



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021-2022 EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS Y
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA**

**PRESENTADO POR
GRACE NICOLE TUPIA CANALES
ANDREA URQUIAGA GÁLVEZ**

**ASESORA
YANIRÉ MACEDO ALFARO**

**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 MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021-2022 EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS Y EN EL HOSPITAL SANTA ROSA**

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

PRESENTADO POR

**GRACE NICOLE TUPIA CANALES
ANDREA URQUIAGA GÁLVEZ**

**ASESORA
DRA. YANIRÉ MACEDO ALFARO**

**LIMA - PERÚ
2022**

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dr. Carlos Morales Paitan

Miembro: Dra. Graciela Pílares Barco

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Dedico todo a mi familia. A mi mamá porque sin ella nada de esto sería posible, por ser mi más claro ejemplo de amor y lucha diaria; a mis hermanos, por ser mis cómplices, mis ejemplos de unión, desprendimiento y superación. A mi padre, quien ya no me acompaña físicamente, pero sigue guiando mi camino y cuya presencia siento siempre conmigo. Y a mi tía Carmen, por ser una segunda madre y contar con su apoyo y amor siempre.

A Grace, quien es mi amiga desde el primer año y ahora tengo el honor y la alegría de cerrar esta etapa de nuestra carrera juntas. Te dedico esto por siempre brindarme tu apoyo y ser una amiga incondicional, por haber hecho un poco menos difíciles y más felices, estos 7 años de carrera.

Andrea Urquiaga Gálvez

Dedico mi estudio, mi trabajo y mi vida entera a mi familia. Mi padre, quien me alentó en todo momento y quien, por la especialidad que eligió, fue quien me recibió al mundo. A mi mamá, mi mejor amiga y desde pequeña ha estado a mi lado en cada logro, incitándome a ser una mejor persona y mejor estudiante. Gracias a mis padres por introducirme en el mundo de la salud y con todo su esfuerzo, llevarme a donde estoy el día de hoy. A mis hermanos por acompañarme y entenderme, por hacer mi vida mejor, más fácil y divertida. Para la mejor amiga y compañera de sustentación que pudo darme toda la carrera, Andrea Urquiaga. Construir una amistad como la nuestra hasta hoy, llegar a graduarnos juntas, aprendiendo una de otra en el camino, es algo que sucede una vez en la vida.

Grace Tupia

Canales

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL | 9 |
| 1. CIRUGÍA GENERAL | 9 |
| 2. MEDICINA INTERNA | 15 |
| 3. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA | 20 |
| 4. PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA | 27 |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 35 |
| CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL. | 37 |
| CIRUGIA GENERAL | 37 |
| MEDICINA INTERNA | 41 |
| GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA | 43 |
| PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA | 46 |
| CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 49 |
| CONCLUSIONES | 51 |
| RECOMENDACIONES | 53 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 54 |

RESUMEN

El internado médico se lleva a cabo durante el último año de carrera de medicina humana y es la etapa más importante pues es donde se adquiere la mayor cantidad de información y conocimiento tanto teórico como práctico, que será vital para tener un buen desempeño como médico.

Está compuesto por rotaciones en cuatro servicios: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría. Las autoras realizaron su internado en diferentes centros, una lo realizó en el Hospital Santa Rosa; y la otra, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

Ellas seleccionaron los casos clínicos según su conveniencia, dieciséis en total, cuatro por cada servicio. En este trabajo se relatan casos clínicos, incluyendo el ingreso y la hospitalización, acompañado de la descripción de los exámenes auxiliares como de laboratorio y de imagen. Además, también se comenta el tratamiento o medidas terapéuticas que se tomaron en cada caso y el estado del paciente post tratamiento.

Finalmente, se dan recomendaciones y algunas pautas necesarias para que un interno de medicina pueda lograr un internado satisfactorio y, sobre todo, provechoso.

