina 0.65 mg/dl, PCR 2.02. Sodio Sérico 137.9 mmol/L, Potasio Sérico 4.75 mmol/L, Cloro Sérico 103.0 mmol/L, Transaminasa Oxalacetica 16 U/L, Transaminasa Pirúvica 13 U/L.

Urocultivo con removedor de antibiótico:

- Color: Amarillo
- Aspecto: Lig. Turbio
- Ph 5.0 (5 - 8 VN)
- Densidad 1.015 (1.015 - 1.025 VN)
- Albumina: Negativo
- Glucosa: Negativo
- Cuerpos cetónicos: Negativo
- Urobilinógeno: Negativo

- Bilirrubina: Negativo
- Hemoglobina: 1+
- Nitritos: Negativo
- Esterasa leucocitaria: Negativo

#### Examen Microscópico de orina

- Células epiteliales 11-15 x campo 0 - 5
- Leucocitos 1-4 x campo 0 - 4
- Hematíes 5-10 x campo 0 - 1
- Cultivo positivo a: *Klebsiella pneumoniae*

Presencia de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) > 100,000 UFC/ML

#### Antibiograma

- Amikacina Sensible
- Amoxicilina/Acido Clavulánico: Resistente
- Ampicilina/Sulbactam: Resistente
- Cefaclor: Resistente
- Cefazolina: Resistente
- Cefoperazona/Sulbactam: Resistente
- Cefotaxima: Resistente
- Ceftazidima: Resistente
- Ceftriaxona: Resistente
- Cefuroxima: Resistente
- Ciprofloxacino: Resistente
- Ertapenem: Sensible
- Gentamicina: Sensible
- Levofloxacina: Resistente
- Meropenem: Sensible
- Nitrofurantoina: Resistente
- Norfloxacina: Resistente
- Piperacilina/Tazobactam: Resistente

- Trimetoprima/Sulfametoxazol: Resistente

### **Diagnóstico**

- Infección del Tracto Urinario por *Klebsiella pneumoniae* BLEE > 100,000 UFC/ML sensible a Amikacina, Ertapenem, Gentamicina, Meropenem.

### **Tratamiento**

- Dieta completa
- CIna 0.9% >30 cc/hora
- Meropenem 1 g endovenoso cada 8 horas.
- Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas.
- Flavoxil 200 mg 1 tableta vía oral cada 12 horas.
- Paracetamol 1 g endovenoso condicional a fiebre.
- Glucophage XR 1000 1 tableta vía oral cada 8 horas.
- Control de funciones vitales - Balance hidroelectrolítico

### **Seguimiento**

La paciente permaneció en hospitalización por 10 días. Desde el 4to día hubo mejoría del dolor y fiebre. Con el paso de los días la paciente se fue sintiendo mejor y no se reportaban interurrencias. Se decidió dar su alta en su 11vo día de hospitalización luego de completar su esquema antibiótico.

### **Caso clínico N° 4: Diverticulitis aguda**

**Tiempo de enfermedad:** 3 días

**Signos y síntomas principales:** dolor abdominal bajo, disminución de la frecuencia de deposiciones

Paciente femenino de 79 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días por presentar cuadro caracterizado por dolor abdominal

bajo (EVA 7/10) asociado a disminución de la frecuencia de deposiciones y sensación de alza térmica. Refiere también náuseas, niega vómitos.

**Antecedentes personales:** HTA en tratamiento con Losartán 50mg cada 24h hace 15 años y gastritis hace 10 años

**Antecedentes quirúrgicos:** Colectomía hace 20 años

**Antecedentes familiares:** Niega

**RAMS:** Niega

**Hábitos nocivos:** Niega

### **Funciones vitales**

FC: 120 lpm    FR: 20 rpm    PA:130/95    T°: 36.6°C    SatO2:99%

### **Examen físico**

Adecuado regular estado general, de nutrición y de hidratación

**Piel y mucosas:** Turgente, poco hidratada y elástica. No palidez, no ictericia. Mucosas secas.

**TCSC:** No edemas

**Tórax y pulmón:** MV pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

**Cardiovascular:** RCR, adecuada intensidad. No soplos audibles. No ingurgitación yugular.

**Abdomen:** No distendido, RHA +, blando y depresible, doloroso en hipogastrio a la palpación superficial y profunda. No visceromegalia.

**Neurológico:** Paciente despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Obedece órdenes complejas. ECG: 15 puntos.

## **Diagnóstico presuntivo**

- Síndrome doloroso abdominal
  - D/C Enfermedad diverticular
  - D/C patología ginecológica

## **Plan de trabajo:**

Se hospitaliza y se solicita hemograma completo, creatinina y ecografía abdominal.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 11.9 mg/dl, Leucocitos: 13.10 X 10<sup>3</sup>/UI, Abastados: 0%, Plaquetas: 259 X 10<sup>3</sup>/UI. PCR: 16.7. Creatinina: 0.81 mg/dL. Ecografía abdominal: engrosamiento focal de pared de colon sigmoides asociado a colección 42x40mm. No dilatación de vías Biliares. D/C diverticulitis complicada vs neoplasia de colon.

Con esos resultados se decide realizar una TEM abdominal encontrándose: hipotrofia renal derecha asociada a moderada hidroureteronefrosis izquierda. Discreta diverticulitis en sigmoides distal. Se asocia con engrosamiento parietal. Varices peri uterinas.

## **Diagnóstico**

- Diverticulitis aguda no complicada

## **Tratamiento**

- Dieta blanda hiposódica más líquidos a voluntad
- Omeprazol 40mg EV c/24h
- Ceftriaxona 2g EV c/24h
- Dexketoprofeno 500mg EV c/8h
- Losartán 50mg EV c/24h

## **Seguimiento**

Paciente durante su estancia hospitalaria presentó mejoría clínica, fue evaluada por Gastroenterología quien indicó tratamiento antibiótico con

ciprofloxacino y metronidazol por vía endovenosa por 3 días y luego continuar por vía oral. Recomendó mejorar la dieta, evitando pepas y para ello que sea evaluada por nutrición. Luego del cuadro agudo deberá pasar por consultorio de gastroenterología para manejo de enfermedad, ya que como se le indicó a la paciente es una enfermedad crónica que se puede reagudizar si no es tratada adecuadamente y a tiempo. La paciente estuvo hospitalizada durante 4 días continuando las indicaciones, se mantuvo afebril, disminuyó el dolor, motivo por el cual fue dada de alta con indicaciones.

### **Rotación en Cirugía General**

#### **Caso clínico N° 5: NM de mama**

**Tiempo de enfermedad:** 6 meses

**Signos y síntomas principales:** tumoración en mama izquierda

Paciente mujer de 83 años, natural y procedente de Huancavelica, con tiempo de enfermedad de 6 meses. Caracterizado por tumoración en mama izquierda motivo por el cual acude a consultorio de medicina del INEN, donde se le realiza una biopsia; en la cual se encuentra una lesión de hiperplasia de células columnares ductal y metaplasia apocrina focal. Se le programa una mamografía donde se evidencia pase anular vinculado con microcalcificaciones pleomórficas en cuadrante superior izquierdo de la mama izquierda y ecografía de mama con tumoración en mama izquierda a 6 cm del pezón de 38x26x30 mm sugerente de fibroadenoma. Con estos resultados es hospitalizada en el servicio de Mamas y Tejidos Blandos.

**Antecedentes personales:** Niega

**Antecedentes quirúrgicos:** Niega

**Antecedentes familiares:** Abuela materna con NM de mama

**RAMS:** Niega

**Hábitos nocivos:** Niega

**Funciones vitales**

FC: 80 lpm      FR: 20 rpm      PA:120/80      T°: 36.5°C      SatO2:98%

**Examen físico**

Aparente buen estado general, buen estado de nutrición y buen estado de hidratación.

**Piel y mucosas:** Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos. No palidez ni ictericia. No se palpan adenopatías axilares.

**Cara y cuello:** Cara simétrica, pupilas foto reactivas, no se palpan adenopatías.

**Tórax y pulmón:** MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados. Tumoración en cuadrante superior externo de la mama izquierda de aparentemente 2 x 3 cms, dura, indolora, no móvil. Pezón retraído y sin secreción.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiacos regulares y rítmicos. No soplos. No ingurgitación yugular.

