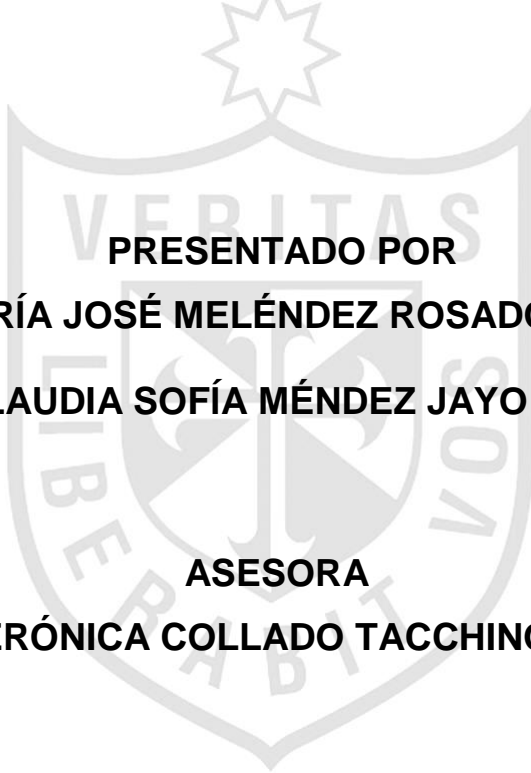




FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES Y LA CLÍNICA INTERNACIONAL
PERIODO 2021-2022, LIMA- PERÚ”**



**PRESENTADO POR
MARÍA JOSÉ MELÉNDEZ ROSADO
CLAUDIA SOFÍA MÉNDEZ JAYO
ASESORA
VERÓNICA COLLADO TACCHINO**

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

**LIMA- PERÚ
2022**



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

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

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





USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES Y LA CLÍNICA INTERNACIONAL
PERIODO 2021-2022, LIMA- PERÚ”**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICAS CIRUJANAS

PRESENTADO POR:

MARÍA JOSÉ MELÉNDEZ ROSADO

CLAUDIA SOFÍA MÉNDEZ JAYO

ASESORA

VERÓNICA COLLADO TACCHINO

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

Presidente: M.E. José Antonio Sánchez Zapata

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

Miembro: M.E. Fernando Herrera Huaranga

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos, por su dedicación y apoyo constante a lo largo de estos siete años, nos motivaron a no rendirnos y perseverar frente a las adversidades, ya que el esfuerzo de hoy será la recompensa del mañana.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes, residentes y demás personas que fueron parte de nuestra experiencia en esta etapa de internado en el Hospital Sergio E. Bernales.

A la Clínica Internacional-Sede San Borja, por su buena disposición y conocimientos brindados.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	12
1. Rotación de Medicina	16
2. Rotación de Cirugía	21
3. Rotación de Gineco-Obstetricia	27
4. Rotación de Pediatría	31
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	38
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	40
a. Rotación de Medicina	40
b. Rotación de Cirugía	47
c. Rotación de Gineco-Obstetricia	51
d. Rotación de Pediatría	56
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	62
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
FUENTES DE INFORMACIÓN	66

RESUMEN

El internado médico es la última etapa en la formación como médicos cirujanos, la cual nos ha permitido poner en práctica las capacidades, y aplicar los conocimientos adquiridos durante los seis años anteriores en la carrera.

El presente trabajo describe y relata experiencias como internas de medicina en el periodo julio - abril del 2021- 2022 en las sedes asignadas, en el actual contexto de pandemia causada por el virus SARS COV2.

Se establecieron restricciones que afectaron el desarrollo normal del internado, como el retraso del mismo, y limitaron el enfoque multidisciplinario en la atención, afectando la relación médico-paciente; sin embargo, frente a la adversidad, logramos adecuarnos a la situación.

Se presentarán 16 casos clínicos de Cirugía, Pediatría, Ginecología-Obstetricia y Medicina Interna, dos casos de cada sede respectivamente, con el fin de describir, analizar y contrastar las prácticas académicas en dichas rotaciones durante la pandemia. La recolección de datos se obtuvo de historias clínicas del Hospital y Clínica en mención.

A pesar de las limitaciones existentes, las experiencias adquiridas sirven como preparación para el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) ya que los doctores nos han enseñado a no solo enfocarnos en la enfermedad, sino a brindar una atención integral a los pacientes. Además, han permiten participar en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías que llegaban al hospital o a la Clínica, logrando emplear nuestros conocimientos, ampliar nuestras competencias y aptitudes, demostrar nuestra capacidad de adaptación, adquirir confianza frente a la toma de decisiones, y entender el manejo ideal para cada paciente.

Palabras clave: Internado, Hospital, Clínica, Medicina, COVID-19.

ABSTRACT

The medical internship is the last stage in our training as surgeons, which has allowed us to put into practice our skills and apply the knowledge acquired during the previous six years in the career of Human Medicine.

This paper describes and contrasts our experiences as medical interns in the period July - April 2021- 2022 in our assigned sites, Sergio E. Bernales Hospital and the International Clinic, in the current context of the pandemic caused by the SARS COV2 virus.

Furthermore, restrictions were established and affected the normal development of the internship, such as the delay of it. Also, the restrictions limited the multidisciplinary approach to care, affecting the doctor-patient relationship; however, in the face of adversity, we were able to adapt to the situation.

Sixteen clinical cases of the four specialties will be presented: Surgery, Pediatrics, Gynecology-Obstetrics and Internal Medicine, two cases from each site respectively, in order to describe, analyze and contrast academic practices in these rotations during the pandemic. Data collection was obtained from clinical records of the Hospital and Clinic in question.

In spite of the limitations given by the Ministry of Health about to the internship, the experiences acquired serve as preparation for the Rural and Urban Marginal Health Service (SERUMS) since the doctors have taught us not only to focus on the disease, but also to provide comprehensive care to patients. They have also allowed us to participate in the process of diagnosis and treatment of the different pathologies that arrived at the hospital or at the clinic, allowing us to use our knowledge, broaden our competencies and skills, demonstrate our ability to adapt, gain confidence in decision making and understand the ideal management for each patient.

Key words: Internship, Hospital, Clinic, Medicine, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es una rotación clínica y comunitaria, en la cual se aplican conocimientos y se adquieren nuevos mediante las distintas actividades de los tutores a cargo durante las rotaciones y, a la vez, se puede aprender de la práctica clínica, de aquellos médicos que llevan años ejerciendo la profesión. Del mismo modo, el internado sirve para consolidar competencias y aptitudes a través de la aplicación del método clínico, en situaciones reales de trabajo multiprofesional (1).

Las rotaciones son en Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría. En el Perú, es posible hacer el internado médico en establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), Fuerzas Armadas o Policiales, y en clínicas privadas. Sin embargo, debido a la pandemia- que en nuestro país se inició el 6 de marzo del 2020 (2)- muchos de estos lugares no fueron abiertos, dificultando aún más la elección y distribución de los postulantes. Además, la duración del internado se redujo a diez meses, comenzó en julio del 2021 y concluyó en abril del 2022 (3).

Albitres-Flores y cols, en un estudio realizado a 350 internos de medicina de 41 universidades peruanas describe las percepciones que ellos tuvieron acerca de la suspensión del internado, las condiciones de retorno y sobre las actividades académicas desarrolladas durante la cuarentena. Se encontró que el 54,9% estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo con volver a sus sedes hospitalarias si se garantizaban las medidas de bioseguridad, más del 90% sentía incertidumbre sobre la fecha de reinicio y el fin del internado, y el 85,6% participaba de las actividades académicas de forma virtual. De manera que, se concluyó que los internos de medicina estaban a favor del inicio del internado, si es que se tomaban las medidas adecuadas de bioseguridad (4).

Una de las autoras de este trabajo desarrolló los cinco primeros meses de su internado en el actual Hospital Sergio E. Bernales (HNSEB), construido durante el gobierno del Mariscal Oscar R. Benavides en 1939. En un primer

momento, se asignó, exclusivamente, a la asistencia de la población infantil de menores recursos económicos con enfermedad pulmonar por tuberculosis. No obstante, por la creciente demanda de servicios de salud, adoptó un nuevo nivel, pasando a llamarse Hospital Infantil de Collique; y ya en 1982, toma el nombre oficial de Sergio E. Bernales, en conmemoración al catedrático y científico peruano de Medicina Humana (5).

Para el internado, el HNSEB ofreció en total 56 plazas para un primer grupo de internos, 5 de ellas asignadas para la Universidad de San Martín de Porres (USMP), nuestra casa de estudios, la cual nos designó un tutor académico por cada rotación (6). Dadas las medidas sanitarias en nuestro país, no tuvimos acceso a áreas COVID, se suspendieron las guardias nocturnas, y se nos otorgó equipos de protección personal (EPP) por cada rotación.

Con respecto a la otra autora, la sede elegida fue la Clínica Internacional, la cual forma parte del conglomerado empresarial BRECA que inicia sus actividades en 1959, por iniciativa de la Compañía Internacional de Seguros del Perú. Para el 2004, contaba con más de 11000 metros cuadrados de terreno en su Sede Lima; y en el 2007 adquiere la Clínica San Lucas, la cual se convertiría posteriormente en la actual Sede San Borja, lugar donde se realizaron las actividades del internado (7).

La Clínica Internacional ofreció un total de 19 plazas para la sede San Borja, y 3 de ellas fueron asignadas para la USMP, asignando de igual manera, un tutor académico por cada rotación.

En nuestra experiencia, lo que nos motivó a realizar el presente trabajo juntas fue contrastar la atención y manejo en el sector público (Hospital Sergio E. Bernales), como privado (Clínica Internacional). Para ello, usaremos 16 ejemplos de casos clínicos de las cuatro rotaciones, 8 del HNSEB y 8 de la Clínica Internacional.

Por último, cabe resaltar que este informe es un método para demostrar nuestros conocimientos como internas de Medicina Humana para lograr la

titulación de Médico Cirujano, como parte de la Ley Universitaria N° 30220, y para describir las experiencias adquiridas a lo largo de esta etapa esencial en nuestra formación, teniendo en cuenta que, debido a las restricciones ocasionadas por la crisis sanitaria, hubo limitación por parte de las distintas sedes hospitalarias para poder llevar a cabo la recopilación de información necesaria para concluir los trabajos de investigación.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es una etapa que abarca el último año de la carrera de Medicina Humana, la cual nos permite desarrollar nuestras capacidades y englobar todos los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, obtenidos durante pregrado: tres años de ciencias básicas y tres años de clínica, en los que asistimos a diferentes sedes hospitalarias, de tal manera que se puedan analizar los casos clínicos, realizar un diagnóstico precoz, y ofrecer un tratamiento adecuado para cada paciente.

El internado médico 2021-2022 se inició con algunas restricciones, pues se vio afectado debido a las restricciones dispuestas por el MINSA a raíz de la pandemia. Las medidas de bioseguridad establecidas limitaban la atención, puesto que se redujo la capacidad de pacientes, tanto en los consultorios médicos como en los tópicos de emergencia. Tampoco se podía realizar un adecuado examen físico, por lo que la mayoría de casos eran tratados como sospecha de infección por COVID-19. Sin embargo, los médicos explicaban de manera didáctica las diferentes patologías, resolvían todas las dudas, permitían ayudar en los procedimientos médicos y quirúrgicos, y enseñaban cómo realizar un manejo multidisciplinario para cada paciente.

El horario de los internos, en el caso del HNSEB, se definió en base a los lineamientos del MINSA. Se dividió en dos grupos: uno en la mañana (de 7:00 am a 1:00 pm) y el otro en la tarde (1pm a 7pm), de lunes a sábado. Se eliminaron las guardias nocturnas como medida de protección, y solo se permitían dos guardias diurnas por rotación.

Las prácticas se realizaron cinco meses en el hospital y los otros cinco meses en un centro de salud perteneciente a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) que correspondía al lugar de residencia de cada interno, en el caso de una de las autoras, DIRIS Lima Norte. Logramos realizar las cuatro rotaciones: Medicina, Pediatría, Ginecología-Obstetricia y Cirugía, ya que, inicialmente se planteó que en los hospitales solo lleváramos las

especialidades quirúrgicas, pero cada una tuvo una duración de 5 semanas aproximadamente en el hospital.

No obstante, se distribuyeron a los internos de tal manera que cada uno pudiera rotar por todas las áreas en los diferentes departamentos. Para seguridad, se brindaron equipos de protección luego de que el delegado de cada rotación gestionara su entrega, además de un carnet de identificación y la realización de pruebas de detección para el SARS COV2 periódicamente. El acceso al área COVID, construida al inicio de la pandemia para los internos, era restringido. Todo paciente que ingresaba a hospitalización tenía prueba COVID negativa.

Se ofreció a los internos una capacitación sobre las medidas de bioseguridad y aparte, en cada rotación una charla de bienvenida, la explicación del servicio para el trabajo conjunto con los licenciados en Enfermería y el personal técnico, los protocolos para llevar a un paciente a sala de operaciones para realizar las interconsultas a los diferentes servicios, llenar el formato único de atención (FUA) y el trámite de las contrarreferencias para los pacientes con Seguro Integral de Salud (SIS), en vista que constituye el grupo mayoritario que acude al hospital.

Se cumplía con el horario establecido con el fin de evitar la propagación de este virus. Sin embargo, estar menos tiempo en el hospital era una desventaja que nos impedía conocer a detalle a nuestros pacientes. Por consiguiente, era decisión de cada uno quedarse fuera del horario con el fin de aprender más sobre sus historias clínicas, y que no sirva solo para la visita médica sino para toda nuestra carrera, o también con la intención de ayudar a los médicos residentes y asistentes en el trámite administrativo y gestión de exámenes auxiliares para los pacientes, especialmente los que cuentan con el SIS, ya que para ellos la gestión de cada servicio toma más tiempo que para los pacientes con cuentas particulares. Todo examen o proceso realizado tiene que estar bien fundamentado, y libre de errores en los documentos escritos.

En los casos de las especialidades quirúrgicas, el tiempo de rotación no fue suficiente para poder ingresar muchas veces a sala de operaciones y observar

las diferentes cirugías que se llevaban a cabo en el hospital. Durante las visitas médicas, los internos presentaban los casos y eran supervisados por los residentes y ellos, por los médicos asistentes. Asimismo, cada uno podía brindar su punto de vista. Si bien varios internos se contagiaron y debido a ello, hubo sobrecarga laboral durante un tiempo, el trabajo en equipo junto con los residentes fue esencial para realizar exámenes auxiliares precisos, lograr un diagnóstico temprano, y disminuir la estancia hospitalaria de los pacientes.