Palabras claves: Estudiantes de Medicina; Internado; Pandemia; Equipo de Protección Personal; COVID-19; Cuarentena; Educación Médica

ABSTRACT

The medical internship is carried out during the last year of medical training and is the most important stage, since it is where the greatest amount of information and knowledge, both theoretical and practical, is acquired, which will be vital to have a good performance as a doctor.

It is made up of rotations in four services: General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine and Pediatrics. The authors carried out their internship in different centers, one was carried out in the Hospital Santa Rosa; and the other, at the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

They selected the clinical cases according to their convenience, sixteen in total four for each service. In this work, clinical cases are reported, including admission and hospitalization, accompanied by the description of auxiliary tests such as laboratory and imaging. In addition, the treatment or therapeutic measures that were taken in each case and the patient's post-treatment status are also discussed.

Finally, recommendations and some necessary guidelines are given so that a medical intern can achieve a satisfactory and, above all, profitable internship.

Key words: Students, Medical; Internship; Pandemics; Personal Protective Equipment; COVID-19; Quarantine; Education, Medical

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el último año de pregrado de la carrera de Medicina Humana de suma importancia, pues es donde el estudiante logra consolidar e integrar todos los conocimientos que adquirió durante los 6 años previos de estudio. Asimismo, permite que siga adquiriendo habilidades, destrezas y aprendiendo sobre la relación médico-paciente que es vital. Para lograr esto, el internado se realiza en establecimientos de salud, puede ser en cualquier nivel de atención, ya que en ellos se pueden encontrar los cuatro servicios en los que el interno tiene que rotar: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría.

El hospital Santa Rosa es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención de categoría III-1 ubicado en Av. Simón Bolívar 8, en el distrito de Pueblo Libre, provincia de Lima. Al pertenecer a esa categoría, tiene como responsabilidad satisfacer las necesidades de salud de la población, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada (1)(2) .

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas es un instituto especializado en oncología del tercer nivel atención de categoría III-2, ubicado en Av. Angamos 2520, en el distrito de Surquillo, provincia de Lima. Al ser de categoría III-2, se destaca la eficiencia y alta especialización que se brinda en el manejo de la prevención y tratamiento del cáncer en el país. Además, cuenta con recursos humanos especializados y tecnología de última generación al servicio de la población peruana (3).

En estos dos establecimientos de salud, las autoras realizaron su internado respectivamente y al ser centros de salud de categoría III, pudieron encontrar casos clínicos de las diferentes especialidades.

En el presente trabajo, se exponen dieciséis casos clínicos de las cuatro especialidades ya mencionadas que fueron vistos durante el internado (2021-2022). El objetivo es recalcar la importancia que tiene el internado tanto para el interno como para el sistema de salud de nuestro país. Asimismo, exponer casos de patologías muy frecuentes que podemos encontrar en el país, como se deben manejar y confirmar si en la práctica se cumple lo que se dice en la teoría.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana, en el Perú, dura 7 años, siendo el último año el internado médico. Es la etapa final y necesaria para conseguir el título de Médico Cirujano. Tiene una duración de 1 año, pero debido a la pandemia y la emergencia sanitaria, se redujo a 10 meses, iniciando el 1 de julio del 2021 y culminando el 28 de abril del 2022. Durante este año los internos tienen la oportunidad de integrar distintas disciplinas y desarrollar todas las competencias del perfil de médico cirujano que se requiere en el Perú (4).

Durante este año, los internos no solo tienen la oportunidad de seguir aprendiendo conocimientos tanto teóricos como prácticos, sino también de tener contacto directo con los pacientes, lo que los ayuda a aprender sobre la relación médico-paciente.

A continuación, se describirán 16 casos clínicos de los muchos que se vieron durante el internado.

1. CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico 1.1

Paciente varón de 44 años con historia de dolor abdominal de +- 1 mes de evolución acude por presentar dolor abdominal intenso de +-2 días acompañado de hiporexia, náuseas y vómitos y sensación de alza térmica. Por este motivo 1 día antes del ingreso, se realiza ecografía abdominal con impresión diagnóstica: Hallazgos secundarios en relación con absceso hepáticos secundario a probable colecistitis perforada. Ingiere medicamentos recetados en farmacia los acude por emergencia del HSR con resultados de ecografía abdominal realizada el día anterior al ingreso,

Antecedentes de Importancia:

- RAM: Niega
- COVID 19: 14/01/22 en resolución
- Inmunizaciones: 2 Vacunas contra COVID 19
- Ocupación: No labora hace 3 años
- Hábitos nocivos: Tabaquismo y alcoholismo de larga data. Niega otro tipo de estupefacientes.
- Familiares: Padre con HTA. Hermanos asmáticos

Examen físico: AMEG, AREN, AREH. FC 110x' , FR 22 x', PA 110/90, T: 37.8 °C

- Piel y mucosas: Caliente, húmeda, elástica. Il.cap <2". Mucosas húmedas. No se palpan adenopatías. Palidez generalizada +/-+++.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ACP. Taquipneico.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: RHA -, Rígido, no depresible. Doloroso a la palpación superficial en hemiabdomen superior a predominio de hipocondrio derecho y epigastrio. Signo de Blumberg +.
- Genitourinario: Genitales masculinos, sin alteraciones
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades pasiva y activamente
- SNC: DOTEPE. EG 14/15.

Se solicita nueva ecografía abdominal, hemograma completo y bioquímica. Se hospitaliza paciente a observación varones y se reevalúa con resultados.

Resultados

- Hemograma: Leucocitos 6810 x mm³. / Hb: 8.4 g/dl . Hto 25%. Segmentados 75%
- Perfil de coagulación: T protrombina 17.7 seg. T Tromboplastina 47.7 seg

- Bioquímica: Urea: 1267 mg/dl . Creatinina 2.53 mg/dl. Glucosa 79 mg/dl. Proteínas totales: 5.1 g/dl. Albúmina 2.0 g/dl. Bilirrubina directa 0.77 mg/dl. GGT 212 U/l. PCR: 45.70 mg/dl.
- Ecografía abdominal: Signos sugestivos de absceso hepático. Líquido libre abdomino pélvico, correlacionar con antecedentes. Hepato y esplenomegalia

Plan: Programación SOP para Laparotomía exploratoria

Caso clínico 1.2

Paciente varón de 47 años, refiere hace 5 días, dolor abdominal difuso, asociado a hiporexia, polidipsia y vómitos de contenido alimenticio +- 6 cámaras. 2 días antes del ingreso, se le agrega sensación de alza térmica y persistencia de dolor abdominal que se focaliza posteriormente a fosa iliaca derecha. Por este motivo, acude a EMG del HSR.

Antecedentes:

- RAM: Niega
- COVID 19: Niega
- Inmunizaciones: 3 Vacunas contra COVID 19
- Ocupación: Portería
- Hábitos nocivos: Tabaquismo hace 2 años. Alcohol: 1-2 veces al mes. Niega otro tipo de estupefacientes.
- Familiares: Hermana fallecida por cáncer de mama

Examen físico: AREG, AREN, AREH. FC 88x' , FR 17 x', PA 130/70, T: 36.8 °C

- Piel y mucosas: Tibia, húmeda, elástica. II.cap <2". Mucosas húmedas. No se palpan adenopatías.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ACP.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.

- Abdomen: No distendido, RHA+, B/D, doloroso a la palpación en flanco derecho, Signo del rebote - .
- Genitourinario: Hernia escrotal derecha fácilmente reductible.
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades pasiva y activamente
- SNC: LOTEP. EG 15/15.

Se solicita Hemograma, examen de orina, perfil hepático, enzimas pancreáticas, ecografía abdominal y TEM abdominal. Se hospitaliza paciente a observación varones y se reevalúa con resultados.