**Abdomen:** Plano sin lesiones presentes. RHA (+) adecuados en ritmo e intensidad. Blando, depresible, signo del rebote negativo, no masas.

**Neurológico:** Lúcida, orientada en tiempo en tiempo espacio y persona, pupilas isocóricas foto reactivas. Escala de Glasgow: 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

**Diagnóstico presuntivo**

- NM de mama

**Plan de trabajo**

- Se solicita hemograma completo, perfil bioquímico, perfil de coagulación y biopsia de mama izquierda.
- Se solicita TEM de tórax y abdomen.

- Se solicita interconsultas para prequirúrgicos: a Neumología, Cardiología y Anestesiología

#### Resultados de laboratorio

- Hemograma completo: Hemoglobina: 11.5 mg/dl, Hto: 33.3%, Leucocitos 5400 (Linfocitos: 11%, Neutrófilos: 88%), Plaquetas: 320000
- Perfil Bioquímica: Glucosa: 5 mmol/L, Urea: 4.8 mmol/L, Creatinina 60 umol/L, Sodio: 140 mmol/L, Potasio 4.5mmol/L, Cloro: 101 mmol/L
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina 11 s, INR: 1.05
- TEM de tórax y abdomen: Sin alteraciones
- Biopsia de mama: carcinoma infiltrante de mama con diferenciación endocrina

#### Diagnóstico

- NM de mama: carcinoma infiltrante de mama con diferenciación endocrina.

#### Tratamiento

- Dieta completa + Líquidos a voluntad
- Paracetamol 500 mg VO condicional a dolor
- Tramadol 50 mg VO condicional a dolor
- Dimenhidrinato 50 mg VO condicional a náuseas
- Disposición: Mastectomía total izquierda

#### Seguimiento

Paciente es operada al tercer día de internamiento. Mastectomía es exitosa, sin ninguna complicación. Tratamiento post SOP es para el dolor con tramadol condicional. Después de 4 días post cirugía paciente es dada de alta con su respectiva cita de reevaluación en 7 días.

## **Caso clínico N.º 6: Osteosarcoma convencional**

**Tiempo de enfermedad:** 6 meses

**Signos y síntomas principales:** dolor en miembro inferior izquierdo con aumento de volumen y limitación de movimiento de rodilla

Paciente mujer de 24 años procedente de Ucayali con un tiempo de enfermedad de 6 meses. Presenta dolor que se localiza en miembro inferior izquierdo que no se irradia acompañado de aumento de volumen de manera progresiva y que limita la movilización de la rodilla. Trae a la emergencia radiografía de rodilla izquierda, que se realizó en otra institución, donde se encuentra una lesión en partes blandas del tercio distal del muslo con reacción perióstica en la parte cortical del fémur distal en metafisis. En cuanto a las funciones biológicas, no se observan alteraciones en el apetito, la sed, la micción, las deposiciones, la sudoración, el peso y el sueño.

**Antecedentes personales:** Niega

**Antecedentes quirúrgicos:** Niega

**Antecedentes familiares:** Niega

**RAMS:** Niega

**Hábitos nocivos:** Niega

**Funciones vitales**

FC: 90 lpm      FR: 16 rpm      PA:110/80      T°: 36.7°C      SatO2:98%

**Examen físico**

Aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación, Aparente regular estado de nutrición. Paciente ventilando espontáneamente, afebril.

**Piel y mucosas:** Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos. No palidez ni ictericia.

**Cara y cuello:** Cara simétrica, pupilas foto reactivas, no se palpan adenopatías

**Tórax y pulmón:** MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos. No ingurgitación yugular.

**Abdomen:** Plano sin lesiones visibles, blando, depresible, signo del rebote negativo, no masas.

**MMII Izquierdo:** Aumento de volumen con disminución del rango de movilidad de la rodilla y dolor a la movilización pasiva y activa.

**Neurológico:** Lúcida, orientada en tiempo en tiempo espacio y persona, Escala de Glasgow: 15/15, moviliza extremidades, no signos de focalización.

#### **Diagnóstico presuntivo**

- DC osteosarcoma

#### **Plan de trabajo**

Se hospitaliza, se solicita prequirúrgicos, TAC de rodilla izquierda y tórax.

Resultados de laboratorio: TAC rodilla izquierda: se haya lesión neo-formativa de manera extensa que abarca el fémur distal con reacción periósticas y compromiso de las partes blandas. TAC de tórax no se evidencia lesiones metastásicas.

#### **Diagnóstico**

- Osteosarcoma convencional de fémur izquierdo

#### **Tratamiento**

- NPO
- Hidratación con cloruro de sodio 0.9% 2000cc en 100cc/hora.
- Cefazolina 1gr EV Pre SOP

- Cirugía: desarticulación de cadera y miembro inferior izquierda + biopsia CORE

### **Seguimiento**

La biopsia CORE del tejido dio como resultado histológico un osteosarcoma convencional de alto grado de fémur izquierdo, y se le añadió sesiones de quimioterapia.

### **Rotación en Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso clínico N.º 7: Embarazo ectópico**

**Tiempo de enfermedad:** 5 días

**Signos y síntomas principales:** dolor abdominal y pélvico más sangrado vaginal

Paciente de 33 años acude a emergencia por presentar desde hace 5 días dolor abdominal en fosas iliacas e hipogastrio, dolor pélvico de moderada intensidad y sangrado vaginal escaso que no llega a manchar una toalla entera, niega náuseas y vómitos. Según refiere la paciente ese mismo día debido a que tenía retraso menstrual y molestias durante sus rutinas del gimnasio, decidió realizarse una prueba de Bhcg cualitativa, la cual salió positiva. Hace 1 día acudió a su centro de salud donde se le realizó la prueba de Bhcg cualitativa y cuantitativa, ambas fueron positivas y una nueva ecografía TV que indicaba masa en el anexo izquierda vs. gestación ectópica. Posterior a ello acudió a la emergencia donde le realizaron una ecografía TV en la que se observó una masa heterogénea hiperecogénica en anexo izquierdo y le indicaron regresar en 48 horas para control de Bhcg cuantitativo. Por este motivo acude a emergencia.

## **Antecedentes personales**

### **Generales**

#### **Hábitos nocivos:**

- **Tabaco:** Niega
- **Drogas y alcohol:** Niega

#### **Ginecológicos:**

- **Menarquia:** 11 años
- **FUR:** No Recuerda
- **Mac:** Anticonceptivos orales
- **IRS:** 16 años
- **Nº PS:** 1
- **Dispareunia:** Niega
- **FUP:** 17/03/2019

#### **Obstétricos:**

- **G4 P3013**
  - G1(2007): Parto vaginal
  - G2(2014): Parto vaginal
  - G3(2019): Parto vaginal

**Antecedentes quirúrgicos:** Apendicectomía laparoscópica en el 2014

**Antecedentes familiares:** Esposo con TBC en el 2021, con tratamiento completo

**RAMS:** Niega

### **Funciones vitales**

FC: 82 lpm      FR: 20 rpm      PA:101/75      T°: 36.6°C      SatO2:98%

W: 72 kg      Talla: 1.52 m      IMC: 31.16

### **Examen físico**

Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición. Ventila espontáneamente.

**Piel y mucosas:** Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2 segundos. No palidez ni ictericia.

**TCSC:** No Edemas. no adenopatías. Panículo adiposo incrementado.

**Tórax y pulmón:** Simétrico. Amplexación conservada No uso de musculatura accesoria ni tirajes. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemotórax. No ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos. No ingurgitación yugular

**Abdomen:** Globoso, simétrico. Ruidos hidroaéreos presentes, conservados en intensidad y frecuencia. Blando, depresible, leve dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda, signo de rebote. Timpanismo conservado. LCF: 135X.

**Genitourinario:** Al TV: útero en anteversoflexión +/- 9 cm, OCI cerrado, no dolor a la movilización cervical, no dolor a la palpación de anexos.

**Neurológico:** Despierta, LOTEP. Glasgow: 15/15. Pupilas isocóricas foto reactivas. No focalización. No signos meníngeos. No impresiona déficit sensitivo.