Al finalizar cada rotación, se evaluaba a cada interno, y la calificación se entregaba a la universidad. Asimismo, cada semana, se exponía un tema en particular y se discutía, ya sea de manera presencial o vía Zoom.

Respecto al internado en la Clínica Internacional Sede San Borja, fue algo distinto en cuanto a la distribución de las rotaciones. Hubo cinco rotaciones en total, con 2 meses de duración cada una: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, y COVID-19, siendo esta última algo nuevo, y consistía en hacer un seguimiento telefónico de cada caso, con sintomatología, imágenes o pruebas de laboratorio compatibles con infección por COVID-19. Se llenaba un formato, detallando datos de importancia clínica, y se registraban las Fichas F300 de todos los pacientes, en los cuales nosotros les realizamos la llamada inicial.

Esta es una forma de monitorización y seguimiento a aquellos pacientes que se encuentren en periodo de aislamiento, así como también de detectar aquellos que presentaran signos de alarma, a fin de orientarlos a que acudan a un establecimiento de salud cercano con prontitud, en caso lo justifique, y de orientar a los contactos epidemiológicos. Fue una manera de aproximarnos a los pacientes, ya que los seguimientos eran diarios, con una lista de aproximadamente 10 pacientes al día durante dicha rotación. Al finalizar, se evaluaba a los internos.

En cuanto al resto de las cuatro rotaciones, se desarrollaron en la misma sede San Borja, alternando entre la torre ambulatoria para consultorio y en la torre hospitalaria, en la cual se estuvo la mayor parte del internado. Es ahí donde se encuentran los pacientes hospitalizados, los cuales se visitaban

diariamente, donde se encuentra sala de operaciones para las cirugías, y donde se realizan las rotaciones en la emergencia.

Durante cada rotación, llevábamos a cabo exposiciones, tanto de casos clínicos como de temas específicos, muchas de éstas en línea.

Asimismo, se subdividieron las rotaciones, tomando como ejemplo la última rotación de Cirugía General, en la cual rotamos en Emergencia, Sala de operaciones, Hospitalización y Consultorio externo.

Los internos elaboraron historias clínicas, fueron parte de cirugías y procedimientos simples y complejos con la previa autorización del consentimiento informado de los pacientes, atendían emergencia, tareas las cuales permiten mejorar el desenvolvimiento del futuro profesional. Siempre se resolvían las dudas con la presencia de un docente asignado, y se permitía participar de manera directa en cirugías y procedimientos.

En cuanto al área quirúrgica fue una rotación muy positiva, en vista del nivel resolutivo de la Clínica en cuanto a insumos y procedimientos quirúrgicos de alta complejidad que desarrollan.

En algunas rotaciones se nos asignaban ciertos docentes con los cuales pasamos visita médica y nuestra función como internos era elaborar la historia clínica de los pacientes y la evolución de la enfermedad; no obstante, algunos de ellos, aunque muy pocos, no deseaban ser vistos por internos.

Entonces, cabe mencionar que todas las experiencias adquiridas en este periodo han sido muy importantes ya que sirven para la carrera. La seguridad que uno refleja frente a los pacientes y hacia otros médicos, el temor a equivocarse, los aciertos en los posibles diagnósticos, la empatía con los pacientes, errores corregidos por nuestros tutores, permiten ganar confianza en uno mismo, y así poder brindar una mejor atención médica.

A pesar de los percances presentados durante la pandemia, se pudieron optimizar competencias académicas gracias a la enseñanza de médicos tutores, quienes ahora son parte de la formación como profesionales de la salud.

1. Rotación de Medicina

1.1. Caso clínico N°1: Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

Paciente varón de 42 años presenta fiebre, malestar general, sensación de falta de aire y episodios de diarrea, siendo el diagnóstico bronquitis aguda, y dado de alta con tratamiento domiciliario. Tras dos semanas, sin mejoría clínica, ingresa al servicio de emergencias de la Clínica Internacional, presentando fiebre, malestar general y signos de dificultad respiratoria progresiva.

Al examen físico se encontraba en aparente regular estado general, lúcido, en decúbito dorsal con apoyo oxigenatorio mediante cánula binasal (CBN) a 4 litros/minuto, saturando 90%, con uso de musculatura accesoria. A la auscultación pulmonar, el murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, crépitos en 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo. En la piel, se evidenciaron lesiones maculares hiperpigmentadas no confluentes con bordes definidos <1 cm en tórax, dorso y miembros inferiores. En cavidad oral, lesiones blanquecinas sugerentes de candidiasis oral.

Antecedentes: Manga gástrica (2019), colecistectomía laparoscópica.

Se solicitó una tomografía de tórax, mostrando hallazgos sugestivos de neumonía viral con compromiso pulmonar mixto del 85%, un índice de Severidad >7.5, describiendo lesiones en vidrio esmerilado a nivel intersticial, las cuales sugirieron en un primer momento un compromiso viral por COVID-19.

En cuanto al hemograma, leucocitos: $10,24 \times 10^3$, PCR: 307,41 mg/l, DHL: 252 UI/L. A su vez, se solicitó prueba molecular para COVID-19 con resultado negativo. El paciente es hospitalizado y se obtiene reporte verbal de parte de laboratorio de examen positivo para Test ELISA VIH, motivo por el cual, como parte del diagnóstico confirmatorio, se solicitó nuevamente, resultando positivo, al igual que Western-Blot. Además, se contó con carga viral y CD4 compatible con infección por VIH.

En el examen de reacción inflamatoria en heces se observaron trofozoítos y quistes de *Giardia lamblia*.

Esperando descartar Sarcoma de Kaposi, fue evaluado por dermatología, quien diagnostica lesiones maculares en dorso y tórax como foliculitis por *Malassezia furfur*.

Clínicamente, por la evolución subaguda del cuadro, factores de riesgo del paciente, estado de inmunosupresión y patrón radiológico (teniendo en cuenta que el patrón típico de la neumocistosis. Se caracteriza por presentar infiltrado intersticial parahiliar bilateral difuso), se decide tratar el caso como neumonía atípica por *Pneumocystis jirovecii*.

El paciente fue presentando mejoría clínica. Se realizó destete de oxígeno por CBN, y respondió con adecuada tolerancia y evolución.

Tras 12 días de hospitalización, es dado de alta con continuidad de tratamiento domiciliario, y se le indica posterior cita por consultorio externo para evaluar inicio de tratamiento TARGA, además de evaluación pendiente por Oftalmología y Dermatología.

1.2. Caso clínico N°2: Pancreatitis Aguda

En el siguiente caso, se relata la historia de un paciente de sexo masculino de 34 años, procedente de Loreto, quien ingresa por emergencia del HNSEB al tópico de Medicina, refiriendo que, aproximadamente, cinco horas antes presentó dolor abdominal constante tipo opresivo en la zona del epigastrio de intensidad 7/10. Además, señaló que el dolor se irradiaba hacia ambos hipocondrios y a la región dorsal, y aumentaba con el movimiento. Agregó que tomó un medicamento, pero no recordaba el nombre. Sin embargo, el dolor no cedía y posteriormente, fue asociado a náuseas y vómitos de contenido alimenticio en 5 oportunidades, 4 episodios de diarrea, sin presencia de moco ni sangre. Niega antecedentes personales. cefalea, sensación de alza térmica, y otras molestias. La esposa refirió que dos semanas antes presentó la misma sintomatología, pero el cuadro cedió con analgésicos.

Refiere que su papá es hipertenso, y que su madre sufre de ansiedad. Al ingreso, sus funciones vitales eran estables, tenía un IMC: 30.8kg/m². Al examen físico, se observa al paciente en posición antálgica, en aparente regular estado general, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, afebril. En abdomen, a la inspección, se encuentra simétrico, no se evidencian masas ni telangiectasias. A la auscultación, RHA conservados en tono y frecuencia. A la palpación, se encuentra distendido, blando, depresible, no globuloso, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy (+) Blumberg (-), no signos peritoneales y a la percusión, matidez hepática y timpanismo conservado.

Se solicitan exámenes auxiliares, encontrándose en el hemograma 15 300 leucocitos/mm³ y en el bioquímico: Fosfatasa alcalina 45 U/L, TGO 66 U/L, TGP 77 U/L, GGT 336 U/L, PCR 38.95 mg/l, lipasa 1281 mg/dl y amilasa 489 mg/dl. Dentro del perfil lipídico, se mostró un colesterol total de 1 029 mg/dl y triglicéridos de 7508 mg/dl. También se realizó un AGA, cuyos valores fueron normales y una ecografía abdominal, donde se observó un hígado esteatósico, vías biliares no dilatadas, vesícula biliar de 10 x 8 cm con paredes engrosadas 5mm, múltiples cálculos en su interior líquido perivesicular, cuerpo pancreático 30mm, cabeza y cola enmascarada por meteorismo, y escaso líquido periesplénico. Apache: 2 pts, BISAP: 0 pts, MARSHALL: 0 pts.

Se decide realizar una interconsulta al servicio de Gastroenterología para hospitalizar al paciente en el pabellón de Medicina, con los siguientes diagnósticos:

1. Pancreatitis aguda leve por cálculo biliar
2. Obesidad Grado 1

El paciente estuvo en NPO, se ordenó fluidoterapia: I. NaCl 9% 1000cc y II. Dextrosa 5% 1000CC, NaCl 20% 1 ampolla y KCl 20% 1 ampolla. Asimismo, se suministró Omeprazol 40mg EV c/12 horas, Ceftriaxona 2gr EV c/24 horas, Metronidazol 500mg c/8 horas o metoclopramida 10mg c/8 horas; NaCl 9% 100cc, Tramadol 100 mg EV c/8 horas, luego se pidió control de PCR y se indicó tolerancia oral.

Posteriormente, se efectuó una tomografía abdominal que mostró cambios esteatósicos en hígado, vesícula biliar de 10 x 8cm con paredes engrosadas 5mm, múltiples cálculos en su interior escaso líquido perivesicular, aumento difuso de cola, y en menor medida, por parte del cuerpo del páncreas, líquido prerrenal, peripancreático caudal y escaso líquido en flanco izquierdo. Se cataloga como Balthazar E, según el índice de severidad de pancreatitis aguda con la escala de Balthazar, la cual indica dos o más colecciones líquidas o de aire retroperitoneales.

1.3. Caso clínico N°3: SIHAD de causa farmacológica

Paciente mujer de 63 años con antecedentes personales de trastorno paranoide de la personalidad en tratamiento farmacológico con Fluoxetina 20 mg, Clonazepam 2 mg y Quetiapina 300 mg, es llevada por familiar a emergencias de la Clínica Internacional por agitación psicomotriz. Según refirió su familiar desde 2 semanas antes presentaba cefalea, irritabilidad, episodios de desorientación, náuseas y vómitos esporádicos. Se le administró benzodicepinas, cediendo parcialmente el cuadro de agitación psicomotriz y se solicitó hemograma, perfil bioquímico (glucosa, urea, creatinina), no presentando mayor alteración, salvo una anemia leve.

Además, se solicitó electrolitos: sodio, cloro, potasio y calcio, mostrando cifras de sodio plasmático de 120 mEq/litro. Por tal motivo, se decide hospitalizar a la paciente por hiponatremia severa a cargo del servicio de Medicina Interna. Se manejó en primera instancia con solución salina hipertónica al 3%. Buscando tipificar bien el cuadro, se solicitan otros parámetros, cuyos resultados en los siguientes 2 días son: Osmolaridad plasmática 253 mOsmol/kg, Na urinario: 136 mEq/L, Na urinario (en 24 horas): 155 mEq/día y Osmolaridad urinaria de 459 mOsmol/kg. Todo ello compatible con Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH), por lo que se inició restricción hídrica y tratamiento con suero salino.

Sin embargo, no se obtuvo elevación significativa de las cifras de sodio en analíticas de control posterior y persistía la sintomatología neurológica. El resto de los indicadores del examen físico se mantuvo normal.

Se decidió realizar una Tomografía computerizada (TC) de encéfalo, la cual no mostró hallazgos patológicos. Del mismo modo, una radiografía de tórax fue solicitada, pensando en SIHAD como síndrome paraneoplásico por tumor microcítico, pero no se encontró lesión alguna.

Ante la sospecha de hiponatremia de causa farmacológica, se suspende la medicación habitual y se realizó interconsulta a Psiquiatría. Se decidió la suspensión la Fluoxetina, y se indicó un nuevo esquema de Setiaprida 100 mg cada 6 horas, y Amisulpirida 400 mg cada 24 horas. Tras el reajuste de la medicación, se continuó con la reposición de sodio, logrando eventualmente cifras de sodio dentro de rangos de normalidad a las 48 horas.

1.4. Caso clínico N°4: Celulitis de glúteo izquierdo

En este caso, una paciente de sexo femenino de 23 años refiere cuadro clínico que empieza 5 días antes del ingreso a emergencia con la aparición de un "bulto" de 1x1cm, aproximadamente, en la región glútea izquierda, a lo que luego se suma un dolor en la misma zona y malestar general.

Al día siguiente, refiere sensación de alza térmica de 38,5°C y que dolor aumenta (8/10), por lo que, en una farmacia, le administran una ampolla de Diclofenaco y Dexametasona, pero se agrega una sensación de hinchazón y enrojecimiento en región glútea izquierda. Además, refiere que acude a un consultorio particular de Ginecología donde le recetaron relajantes musculares para calmar dolor, pero este se intensificó.

Se realizó una ecografía de partes blandas, donde se observa una imagen anecogénica irregular de bordes pocos definidos de 42x18.7x43.3 mm de diámetro. Posteriormente, refiere que se realiza drenaje en clínica, donde le extraen contenido purulento de aproximadamente 10 cc, y le indican

tratamiento antibiótico con Metronidazol y Ciprofloxacino. Sin embargo, la sensación de alza térmica persiste y el dolor se incrementa, motivos por los cuales acuden a emergencia del HNSEB. Menciona como antecedentes patológicos Cervicitis y teratoma de ovario derecho hace un mes.

La paciente presenta celulitis en la región glútea izquierda de 5x5 cm aproximadamente, y absceso de 3x2 cm, con secreción purulenta y signos de flogosis, por lo cual queda en observación para manejo antibiótico y curaciones diarias (2veces/día), posteriormente se realiza interconsulta a cirugía para posibilidad de drenaje. Sin embargo, luego de una evaluación, se dispone que quede a cargo de Medicina.