LABORATORIO

Glucosa basal: 393 mg/dl. PCR: 46.71. Leucocitos: 14210 x mm³. Segmentados 89%, Abastados 2% Linfocitos 4% . Plaquetas: 421000 x mm³.

Examen de orina: Proteínas 1+, Glucosa 3+, Cetonas 2+

Ecografía abdominal:

- Proceso inflamatorio en FID, se sugiere complementar con TEM Abd
- Esteatosis hepática difusa
- Hepatomegalia
- Pólipo vesicular
- No se evidencia líquido libre en cavidad abdominal

TEM Abdominal

- Engrosamiento de pared del tercio proximal y medio del colon ascendente, asociado a severos cambios inflamatorios de la grasa mesentérica, adyacente con burbujas aéreas en su interior y colección con nivel hidroaéreo en vías de formación. Llama la atención realce de paredes de apéndice cecal e incremento de volumen a considerar colitis perforada vs apendicitis perforada dentro de los diagnósticos diferenciales
- Prominente hernia inguinoescrotal derecha
- Hepatomegalia asociado a esteatosis hepática

Diagnóstico presuntivo: Abdomen agudo quirúrgico por D/C colitis perforada o D/C Apendicitis aguda + DM2 descompensada

Plan: Manejo de glicemia con escala móvil de insulina + antibioticoterapia (Ceftriaxona 2g EV C/24h + Metronidazol 500 mg c/8h) + Programación para Laparotomía exploratoria en SOP

Caso clínico 1.3

Paciente mujer de 22 años, con tiempo de enfermedad de 7 meses, caracterizado por dolor localizado en miembro inferior derecho, asociado a incremento de volumen progresivo y limitación funcional en rodilla derecha. Trae radiografía de rodilla derecha realizada en otra institución en la cual se observa lesión extensa en partes blandas en tercio distal del muslo, reacción perióstica en cortical del fémur distal, imagen en metáfisis femoral. En la tomografía de rodilla derecha de otra institución se observa lesión extensa neoformativa que compromete fémur distal con gran reacción perióstica y compromiso de partes blandas.

Antecedentes personales: HTA (-) . DM 2 (-) EPOC (-) COVID 19 (-)

Antecedentes quirúrgicos: niega

Antecedentes familiares: niega

Alergias: niega

Medicación habitual: niega

Transfusiones: ninguna

EXAMEN FÍSICO: PA: 100/80 mmHg, FC: 85x', FR: 20x', T°: 36.5°, Sat: 98% AREG, AREN, AREH, lucido, afebril , ventila espontáneamente.

- **PIEL:** Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos.
- **AP Resp:** Murmullo vesicular pasa bien en ACP. No estertores. AP
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos regulares, de buena intensidad. No soplos
- **PIEL:** Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos.
- **ABDOMEN:** No distendido. RHA (+), blando, depresible. No dolor a la palpación superficial y profunda.

- **GENITORUINARIO:** PPL(-) PRU(-). Diuresis espontánea sin esfuerzo, orina clara.
- **MMII DERECHO:** Post operada de desarticulación de miembro inferior, cadera derecha por osteosarcoma convencional de alto grado en fémur derecho, herida operatoria cubierta por gasas y vendas secas y limpias, no se evidencia secreción ni sangrado.
- **SNC:** LOTEPE. ECG: 15/15 puntos.

Caso clínico 1.4

Paciente mujer de 13 años, natural y procedente de Callao, cuya madre refiere tiempo de enfermedad 9 meses aproximadamente, de inicio brusco y curso progresivo. Inicia con malestar general asociado a dolor en MMII izquierdo intermitente. Después 4 meses, se agrega aumento de volumen y consistencia a nivel de cara anteromedial del muslo izquierdo distal, acompañado de dolor de moderada intensidad que cedía a paracetamol. En los siguientes meses, síntomas aumentan en frecuencia e intensidad, por lo que acude a otra institución, donde se le solicita ecografía de partes blandas y RMN, con resultados se refiere a paciente al INEN. La RMN muestra lesión neoformativa que compromete toda la diafisis del fémur izquierdo, con mayor componente tumoral a nivel del tercio medio y distal que se extiende hasta la epífisis distal, asociado a reacción perióstica, rompe cortical e infiltra partes blandas, envuelve estructuras vasculares.