### **Diagnóstico presuntivo**

- Embarazo ectópico izquierdo no complicado
- Obesidad Grado I

### **Plan de trabajo**

Se hospitaliza y se solicita hemograma completo, Bhcg cuantitativo. Examen de urea, creatinina, glucosa, examen de orina y perfil hepático. Además de una ecografía TV.

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 13.1 g/dL, Plaquetas: 322  $10^3/uL$ . Leucocitos: 7.49  $10^3/uL$ . Bhcg cuantitativo: 3890. Urea: 20.62 mmol/L Creatinina:0.72 mg/dL Glucosa 91.43 mg/dL. TGO: 13.52 U/L TGP: 19.28 UI/L. BT: 0.56 mg/dl, BD:0.12 mg/dl, GGT: 20.97 U/L. Examen de orina con

presencia de células epiteliales en regular cantidad. Ecografía TV: Útero AVF, 95x48x61mm, impresiona pseudosaco intrauterino de bordes irregulares, masa en el anexo heterogénea para ovárica izquierda de 12.9 x 12.2 mm, flujo Doppler +, fondo de saco libre.

### **Diagnóstico**

- Embarazo ectópico izquierdo

### **Tratamiento**

- Dieta blanda + LAV
- NaCl 0,9% 1000cc → XX GOTAS
- Metotrexato 80 mg → 50 mg IM dosis única
- CFV + CSV
- Vigilar signos de alarma
- Comunicar cualquier eventualidad a médico de guardia

Al 4to día de hospitalización cursa con tratamiento médico con metotrexato hace 4 días con Bhcg en aumento de 3890 luego 7454., persistiendo dolores de la misma característica, se programa laparoscopia diagnóstica y quirúrgica siendo salpingectomía.

- Vía salinizada
- Cefazolina 2 gr EV pre SOP
- Preparar para SOP

Al 5to día de hospitalización, la paciente con diagnóstico de PO Salpingectomía izquierda + bloqueo tubárico derecho por embarazo ectópico izquierdo + paridad satisfecha.

Al 6to de día hospitalización la paciente termodinámicamente estable, afebril, con evolución favorable, con indicación de alta médica.

### **Seguimiento**

Paciente es dada de alta con indicación de Paracetamol 500 mg VO: 2 tabletas cada 8 horas por 5 días y cita por consultorio externo de ginecología en 10 días para retiro de puntos.

### **Caso clínico N° 8: Hiperémesis gravídica**

**Tiempo de enfermedad:** 3 días

**Signos y síntomas principales:** náuseas y vómitos

Gestante de 25 años con 14 semanas de gestación, refiere náuseas y vómitos que se han incrementado en los últimos 3 días. No tolera líquido ni sólidos. Acompañado de cefalea de intensidad 4/10. Niega signos corticales.

### **Antecedentes personales**

#### **Generales**

##### **Hábitos nocivos**

- **Tabaco:** Niega
- **Drogas:** Niega
- **Alcohol:** Niega

##### **Ginecológicos:**

- **Menarquia:** 12 años
- **FUR:** No Recuerda
- **Mac:** Anticonceptivos orales
- **IRS:** 18 años
- **N° PS:** 3
- **Dispareunia:** Niega

##### **Obstétricos:**

- **G1 P0000**

**Antecedentes quirúrgicos:** Niega

**Antecedentes familiares:** Niega

**RAMS:** Niega

**Funciones vitales**

FC: 84 lpm      FR: 19 rpm      PA:100/70      T°: 36.3°C      SatO2:99%

Peso: 63 kg      Talla: 1.60 m      IMC: 24.6

**Examen físico**

Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, mal estado de nutrición. Ventila espontáneamente.

**Piel y mucosas:** Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2 segundos. No palidez ni ictericia.

**TCSC:** No edemas. no adenopatías.

**Tórax y pulmón:** Simétrico. Amplexación conservada No uso de musculatura accesoria ni tirajes. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemotórax. No ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos. No ingurgitación yugular

**Abdomen:** Globoso, simétrico. Ruidos hidroaéreos presentes, conservados en intensidad y frecuencia. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Timpanismo conservado. AU: 14CM LCF: 145X.

**Genitourinario:** Al TV útero en anteversoflexión +/- 8 cm, OCI cerrado, no dolor a la movilización cervical, no dolor a la palpación de anexos. PPL (-) PRU (-) No globo vesical.

**Neurológico:** Despierta, LOTEP. Glasgow: 15/15. Pupilas isocóricas foto reactivas. No focalización. No signos meníngeos. No impresiona déficit sensitivo.

**Diagnóstico presuntivo**

- Gestante de 14 semanas por FUR

- Hiperémesis gravídica leve
- Cefalea: D/C Encefalomiелitis aguda diseminada

### **Plan de trabajo**

Se hospitaliza y se solicita hemograma completo, creatinina, electrolitos, glucosa, TSH, T3, TGO, TGJP, amilasa y examen de orina. Se solicita ecografía abdominal

Resultados de laboratorio: Hemoglobina: 12.20 g/dL, Hto: 38%. Plaquetas: 295 10<sup>3</sup>/uL. Leucocitos: 7.71 10<sup>3</sup>/uL. Na+: 138.3, K+: 3.56, Cl: 104.5. Creatinina: 0.49 mg/dL Glucosa: 70.76 mg/dL. TSH: 1.74 uUI/mL T3: 1.66 ng/mL. TGO: 18.9 U/L TGP: 26.5 UI/L. Amilasa: 70. Examen de orina no patológico.

Ecografía abdominal: gestación de 13ss 3d

### **Diagnóstico**

- Gestante 13ss 3d por eco IT (7ss 3d)
- Emesis grávida

### **Tratamiento**

- Dieta blanda fraccionada
- Dimenhidrinato 50 mg VO, 1 tableta PRN náuseas y vómitos

### **Seguimiento**

Paciente hemodinamicamente estable, tolera dieta completa. Se le solicitó interconsulta a neurología por persistencia de cefalea pese a tratamiento, indicando continuar con analgesia condicional a cefalea intensa.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El internado médico 2023 en sede hospitalaria MINSA dio inicio el 1 de abril y tenía como duración 10 meses. Estuvo estructurado de tal manera que se realice en establecimientos de primer y tercer nivel de atención. Esta gran experiencia se dio a cabo en dos grandes hospitales, un instituto y un centro de salud. Las rotaciones eran pediatría, medicina interna, primer nivel de atención, cirugía general y; ginecología y obstetricia.

Las dos primeras rotaciones fueron realizadas en el Hospital Nacional Dos de Mayo ubicado en el Cercado de Lima, inaugurado en febrero de 1875. Considerado uno de los hospitales más antiguos del Perú, siendo catalogado como un establecimiento de nivel III-1. Teniendo como misión «Ofrecer servicios de salud de calidad, con énfasis en patologías de alta complejidad, priorizando la atención de la población más vulnerable y excluida, en todas las etapas de vida.»(1) La primera rotación fue en el Departamento de Pediatría.

En el mes, de abril, se realizó en la rotación de Pediatría, este servicio se divide en hospitalización en la Sala San Camilo, emergencias y Cuidados Críticos. En los primeros 10 días se roto en la Sala San Camilo, luego en emergencia se roto 10 días y el resto del mes fue en San Camilo. Dentro de esta última, la sala estaba dividida en el "Sector A" donde se encontraban pacientes con patologías respiratorias y el "Sector B" diversas patologías.

En el mes de mayo, la rotación se dio en el servicio de Neonatología. Este tenía 4 áreas de atención: centro obstétrico, sala de alojamiento conjunto, cuidados intermedios, UCI I y II. Aquí se aprendió a manejar desde la atención inmediata del recién nacido, a manejar las complicaciones más frecuentes que se dan al momento del parto, como evaluar minuciosamente al recién nacido en sus primeros días de vida y así poder diagnosticar a tiempo y evitar que

estos lleguen a complicarse estando en casa. Se realizaron guardias diurnas y nocturnas en centro obstétrico, lo cual permitió poder realizar en varias oportunidades y de manera exitosa la atención inmediata.