2. Rotación de Cirugía

2.1. Caso clínico N°5: Apendicitis aguda

En el caso n°1 de Cirugía General, se presenta un paciente varón de 19 años procedente de Piura, quien manifiesta inicialmente dolor abdominal tipo opresivo en epigastrio, aproximadamente, de un día de duración. Posteriormente, el dolor migra y se localiza en la fosa iliaca derecha. Además, ese mismo día, el paciente refiere náuseas y pérdida de apetito, aunque niega vómitos. Al día siguiente, el dolor se intensifica, a lo que se agrega una sensación de alza térmica no cuantificada, motivos por los cuales acude a emergencia.

En el hospital, recibe atención en el tópico de emergencia de Medicina Interna por el cuadro de Síndrome doloroso abdominal. Se solicita un hemograma, PCR y prueba COVID. Mientras se esperaban los resultados, el manejo fue hidratación, Omeprazol 40 mg EV y Metoclopramida 10mg EV STAT. Ya con los resultados, se realiza una interconsulta a Cirugía General para descartar una Apendicitis Aguda.

El examen físico revela abdomen plano, ruidos hidroaéreos (RHA) disminuidos, resistentes en el cuadrante inferior derecho. Mc Burney (+), Rovsing (+). En el hemograma, se encontró hemoglobina en 15.3 g/dl, 17.3×10^3 leucocitos, no había reactivo para PCR. La impresión diagnóstica fue Apendicitis Aguda, por lo que pasa a tópico de cirugía, y al manejo se agrega Ketoprofeno 100mg EV c/8hrs. Se le pide todos los exámenes complementarios para riesgo quirúrgico, y se programa al paciente para sala de operaciones.

Se realiza una apendicectomía abierta, donde se encuentra apéndice retrocecal de +/- 8cm x 1cm, necrosado, en sus 2/3 distales y con base indemne.

El manejo del posoperatorio inmediato fue:

- NPO x 6 horas, luego tolerancia oral
- Hidratación con dextrosa 5% 1000cc, 1 ampolla de KCl 20% y 2 ampollas NaCl 20% (35 gotas)
- Ranitidina 50mg EV c/8hrs
- Ciprofloxacino 400mg EV c/12 hrs
- Metronidazol 500mg EV c/8 hrs
- Ketoprofeno 100mg EV c/8hrs
- Tramadol 100mg y dimenhidrinato 50mg EV PRN a dolor

El paciente presenta evolución, tolera bien la vía oral, inicia deambulación, y se da alta hospitalaria al tercer día.

2.2. Caso clínico N°6: Hernia umbilical incarcerada

Paciente mujer, de 85 años, con antecedente de hipertensión arterial es referida del C.S. Comas al tópico de cirugía del Hospital Sergio E. Bernales. El familiar informa que el paciente presenta dolor abdominal de moderada intensidad (8/10), asociado a aumento de volumen en región umbilical que protruye y cambia de coloración, además indica que presentó náuseas y vómitos en 2 oportunidades el mismo día del ingreso.

Paciente hemodinámicamente estable, al examen físico: palidez ++/+++, abdomen globuloso, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación, resistencia en mesogastrio, rebote (+). Se observa protrusión por región umbilical de +/- 3 cm de diámetro, con cambio de coloración, no reductible.

Pasa a observación para programación de SOP con el diagnóstico de hernia umbilical complicada. Se dan las siguientes indicaciones:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc EV
- Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs
- Ceftriaxona 1gr EV c/12 hrs
- Metamizol 1gr EV c/8 hrs
- Losartán 50 mg VO c/12 hrs
- Colocación de sonda Foley
- CFV

Se reciben resultados de laboratorio: Úrea: 78.5 mg/dl, creatinina; 2.22 mg/dl, glucosa: 150 mg/dl, PCR: 42.5 mg/dl, bilirrubina total: 2.08 mg/dl, bilirrubina directa 0.79 mg/dl, bilirrubina indirecta: 1.29 mg/dl. Electrolitos séricos en rangos de valores normales.

Ecografía de partes blandas: Se observa protrusión de contenido epiploico con formación de anillo que varía de 20 a 22 mm a la maniobra de Valsalva. Signos ecográficos sugieren hernia umbilical incarcerada.

Se realiza hernioplastia umbilical, donde se encontró un saco herniario de 8x6 cm aproximadamente, con contenido colon sigmoides sin signos de isquemia, no hay presencia de líquido libre. Saco protruye a través de +/- 2cm.

2.3. Caso clínico N°7: Cirugía pediátrica - Atresia de vías biliares

Paciente varón de 1 mes y 25 días ingresa por emergencia de la Clínica Internacional por presentar ictericia progresiva desde el nacimiento, acolia y coluria. Sin antecedentes de riesgo durante la gestación o neonatales a destacar.

Los signos vitales fueron normales. Al examen físico, se encontró ictericia generalizada +++/+++ en piel y mucosas, hepatomegalia de 4 centímetros debajo de reborde costal derecho.

En cuanto a los resultados de laboratorio de ingreso, se observó una alteración en cuanto al perfil hepático:

- Bilirrubina total: 10.21 mg/dL
- Bilirrubina Directa: 8 mg/dL
- Bilirrubina Indirecta: 2.21 mg/dL
- TGO: 253 U/L
- TGP: 111 U/L
- Fosfatasa Alcalina: 559 U/L
- Gamma Glutamil Transpeptidasa: 395 U/L

Ya hospitalizado, se le realizó ecografía completa de abdomen y ecografía Doppler de hígado, evidenciando en su informe:

1. Vesícula biliar contraída, con escaso volumen en su interior.
2. No visualización del colédoco.
3. Calibre de Arteria hepática: 0.2 cm, el cual se encuentra en el límite superior de la normalidad para la edad del paciente.
4. Ausencia de signos de hipertensión portal.

Es así que, debido a la gran posibilidad de presentar atresia de vías biliares, a la urgencia en cuanto a la necesidad de un manejo oportuno -para evitar la progresión de falla hepática y demás complicaciones- y al encontrarse el paciente en el límite de edad para ser sometido a derivación biliodigestiva (cirugía de Kasai), se programan una laparoscopia diagnóstica, colangiografía intraoperatoria, biopsia hepática y cirugía de Kasai.

Durante el acto operatorio, se prescindió de la colangiografía intraoperatoria. La duración de la cirugía fue de cuatro horas, y consistió en laparotomía diagnóstica, derivación biliodigestiva, biopsia hepática, y drenaje peritoneal.

Los hallazgos operatorios fueron:

- Vesícula biliar hipotrófica
- Atresia de: colédoco distal, conducto hepático común, hepático derecho y hepático izquierdo
- Hígado de aspecto verdoso, discretamente indurado, sangrante al corte
- Líquido ascítico escaso

El paciente recibió profilaxis antibiótica con Ceftriaxona y Metronidazol, por el alto riesgo de colangitis, y se mantuvo en NPO durante 7 días.

El informe de patología reveló lo siguiente:

1. Vía biliar. Inflamación crónica y fibrosis de la pared, destrucción parcial del epitelio, y disminución notoria de la luz.
2. Porta hepática. Remanente de la vía biliar constituida por numerosos ductos biliares con estrechamiento severo, y en algunos casos desaparición de la luz. Fibrosis e inflamación crónica.
3. Hígado. Cirrosis asociada a inflamación crónica portal, colestasis severa (canalicular y lobular), y reacción ductal con tapones biliares.

Tras cirugía de Kasai, el paciente se mantuvo 10 días en hospitalización. No presentó complicaciones quirúrgicas. Fue dado de alta a los 12 días de su ingreso, acordando seguimiento posterior del caso en consultorio externo de Gastroenterología. Se recomendó idealmente incluir al paciente en lista de espera para trasplante hepático como tratamiento definitivo.

2.4. Caso clínico N°8: Coledocolitiasis en paciente colecistectomizada

En la emergencia de Clínica Internacional, ingresó una paciente mujer de 59 años con dolor abdominal de moderada intensidad en hipocondrio derecho

(EVA 7/10), asociado a náuseas. Asimismo, coluria y mucosas ictéricas. Como antecedente de importancia, refiere haber sido colecistectomizada hace 10 años aproximadamente y cuenta con una Colangioresonancia de un mes atrás, que muestra coledocolitiasis, con imágenes líticas en el colédoco entre 0.5 y 1 cm de tamaño, y dilatación de colédoco de 13 mm, sin alteración en los planos grasos peripancreáticos. Además, señala ser alérgica a los AINES. Presenta funciones vitales estables.

Se le solicitó un examen de laboratorio, el cual reveló una alteración en el perfil hepático, con patrón colestásico, y un incremento en los valores de bilirrubinas:

- TGO: 524 U/L
- TGP: 479 U/L
- GGT: 636 U/L
- FA: 157 U/L
- BT: 3.33 mg/dL
- BD: 2.41 mg/dL
- BI: 0.92 mg/dL

En cuanto a ciertos indicadores, se evidenció leucocitos en 5620 cel/uL, PCR en 47.06 mg/L, INR en 1.06. La amilasa y lipasa estaban dentro del rango de normalidad, con valores de 32 y 54 U/L respectivamente. Se le administraron analgésicos endovenosos (Paracetamol), disminuyendo el dolor, además de inhibidores de bomba (Omeprazol), y antiemético (Dimenhidrinato). Cirugía general y Gastroenterología. Se evaluó la posibilidad de realizar interconsultas a emergencia, y la pertinencia de realizar una CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica).

Una vez hospitalizado, al paciente se le indicó dieta y antibioticoterapia. Durante su hospitalización, se mantuvo afebril, con un adecuado manejo del dolor con analgésicos, y buena tolerancia oral. Como ya se contaba con una colangioresonancia reciente, se programa procedimiento quirúrgico (exploración de vías biliares) a los tres días de hospitalización.

Como resultado, se realizó coledocostomía y tubo de drenaje en T, con extracción completa de los cálculos biliares confirmada por colangiografía intraoperatoria. A su llegada a piso, permaneció en ayunas hasta la mañana siguiente, con pequeñas molestias de dolor que cesaron con un analgésico intravenoso. Tras tres días de hospitalización, el paciente presenta una evolución, es dado de alta con indicaciones médicas, y se sugiere realizar un seguimiento por consultorio ambulatorio.

3. Rotación de Gineco-Obstetricia

3.1. Caso clínico N°9: Cesárea electiva

Paciente de 34 años de edad, acude a la Clínica Internacional para cesárea programada. Presenta fórmula obstétrica G3P2002 además de edad gestacional de 38 semanas por ecografía de primer trimestre, que coincide con fecha de última regla. Presenta como antecedente un parto vaginal (hace 10 años) y un parto por cesárea, por miomectomía previa (hace 7 años). Cuenta además con periodo intergenésico corto (1 año 6 meses después de la cesárea anterior).

Presenta controles prenatales adecuados, sin interurrencias durante la gestación. Con prueba Covid-19 antigénica y molecular negativas. A su vez, presenta prequirúrgicos, no reflejando alarma en cuanto a su analítica. A la última ecografía, se describe gestación única activa, con posición fetal: longitudinal cefálico izquierdo.

En cuanto a las funciones vitales al ingreso de la hospitalización de la paciente, fueron PA:130/80 mmHg, FC:81 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 98%. T°: 36.3°C. Paciente percibe movimientos fetales. Niega pérdida de líquido, y sangrado vaginal. Al examen físico: útero grávido, con altura uterina de 36 centímetros. Al monitoreo por obstetricia, muestra posición fetal en longitudinal cefálico izquierdo, LCF: 150 lpm. Dinámica uterina negativa.

La paciente fue preparada para su ingreso a sala de operaciones. Anestesiología empleó anestesia regional. La intervención por Ginecología, donde participaron 2 asistentes y la interna, duró 20 minutos. Se realizó el masaje uterino. No hubieron intercurencias en el alumbramiento. El bebé nació con APGAR 6. Al primer minuto, se le practicó clampaje tardío del cordón, y fue trasladado a neonatología, para su evaluación. Posteriormente, el recién nacido fue llevado a neonatología, donde se benefició del contacto precoz, e inició también su lactancia materna precoz. El niño tuvo un adecuado peso al nacer, aunque en el límite inferior.

La paciente se mantuvo hospitalizada presentando una evolución, buen manejo de dolor con analgésicos endovenosos, y sin intercurencias en cuanto a la lactancia. Se explicaron nuevamente los riesgos del embarazo con periodos intergenésicos cortos, lo cual fue comprendido por ambos padres. La paciente y el recién nacido fueron dados de alta por sus servicios respectivos a las 48 horas, con indicaciones médicas.

3.2. Caso clínico N°10: Ruptura prematura de membranas

Paciente mujer de 24 años acude refiriendo pérdida de líquido 4 horas antes e ingresa al tópico de emergencia de Ginecología-Obstetricia. Percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, no refiere contracciones uterinas. Con respecto a sus antecedentes obstétricos:

- G3P1011: 1 parto vaginal en el 2019, 1 aborto en 2021
- FUR: 24/02/21
- FPP: 24/11/21
- EG: 40 1/7 ss x Eco II°T

Niega antecedentes patológicos de importancia, y alergia a medicamentos. Al examen físico, en abdomen: AU=30cm, LCF=140lpm, SPP: LCI. Dinámica uterina +/++, movimientos fetales (++/+++). Al tacto vaginal, cérvix centralizado. No se observan cambios cervicales. AP: -3, pelvis ginecoide, membranas íntegras. Especuloscopia: Se observa pérdida de líquido amniótico en poca cantidad.

La paciente queda en observación, donde se le indica cefazolina 1gr EV c/6 hrs. Además, se solicita hemograma, glucosa, úrea, creatinina, examen de orina, una ecografía obstétrica y prueba COVID.

Hemograma: 8.3×10^3 de leucocitos, hemoglobina 12.50 g/dl. Glucosa: 83 mg/dl. Úrea: 20 mg/dl y creatinina 0.17 mg/dl. Examen de orina: 3-4 leucocitos por campo, hematíes >100 por campo, gérmenes +/-+++. Prueba COVID no reactiva. Ecografía obstétrica: ILA de 5cm, PBF:8/8, PF: 3077 grs. Paciente ingresa a hospitalización con los siguientes diagnósticos:

1. G3 de 40 2/7 x Eco del II°T
2. FATP
3. RPM de 1día 16hrs
4. Inducción fallida de trabajo de parto
5. Estado fetal no tranquilizador

Posteriormente, el paciente refiere dolor pélvico, tipo cólico 5/10, que se irradia a zona lumbar. Agrega que dolor tipo contracción es cada 15 min, y pérdida de líquido claro en abundante cantidad.