Antecedentes personales: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: Abuelo materno con antecedente de cáncer de mama, tío materno con HTA.

Alergias: AINES

Medicación habitual: Ninguna

EXAMEN FISICO: PA: 100/70mmHg, FC: 70x', FR: 18x', T°: 36.1°, Sat: 99%
AREG, AREN, AREH, lucida, afebril , ventila espontáneamente.

- **PIEL:** Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos.
- **AP Resp:** Murmullo vesicular pasa bien en ACP. No estertores.
- **AP CV:** Ruidos cardiacos rítmicos regulares, de buena intensidad. No soplos
- **ABD:** No distendido. RHA (+), blando, depresible. No dolor a la palpación superficial y profunda.
- **GU:** PPL(-) PRU(-). Diuresis espontánea sin esfuerzo, orina clara.
- **SNC:** LOTEPE. ECG: 15/15 puntos. Miembro inferior izquierdo: masa tumoral extensa en cara antero medial del muslo izquierdo distal con 45 cm de circunferencia, asociado dolor a la palpación. Rangos articulares conservados a la movilización activa. Presencia de pulso pedio.

2. MEDICINA INTERNA

Caso clínico 2.1

Paciente varón de 20 años con tiempo de enfermedad de 3 semanas se caracteriza por epigastralgia, náuseas, vómitos, gingivorragia y epistaxis esporádica, por esta razón acude a otra institución en su ciudad natal donde le realizan hemograma con presencia de blastos y bicitopenia. Con estos resultados es referido al INEN, donde ingresa por emergencia y recibe apoyo transfusional.

EXAMEN FÍSICO ECOG 1, PA 100/60, FC 80x, T: 36.2°C, FR 20, SatO2: 99% P: 71.2Kg, T: 1.63m SC: 1.79 m2

- **Piel y Mucosas:** Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-+++, LLC < 2seg.
- **Gl. Linfáticos:** No se palpan adenopatías.
- **Tórax:** BPMV, no soplos
- **CV:** RC rítmicos regulares, no soplos.

- **ABD:** Convexo, RHA (+), Blando, distendido, no doloroso a la palpación, no se palpan masas.
- **SNC:** Despierto, LOTEPE, EG 15/15, no signos de focalización.

Se solicitan exámenes auxiliares:

LABORATORIO: Hb 6.6, GB 29.9 (Blastos 70%, Promielocitos 6%), Plaquetas 32, INR 1.44, LDH 849, Cr 60.

IMÁGENES:

- **TEM CEREBRO C/C:** Parénquima cerebral sin evidencia de lesiones expansivas ni realce patológico de las más meninges. El resto de las estructuras del encéfalo se observa dentro de parámetros normales.
- **TEM TORAX C/C:** Parénquima pulmonar sin evidencia de nódulos ni consolidaciones, no se observa derrame pleural, no se observa adenopatías mediastinales ni axilares. Estructuras óseas del tórax sin alteraciones evidentes.
- **TEM ABDOMEN C/C:** Hígado de 19 cm de altura, bazo de 12 cm, sin evidencia de lesiones focales. No se observa adenopatías retroperitoneales ni en las cadenas ilíacas, no se observa líquido libre. Resto de órganos evaluados del abdomen se observa dentro de parámetros normales. No se observan lesiones óseas secundarias.