La siguiente rotación fue Medicina Interna, en los meses de junio y julio. Se tuvo la gran oportunidad de realizarla en el Servicio de Medicina 4 – Sala San Andrés, a cargo de la jefatura del doctor José Castro Zevallos. Es en esos dos meses que se pudo ver diversas patologías, las que con mayor frecuencia se pudo participar fueron a fines de los servicios de cirugía de tórax y cardiovascular; y nefrología. Los múltiples pacientes que tuve me permitieron afianzar mis conocimientos clínicos y al buen trato del paciente. Tuve la oportunidad de realizar mi primer RCP, procedimientos como la paracentesis y punción lumbar.

Para los meses de agosto y septiembre, se realizó en el Centro de Salud “San Sebastián”, ubicado en el Cercado de Lima. En el centro hay área de medicina interna, pediatría, obstetricia, nutrición, psicología, medicina física y rehabilitación. Además, contaban con área de radiografía y laboratorio clínico, lo cual hacía en muchas ocasiones poder realizar un manejo dentro de la misma institución sin la necesidad de realizar referencias.

La cuarta rotación, se dio en los meses de octubre y noviembre, la cual fue Cirugía general en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Es un establecimiento de Categoría III-2, inaugurado el 4 de diciembre de 1939 (2). Dentro del departamento de Cirugía Oncológica, se realizó Ortopedia y Traumatología; Tórax; Cabeza y cuello Mamas y Tejidos blandos, y Abdomen. Siendo este un hospital de alta capacidad resolutive y con una afluencia de pacientes, asimismo posee una gran infraestructura.

La última y quinta rotación en el internado fue Ginecología y Obstetricia, la cual fue en el Hospital Nacional Madre-niño San Bartolomé de categoría III – E. El cual está orientado en la atención sexual y reproductiva en todas las etapas de la mujer. Además, también tienen una atención integral del niño.

## CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

### Rotación en Pediatría

#### Caso clínico N° 1: Celulitis peri orbitaria CIE-10: L03.213

Es una infección de origen polimicrobiano que su grado de extensión abarca todo el tejido blando anterior al septo orbitario. Con gran frecuencia en la población pediátrica a predominio en menores de 2 años. Las vías de infección pueden ser dadas por traumatismo, progresión de infección adyacente como conjuntivitis, orzuelo, impétigo, sinusitis, entre otros. Los agentes causales son múltiples pero los más frecuentes por vía cutánea son *S. pyogenes* y *S. aureus*, por vía no cutánea *H. influenzae* y *S. pneumoniae* (3) (4).

La clínica va a estar caracterizada por presentar protrusión ocular, induración peri orbitaria de manera unilateral con presencia de calor, eritema y dolor a la palpación o movilización, con o sin presencia de fiebre. Por lo cual el diagnóstico es netamente clínico, las pruebas de laboratorio no son de ayuda (5).

Las indicaciones para hospitalizar es todo paciente menor de 1 año también si son mayores a esta edad y presentan mal estado general. El inicio del tratamiento según la guía clínica peruana es la antibioticoterapia, en la cual nos indican el uso de un antibiótico ya sea Clindamicina o Amoxicilina + Ácido clavulánico o Cefalexina o Dicloxacilina en caso moderados a graves; con duración de 7 a 10 días (Anexo 3 y 4). Solo en casos de celulitis orbitaria el tratamiento es con doble antibiótico: cefalosporina de tercera generación + antibiótico antiestafilocócico (6).

La celulitis peri orbital o pre septal es una infección benigna, que mejora a las 24 a 48 horas tras el inicio del tratamiento antibiótico, la duración de este tratamiento puede ser de 7 a 10 días. La prevención para esta infección se da manteniendo buenos hábitos higiénicos como frecuente lavado de mano tras un traumatismo abierto por la zona de los párpados (5).

## **Caso clínico N° 2: Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) CIE-10: J18**

Se le denomina así a toda infección de los pulmones que compromete pacientes anteriormente sanos que se infectó a fuera del hospital. Constituye la principal causa de muerte en la población pediátrica a nivel mundial. Se estima que hay 2,6 millones de casos de NAC por año en población menor de cinco años y un aproximado de 3000 muertes por año (7).

La vía de infección más frecuente se da por la inhalación de microorganismos que son transmitidos a través de estornudos o tos de otros individuos que ya están previamente infectados. Los agentes patógenos más frecuentes son los virus, *M. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pyogenes*, *B. pertussis*. Siendo los virus la causa principal es niños menores de 5 años. (7)

La sintomatología puede variar dependiendo de la edad de presentación, agente patógeno y la extensión de la enfermedad. En los menores de 5 años, la enfermedad suele caracterizarse por síntomas generales como anorexia, taquipnea, fiebre, dificultad respiratoria, desaturación por debajo de 92% y dolor torácico. En pacientes pediátricos mayores de 5 años suelen presentar sintomatología como tos con expectoración, escalofríos, fiebre. A veces la única clínica suele ser la fiebre (8).

El diagnóstico suele ser clínico, pero cuando se tiene duda en el diagnóstico debido a que la sintomatología no es muy clara, es en estos casos que la radiografía de tórax es de ayuda para poder llegar a un diagnóstico certero, en el cual se puede encontrar un patrón alveolar o intersticial. Se ha visto que hasta en un 20% aproximadamente de los casos hay cambios en el diagnóstico (8).

La OMS recomienda que los pacientes menores de 6 meses o con saturación <90%, dificultad respiratoria cianosis central o intolerancia oral deben ser hospitalizados, así como los que tienen un tratamiento fallido. Si lo amerita se le debe brindar tratamiento de soporte de oxígeno cuando la saturación sea <92%. Además de mantener un adecuado nivel hidroelectrolítico, se debe

primar la vía oral en caso el paciente lo tolere. Según la sospecha etiológica se debe iniciar tratamiento empírico. Siendo la principal causa la viral, el tratamiento es de soporte oxigenatorio e hidratación; y en caso neumonías bacterianas en mayores de 2 meses, según la guía clínica para neumonía del MINSA, se puede utilizar Cloranfenicol 75-100 mg x Kg. x día, dividido cada 6 horas por vía EV o Ceftriaxona 75 – 100 mg x kg x día, dividido cada 12 horas (dosis máxima 2g/día) o Cefotaxima 150 mg x kg x día, dividido cada 8 horas, (dosis máxima 1g/día) todas con una duración mínima de 7 días (9). En caso de bacterias atípicas se recomienda uso de Azitromicina 10mg/kg/día cada 24 horas VO por 3 días y así dependiendo de agente causal (Anexo 5). Cuando ya se tiene la etiología demostrada se inicia el tratamiento dirigido (10) (Anexo 6).

## **Rotación en Medicina Interna**

### **Caso clínico N° 3: Infección del tracto urinario bajo CIE-10: N30**

Las infecciones urinarias bajas son la tercera causa de infecciones más frecuentes. Se presentan a cualquier edad, sin predilección por algún género o estado inmunológico. Los microorganismos más frecuentes son los bacilos gramnegativos, el principal es *Escherichia coli*, seguido de *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp.* y *Morganella spp.* También hay agentes cocos grampositivos como *Enterococcus spp.* Y los organismos intrahospitalarios son *Candida spp.*, *Staphylococcus coagulasa negativa* y *Pseudomonas aeruginosa* (11).

El diagnóstico se basa en la clínica presentada y los hallazgos de laboratorio por examen de orina o por urocultivo. En este último se solicita cuando tenemos pacientes con ITU a repetición obteniendo un sedimento urinario con un recuento leucocitario >10 células por campo. Además, se realiza un antibiograma para buscar resistencia y sensibilidad a los antibióticos (12).

En el caso clínico se diagnosticó una ITU BLEE la cual se define como una infección provocada por bacilos gramnegativos productoras de  $\beta$ -lactamasas de espectro extendido las cuales se caracterizan por ser resistentes a ciertas clases de antibióticos como penicilina y cefalosporinas a excepción de Cefamicina y Aztreonam (13). El tratamiento va a depender de la sensibilidad a los antibióticos de la bacteria encontrada en el urocultivo.