Se le programa para cesárea de emergencia.

3.3. Caso clínico N°11: Trabajo de parto disfuncional

Gestante de 31 años, a término de 39 6/7 semanas por ecografía obstétrica del I trimestre, acude al servicio de emergencia de ginecología de la Clínica Internacional, Sede San Borja, quien refiere desde hace 2 horas presenta contracciones uterinas de intensidad y frecuencia progresiva. Percibe movimientos fetales. Niega pérdida de líquido, sangrado vaginal, y antecedentes patológicos de importancia. Con fórmula obstétrica: G1 P0.

Al examen físico inicial, paciente en ABEG, ABEH, ABEN. Abdomen: útero grávido. Altura uterina: 29 cm, posición fetal: LCD, latidos cardiacos fetales: 145 latidos por minuto. Al tacto vaginal: cérvix blando, corto, permeable, altura de presentación: -2, membranas íntegras con dinámica uterina negativa. Se hospitaliza a la paciente para inducción de trabajo de parto. En el centro obstétrico se inicia maduración cervical.

A las cuatro horas de hospitalizada, presenta al tacto vaginal: dehiscencia 1 dedo, borramiento 70%, por lo que se dirige en plan a evolución espontánea del trabajo de parto. Quince horas después, la paciente se encuentra en fase latente de labor de parto, obteniéndose los siguientes datos durante su reevaluación: dinámica uterina: 3 contracciones cada 10 minutos, LCF: 140-150 lpm, al tacto vaginal dilatación: 2 cms. Altura de presentación: -2. Se procede a la ruptura de membranas evidenciando líquido claro.

Tras 20 horas, aproximadamente, desde inicio de fase latente, se reevalúa observando dinámica uterina: 2 contracciones cada 10 minutos, LCF: 145 latidos. Al tacto vaginal: dilatación 2-3 cms, borramiento: 80%, altura de presentación: -2, membranas rotas con líquido claro, además se palpa Caput de 2x2 cm. Tras reconsiderar el caso, se le califica como trabajo de parto disfuncional por fase latente prolongada, por lo que se reorienta el plan a cesárea de urgencia.

Se prepara a la paciente y la cirugía es llevada a cabo, sin interurrencias. Se recibe a un feto único, con APGAR adecuado. Se realiza el acercamiento y contacto precoz. Recibió cobertura antibiótica con Clindamicina y Gentamicina, debido al alto riesgo infeccioso por los múltiples tactos vaginales realizados. Tras dos días de la cesárea, ambos, tras presentar evolución, fueron dados de alta, bajo indicaciones médicas.

3.4. Caso clínico N°12: Preeclampsia

Paciente mujer de 21 años es llevada a emergencia de Ginecología del HNSEB, refiriendo cefalea de moderada intensidad y epigastralgia. Percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal. Fórmula obstétrica: G2P1001, una cesárea en 2019 por trabajo de parto disfuncional.

Funciones vitales: PA 140/100 mmHg, T°36°C, FR 39x', peso actual: 102 kg y talla 1.57 cm

Al examen físico: AU 33 cm, LCF: 148x', SPP: LPD, DU (-) y MF ++/+++
TV: D:0, I: 0%, pelvis ginecoide, AP: fuera de pelvis

Se solicitan exámenes de laboratorio (Hb: 12.5 g/dl, examen de orina sin alteraciones, COVID no reactivo) y ecografía obstétrica (útero ocupado por feto único, activo, en posición longitudinal podálico y dorso derecho, PF: 2810 kg, placenta corporal posterior, grado II/III) la cual muestra gestación única activa de 37 2/7 semanas. Se plantean los siguientes diagnósticos:

1. G2 38 4/7 ss x ECO III trimestre
2. THE: Preeclampsia
3. ARO
 - Cesareada anterior 1 vez
 - Controles prenatales insuficientes
4. Obesidad
5. No trabajo de parto
6. Feto en podálico

El plan inicial fue hidratación, nifedipino 10 mg PRN PAS \geq 160/100mmHg.

Se programa cesárea de emergencia. PO inmediato incluyó Cefazolina 1gr EV C/8hrs, Ranitidina 50 mg EV c/8hrs, Metoclopramida 10mg, Metildopa 500mg VO c/12hrs, Nifedipino 10 mg.

4. Rotación de Pediatría

4.1. Caso clínico N°13: Síndrome hemolítico urémico

Con respecto a la rotación de la especialidad de Pediatría, se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 10 meses, quien es llevado a emergencia del HNSEB en brazos de su madre por presentar deposiciones líquidas, madre refiere que hace 4 días estas fueron en 8 ocasiones y no tenían rastros de sangre ni moco, ni presentó sensación de alza térmica (SAT). Tres días antes del ingreso agrega la presencia de moco y mal olor a las deposiciones.

Un día después refiere que niño presentó vómitos en 3 oportunidades de contenido alimentario y lácteo y el último, con contenido bilioso, además de SAT cuantificada (38.5°C) que remite con 10 gotas de Metamizol. Luego, acude a centro de salud donde le indican antibióticos, pero el cuadro persiste. El día del ingreso, la madre refiere vómitos lácteos en 5 ocasiones, el último 20 minutos antes de llegar a tópico de emergencia, y deposiciones líquidas en 6 oportunidades con rasgos de sangre en una ocasión, motivo por el que acude a emergencia de Pediatría del HNSEB. Señala que el bebé cuenta con vacunas completas para la edad, y niega antecedentes de importancia.

Al examen físico en emergencia, se observa icterico, ojos hundidos, pálidos, se palpa hígado 2.5 cm debajo de reborde costal derecho.

Inicialmente, se plantean los siguientes diagnósticos:

1. Deshidratación moderada: D/C trastorno hidroelectrolítico
2. Diarrea aguda infecciosa
3. Síndrome emético
4. D/C Infección por COVID-19
5. Síndrome icterico: D/C Hepatitis

Se toman las siguientes medidas:

- NPO x 2 horas
- Dextrosa 5% 1000cc
- CINa 20% 40cc
- CIK 20% 10cc
- Ondansetrón 1.5mg PRN a vómitos
- Metamizol 200mg PRN a 38°C
- BHE
- CFV+OSA
- Pase a observación

Paciente ingresa a observación con funciones vitales estables, y se solicitan exámenes auxiliares. En el hemograma: Hemoglobina de 6.3 g/dl, plaquetas 45 000, leucocitos 20.2 x 10³ También contaba con examen de Creatinina n 1.83, glucosa de 169 mg/dl. Dentro del perfil hepático, se evidenció albúmina

en 3.8 g/dl, bilirrubina total de 3.41 mg/dl a predominio de la indirecta en 2.75 mg/dl, TGO 76 U/L, TGP 43 U/L, FA 926 U/L y GGT 7 U/L. En los electrolitos séricos: Na 127.8 mEq/L, K 3.85 mEq/L y Cl 102.25 mEq/L. Al día siguiente, hemoglobina baja a 5.5 mg/dl. Se le transfunden dos paquetes globulares y en el control post transfusión, se muestra hemoglobina de 9.4 g/dl.

Paciente pasa a hospitalización al pabellón de Pediatría, al examen físico, continúa con ictericia en piel, mucosas, edema en párpado inferior izquierdo y miembros inferiores. Se ordena control de flujo urinario y realizar exámenes de laboratorio. En piso, se plantean los diagnósticos de:

1. Síndrome hemolítico urémico
2. Falla renal aguda
3. Trombocitopenia
4. Desnutrición aguda

Al plan se agrega amlodipino 2.5 mg c/24hrs, *Saccharomyces boularis* c/24hrs y ácido fólico 0.5mg c/24hrs.

4.2. Caso clínico N°14: Enfermedad por arañazo de gato

Paciente mujer de 5 años es llevada a tópico de emergencia de Pediatría ya que madre refiere que tres días antes, la niña tuvo una caída sobre brazo derecho mientras jugaba, agrega que luego de ese evento observa la presencia de una tumoración en región axilar derecha de consistencia blanda. Dos días antes del ingreso, menciona que la masa fue aumentando de tamaño, y dificultaba la movilidad del brazo derecho por el dolor persistente. Refiere inmunizaciones completas para edad de la niña, niega antecedentes patológicos, y crianza de animales. Sin embargo, afirma que la niña le gusta jugar con las mascotas de su vecino, dos gatos y un perro.

Al examen físico, se observan escoriaciones en dorso de ambas manos. Se describen dos tumoraciones: una de 5x6 cm aproximadamente en región axilar derecha de consistencia blanda, flogótica, dolorosa a la palpación superficial y profunda, y la otra de 4x4 cm en cara interna del brazo derecho

de consistencia blanda, dolorosa a la palpación profunda, sin signos de flogosis. El resto del examen físico no revela alteraciones.

Se plantea diagnóstico de Adenopatía axilar EAD. La paciente presenta funciones vitales normales, peso de 20.5 kg, orientada y conectada con el entorno, pasa a observación para monitoreo y toma de exámenes complementarios (prueba COVID molecular, hemograma, PCR y radiografía de hombro derecho).

El manejo inicial incluyó tratamiento antibiótico con Oxacilina 380 mg EV c/8hrs, Clindamicina 100 mg EV c/8hrs, y Azitromicina 5ml VO c/24 hrs.

En los resultados del hemograma, se obtuvo leucocitos 15 400, Hemoglobina de 10.8 g/dl.

Con prueba COVID negativa, pasa a hospitalización, donde se plantean los siguientes diagnósticos:

1. Adenitis axilar-supra troclear derecha
2. D/C Bartonelosis
3. D/C Adenitis inflamatoria vs abscedada
4. Anemia leve

Se aumentó la dosis de los antibióticos. Oxacilina 1gr EV c/6hrs, Clindamicina 200mg EV c/6hrs, se agrega Dexametasona 2mg EV c/6hrs, la cual posteriormente se suspende, y se incluye Cetirizina 5mg VO c/24hrs

Se solicitaron ecografía de partes blandas axilar y supratroclear, pruebas serológicas para *Bartonella henselae*, radiografía de tórax, BK en esputo, examen de orina y examen parasitológico seriado.

Con el resultado de la ecografía, donde se aprecia lesión de márgenes irregulares con contenido sólido hipoecogénico, el mayor de 25x30 mm asociado a cambios inflamatorios, y otra lesión con hilio central que mide 14.8mm, ambos con aspecto de ganglios abscedados. Se realiza una

interconsulta a cirugía pediátrica, la cual se diagnostica como una adenitis reactiva, y concluye que paciente no presenta conducta para drenaje.

El resultado de las pruebas serológicas para Bartonelosis arrojó resultados positivos. Prueba indirecta IgG de 1:64 y prueba indirecta IgM > 1:20, los demás exámenes pedidos sin alteraciones. Por ello, se confirma diagnóstico de Bartonelosis o "Enfermedad por arañazo de gato".

4.3. Caso clínico N°15: Síndrome inflamatorio multisistémico por COVID-19

Paciente varón de 8 años, es llevado a emergencia pediátrica de la Clínica Internacional por su madre, quien refiere que paciente con un tiempo de enfermedad de 1 día, presenta fiebre cuantificada (39°C), asociada a gran malestar general, y que no cede con antipiréticos. Sin comorbilidades de importancia, se mantiene en observación. Como antecedente de importancia, el familiar informa que la paciente antecedente Covid-19 en la familia hace un mes, además cuenta con prueba IgG reactivo.

En cuanto a la exploración física al ingreso: Despierto, activo, reactivo, social. Afebril al momento del examen. Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, palidez +/-+++, inyección conjuntival. Ruidos cardiacos taquicárdicos, impresiona soplo sistólico 2/6. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, sensible/doloroso a la palpación, no masas.

Se solicita laboratorios, resaltando:

Hemoglobina: 10.9 g/dl, leucocitos 24 650 cel/UI, plaquetas 572000 cel/UI, PCR: 66.97 mg/L, dímero D:0.92 mg/L, fibrinógeno: 522 mg/DI, CPK-MB: 16 U/L, deshidrogenasa láctica: 277 U/L, ferritina 263.4 ng/ml, Pro-BNP: 720.9 pg/Ml, Troponina T <0.003 ng/ml. Con dicha analítica, la paciente es hospitalizada por síndrome febril, atribuible a MIS-C (Síndrome inflamatorio multisistémico por COVID-19).

EL paciente es ingresado a UCI para monitoreo por infusión de inmunoglobulinas. Tras la primera dosis de inmunoglobulina y pulso de Metilprednisolona, por persistencia de la fiebre y marcadores de inflamación sistémica, se le administra una segunda dosis de inmunoglobulina, además de dos pulsos más de metilprednisolona, mostrando en el transcurso de los 7 días que estuvo en UCI, disminución de la fiebre y marcadores de inflamación. Así mismo se solicitó una ecocardiografía, no mostrando mayor compromiso a ese nivel.

Con evolución lenta, el paciente es dado de alta de UCI, habiendo estado afebril por más de 48 horas, con funciones vitales en rango de normalidad, y presentado mejoría en cuanto a los marcadores de inflamación, habiendo recibido 2 dosis de Inmunoglobulina y 3 pulsos de Metilprednisolona en total, además de una dosis elevada de Aspirina en un primer momento.

En piso, paciente es estabilizado y puesto en observación durante cinco días más, manteniéndose afebril y con mejoría paulatina. Tras diez días de haber estado en piso, es dado de alta, manteniendo la prescripción de Aspirina a dosis bajas, con indicaciones de seguimiento y control posterior por consultorio externo.

4.4. Caso clínico N°16: Lupus en edad pediátrica con compromiso multisistémico

Paciente mujer de 13 años, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico hace 4 meses. Ingresó por emergencias de la clínica Internacional-Sede San Borja, por presentar fiebre, dolor de tórax y espalda, tos productiva, vómitos y anasarca. Como antecedentes de importancia presenta hipertensión secundaria. Medicación usual: Losartán, Prednisona, Ácido fólico. Niega alergias y reacción alérgica a medicamentos.

En cuanto al examen físico al ingreso:

- PA: 140/90 mmHg, FC: 118 pm, FR: 20 pm, T: 38.3 C
- Ectoscopia: en decúbito dorsal, despierta, colaboradora, aparente regular estado general, de nutrición y de hidratación
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, palidez +/+++
- Tejido celular subcutáneo: Edema generalizado
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambas bases, no ruidos agregados.
- Abdomen: RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

En cuanto a los exámenes de laboratorio a su ingreso, destacan: Hb:8.7g/dl, Leucocitos: 13570 cel/ul, Plaquetas: 728000 cel/ul, Procalcitonina: 2.15 ng/ml, Creatinina: 1.62 mg/dl, PCR: 208 mg/l, Urea: 69 mg/dl.