PATOLOGÍA: AMO:

- **CM:** 87% Blastos
- **CF:** Fenotipo compatible con LMA, con diferenciación Mielomonocítica. Blastos muy patológicos 54.69%.
- **CG:** 46 XY,
t(1,11)(q21;q23)[2]/53,sl,+8,+9,+10,+13,+14,+19,+20[78]
- **PCR:** Panel molecular para LMA No detectado.

Caso clínico 2.2

Paciente varón de 18 años sin antecedentes oncológicos familiares ni

antecedentes personales con tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por deposiciones líquidas, dolor abdominal, hiporexia, malestar general, fiebre. Hace una semana se agregó epistaxis, gingivorragia y lesiones petequiales; motivo por el cual acude a otra institución donde se evidencia hemograma con pancitopenia y hemoblastosis.

EXAMEN FISICO: ECOG: 1 FR: 20 RPM PA: 113/65 FC: 76 lpm T: 36°C SatO2: 100%

- **Piel y Mucosas:** Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2s. Palidez (++/+++)
- **Tórax:** MV pasa disminuido en base de ACP. No rales
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos presentes, rítmicos, no soplos.
- **Abdomen:**, RHA +, B/D, leve dolor a la palpación.
- **SNC:** Despierto, LOTEP, no focalizado, no déficit motor ni ROT presentes.

Se solicitan exámenes auxiliares:

LABORATORIO:

HB: 7.5, Leuc: 0.26 (Neut: 0 - Blastos: 0), Plaq: 14, Cr: 36, LDH: 241 - TGO/TGP: 71/59 BT/BD: 46.6/33.5

IMÁGENES:

- **TEM CEREBRO s/c:** Quistes hora de fosa temporal derecha.
- **TEM TORAX s/c:** Proceso parenquimal inflamatorio en ACP a predominio del lóbulo inferior bilateral.
- **TEM ABDOMEN s/c:** Dilatación difusa de asas delgadas y gruesas a predominio del colon derecho con niveles hidroaéreos, a considerar íleo adinámico, no se evidencia zona de transición.

PATOLOGÍA: AMO

- **CM:** 83% blastos

- **CF:** INFORME PRELIMINAR FENOTIPO COMPATIBLE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B
- **PCR:** Pendiente regularizar
- **CG:** Pendiente validar

Caso clínico 2.3

Paciente mujer de 64 años procedente de Pueblo Libre refiere dolor torácico precordial tipo opresivo de moderada intensidad y de inicio súbito aproximadamente 12 hrs de evolución; dicho dolor se irradia a miembro superior derecho, asociado a náuseas, por este motivo acude a EMG del HSR.

Antecedentes:

- Personales: HTA hace 8 años. Hospitalizada hace 15 años por anemia, recibió transfusiones sanguíneas
- RAM: Niega
- COVID 19: en Marzo 2020 y 2021
- Inmunizaciones: 2 Vacunas contra COVID 19
- Ocupación: Jubilada
- Religión: Evangélica
- Hábitos nocivos: Alcohol: socialmente 1-2 veces al mes..
- Familiares: Madre y padre con HTA

Examen físico:

- Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menor a 2"
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, RHA+, B/D, no doloroso a la palpación profunda
- GU: PPL -, PRU -. Genitales femeninos
- SNC: LOTEP EG 15/15

Plan:

- Interconsulta a cardiología
- EKG. Enzimas cardíacas
- Hemograma, AGA y electrolitos
- Manejo antihipertensivo y antiagregantes

Enzimas cardíacas: Creatin kinasa MB: 15 / Troponina T 218.70 *

Hemograma: Hb 11.8. No otras alteraciones

AGA: Sin alteraciones

IC Cardiología: Evaluación EKG: ST rectificado I

- Diagnóstico: SICA ST NE DE ALTO RIESGO: IM STNE
- Sugerencias: Continuar doble antiagregantes
- Iniciar anticoagulación con enoxaparina , Enalapril
- Referencia para cateterismo cardíaco

ECOCARDIOGRAFÍA:

- Posible Cardiopatía isquémica con función sistólica del VI levemente disminuida. Insuficiencia aórtica moderada. Hipertrofia concéntrica del VI

Caso clínico 2.4 Paciente mujer de 36 años procedente de Breña, acude a emergencia por presentar dolor abdominal hace 3 días, localizado en epigastrio que se fue intensificando, el día del ingreso el dolor es insoportable. Presenta 4 vómitos desde hace 4 horas antes del ingreso por lo cual acude al HSR, donde presenta 4 vómitos más, es hospitalizada.