#### **Caso clínico N° 4: CIE-10: Diverticulitis aguda CIE-10: K57.9**

La complicación más frecuente de la enfermedad diverticular es la diverticulitis aguda. La cual se caracteriza por ser una infección bacteriana que genera un engrosamiento de la pared intestinal  $<3$  mm e inflamación del tejido adiposo alrededor del colon. Y la diverticulitis complicada es el engrosamiento  $>3$  mm con la presencia de abscesos peri cólicos, abscesos pélvicos o perforaciones intestinales. Va a afectar el sigmoidees y el colon ascendente en un 90% de los pacientes. La prevalencia de la enfermedad no varía entre géneros pero si aumenta con la edad, llegando a tener una incidencia de 70% en la población de 60 a 80 años (14).

Es una enfermedad multicausal debido a los múltiples factores que se ven comprometidos como son el tipo de dieta, la motilidad intestinal del colon y predisposiciones genéticas que pueda tener cada persona. La clínica que se presenta es dolor localizado en fosa iliaca izquierda más fiebre. En los exámenes de laboratorio se halla una leucocitosis marcada. En el diagnóstico por imagen se puede utilizar ecografía y TAC, siendo la primera más accesible y no invasiva pero su desventaja es que es operador dependiente. Es por eso por lo que el método de elección es la TAC, teniendo una mayor sensibilidad cuando es una enfermedad complicada. Debido a los hallazgos en la TAC es que se puede estadificar la diverticulitis mediante la Clasificación de Hinchey, de tal manera que nos da a conocer la etapa en la que se encuentra la diverticulitis y el tratamiento que se debe ejecutar (14).

El tratamiento en la diverticulitis no complicada abarca uso de antibióticos con una modificación en la dieta. Cuando se encuentra en etapa 0 o IA, se trata el estado clínico del paciente. Mientras que en etapa IB con presencia de abscesos pequeños <2 cm, el tratamiento puede ser conservador con uso de antibióticos y con abscesos grandes >2 cm se derivan para drenaje percutáneo (15).

## **Rotación en Cirugía General**

### **Caso clínico N° 7: NM de mama CIE-10: C50**

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta el tejido de la glándula mamaria mediante la hiperplasia de células anormales. En el Perú es el cáncer más frecuente en las mujeres con una incidencia anual de 28 casos por cada 100 000 habitantes y una tasa anual de mortalidad de 9,2 por cada 100 000 habitantes (16).

Los signos y síntomas van a estar caracterizados por la presencia de un bulto o masa no dolorosa, indurada de bordes irregulares, retracción del pezón, presencia de hoyuelos en la piel como cáscara de naranja, secreción del pezón o inflamación de ganglios linfáticos adyacentes (17).

Para el diagnóstico se usan pruebas de imágenes como ecografía o resonancia magnética donde se puede apreciar una masa sólida. Una vez se tenga las imágenes, se procede a realizar una biopsia profunda con aguja, aspiración con aguja fina, de forma quirúrgica o biopsia del ganglio centinela. Una vez obtenida y procesada la muestra se obtiene el diagnóstico histológico, el cual es el definitivo (18) y así poder usar la estadificación TNM creada por la *American Joint Committee on Cancer* (Anexo 8) y poder estudiar la enfermedad (19).

El tratamiento se dispone en local: cirugía y radioterapia; y sistémico: quimioterapia, terapia hormonal y terapia dirigida, cada uno tiene indicaciones dependiendo del paciente y sus características.

La cirugía tiene como objetivo retirar la mayor cantidad de tejido neoplásico, evaluar la posibilidad de metástasis y de ganglios linfáticos, además la de restaurar la anatomía de la mama. La radioterapia consta de rayos de alta energía para eliminar las células cancerígenas; va a depender de múltiples factores su uso como el tipo de cirugía previa realizada, si hay metástasis, el tamaño y afectación de la piel. Existiendo dos tipos como la braquiterapia o la radioterapia externa. La quimioterapia puede ser adyuvante o neoadyuvante. La diferencia radica en que la primera se realiza posterior a la cirugía con el fin de eliminar el restante de células neoplásicas que pudieran permanecer para evitar la metástasis. La segunda es la administración de fármacos previa al tratamiento quirúrgico. La terapia hormonal está dirigida al cáncer de mama con receptores positivos luego de tratamiento quirúrgico. La terapia dirigida es utilizada cuando la quimioterapia no es eficaz (19).

Siendo el cáncer más frecuente en la población femenina del Perú, el manual de prevención del cáncer del INEN, indica que como pruebas existen el autoexamen de mama, que se debe realizar una vez al mes entre el 7mo y 10mo día del ciclo menstrual; y la toma de una mamografía anual a partir de los 40 años, siendo esta la mejor prueba de tamizaje (20).

### **Caso clínico N° 8: Osteosarcoma CIE-10: C40.2**

El osteosarcoma es un tumor de algo grado de malignidad, en el cual el estroma de las células fusiformes produce células tumorales osteoides. Se da con mayor frecuencia en paciente en la segunda década de la vida, siendo su pico de incidencia los 16 años (21).

Los síntomas más frecuentes son de inicio súbito que se caracteriza por dolor tipo pulsátil, tumoración que al inicio es pequeña, pero con el tiempo genera limitación, que es de crecimiento excéntrico. Las articulaciones más afectadas son la rodilla con un 50%, humero proximal 25% y en huesos largos tubulares de 80 a 90% (22).

El tratamiento varía dependiendo de la edad del paciente y de las características médicas, tamaño, localización, grado histológico y el estadio

clínico. Lo primordial es la erradicación del tumor primario y eliminar la posibilidad de metástasis. Cuando el tumor es localizado se hace una resección conservadora y en caso de ser irresecable se combina con radioterapia. Cuando son lesiones de alto grado se usa quimioterapia adyuvante más resección del tumor (23).

El tratamiento ideal es la resección quirúrgica del tumor con márgenes amplios y así evitar la metástasis. Se considera la amputación del miembro cuando no se hallan márgenes limpios en la cirugía.

### **Rotación en Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso clínico N° 9: Embarazo ectópico CIE-10: O00.9**

Se define embarazo ectópico cuando el ovocito fertilizado se implanta en una zona fuera de la cavidad endometrial. La incidencia ha ido en aumento en los últimos años, llegando a un 2%, esto es debido al aumento de la práctica de técnicas de reproducción asistida y la mejora en diagnósticos oportunos debido a que actualmente hay métodos más sensibles y específicos para detectarlos. Los tipos de embarazo ectópicos son intramural, ístmico, ampular, ovárico, cervical y abdominal; siendo el más frecuente el tubárico con un 98% de todos los casos (24) .

La enfermedad puede cursar de manera asintomática y se resuelve mediante un aborto espontáneo. Cuando hay sintomatología se cursa con dolor abdominal difuso en la parte inferior y brusco, acompañado de sangrado vaginal, todo esto precedido por un periodo de amenorrea. El diagnóstico se basa en la clínica, ecografía y cuando se tiene dudas se realizan pruebas de  $\beta$ -HCG seriadas. El examen físico es dirigido al examen pélvico en el cual se encuentra dolor a la movilización del cérvix y la presencia de una masa en el anexo. Y cuando se está frente a un embarazo ectópico roto hay irritación peritoneal que se examina mediante el signo de Blumberg. En la ecografía se confirma la presencia del útero vacío con engrosamiento del endometrio y un

saco gestacional fuera del útero donde se puede apreciar la vesícula vitelina o el embrión dependiendo del caso (25).

El tratamiento más usado va a ser el uso de metotrexato el cual inhibe la división celular y la síntesis de ácido fólico interrumpiendo la progresión del embarazo y facilita la reabsorción del tejido trofoblástico ubicado en el sitio de implantación. Además, provoca la apoptosis de células trofoblásticas acelerando la reabsorción. La Asociación Americana de Embarazo Extrauterino y Pérdida Temprana del Embarazo, propone una monodosis de metotrexato de 50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal por vía intramuscular como tratamiento del embarazo extrauterino no complicado. El uso va a depender de la edad gestacional que debe ser menor de 6 semanas de gestación, la localización donde en la que mejor tiene efecto es en el embarazo tubárico, tamaño gestacional menor de 3.5 cm. Si entre el 4<sup>to</sup> y 7<sup>mo</sup> día no hay descenso de los valores de  $\beta$ -HCG se repite la dosis (26). En caso no cumpla con los criterios mencionados anteriormente se prefiere la vía quirúrgica mediante la vía laparoscópica la cual tiene menor riesgo de complicaciones y menor tiempo de recuperación comparada con la laparotomía. Cuando la paciente presenta hallazgos de rotura tubárica con signos de shock hipovolémico se recomienda una salpinguectomía (25).