Paciente es hospitalizada a cargo del servicio de Pediatría en manejo conjunto con Reumatología con los siguientes diagnósticos:

1. Lupus eritematoso sistémico activo severo
2. SAF secundario
3. Hipertensión arterial
4. Desnutrición calórico-proteica
5. Corticoterapia crónica

Se solicitó ecografía, evidenciando hepatoesplenomegalia y abundante líquido libre en abdomen, asociado a distensión de asas intestinales.

La tomografía toracoabdominal mostró signos de suboclusión intestinal, dilatación de asas yeyunales, derrame pleural y pericárdico leves. Por lo

descrito anteriormente, se concluye que la paciente cursa con compromiso multisistémico de lupus (hematológico, renal y gastrointestinal).

La paciente fue ingresada a UCI-pediátrica, se procede a su estabilización hemodinámica, e inicio de pulsos de Metilprednisolona intravenosa. Se logra control progresivo de la enfermedad con Prednisona e Hidroxicloroquina, siendo dado de alta al mes.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Sergio E. Bernales es un establecimiento de salud de nivel III perteneciente al MINSA, a la jurisdicción administrativa de la Dirección de Redes Integradas en Salud - DIRIS Lima Norte. Se ubica a la altura del km 14.5 de la Avenida Túpac Amaru, en la explanada de la Huaca de “Los Kollis” en el distrito de Comas. La atención, principalmente, va dirigida a los vecinos de Carabayllo, Comas e Independencia (8).

El HNSEB cuenta con 20 especialidades Medicina Interna, Neurología, Neurocirugía, Neumología, Reumatología, Gastroenterología, Endocrinología, Nefrología, Urología, Traumatología, Oftalmología, Cirugía General, Cirugía Plástica, Pediatría, Neuropediatría, Ginecología y Alto Riesgo Obstétrico, Cardiología, Medicina Física, Psicología y Psiquiatría. Entre los servicios de apoyo para la atención se encuentra ecografías, Patología Clínica, Radiología, Banco de Sangre y Farmacia. Los servicios de Tomografía Espiral Multicorte (TEM) S/C y C/C y Resonancia se realizan mediante un convenio con la Empresa Grupo Quito S.A.C (9).

La Clínica Internacional, Sede San Borja, se encuentra ubicada en la Av. Guardia Civil, 421 - 433. Cuenta con dos edificios contiguos en los cuales se brinda atención a los pacientes. Uno de ellos es la torre ambulatoria, dedicado a consultorio y procedimientos o cirugías ambulatorias, y el otro es la torre de hospitalización, donde a su vez, se encuentran las salas de operaciones y emergencias, tanto pediátrica como de adultos.

Entre las especialidades y servicios que brinda la Clínica Internacional-Sede San Borja, están Alergología, Anestesiología, Cardiología, Centro de Endoscopias, Cirugía Bariátrica, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía Maxilofacial, Cirugía De Mamas, Cirugía de Mano, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Genética, Geriátría, Ginecología y Obstetricia, Hematología, Imágenes, Infectología, Inmunología y Alergias, Laboratorio, Lactancia Materna, Medicina Familiar, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Nutrición, Odontología, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Pediatría, Podología, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Programa “Sonrisa Total”, Terapia del Dolor, Traumatología y Urología (7).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

a. Rotación de Medicina

Manejo del caso clínico N°1: Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

Las infecciones oportunistas (IO) afectan mayormente a pacientes que se encuentran inmunosuprimidos, como el cáncer, la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), pacientes en terapia de inmunosupresión, etc (10). Las más frecuentes son las afecciones a nivel pulmonar, pudiendo ser de origen bacteriano, fúngico o viral, debiendo tener en consideración esta última en contexto de pandemia por la COVID-19. Dentro de las infecciones pulmonares producidas por hongos, las más comunes son *Pneumocystis Jirovecii* (Neumocistosis), especies de *Aspergillus* y *Cryptococcus neoformans*. (11)

La *Pneumocystis Jirovecii* se transmite de persona a persona a través de la vía aérea, la colonización asintomática del pulmón se presenta en quienes no presentan alteración del sistema inmune, convirtiéndose en reservorios asintomáticos hacia individuos inmunosuprimidos (10). A pesar de ser una infección oportunista grave en personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el uso de profilaxis y terapia antirretroviral, ha disminuido su incidencia respecto a datos epidemiológicos más antiguos (11).

El estadio final del VIH se caracteriza por la aparición de enfermedades oportunistas definitorias de SIDA o tumores raros, así como la presencia de linfocitos T CD4 menor de 200 células x mm³. Este fenómeno es conocido como debut clínico del SIDA (12), siendo la neumocistosis parte de una enfermedad definitoria de SIDA, es de gran importancia obtener un historial de infección por VIH en aquellos pacientes donde se sospeche esta patología. (10)

Las manifestaciones clínicas son de inicio gradual, como fiebre, tos, fatiga y disnea que puede agravarse en días a semanas. En algunos casos, se suele presentar pérdida de peso y dolor de pecho. En el examen físico, es usual observar taquipnea, y a la auscultación roncales y crépitos (13).

El diagnóstico es multifactorial, e incluye tanto la sospecha clínica como los factores de riesgo del paciente, exámenes de imágenes, y de laboratorio que pueden ser no específicos pero sugerentes, como niveles de deshidrogenasa láctica (DHL) elevados y la detección de β -D-glucano, el cual es útil por ser un componente de la pared de este hongo (10). El lavado broncoalveolar mediante broncoscopia permite la observación de las formas quísticas o tróficas en secreciones respiratorias, la cual brindaría el diagnóstico definitivo (13). A su vez, es un limitante en países en vías de desarrollo como el nuestro, en donde el diagnóstico final suele ser de tipo clínico-radiológico.

El patrón radiológico típico de la Neumocistosis se caracteriza por presentar un infiltrado intersticial parahiliar bilateral difuso (10). Con respecto a los hallazgos en la TEM de tórax, destacan las opacidades en vidrio esmerilado de mayor predominio en lóbulos superiores con preservación de la periferia, pudiéndose asociar a quistes pulmonares bilaterales con forma, tamaño y grosor variables con predominancia en ápices, mientras que el patrón radiológico de la infección por COVID-19, se caracteriza por presentar opacidades en forma de consolidación y en vidrio deslustrado, con distribución típicamente bilateral, periférica de predominio en campos inferiores (14).

En el caso presentado, se sospechó en primera instancia de neumonía por COVID-19, sin tener conocimiento previo del síndrome de inmunosupresión en el paciente. Se tomaron en cuenta los hallazgos encontrados en la tomografía, los cuales fueron sugestivos para el virus, estando actualmente en un contexto de pandemia.

El tratamiento para esta patología debe iniciarse en pacientes con factores de riesgo conocidos y mientras exista la sospecha clínica, pudiéndose brindar

durante la espera de los exámenes confirmatorios (10). Asimismo, debe tratarse la infección por COVID-19 tras la sospecha clínica.

Por lo tanto, consideramos de suma importancia realizar una historia clínica exhaustiva, sumada a los factores de riesgo que puedan presentar nuestros pacientes y de esta manera, hacer una correlación adecuada con exámenes de imágenes y laboratorio. Esto nos permitirá obtener un diagnóstico diferencial que nos ayude a tomar finalmente, una decisión terapéutica oportuna, que pueda cambiar variablemente el curso de la enfermedad.

Manejo del caso clínico N°2: Pancreatitis Aguda

La pancreatitis aguda es una patología frecuente en Medicina, y generalmente, su manejo es llevado a cabo por la especialidad de Gastroenterología. En nuestro país, en el año 2009, según el MINSA, se obtuvo una incidencia de 28 casos por cada cien mil habitantes, siendo la etiología biliar la causa principal en la mayoría de casos (15). La enfermedad se define como un proceso inflamatorio agudo del páncreas, que puede estar acompañado o no de fibrosis y puede traer complicaciones leves, así como también generar una falla multisistémica, e incluso la muerte.

La dolencia se debe sospechar en pacientes con dolor abdominal intenso y persistente en el cuadrante superior izquierdo y epigastrio de inicio agudo, el cual se puede irradiar a la espalda en el 50% de los casos. Sin embargo, para confirmar el diagnóstico se necesitan exámenes de laboratorio o de imágenes. En el caso presentado, se describe a un paciente joven quien refiere una clínica característica de esta patología, la cual es el dolor abdominal "en cinturón o en faja" descrito anteriormente, además de las náuseas y vómitos que menciona. De acuerdo a la clasificación, nos encontramos frente a una pancreatitis aguda leve, ya que no hay necrosis peri pancreática ni fallo orgánico (16).

Con respecto a su IMC (30.8kg/m²), según la OMS, se cataloga como Obesidad grado I. Al examen físico, se encuentran signo de Murphy (+), dolor

provocado al comprimir el hipocondrio derecho cuando el paciente realiza una inspiración profunda, característico de la colecistitis aguda. Sin embargo, se asoció al dolor irradiado y no por la presencia de esa enfermedad.

En los exámenes auxiliares, se observa leucocitosis (15.3×10^3) y un perfil hepático con valores incrementados: Fosfatasa alcalina 45 U/L, TGO 66 U/L, TGP 77 U/L, GGT 336 U/L, PCR 38.95 mg/l, lipasa 1281 mg/dl y amilasa 489 mg/dl. Esta última aumenta dentro de las 6 a 12 horas posteriores al inicio de la pancreatitis aguda, y puede volver a la normalidad dentro de tres a cinco días en casos leves. Los valores de amilasa pueden ser normales en pancreatitis causadas por alcohol o por hipertrigliceridemia. La lipasa sérica se incrementa dentro de las 4 a 8 horas posteriores al inicio de los síntomas, alcanza su pico a las 24 horas, y vuelve a la normalidad dentro de los 8 a 14 días.

En la ecografía, el páncreas puede estar agrandado de manera difusa e hipoeoico, en el caso del paciente se evidencia cuerpo pancreático de 30mm, cabeza y cola enmascarada por meteorismo y escaso líquido periesplénico. No obstante, la ecografía no precisa la extensión extrapancreática de la inflamación pancreática ni logra identificar la necrosis dentro del páncreas, como lo haría una tomografía axial computarizada con contraste o una resonancia magnética.

Para el diagnóstico de pancreatitis aguda, es necesario la presencia de dos de los siguientes tres criterios: inicio agudo de dolor intenso y persistente en epigastrio, que a menudo se irradia hacia la espalda, elevación de la lipasa o amilasa séricas tres veces o más que el límite superior de lo normal, y hallazgos característicos de la pancreatitis aguda en las imágenes (17).

La Acute physiology and chronic health evaluation (APACHE II) es una escala que confiere puntos de severidad, a lo cual agrega puntaje por edad y procesos crónicos eventualmente presentes en el paciente con pancreatitis aguda (18). El paciente en mención obtuvo un puntaje de 2, lo cual no tiene mayor repercusión.

El tratamiento con líquidos para restaurar y mantener el volumen sanguíneo circulante es una intervención fundamental en el tratamiento temprano de la pancreatitis aguda. Las modificaciones en los hábitos alimenticios y estilo de vida para restringir los triglicéridos casi siempre son exitosas, aunque pueden prescribirse fibratos en los casos de hipertrigliceridemia persistente (19).

Manejo del caso clínico N°3: SIHAD de causa farmacológica

La hiponatremia es el trastorno electrolítico más común en la práctica clínica. En condiciones normales, las concentraciones plasmáticas de sodio se mantienen dentro de un rango de 135–145 mEq/L, siendo el principal determinante de la osmolaridad sérica, la cual oscila entre 285–295 mOsm/L, por lo que ambos valores se encuentran íntimamente relacionados (20).

A su vez, el principal determinante de la concentración plasmática de sodio es el contenido plasmático de agua, que a su vez depende de la ingesta acuosa, las pérdidas insensibles y la dilución urinaria. Este último factor es el más importante, determinado principalmente por la hormona antidiurética (ADH), la cual se sintetiza en el hipotálamo, es almacenada y liberada desde la neurohipófisis en respuesta a estados de hipovolemia o hiperosmolaridad, reabsorbiendo agua a nivel de la porción final del túbulo distal, y en los túbulos colectores renales, aumentando la reabsorción de agua.

Cuando se nos presenta un caso de hiponatremia severa (valor de sodio plasmático <125 mEq/L) como en este caso clínico, en el cual a la paciente se le detectó un valor de sodio plasmático en 120 mEq/L, lo primero a evaluar es la osmolaridad plasmática, pudiendo estar elevada, normal o baja, siendo estas últimas las denominadas hiponatremias verdaderas y que son las más frecuentes.

Este tipo de hiponatremias con osmolaridad plasmática disminuida, que a su vez cursan con concentraciones urinarias de sodio bajas, se presentan en casos que cursan con deshidratación, y cuando las concentraciones de sodio

están dentro de valores normales (20 mEq/L en una muestra de orina aleatoria), en las que predomina una retención de agua.

Por otro lado, en la hiponatremia con volumen extracelular normal, donde hay edemas ni deshidratación, se produce una retención anormal de agua libre por diferentes estímulos. Es típico de pacientes hospitalizados, caso del hipotiroidismo y del síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD). Este último es un diagnóstico de exclusión, generalmente forma parte de síndromes paraneoplásicos de distintos tumores, o es secundario a medicamentos, entre otras. Debe ser supuesto en pacientes con hiponatremia (sodio < 135 mEq/L), osmolaridad urinaria > 100 mOsm/kg, osmolaridad plasmática disminuida, excreción urinaria de sodio alta (> 20 mEq/L), en ausencia de depleción de volumen, edemas, hipotensión ortostática, deshidratación, fallo cardíaco o cirrosis, y con función renal, suprarrenal y tiroidea normales (21).

En el caso clínico descrito, la paciente presenta analítica compatible con estos criterios. En un primer momento, por la edad, se buscó un posible origen neoplásico. No obstante, al no mostrarse hallazgos, se sospechó SIHAD por fármacos, teniendo en cuenta que los antidepresivos sí guardan relación con este efecto adverso. Así pues, tras la evaluación por psiquiatría y cambio pertinente de antipsicóticos, la paciente finalmente logró mejoría en cuanto a valores de sodio, confirmando el diagnóstico.