### **Caso clínico N° 10: Hiperémesis gravídica CIE-10: O.21**

Es la presencia de náuseas y vómitos incoercibles con intolerancia oral de sólidos y líquidos en el embarazo, más frecuente en el primer trimestre. Su incidencia llega al 2% de las gestantes. Se caracteriza por producir una pérdida de peso mayor del 5% de la paciente, deshidratación, alcalosis por pérdida de ácido clorhídrico con el vómito e hipopotasemia; y acidosis por inanición. Es de importancia porque puede llegar a generar disfunción hepatorenal o encefalopatía de Wernicke (27).

Hay diversas teorías sobre la etiología, siendo los factores hormonales las más frecuentes. Como la de las altas concentraciones séricas de  $\beta$ -HCG que

coinciden con el pico de intensidad de las náuseas y vómitos. A la par esta hormona tiene una alta afinidad para unirse al receptor de la TSH, generando así una hiperestimulación y su consecuente exacerbación de los vómitos. También está la teoría del aumento del estradiol en gestantes con esta enfermedad (27).

El diagnóstico se realiza por exclusión de otras patologías como gastroenteritis, acalasia, migraña, colecistitis, entre otras. Cuando se llega al diagnóstico de hiperémesis gravídica se tiene ciertos criterios para hospitalizar como la pérdida de peso mayor del 5%, signos clínicos de deshidratación, hipopotasemia  $< 3\text{mmol/L}$ , hiponatremia  $< 120\text{mmol/L}$ , creatinina mayor de  $100\ \mu\text{mol/l}$  o resistencia al tratamiento (28).

Cuando se tiene los síntomas, pero sin complicaciones se puede seguir tratamiento ambulatorio mediante el cambio en la dieta en cuanto a disminuir la cantidad, pero en mayor frecuencia acompañado del uso de antieméticos como el Dimenhidrinato u Doxilamina + Piridoxina, entre otros, en caso de volver a presentar náuseas y vómitos. Cuando se cumplen los criterios de hospitalización, en tratamiento de primera línea se usa metoclopramida intravenosa. Como segunda línea, Ondansetrón intravenoso en caso de tener menos de 12 semanas de gestación o clorpromazina intravenosa. Y el tratamiento de tercera línea es el uso de corticoides intravenosos (29).

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

La experiencia en el internado médico 2023 – 2024 es única para cada persona debido a que cada uno tiene diferentes vivencias. Es un año donde te permite visualizar tanto tus fortalezas como tus debilidades, aprender a manejar la situación bajo la presión de la emergencia y las carencias del sector salud. Asimismo, se aprende a tener un buen ámbito laboral en el cual predomina el respeto mutuo. De tal manera que al final de internado uno gana la confianza de poder asumir el cargo de médico y todas las responsabilidades que conllevan.

Siendo el último año de la carrera de medicina uno se enfrenta a diversos escenarios dentro de la práctica médica que vigorizan todos los conocimientos teóricos obtenidos. A la vez se va adquiriendo nuevos conocimientos de nuestros médicos asistentes, residentes, enfermeras y co internos de rotación. Además, uno se pone a disposición del paciente para poder brindarle la mejor atención, de tal manera que nuestras habilidades blandas van siendo mejoradas día a día.

Habitualmente el internado medico tiene una duración de un año, pero por consecuencias de la pandemia, este se vio reducido a 10 meses iniciando el 01 de abril del 2023 y culminando el 31 de enero del 2024. Dentro de los cuales se realizó 5 rotaciones como pediatría y neonatología; y medicina interna en el Hospital Nacional Dos de Mayo, seguido de la rotación en primer nivel de atención en el Centro de Salud San Sebastián, luego siguió la rotación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN en el cual se pudo hacer la rotación por el departamento de cirugía en los servicios de Traumatología y Ortopedia, Tórax, Cabeza y Cuello, Mamas y Tejidos Blandos y por último en Abdomen. Y para finalizar el internado con ginecología y obstetricia en el Hospital Nacional Madre – Niño San Bartolomé.

En los diferentes hospitales se aprende desde realizar una historia clínica, realizar un buen y exhaustivo examen físico, solicitar pruebas de laboratorio y de imagen solo cuando lo amerite, hasta su manejo y tratamiento dentro y

fuera del hospital. Además, instruirse de cómo es todo el proceso para llevar a cabo las cirugías, fortalecer nuestras destrezas como cirujanos, las oportunidades de participar en ellas y en algunos casos, poder realizar sola procedimientos siempre con supervisión.

Finalmente se puede decir que es un año lleno de mucho esfuerzo y sacrificio, muchos conocimientos que nos van a llevar a desarrollarnos de la mejor manera en nuestro futuro cercano, el SERUMS.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES**

- El año de internado es crucial e indispensable en el aprendizaje del médico debido a que se consolidan los conocimientos y aptitudes, y se ven reflejados en la práctica médica.
- Es una etapa en la cual te permite observar en primera persona la precaria realidad del sistema de salud en la que debemos trabajar.
- Se distinguió una gran diferencia entre los establecimientos de salud de categoría III. Siendo así que en los institutos se tiene una mayor rapidez en la toma y entrega de exámenes de laboratorio e imágenes, de tal manera que se brinda una mejor atención al paciente.
- Si bien es una etapa de aprendizaje, no se debe dejar de lado la buena convivencia con los médicos asistentes, residentes y enfermeras.

## **CAPITULO VI: RECOMENDACIONES**

- Se debe regresar a la disposición de un internado con duración de 12 meses.
- Es necesaria la rotación en un centro de primer nivel de atención debido a que nos acerca a la realidad del SERUMS, asimismo, se aprende anticipadamente el manejo administrativo de esta.
- Si bien aún se es estudiante en el internado, se debe dar mayor participación en las cirugías.
- Se debe mejorar tanto en la infraestructura de los hospitales tanto en la apariencia como en la poca cantidad de consultorios o camas de hospitalización para la gran demanda de paciente que se tiene en el país.
- La obtención de mejor instrumental médico y de medicinas, que muchas veces suelen agotarse rápido.

## CAPITULO VII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Dos de Mayo [Internet]. [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en:  
<https://www.hdosdemayo.gob.pe/Institucional/ReseniaHistorica>
2. » Reseña Histórica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en:  
<https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
3. Zarife Daoud Pérez, Pilar Lupiani Castellanos, José T. Ramos Amador. Celulitis orbitaria y periorbitaria. Guía ABE Infecc En Pediatría Guía Rápida Para Selección Trat Antimicrob Empír [Internet]. 2020 [citado 27 de febrero de 2024];2.0. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-celulitis-orbitaria-y-periorbitaria>
4. American Academy of Ophthalmology [Internet]. 2022 [citado 27 de febrero de 2024]. ¿Qué es la celulitis? Disponible en:  
<https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-celulitis>
5. Jose Antonio Alonso Cadenas, Julio Alberto Vázquez Gómez. Celulitis preseptal y Celulitis orbitaria. Asoc Esp Pediatría [Internet]. 29 de mayo de 2023 [citado 27 de febrero de 2024]; Disponible en:  
<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/celulitis-preseptal-celulitis-orbitaria>
6. Departamento de Pediatría de HNAL. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de celulitis orbitaria y preorbitaria [Internet]. [citado 4 de abril de 2024]. Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1916347/R.D.%20N%C2%BA%20017-HNAL-D-2021.pdf.pdf>
7. Cemeli Cano M, Laliena Aznar S, Valiente Lozano J, Martínez Ganuza B, Bustillo Alonso M, García Vera C, et al. Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. Pediatría Aten Primaria [Internet]. marzo de 2020 [citado 27 de febrero de 2024];22(85):23-32. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1139-76322020000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322020000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
8. Karla Moëne B. Neumonías adquiridas en la comunidad en niños: diagnóstico por imágenes. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de enero de 2013 [citado 27 de febrero de 2024];24(1):27-35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes->