Manejo del caso clínico N°4: Celulitis en MMII izquierdo

La celulitis es una infección común de la piel y tejidos blandos. Se caracteriza por la propagación de manera difusa y no purulenta de inflamación. Por ello, se observa un edema, calor en la zona afectada, dolor, hinchazón e induración. Generalmente, la etiología corresponde a *Streptococcus* β -hemolítico del grupo A, y en segundo lugar se encuentra el *Staphylococcus aureus*, el cual genera una celulitis más localizada. El diagnóstico de la enfermedad se basa en la clínica (22).

En el caso presentado, el cuadro fue tratado con una ampolla de Diclofenaco y Dexametasona, indicada por un químico farmacéutico y no por un médico, es por ello que se hace énfasis en la constante automedicación, que en algunos casos podría ser perjudicial y causar daños graves en la persona, puesto que la enfermedad de fondo no es tratada, y peor aún si la receta es expedida por un profesional no apto para hacerla.

La paciente contaba con una ecografía que revelaba una imagen anecogénica irregular, de bordes poco definidos de 42x18.7x43.3 mm de diámetro, sugerente de un absceso, que luego fue drenada en una clínica, donde le prescribieron Metronidazol y Ciprofloxacino.

Los pacientes con absceso drenable deben someterse a incisión, drenaje y cobertura antibiótica. Sin embargo, su cuadro no remitió. En el hospital se le prescriben antibióticos por vía intravenosa, los cuales son indicados en quienes no mejoran con los antibióticos vía oral después de 24 a 48 horas, en vista que generalmente los pacientes con celulitis experimentan una mejoría sintomática dentro de las 24 a 48 horas posteriores al inicio de la terapia antimicrobiana, aunque la mejoría visible de las manifestaciones clínicas en los casos más graves puede demorar hasta 72 horas (23).

El drenaje y limpieza del absceso fueron realizadas por los internos del hospital después de una clase demostrativa de los médicos residentes. La paciente tuvo una evolución rápida y fue dada de alta al séptimo día.

La duración del tratamiento debe ser individualizada en función de la respuesta clínica de cada paciente. Por lo general, cinco a seis días de terapia son adecuados para los pacientes con celulitis no complicada, cuya infección ha mejorado dentro de este período. La extensión de la antibioticoterapia, hasta los catorce días, puede estar justificada en el contexto de una infección grave, una respuesta lenta a la terapia, o en los casos de personas inmunocomprometidas (24).

b. Rotación de Cirugía

Manejo del caso clínico N°5: Apendicitis aguda

En el HNSEB, en el departamento de Cirugía, la apendicitis es la patología más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y dada la recuperación rápida de los pacientes, la estancia hospitalaria es corta y permite el ingreso de más personas.

Habitualmente, la etiología en caso de adultos y ancianos es por coprolitos, y en caso de niños, la causa corresponde a la hiperplasia linfoide o folículos de Roux, aunque también puede generarse debido a parásitos, entre los cuales destacan *Ascaris lumbricoides*, *Trichurus trichura* y *Enterobius vermicularis*; tumores, cuerpos extraños (16).

El caso presentado es un ejemplo típico de la enfermedad por la sintomatología característica referente a la cronología de Murphy, la cual alude al dolor abdominal, que empieza en zona epigástrica, y luego de 4 a 6 horas, aproximadamente, migra a la fosa iliaca derecha. También se destaca la triada migratoria de Kocher, la cual delimita más las zonas afectadas: epigastrio, zona periumbilical y fosa iliaca derecha. Todo lo mencionado es asociado a hiporexia y fiebre, como indica el paciente.

Para la evaluación, existen varios puntos dolorosos que ayudan al diagnóstico de esta patología tal como Mc Burney, el cual se ubica entre 1/3 medio y 1/3 externo de la línea que una la espina iliaca anterosuperior derecha con el ombligo. Este punto se usa para los apéndices de localización paracecal y el punto de Lecene, para apéndices de localización retrocecal como en el caso del enfermo (25).

Con respecto a los exámenes de laboratorio, los más representativos son la leucocitosis con o sin desviación izquierda y el PCR elevado, que en este caso, también se encontraron alterados, confirmando el diagnóstico de apendicitis.

Si bien la laparoscopia tiene más beneficios con respecto a la laparotomía, como una tasa más baja de infecciones de heridas, menos dolor en el posoperatorio, estancia hospitalaria más corta; en el hospital, la mayoría de pacientes entra a sala para una apendicectomía abierta, ya que la sala para laparoscopia se reserva para casos especiales y con anticipación, los cuales generalmente son casos programados y no de emergencia (26).

Se realizó una apendicectomía abierta con una incisión transversa en fosa iliaca derecha y ligadura de base a muñón libre, y se encontró un apéndice retrocecal de +/- 8cm x 1cm necrosado en sus 2/3 distales y base indemne, lo que indica que el paciente estaba en una fase necrosada o gangrenosa, es decir en una fase complicada.

El tratamiento profiláctico con antibióticos es importante, ya que previene complicaciones como la infección de la herida operatoria y el absceso intraabdominal después de la apendicectomía, la cual debe estar basada en cubrir tanto bacilos gramnegativos como anaerobios (27).

Manejo del caso clínico N°6: Hernia umbilical incarcerada

Las hernias son protrusiones permanentes o transitorias, ubicadas a través de un orificio o debilidad de la pared abdominal. Tienen tres componentes: anillo, saco y contenido. Entre los factores de riesgo se resaltan la obesidad, edad avanzada, sexo femenino, embarazo, ascitis. En el caso descrito, la paciente es de sexo femenino, adulta mayor, además tiene obesidad, factores que la predisponen al desarrollo de hernias (28).

Generalmente, las hernias umbilicales son protrusiones asintomáticas, por lo que se debe estar alerta ante los signos de incarceramiento, el cual se puede manifestar con dolor abdominal, vómito bilioso y dolor a la palpación, con una tumoración dura que protruye a partir de la cicatriz umbilical, siendo necesaria la exploración quirúrgica inmediata, y reparación de la hernia a fin de evitar estrangulamiento (29).

Se realizó una hernioplastia umbilical a través de una incisión supraumbilical para la colocación de malla de polipropileno, y una malla supraaponeurótica para control hemostático.

Para la reparación de las hernias encarceradas, se recomienda un abordaje abierto, ya que hay evidencia de riesgo de lesión intestinal. Este se puede realizar con o sin malla. Siendo así, es el tratamiento elegido para las hernias complicadas cuyo riesgo de infección es alto.

La profilaxis antibiótica debe cubrir microorganismos grampositivos aeróbicos, estreptococos aeróbicos, estafilococos, enterococos, y se debe administrar una hora antes del momento de la incisión para mayor eficacia (30).

Manejo del caso clínico N°7: Cirugía pediátrica: Atresia de vías biliares

La atresia de vías biliares es una colangiopatía neonatal que cursa con proceso inflamatorio y fibrosis progresiva, afecta la vía biliar intrahepática extrahepática, asociada a distintos grados de lesión de parénquima hepático, dependiendo del tiempo de demora en el diagnóstico y manejo (31).

En cuanto a la incidencia, es una entidad poco frecuente, varía dependiendo del grupo poblacional, presentándose en 1-10 por cada 100 mil nacidos vivos, según literatura asiática (32); y de 1-5 por cada 20-25 mil nacidos vivos, de acuerdo a literatura americana y europea (33). No obstante, representa la causa principal de colestasis neonatal y es la indicación más frecuente de trasplante hepático durante la edad pediátrica.

Si bien la atresia de vías biliares es de etiología incierta, se describen en la literatura factores asociados como defectos en la morfogénesis durante el desarrollo embrionario; mutaciones genéticas, infecciones virales asociadas, predominando la infección por Citomegalovirus; noxas ambientales y alteraciones inmunológicas (34).

El cuadro clínico incluye ictericia colestásica que persista por encima de las 2 semanas de vida, el cual es indicativo de una evaluación más exhaustiva para

determinar el origen de la probable hepatopatía de origen biliar. Presentan además decoloración parcial (hipocolia) o total (acolia) de las deposiciones y coluria. La hepatomegalia, falla de crecimiento, coagulopatías, hemorragias, ascitis entre otros signos de falla hepática, se pueden manifestar en pacientes con compromiso más avanzado (35).

Hoy en día, el pronóstico es más alentador, con la cirugía de Kasai (hepatoportointerostomía), que se ha convertido en el pilar del tratamiento de esta patología, y que precisa además de un diagnóstico oportuno, dentro de los primeros 2 meses de vida (idealmente dentro de los primeros 45 días), para obtener resultados promisorios y prevenir la falla hepática terminal (32). Vale destacar que un correcto cuidado y seguimiento postquirúrgico determinarán el desenlace satisfactorio de una adecuada derivación biliodigestiva, prolongando así el tiempo en el que el trasplante hepático se vuelva estrictamente necesario (31).

Manejo del caso clínico N°8: Coledocolitiasis en paciente colecistectomizada

El síndrome doloroso abdominal es uno de los motivos de atención por emergencias más frecuente, siendo de vital importancia un adecuado enfoque para el diagnóstico oportuno de patologías como pancreatitis, apendicitis aguda complicadas, entre muchas otras, debido a la necesidad de una acción precoz, para evitar las complicaciones que pueden llegar a ser fulminantes.

La paciente con dolor abdominal moderado a nivel de hipocondrio derecho nos orienta a pensar en ciertas patologías, solo teniendo en cuenta la ubicación del dolor. No obstante, el antecedente de colecistectomía hace 10 años descarta el diagnóstico de colecistitis aguda, más no del resto de afecciones de la vía biliar.

Teniendo en cuenta este dato, cabe mencionar que todo paciente con síntomas pos colecistectomía, es decir con dolor persistente en hipocondrio derecho asociado o no a dispepsia con o sin ictericia, debe ser inicialmente

revalorado con correcto interrogatorio, un examen físico acucioso en busca especialmente de estigmas de enfermedad hepática. Además de solicitar pruebas hepáticas, amilasa, lipasa, así como hemograma completo, los cuales nos orientan al tipo de etiología condicionante a los síntomas que la paciente presente (36).

En este caso, la analítica destacó un patrón colestásico y billirrubinas aumentadas a predominio de bilirrubinas directas, encajando con el diagnóstico planteado en primera instancia de coledocolitiasis. Respecto a los estudios de imágenes, la colangiografía por resonancia o endoscópica es la prueba diagnóstica de elección, la cual evidencia la obstrucción. La paciente presentaba un estudio previo de colangioresonancia que pone de manifiesto litiasis múltiple a nivel de vías biliares intrahepáticas y colédoco, condicionando moderada dilatación en ambas, confirmando así el diagnóstico (37).

c. Rotación de Gineco-Obstetricia

Manejo del caso clínico N°9: Cesárea electiva

El término cesárea electiva nos hace referencia a aquella intervención programada, que se lleva a cabo antes del inicio del parto, en aquellas gestantes con patología o condición materna, fetal o por ambas partes, que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal (38).

La paciente del presente caso clínico tenía dos condiciones a considerar: una contraindicación relativa la cual es el periodo intergenésico corto (PIC: cuando el tiempo entre la fecha del último evento obstétrico, el inicio del siguiente embarazo es <18 meses), y una absoluta que es el antecedente de la miomectomía (39).

En cuanto al periodo intergenésico corto, la bibliografía señala que el riesgo de rotura uterina puede ser de alrededor del 1.5%. Entre otras de las complicaciones reportadas en un PIC <18 meses destacan el riesgo

incrementado de parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, óbito, etc. (39).

Cuando un embarazo es concebido dentro de un PIC, la reserva de micronutrientes no está del todo restaurada después de la gestación previa, lo cual puede conllevar en un síndrome de depleción materna, predisponiendo a consecuencias maternas, fetales y perinatales (39).

Por otro lado, el antecedente de cirugía uterina previa con entrada a cavidad (miomectomía) es otro factor importante a considerar, ya que es un factor de riesgo asociado a acretismo placentario, ruptura uterina, motivo por el cual se considera esta condición como una contraindicación absoluta para el parto vaginal (38).

Se tomaron todas las precauciones materno-obstétricas y por parte del área de neonatología. Finalmente, no hubo complicaciones mayores durante el acto quirúrgico, y se le brindó asesoramiento a la familia sobre los riesgos en cuanto a un posible embarazo posterior.

Manejo del caso clínico N°10: Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas hace referencia a la ruptura espontánea de la membrana corioamniótica producida antes del inicio del trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico (40).

Para el diagnóstico, se debe realizar una buena anamnesis y un adecuado examen físico que permita mostrar la acumulación visible de líquido amniótico en la vagina, cuyo olor es característico, semejante al semen o hipoclorito de sodio, o también la visualización de vérnix o meconio.

Con respecto a los exámenes auxiliares, se debe evaluar el líquido vaginal con la finalidad de obtener alcalinidad, un pH de 7.0-7.25 que se presenta con una coloración azul en el papel de nitrazina. Sin embargo, se pueden obtener falsos positivos como en casos de infecciones vaginales, sangre, semen o

examen de moco cervical. La especuloscopia se puede realizar tras la maniobra de Valsalva para verificar la rotura prematura de membranas, estimar la dilatación cervical, recoger líquido amniótico para pruebas de madurez pulmonar fetal y obtener muestras de cultivos cervicales, mientras que el tacto vaginal no se recomienda por el incremento en el riesgo de infección (41).

La ruptura prematura de membranas puede ocurrir a término (≥ 37 semanas) o antes (RPM Pretérmino tardío de 34 0/7 a 36 6/7ss, RPM Pretérmino de 24 0/7 a 33 6/7ss y RPM periviable < 24 ss).

Todo RPM se hospitaliza. En los casos de RPM a término y pretérmino tardío, se debe proceder al parto e indicar profilaxis antibiótica: Ampicilina 2grc/8hrs, también se puede usar cefalosporinas o aminoglucósidos. En RPM pretérmino, el manejo es expectante, se aplica antibioticoterapia de Ampicilina más Gentamicina o Eritromicina, se pueden usar corticoides de 24 a 34 ss y sulfato de magnesio en < 32 ss. El uso de tocolíticos depende si hay o no trabajo de parto, no se recomiendan por más de 48 hrs (42).

La paciente presentada en el caso de RPM tiene 40 semanas, se inició tratamiento con Cefazolina 1gr EV c/6 hrs, una cefalosporina de primera generación. Se debe terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes, en la paciente se induce parto, puesto que ya llevaba más de un día con la RPM y la dinámica uterina no mostraba cambios. Sin embargo, la inducción falla y se programa para cesárea.

Manejo del caso clínico N°11: Trabajo de parto disfuncional

Se define como un trabajo de parto disfuncional o distócico aquel que no se desarrolla al ritmo normal en los procesos de dilatación cervical, descenso de la presentación y expulsión del feto (43).

Estas anomalías durante el trabajo de parto condicionan un aumento en la morbilidad y mortalidad materna por el aumento de instrumentaciones, las

lesiones del canal del parto, cesáreas de urgencia. Cabe resaltar que, ante este tipo de situaciones, es prioritario por parte del médico una observación cuidadosa y evitar el intervencionismo exagerado, se recomienda el uso del partograma para lograr fácilmente su identificación.

En el presente caso clínico, el motivo para indicar una cesárea de recurso o en curso de parto, fue debido a distocia de progresión del parto, o de dilatación presentado, presentando:

Fracaso en la inducción: cuando tras 12 +/-3 horas de inducción con Oxitocina I.V., con DU adecuada (3-5 contracciones/10 minutos o 200-225 UM en un período de 10 minutos), no se hayan alcanzado condiciones establecidas de trabajo parto (dilatación cérvix \geq 4cm) y;

Fase latente prolongada: cuando han pasado más de 20 h en las nulíparas y más de 14 h en las múltiparas sin inicio de la fase activa (44).

Aunque la fase latente prolongada no suele clasificarse como un trastorno de detención, cabe suponer que el progreso normal del trabajo de parto se ha perdido. De hecho, la fase latente prolongada ha sido considerada como una forma de distocia que, por toda una serie de mecanismos desfavorables, afecta la psiquis de la paciente, exige la ejecución de acciones sanitarias encaminadas a atenderla, y ofrecerle el seguimiento médico más conveniente (43).

En cuanto a la terapéutica, se pueden aplicar dos opciones: Régimen conservador y Modalidades de tratamiento activo (**¿Cuáles son?**). Puede comentarse que el régimen conservador es el menos aceptado en esos momentos, puesto que en la mayoría de los casos implica extender la duración de un trabajo de parto potencialmente disfuncional.

Cuando no se realiza una intervención rápida al tomarse la conducta conservadora, y la fase latente progresa de forma insatisfactoria, aparecerán contracciones uterinas ineficaces que incrementan el ácido láctico tisular en

el miometrio y contribuirán, adicionalmente, a aumentar la contractilidad (¿o **contracción?**) uterina inadecuada hasta hacerla refractaria a la terapéutica.

Por tanto, mientras más tiempo dure el trabajo de parto con un patrón disfuncional, será menos probable poder corregir el problema subyacente con tratamiento médico. La OMS aprueba la conducta activa por sus mejores resultados materno-perinatales, la cual consiste en un régimen de estimulación con Oxitocina y rotura artificial de membranas. No obstante, si en las 8 horas de la conducción no pasó a fase activa para un total de 16 horas, la cesárea es pertinente, tal como fue en el caso clínico descrito (44).

Manejo del caso clínico N°12: Preeclampsia

Dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), la preeclampsia constituye una patología que ha ido en aumento en el HNSEB, específicamente en el área de hospitalización y consultorios externos de ARO (Alto Riesgo Obstétrico).

La preeclampsia se refiere al síndrome caracterizado por la aparición de hipertensión y proteinuria o hipertensión y disfunción del órgano terminal, con o sin proteinuria después de las 20 semanas de gestación. En el Perú, la incidencia de preeclampsia reportada en varios estudios oscila entre el 5 al 7% de todos los embarazos (45).

Existen muchos factores que se asocian a esta patología, tales como antecedente de preeclampsia en gestación anterior, hipertensión arterial crónica, obesidad, hiperlipidemias, diabetes mellitus, embarazo múltiple, antecedente de enfermedad renal, edad materna en los extremos de la vida reproductiva (menor de 19 años o mayor de 35 años), depresión y ansiedad, controles prenatales inadecuados, intervalo intergenésico largo, entre otros.

En el caso descrito sobre esta enfermedad, la paciente de 38 semanas de gestación ya tiene 36 años, cuenta con diagnóstico de obesidad, antecedente de cesárea anterior por preeclampsia y solo cuenta con 4 controles

prenatales; por ello, en este segundo embarazo ella estaría con más probabilidad de desarrollar nuevamente este trastorno hipertensivo del embarazo (46).

Para realizar el diagnóstico de preeclampsia, se debe encontrar por lo menos 2 medidas de presión arterial elevadas en reposo, y con por lo menos 6 horas de diferencia entre las tomas, además de la presencia de proteinuria. La paciente ingresa con una PA de 140/100 mmHg y en sus posteriores controles varían ligeramente, pero se mantienen aún altas. Sin embargo, no tiene hallazgos para catalogarla como una preeclampsia con criterios de severidad (47).

El plan para la paciente fue prepararla para cesárea de emergencia, además tratarla con Nifedipino, medicamento de elección en el tratamiento de la preeclampsia, así como también indicaron monitoreo de presión en una hoja aparte y el monitoreo fetal.

Los casos de preeclampsia/eclampsia deben ser identificados de manera precoz, ya que constituyen un problema sanitario que pueden llevar a muerte materna, de modo que así se logre reducir la tasa de mortalidad materna en nuestro país.

d. Rotación de Pediatría

Manejo del caso clínico N°13: Síndrome hemolítico urémico

El síndrome hemolítico urémico es un caso poco frecuente en los hospitales. Por ello, tanto para los residentes como para los internos fue motivo de constante aprendizaje en cuanto a los días de hospitalización del paciente. El HNSEB cuenta con un nefrólogo pediatra, quien pudo abordar el manejo del paciente antes de referirlo a otra institución.

El síndrome hemolítico urémico (SHU) cuenta con una tríada característica: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y lesión renal aguda. La causa más frecuente de esta patología pediátrica es la *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (SHU STEC), la cual afecta principalmente a los niños menores de cinco años (48).

El diagnóstico del síndrome hemolítico urémico (SHU) se basa en la presencia de la tríada clásica ya mencionada, la cual se establece a través de exámenes auxiliares como hemograma completo y frotis de sangre periférica, estudios de función renal y examen de orina:

1. Anemia hemolítica microangiopática: Dada por un nivel de hemoglobina inferior a 8 g/dL con una prueba de Coomb negativa y un frotis de sangre periférica que muestra una gran cantidad de esquistocitos
2. Trombocitopenia: caracterizada por un recuento de plaquetas inferior a 140 000/mm³
3. Lesión renal aguda: Puede manifestarse como hematuria, proteinuria, o llegar incluso a insuficiencia renal grave, la cual se identifica con niveles elevados de creatinina sérica, de nitrógeno ureico en sangre y oligoanuria. Además, se puede asociar hipertensión posterior a la administración de exceso de líquidos o transfusiones de sangre (48).

En el caso del paciente, inicialmente presentó una hemoglobina de 6.3 g/dl, plaquetas de 45 000, que se correlacionaban con petequias en torso. Asimismo, se mostró un perfil hepático alterado: bilirrubina total en 3.41, TGO 76, TGP 43, FA 926, DHL 2732 lo cual se evidenciaba con la ictericia en piel y mucosas. Además, en el examen de orina, se encontraron > 50 hematíes, se calculó el control del flujo diario urinario del paciente, se agregó la presencia de edema periorbitario y de miembros inferiores y también se encontró un índice de glucosa 169 g/dl e hiponatremia (127.8 mmol/L). Existen también síntomas gastrointestinales como la diarrea, que se manifiesta de tipo disentérica en nuestro paciente.

Para el tratamiento inicial del síndrome urémico hemolítico se pueden usar transfusiones de glóbulos rojos para la anemia y transfusión de plaquetas para pacientes que tienen sangrado clínico significativo, así como también se debe realizar un adecuado manejo de líquidos y electrolitos, para mantener un volumen intravascular apropiado y corregir anomalías electrolíticas.

Incluso puede ser necesario realizar diálisis, en especial, cuando existe un daño cardíaco o pulmonar, y se debe proporcionar a los padres un plan nutricional adecuado. A su vez, es importante valorar e individualizar la corrección de la hipertensión. Se recomienda el uso de bloqueadores de los canales de calcio como nifedipino 0.25 mg/kg o amlodipino 0.1mg/kg (49).

Con respecto a la prevención del contagio de esta enfermedad, se sugiere un adecuado lavado de manos, correcta cocción de alimentos, reconocimiento de casos para notificarlos, entre otros.

Manejo del caso clínico N°14: Enfermedad por arañazo de gato

Esta patología hace referencia a una zoonosis entre el gato y el hombre causada por la bacteria *Bartonella henselae*. El gato es el reservorio natural de esta bacteria y la transmisión a los humanos ocurre a través de la mordedura, arañazo o lamido de un gato, en cuyos glóbulos rojos y saliva se encuentra esta bacteria (50).

Generalmente, comienza con una lesión cutánea en el sitio de la inoculación, o también llamada lesión primaria, la cual se desarrolla de 3 a 10 días después de la introducción del organismo en la piel, y que puede evolucionar en fases vesiculares, eritematosas y papulares.

Esta patología se caracteriza por la presencia de una adenopatía regional dolorosa (zona cervical, inguinal y/o axilar) posterior a un rasguño, arañazo o mordedura con gatos cuando hay una infección local. Pero también se puede diseminar e infectar hígado, bazo, ojos o sistema nervioso central, donde

puede ocasionar encefalopatía, mielitis transversa, radiculitis o ataxia cerebelosa (51).

El diagnóstico de laboratorio se basa principalmente en la serología (IgG) positiva a una dilución del suero superior o igual a 1/256. Un test de IgM positivo es útil como apoyo al diagnóstico, pero uno negativo no descarta la infección. Dado que la producción de IgM es breve, menor a 3 meses, no se realiza como test diagnóstico. El cultivo es de muy baja sensibilidad ya que es un microorganismo difícil de aislar en tejidos.

Se conocen criterios diagnósticos que incluyen 3 de los 4 siguientes:

1. Contacto con gato, aun cuando el sitio de inoculación no sea visible.
2. Serología negativa para otras causas de adenopatías, aspirado estéril de un ganglio, RCP positiva y/o lesiones hepato/esplénicas visualizadas en TAC abdominal
3. IFI o EIA positivo para *B. henselae* con títulos mayores de 1:256.
4. Biopsia ganglionar con inflamación granulomatosa o una tinción de Warthin-Starry positiva (52).

El tratamiento varía dependiendo de las manifestaciones clínicas y del estado inmune del paciente. En pacientes inmunocompetentes, la enfermedad típica, en la mayoría de casos, se autolimita y se resuelve en 1 a 2 meses, requiriendo manejo con antipiréticos, analgésicos, calor local, drenaje en caso de adenitis supurada y el respectivo seguimiento.

En pacientes con adenopatías importantes se puede usar azitromicina 10 mg/kg/día por 5 días; claritromicina 15 mg/kg/día por 14 días; rifampicina 20 mg/kg/día por 2-3 semanas; ciprofloxacino 20-30 mg/kg/día por 2-3 semanas, o trimetoprim-sulfametoxazol 10 mg de trimetoprim/kg/día por 7-10 días (52).

Manejo del caso clínico N°15: Lupus en edad pediátrica con compromiso multisistémico

Se reconoce que el LES de inicio juvenil tiene un curso de la enfermedad más activo en comparación con la enfermedad de inicio en la edad adulta, como lo ocurrido en este caso. Los pacientes tienen una peor supervivencia a largo plazo (53).

La enteritis lúpica puede expresarse como la primera manifestación digestiva, es poco frecuente, la prevalencia alcanza el 0,2-2% en el total de pacientes con LES, y requiere de un alto índice de sospecha que incluye dolor abdominal (97%), vómitos (42%) y diarrea (32%); lo mencionado se completa con imágenes como la tomografía abdominal que describe el engrosamiento difuso de la pared intestinal, dilatación de asas intestinales, ensanchamiento e hipervascularización esplácnica, atenuación incrementada de la grasa mesentérica y ascitis (53).

La paciente presenta un cuadro clínico, y los exámenes complementarios de imágenes y biopsia duodenal revelan un probable diagnóstico de enteropatía autoinmune. Asimismo, la manifestación hematológica más común de LES en niños, y en adolescentes es la anemia, que, por lo general, es una enfermedad microcítica crónica.

En este caso se muestran las manifestaciones clínicas variadas de LES en un paciente pediátrico, que constituyen un reto diagnóstico por su espectro clínico heterogéneo y alternante. Sin embargo, el curso crónico y multisistémico sugirió la alerta diagnóstica, y la aplicación de un tratamiento que permitió el control progresivo de la enfermedad.

Manejo del caso clínico N°16: Síndrome inflamatorio multisistémico por COVID-19

La pandemia por Covid-19 se ha hecho presente en todas las poblaciones de pacientes, desde ancianos, a niños, con o sin morbilidades, demostrando así la vulnerabilidad en cada población.

Es así que, desde su inicio, cuando la evidencia científica era escasa, se reconocía que sus manifestaciones en niños eran generalmente menos frecuentes y graves.

No obstante, a mediados del 2020, en Estados Unidos y Reino Unido principalmente, surgieron informes sobre una presentación inflamatoria multisistémica aguda en población pediátrica, con antecedente de infección por Covid-19 IgG positivo, que presentaban en su analítica una serie de marcadores inflamatorio elevados, además del desarrollo de falla multiorgánica e incluso shock en algunos de estos pacientes. Se revelaron similitudes con la enfermedad de Kawasaki (EK), y el Síndrome de Shock Tóxico (54).

Es así que, dado el contexto de pandemia, hoy por hoy es necesaria la sospecha de este Síndrome inflamatorio multisistémico, asociado a Covid-19 en la población pediátrica que presenten este tipo de sintomatología.

La OMS define ciertos criterios para caso de MIS-C, los cuales son:

- < 19 años con fiebre \geq a 3 días
- Marcadores inflamatorios elevados
- Evidencia de infección por Sars-Cov2
- Descarte de otra probable etiología microbiana
- Afectación de, por lo menos, 2 sistemas:
 - Dermatológico (erupción, conjuntivitis no exudativa, inflamación mucocutánea).
 - Hemodinámico (hipotensión, shock)
 - Cardíaco (disfunción de miocardio, pericardio, valvular o coronario)

- Hematológico (coagulopatía)
- Digestivo (vómitos, diarrea, dolor abdominal) (55).