202-articulo-neumonias-adquiridas-comunidad-ninos-diagnostico-S0716864013701263

9. Ministerio de Salud. "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS" [Internet]. 2019 [citado 4 de abril de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
10. Casteleiro ÁM, Redecilla CM, García AT. Neumonía adquirida en la comunidad. 2023;2:151-65.
11. Aguirre Orozco MC, Hernández Dircio AS, Guzmán Valdivia Gómez G, Rodríguez Weber FL, Aguirre Orozco MC, Hernández Dircio AS, et al. ¿Es útil el examen general de orina para el diagnóstico temprano de infección de vías urinarias? Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. marzo de 2023 [citado 5 de marzo de 2024];21(1):36-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1870-72032023000100036&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032023000100036&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Laura Barcelona, Romina Musante, Laura Alonso, Paula Rodríguez Iantorno, Betiana Guidetto, Nicolas Laserre. Algoritmo de manejo ambulatorio de Infección del tracto urinario en mujeres [Internet]. 2023 [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/algoritmo-itu-mujeres.pdf>
13. Barrios-Arnau L, Sánchez-Llopis A, Ponce-Blasco P, Gomila Sard B, Monsonis Usó R, Barrios-Arnau M, et al. Infecciones del tracto urinario producidas por Escherichia coli resistentes a betalactamasas en un hospital terciario de España. Rev Mex Urol [Internet]. abril de 2019 [citado 5 de marzo de 2024];79(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2007-40852019000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-40852019000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
14. Valencia Huerta O, Quiroz Castro O, Valencia Huerta O, Quiroz Castro O. Estadio de Hinchey más frecuentemente encontrado en pacientes del Hospital Ángeles Pedregal. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. junio de 2016 [citado 5 de marzo de 2024];14(2):63-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1870-72032016000200063&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032016000200063&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
15. Ana Sánchez Gollarte, Ricardo Alvarado Hurtado, Cristina Vera Mansilla, Fernando Mendoza Moreno, Manuel Díez Alonso, Francisca García-Moreno Nisa. Tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada. Acta Gastroenterológica Latinoam [Internet]. 2020 [citado 5 de marzo de 2024];50(4):439-44. Disponible en: <https://actagastro.org/tratamiento-ambulatorio-de-la-diverticulitis-aguda-no-complicada/>

16. Morante ZD, Rebaza LP, Castañeda CA, Luyo GD, Neciosup SP, Vera LA, et al. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama HER2+: Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Peruana de Cancerología. An Fac Med [Internet]. octubre de 2020 [citado 4 de marzo de 2024];81(4):458-65. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1025-55832020000400458&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832020000400458&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. Signos y síntomas del cáncer de seno [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/signos-y-sintomas-del-cancer-de-seno.html>
18. Cancer.Net [Internet]. 2012 [citado 4 de marzo de 2024]. Cáncer de mama - Diagnóstico. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/diagn%C3%B3stico>
19. Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal J, Juárez Aguilar LA, Medina Núñez CA, Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal J, et al. Cáncer de mama: una visión general. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. septiembre de 2021 [citado 4 de marzo de 2024];19(3):354-60. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1870-72032021000300354&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032021000300354&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer - INEN. Manual en Salud Prevención de Cáncer [Internet]. 2018 [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en:  
[https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/10/MANUAL-PREVENCION-CANCER\\_final-16.01.19.pdf](https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/10/MANUAL-PREVENCION-CANCER_final-16.01.19.pdf)
21. Gustavo Rivera Saldívar, Armando Alcántara Corona, Rubén Torres Gonzalez, Rubén Amaya Zepeda, Romeo Tecualt Gómez, Alejandra Cario Méndez. Asociación entre las características radiográficas y los tumores óseos de rodilla. Cir Cir Ciudad México [Internet]. mayo de 2023 [citado 4 de marzo de 2024];91(1). Disponible en:  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2444-054X2023000100015&lng=es&nrm=iso](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2023000100015&lng=es&nrm=iso)
22. Bhardwaj N, Bachhal V, Saikia UN. Chondroblastic osteosarcoma. Autopsy Case Rep [Internet]. 5 de enero de 2024 [citado 4 de marzo de 2024];13:e2023466. Disponible en:  
<https://www.scielo.br/j/acrep/a/kpYjF6mBx98qqxbPvZ7jmMH/?format=html&lang=en>
23. Palmerín Bucio ME, Atencio Chan A, Tecualt Gómez R, Amaya Zepeda R. Osteosarcoma de superficie de alto grado. Reporte de un caso. Gac Mex Oncol [Internet]. 1 de mayo de 2012 [citado 4 de marzo de

- 2024];11(3):203-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-osteosarcoma-superficie-alto-grado-reporte-X1665920112439439>
24. López-Luque PR, Bergal-Mateo GJ, López-Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Med Fam SEMERGEN* [Internet]. 1 de mayo de 2014 [citado 5 de marzo de 2024];40(4):211-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-embarazo-ectopico-su-interes-S1138359314000100>
25. Embarazo ectópico. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 1 de junio de 2007 [citado 5 de marzo de 2024];50(6):377-85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-13106416>
26. Ortiz MER, Avila ARM, Robalino BVB, Cajamarca PNN, Herrera MBA, Intriago DET. Aplicación del Metotrexato en el Tratamiento de Embarazos Ectópicos. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 22 de julio de 2023 [citado 5 de marzo de 2024];7(4):1051-67. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6939>
27. González-González A, Álvarez-Silvares E, Veiga-Vázquez A, Gómez-Mosquera MD. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hiperemesis gravídica. *Med Fam SEMERGEN* [Internet]. 1 de diciembre de 2011 [citado 5 de marzo de 2024];37(10):559-64. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-sintomas-signos-digestivos-durante-gestacion-S1138359311002310>
28. Silva C, Pagés G. Hiperemesis gravídica. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* [Internet]. septiembre de 2006 [citado 5 de marzo de 2024];66(3):178-86. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0048-77322006000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322006000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
29. Ducarme G. Náuseas y vómitos del embarazo. *EMC - Ginecol-Obstet* [Internet]. 1 de marzo de 2024 [citado 5 de marzo de 2024];60(1):1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X2348753X>
30. Azcona Barbed L. Quemaduras. *Farm Prof* [Internet]. 1 de octubre de 2004 [citado 4 de marzo de 2024];18(9):63-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-quemaduras-13068673>

## ANEXOS



**ANEXO 1:** Placa de tórax en la cual se evidencia un patrón de consolidación en base de hemitórax izquierdo.



**ANEXO 2:** Placa de pie derecho donde se evidencia la presencia de un espolón calcáneo.

	Tratamiento ambulatorio <sup>6</sup>	Tratamiento en Ingreso hospitalario	
		Elección	Alternativa
Neonatos <sup>7</sup> y lactantes de 1 a 3 meses	No recomendado	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	Considerar añadir tratamiento para <i>S. aureus</i> <sup>8</sup>
De 4 a 12 meses	<b>Celulitis preseptal con puerta de entrada cutánea</b>		
	No recomendado	Amoxicilina-clavulánico IV Cloxacilina IV Cefazolina IV	Clindamicina IV (ó Vancomicina IV) <sup>8</sup>
	<b>Celulitis preseptal sin puerta de entrada</b>		
	No recomendado	Amoxicilina-clavulánico IV Cefotaxima IV	
Mayores de 1 año <sup>9</sup>	<b>Celulitis preseptal con puerta de entrada cutánea</b>		
	Amoxicilina-clavulánico VO (ó Cefuroxima-axetilo VO)	Amoxicilina-clavulánico IV (ó Cloxacilina IV ó Cefazolina IV)	Clindamicina IV (ó Vancomicina IV) <sup>8</sup>
	<b>Celulitis preseptal sin puerta de entrada</b>		
	Amoxicilina-clavulánico VO (ó Ceftriaxona IM ó Cefuroxima-axetilo VO)	Amoxicilina-clavulánico IV (ó Cefotaxima IV ó Cefuroxima IV)	

### ANEXO 3: Tratamiento antimicrobiano empírico en celulitis peri orbitaria (3).

Tratamiento antimicrobiano. Dosis recomendadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina/clavulánico<sup>11</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ IV: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 dosis.</li> <li>◦ VO (8:1)<sup>9</sup>: 80-100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis.</li> </ul> </li> <li>• Cefazolina IV: 100 mg/kg/día, en 3-4 dosis.</li> <li>• Cefotaxima IV: 150-200 mg/kg/día, en 3-4 dosis</li> <li>• Ceftriaxona IV/IM: 75-100 mg/kg/día, en 1-2 dosis</li> <li>• Cefuroxima: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ IV: 150 mg/kg/día, en 3 dosis</li> <li>◦ VO (cefuroxima-axetilo): 30 mg/kg/día, en 2 dosis</li> </ul> </li> <li>• Cloxacilina IV: 200 mg/kg/día, en 4 dosis</li> <li>• Vancomicina IV: 40 mg/kg/día, en 4 dosis</li> <li>• Clindamicina: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ IV: 30-40 mg/kg/día, en 4 dosis</li> <li>◦ VO: 30-40 mg/kg/día, en 3 dosis</li> </ul> </li> <li>• Metronidazol IV: 30 mg/kg/día, en 3 dosis</li> <li>• Meropenem IV: 60-120 mg/kg/día, en 3 dosis (solo en casos graves en pacientes con alergia a penicilina no Tipo I)</li> <li>• Levofloxacino VO ó IV (off-label) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Entre 6 meses y 5 años 10 mg/kg/día, cada 12 horas</li> <li>◦ En mayores de 5 años 10 mg/kg/día cada 24 horas (max 500 mg/día)</li> </ul> </li> </ul>

### ANEXO 4: Tabla de dosis de medicamentos para tratar de celulitis peri orbitaria (3).

Sospecha etiológica	Tratamiento
Neumonía vírica	Tratamiento de soporte
Neumonía por bacteria atípica	Azitromicina vo (10 mg/kg/día cada 24 horas), 3 días
<b>Neumonía por bacteria típica</b>	
Tratamiento ambulatorio de neumonía no complicada	Amoxicilina vo (80 mg/kg/día cada 8 horas), 5 días (Pernica <i>et al.</i> , JAMA Pediatrics. 2021)
Neumonía con criterios de ingreso hospitalario o derrame pleural no complicado	Ampicilina iv (100-200 mg/kg/día cada 6-8 horas) seguida de amoxicilina vo (80 mg/kg/día cada 8 horas), hasta completar 7-10 días
Neumonía con ingreso en UCI, derrame pleural complicado, absceso pulmonar o neumonía necrotizante	Cefotaxima iv (100-200 mg/kg/día cada 6 horas) + vancomicina iv (60 mg/kg/día cada 6 horas) Alternativas: cefotaxima iv + linezolid iv (uso <i>off-label</i> )/ceftarolina Valorar añadir macrólido (azitromicina 10 mg/kg/día cada 24 horas)

**ANEXO 5:** Tabla de tratamiento empírico recomendado en función de la sospecha etiológica (10).

Neumonías de etiología bacteriana*	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ampicilina iv (100-200 mg/kg/día cada 6-8 horas) Amoxicilina vo (40-80 mg/kg/día cada 8 horas)
<i>Staphylococcus aureus</i> sensible a oxacilina	Cefazolina iv (100 mg/kg/día cada 8 horas)/cloxacilina (50-100 mg/kg/día cada 6 horas) Cefadroxilo vo (30-60 mg/kg/día cada 8 horas)
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a oxacilina	Vancomicina iv (60 mg/kg/día cada 6-8 horas) Alternativas: clindamicina (iv 40 mg/kg/día cada 6-8 horas o vo 30 mg/kg/día cada 8 horas)/linezolid iv o vo ( <i>off-label</i> ) (30 mg/kg/día cada 8 horas en < 12 años o 600 mg cada 12 horas en ≥ 12 años)/cotrimoxazol iv o vo (8-10 mg/kg/día trimetoprim cada 8-12 horas)
<i>Streptococcus pyogenes</i>	Ampicilina iv (100-200 mg/kg/día cada 6-8 horas) Amoxicilina vo (40-50 mg/kg/día cada 8 horas)
<i>Haemophilus influenzae</i>	Cefuroxima iv (100 mg/kg/día cada 8 horas)/vo (20-30 mg/kg/día cada 12 horas, máx. 500 mg/dosis)
<i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i>	Azitromicina iv/vo (10 mg/kg/día cada 24 horas), 3 días
Neumonías de etiología vírica	
Gripe	Oseltamivir vo (10-15 kg: 30 mg; > 15-23 kg: 45 mg; > 23-40 kg: 60 mg; > 40 kg: 75 mg, cada 12 horas), 5 días
SARS-CoV-2	Dexametasona vo (0,15 mg/kg [máx. 6 mg] cada 24 horas) o dexametasona fosfato iv 0,18 mg/kg (máx. 7,2 mg) cada 24 horas, 7-10 días Remdesivir iv (5 mg/kg [máx. 200 mg] el primer día, después 1,5 mg/kg [máx. 100 mg] cada 24 horas), 3-5 días Nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®) vo (300/100 mg cada 12 horas), 5 días Sotrovimab iv 1 dosis (500 mg) Casirivimab/imdevimab iv sc 1 dosis (600 mg/600 mg) Tocilizumab iv 1 dosis (8 mg/kg, máx. 800 mg) Baricitinib vo (≥ 6 años: 4 mg cada 24 horas), 14 días o hasta el alta

**ANEXO 6:** Tabla de tratamiento dirigido para neumonía adquirida en la comunidad (10)

**Tabla I. Clasificación de las quemaduras por profundidad**

Quemadura	Aspecto	Tejido dañado	Dolor	Evolución	Ejemplos
Primer grado	Superficie seca, eritema Sin exudación	Epidermis	Hipersensibilidad Dolor espontáneo, mayor al contacto	Epiteliza en 3-5 días No deja cicatriz	Quemaduras solares
Segundo grado superficial	Ampollas y eritema	Epidermis y parte de la dermis	Intenso dolor Hiperestesia al contacto, mayor que espontánea	Epiteliza en 7-14 días No deja cicatriz	Escaldadura por líquido caliente: aceite, agua. Objetos calientes: plancha, estufa
Segundo grado profunda	Punteado rojo sobre fondo blanquecino	Epidermis y dermis completa	Hiperestesia al contacto, igual que espontánea  Poco dolor. Áreas anestesiadas al pinchazo	Depende de la extensión. La curación dura un mes o más Deja cicatriz. Puede precisar cirugía	Quemaduras por llama: fuego, cigarrillos, velas Quemaduras eléctricas Explosión
Tercer grado	Superficie seca y dura Color variable	Destrucción de todo el espesor dermoepidérmico Afectación del tejido subcutáneo: nervios y músculo	Anestesia de la zona (sin sensibilidad al dolor)	Lenta. Existe riesgo de infección profunda Precisa tratamiento quirúrgico. Deja cicatriz	Quemaduras por grandes fuegos Quemaduras químicas por abrasivos potentes

## ANEXO 7: Clasificación de quemaduras por profundidad (30)

**Tabla 1:** Estadios clínicos de cáncer de mama, según su TNM.

Estadio clínico	
0	Tis, N0, M0
I	IA: T1, N0, M0 IB: de T0 o T1, N1mi, M0
II	IIA: de T0, N1, M0 a T2, N0, M0 IIB: de T2, N1, M0 a T3, N0, M0
III	IIIA: de T0, N2, M0 a T3, N2, M0 IIIB: de T4, N0 a 2, M0 IIIC: T 1 a 4, N3, M0
IV	T1 a 4, N1 a 3, M1

TNM = tamaño tumoral, compromiso linfático nodal y metástasis, is = *in situ*, mi = micrometástasis (diámetro 0.2 a 2 mm).

## ANEXO 8: Tabla de estadios clínicos de cáncer de mama según su TNM

(19)