El paciente en cuestión contaba con todos los criterios.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Realizar el internado en contexto de pandemia fue todo un reto para nosotras, tanto en el Hospital Sergio E. Bernales como en la Clínica Internacional-San Borja. Sin embargo, a pesar de las limitaciones, se logró desarrollar un internado satisfactorio. El alto grado de profesionalismo del personal en ambas instituciones fue clave.

En primer lugar, se nos reforzó el conocimiento acerca de las medidas de bioseguridad, fundamentales en toda práctica clínica en los distintos establecimientos de salud, como medida de cuidado, tanto para nosotros como para el personal de salud, como hacia los pacientes, más aún ese año, con la pandemia y el alto riesgo de infección, al cual uno se expone al trabajar.

En el HNSEB, se habilitó un área exclusivamente para pacientes COVID, restringido para los internos. En el caso de pacientes que necesitaran operación, solo ingresaba el personal de salud necesario con los respectivos EPP y posteriormente, se desinfectaba la sala de operaciones para otras intervenciones quirúrgicas, ya que no se contaba con una propia para pacientes COVID.

Al inicio, el flujo de pacientes en los consultorios fue menor por el temor que tenían de acudir al hospital, además que estos se fueron reabriendo poco a poco, a medida que los casos de COVID disminuían. Sin embargo, en los tópicos de emergencia, ya no había espacio para atender a todas las personas que acudían y se trataba de realizar una atención rápida.

En el t3pico de Medicina, las personas incluso tenían que tomar el suero fisiol3gico, ya que los parantes no eran suficientes y los pacientes seguían llegando. Cuando ya no había capacidad, se tenía que referir a otro establecimiento. Uno de los problemas era la demora en los exámenes o procedimientos que se indicaban. Normalmente, los resultados de un hemograma tardaban dos horas y el trámite para las ecografías y tomografías en los pacientes con SIS tomaba bastante tiempo y aumentaba la espera del paciente.

Por su parte, la Clínica Internacional-Sede San Borja, no contaba con un área específica para pacientes COVID-19, siendo la Sede Lima destinada a atender ese grupo. No obstante, ante ciertas situaciones de urgencia, como una gestante con indicación de cesárea de emergencia, a la cual, durante su proceso de admisión, la prueba de antígeno resultaba positivo, su hospitalización en Sede San Borja procede de todas maneras. Además, la rotación por COVID-19, en la cual se atendió y realizó el seguimiento de pacientes por vía telefónica, fue una manera de aproximarnos a ellos, y revelar ciertos datos en cuanto a su casuística, tales como los síntomas más frecuentes, factores de riesgo más frecuentemente asociados, e incluso dudas más frecuentes.

En cuanto a las siguientes rotaciones, llevadas a cabo en la clínica, es de destacar la calidad de médicos que conforman esta institución, altamente especializados, y con herramientas diagn3sticas al alcance.

Por último, a pesar de las circunstancias, nos encontramos conformes con el número de pacientes vistos, la diversidad de casos clínicos estudiados y la participación en el seguimiento y diagn3stico. Sin duda ha sido un internado distinto, pero de mejora continua, adaptación y aprendizaje.

CONCLUSIONES

- La pandemia por SARCOV2 afectó a toda la población en general en diferentes ámbitos, siendo el sector salud uno de los más afectados, no solo a nivel profesional, donde los médicos de primera línea se enfrentaban a la masiva llegada de casos y complicaciones que desencadenó la pandemia, sino también a nivel pre profesional, tal es el caso de los internos de Medicina, para quienes hubo retraso en el inicio de prácticas y por las limitaciones establecidas por el MINSA.
- El desarrollo de los casos clínicos presentados nos permitió afianzar nuestros conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera, y participar en el proceso de seguimiento inicial del paciente, planteamiento diagnóstico, tratamiento y evolución.
- Se logró demostrar las diferencias entre el sector público y privado, siendo lo más relevante la disponibilidad de insumos y la demora en los trámites administrativos en los pacientes con SIS. Sin embargo, en ambos, la calidad de atención es satisfactoria.

RECOMENDACIONES

- El internado médico es una parte fundamental para ejercer la profesión, es por ello que se recomienda desarrollar en el tiempo establecido (1 año), de modo que se pueda rotar por las 4 especialidades, y así mejorar la preparación y aprendizaje práctico en la formación como médicos.
- Si bien hubo limitaciones en cuanto a la cantidad de pacientes, se observaron una gran variedad de casos clínicos. Depende de cada interno aprovechar el tiempo en el hospital/clínica para estar más al tanto en la historia de cada paciente.
- La deficiencia en el sistema de salud pública es una realidad de nuestro país. La falta de insumos y herramientas de apoyo médico se hicieron evidente en el sector público, representado por el hospital en cuestión, respecto al privado, representado por la clínica, haciéndose presentes en la calidad de atención percibida por los pacientes. Este aspecto debería ser mejorado para garantizar una atención integral de calidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención: Currículo y Manual del Interno. <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
2. Primer caso de coronavirus en Perú se dio en un joven procedente de Europa, confirma Martín Vizcarra [Internet]. CDC MINSA. [citado el 20 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/vigilancia-de-rumores/reporte030-2020/>
3. Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA [Internet]. [citado el 20 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>
4. Albitres-Flores y cols. 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.
5. ASIS 2017. Análisis Situacional de Salud. Hospital Sergio E. Bernales [Internet]. [citado el 20 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-principal/epidemiologia/asis/ASIS-2017.pdf>
6. Internos de Ciencias de la Salud. Medicina Humana 2021. <https://hnseb.gob.pe/repositorio-docencia/DOCENCIA/INTERNADO/INTERNOS%20DE%20MEDICINA%20HUMANA.pdf>
7. Nosotros | Centro Médico en el Perú | Clínica Internacional [Internet]. [citado el 20 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/la-clinica/>

8. Ubicación – Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Portal Institucional [Internet]. [citado el 20 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/ubicacion/>
9. Cartera de Servicios – Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Portal Institucional [Internet]. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/cartera-de-servicios/>
10. Truong J., Ashurst J. Pneumocystis Jirovecii Pneumonia. Pubmed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U. S. National Library of Medicine; February 17, 2021. [citado el 22 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482370/>
11. Fishman J. Epidemiology of Pulmonary infections in immunocompromised patients. UpToDate [Internet]. August 27, 2021. [citado el 22 de febrero del 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-pulmonary-infections-in-immunocompromised-patients?search=pneumocystis%20jirovecii&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8
12. Serra Valdes M, Oliva Venereo D. AIDS Clinical Onset and its Late Diagnosis. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Sep [citado el 22 de febrero del 2022]. 29 (3): 314-324. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252013000300009&script=sci_arttext&tlng=en
13. Sax P. Clinical Presentation and Diagnosis of Pneumocystis pulmonary infection in patients with HIV. UpToDate [Internet]. December 08, 2020. [citado el 22 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-pneumocystis-pulmonary-infection-in-patients-with-hiv?search=pneumocystis%20jirovecii&source>

14. Martínez Chamorro E, Díez Tascon A, Ibáñez Sanz L, Ossaba Vélez S, Barruel N. Diagnóstico Radiológico del paciente con COVID-19. Radiología 2021. Pubmed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U. S. National Library of Medicine; January-February; 63(1): 56–73. [citado el 22 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7685043/>
15. Jamanca-Milian H, Cano-Cardenas L. Factores pronósticos de severidad en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. RFMH. 15 de enero de 2020;20(1):14-9.
16. Principios de Cirugía S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (1 vol.). Madrid, 2010. Sabiston Tratado de Cirugía. 1341-93.
17. Management of acute pancreatitis. UpToDate [Internet]. [citado el 22 de febrero del 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
18. Míguez HMM. APACHE II. Predictores de gravedad en Pancreatitis aguda. [citado el 22 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/apacheii.pdf>
19. Guidi M. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam 2019;49(4):307-323
20. Marco Martínez, Javier. "Hiponatremia: Clasificación Y Diagnóstico Diferencial." Endocrinología Y Nutrición, vol. 57, May 2010, pp. 2–9, 10.1016/s1575-0922(10)70016-4.

21. Pedrós, Consuelo, and Josep Maria Arnau. "Hiponatremia Y SIADH Por Medicamentos." *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, vol. 45, no. 4, 1 July 2010, pp. 229–231, www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-hiponatremia-siadh-por-medicamentos-S0211139X10000855#:~:text=Hiponatremia%20y%20SIADH%20por%20medicamentos%20Diversos%20medicamentos%20se,10.1016/j.regg.2010.03.010.
22. Celulitis y absceso cutáneo: epidemiología, microbiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico - UpToDate [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2
23. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis | Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253>
24. Celulitis y absceso cutáneo en adultos: Tratamiento [citado el 22 de febrero del 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
25. Quevedo Guanche L. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Cirugía*. junio de 2007;46(2)
26. Machain Vega GM, Miranda C, Amarilla J, Bogado O, Careaga D, Guillén W, et al. Advantages and Disadvantages of videolaparoscopic surgery On Open Surgery In Cholecystectomy Performed At The Second Cathedra Of

Surgical Clinic, Hospital De Clinicas, San Lorenzo, Paraguay 2017. Rev Cir Parag. 30 de diciembre de 2017;41(3):21-32.

27. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
28. Townsend CM., Beauchamp RD., Evers BM., Mattox KL. "Sabiston Tratado de Cirugía. Fundamentos Biológicos de la práctica quirúrgica moderna". 20° Edición. Editorial Elsevier. Capítulo 44 "Hernias". Pag 1092.
29. Paul W. Appleby, MD, Tasha A. Martin, MD, William W. Hope, MD. "Umbilical Hernia Repair Overview of Approaches and Review of Literature". Surg Clin N Am. 2018. Elsevier Inc. www.surgicaltheclinics.com
30. Pico-Sánchez L, Hinojosa-Arco LC, Cuba-Castro JL, Cabrera-Bermón JM, Monje-Salazar C, Corrales-Valero E, et al. Técnicas de reparación de hernia umbilical: descripción y comparación. 2018;6
31. Ruíz N P, Aguirre R K, Mesa M C, Lara L L. Atresia biliar sindrómica en un paciente pediátrico: Reporte de caso. Rev Colomb Gastroenterol. 2015;30(4):447–55.
32. Tiao M-M, Tsai S-S, Kuo H-W, Chen C-L, Yang C-Y. Epidemiological features of biliary atresia in Taiwan, a national study 1996-2003. J Gastroenterol Hepatol. 2008;23(1):62–6.
33. Livesey E, Cortina Borja M, Sharif K, Alizai N, McClean P, Kelly D, et al. Epidemiology of biliary atresia in England and Wales (1999-2006). Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009;94(6):F451-5.
34. Tang V, Friedman JR. Biliary Disease. In: Pathobiology of Human Disease. Elsevier; 2014. p. 1887–93.

35. López D, García A, Díaz J, Zamora-Valdés D, Nachón F. Derivación bilioentérica en un centro académico de referencia estatal en México. *Cirujano General* 2015; 37 (3-4): 82-90.
36. CHEN 678 ET AL. / J ZHEJIANG, Mar 2005 "Patients' quality of life after laparoscopic or open cholecystectomy" *Journal of Zhejiang University SCIENCE* ISSN 1009-3095, Univ SCI 2005 6B(7):678-681.
37. PAUL J. PORR, PHD, JANOS SANTAY, (2004) "Post Cholecystectomy Syndrome and Magnesium Deficiency", *Journal of the American College of Nutrition*, Vol 23, No.6, 745S – 747S.
38. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. PROTOCOLO: CESÁREA. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Disponible en: GUIA CLÍNICA: (medicinafetalbarcelona.org).
39. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla- Amigo C, Ruiz RP, Norte AM. Artículo de Revisión Periodo intergenésico: Revisión de la literature [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 23 de feb de 2022]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0052.pdf>
40. Mezzabotta L. Rotura Prematura De Membranas Consenso Fasgo XXXIII Cordoba, 5 al 7 de septiembre del 2018. :16.
41. Rotura Prematura De Membranas a Término y Pretérmino. [Internet]. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>
42. Rotura prematura de membranas a término: Manejo [Internet]. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-membranes-at-term-management?search=ruptura%20prematura%20de%20membranas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

43. Nápoles Méndez D, Cutié León ER. Nuevo protocolo diagnóstico y terapéutico en la distocia de fase latente del trabajo de parto [tesis doctoral]. Santiago de Cuba: Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello"; 2008 [citado 23 Feb 2022]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/83/1/Danilo_Napoles.pdf
44. Organización Mundial de la Salud. Progreso insatisfactorio del trabajo de parto. En: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. Ginebra: OMS; 2002. p. 63-74.
45. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. octubre de 2014;60(4):385-94.
46. Rana S, Lemoine E, Granger JP, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. Circ Res. 29 de marzo de 2019;124(7):1094-112.
47. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa 255.
48. Descripción general del síndrome urémico hemolítico en niños. [Internet]. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hemolytic-uremic-syndrome-in-children?search=sindrome%20hemolitico%20uremico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
49. Tratamiento y pronóstico del síndrome urémico hemolítico (SUH) en niños por Escherichia coli productora de toxina Shiga (STEC). [Internet]. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-shiga-toxin-producing-escherichia-coli-stec-hemolytic-uremic-syndrome-hus-in-children?search=sindrome%20hemolitico%20uremico&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

50. Guías de Práctica Clínica en Pediatría [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.savainet.ec/revistas/guias_pcp_2018/files/assets/basic-html/page-4.html
51. Microbiology, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of cat scratch disease - UpToDate [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/microbiology-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cat-scratch-disease?search=ara%C3%B1azo%20de%20gato&source=search_result&selectedTitle=1~63&usage_type=default&display_rank=1
52. Tratamiento de la enfermedad por arañazo de gato - UpToDate [Internet]. [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-disease?search=ara%C3%B1azo%20de%20gato&source=search_result&selectedTitle=2~63&usage_type=default&display_rank=2
53. Reyes-Florián G, Seminario-Aliaga M, Mendoza-Cernaqué S, Luna-Muñoz C. Clinical spectrum of systemic lupus erythematosus in children. Case report. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2021;21(1):230–3. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-230.pdf>
54. Algarni AS, Alamri NM, Khayat NZ, Alabdali RA, Alsubhi RS, Alghamdi SH. Clinical practice guidelines in multisystem inflammatory syndrome (MIS-C) related to COVID-19: a critical review and recommendations. World J Pediatr [Internet]. 2022;18(2):83–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12519-021-00499-w>
55. Global COVID-19 Clinical Platform: Case Report Form for suspected cases of Multisystem inflammatory syndrome (MIS) in children and adolescents temporally related to COVID-19. WHO (World health organization)