Antecedentes:

- Personales: Litiasis vesicular, pancreatitis 2020
- RAM: Niega
- COVID 19: no refiere
- Inmunizaciones: 3 Vacunas contra COVID 19
- Ocupación: Ama de casa
- Religión: Católica
- Hábitos nocivos: Niega.

- Familiares: Niega

Examen físico:

FV: PA 100/65 mmHg FC: 55 FR: 20 T:36.9 Peso: 55kg Talla: 1.55

- Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menor a 2". Celulitis en MS Derecho (Antebrazo), Onicomycosis en ambos pies
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. Crepitantes roncales y sibilantes difusos en ACP
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, RHA+, B/D, doloroso a la palpación en epigastrio
- GU: PPL -, PRU -. Genitales femeninos
- SNC: LOTEPEG 15/15

Dx presuntivo: Pancreatitis aguda biliar, litiasis vesicular

Plan: Hidratación, analgesia, IC gastroenterología, hospitalización.

Exámenes auxiliares laboratoriales

Hemograma y bioquímica: Glucosa 92, Urea 23, Na 139, Potasio 3.66 Cloro 110. Creatinina 0.52. leucocitos 12560, HB 11.5 Plaquetas 232000, TGO 106. TGP 58. FOSFATASA ALCALINA 87, GGT 157. Amilasa 1233, PCR 0.05, LIPASA 4076, Proteínas totales 5.4, albúmina 3.3, Bilirrubina total 0.97. Bilirrubina directa 0.36, bilirrubina indirecta 0.61

3. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico 3.1

Paciente mujer de 18 años, natural y procedente de Lima, acude con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 año, caracterizado por masa en flanco derecho que aumentó de tamaño progresivamente hasta ocupar todo hemiabdomen y que posteriormente se asocia a pérdida marcada de

peso (20kg los últimos meses). Por tal motivo acude a otra institución donde le realizan TEM AP : Masa abdominopélvica que impresiona depender de anexo izquierdo, de aprox. 25x25cm heterogénea, multilobulada, desplaza vísceras, no impresiona compromiso de estructuras vasculares, no adenopatías retroperitoneales, ni pélvicas, ascitis y efusión pleural leve; con dichos resultados acude al INEN. En evaluación por el departamento de Ginecología al examen físico: masa palpable extensa de 30x20cm que ocupa abdomen derecho y parte del izquierdo, genitales. Se le considera tributaria de manejo quirúrgico por lo que se decide su hospitalización

ANTECEDENTES:

G: 0 H: 0 A: 0 Menarquia: 11 años. FUR: 22.12.21 MAC: No usa PS: 01
IRS: 15 años 1er Embarazo: No aplica

ANTECEDENTES FAMILIARES: Abuela paterna. Ca estómago

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HTA (-), DM (-), ASMA (-), TBC (-)

ALERGIAS: Niega

TRANSFUSIONES: Niega

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Niega

MEDICACIÓN HABITUAL: Tramadol 50mg c/8hrs vo

EXAMEN FÍSICO: PA 113/76 mmHg FC : 70x' FR: 16x' T°: 36.6°C
Sat O2: 98%

Paciente en REG, REN, REH, ventilando espontáneamente, afebril. ECOG 1, portadora de dren pleural derecho

- **PIEL:** Turgencia y elasticidad conservada, llenado capilar < 2", palidez ++/+++
- **AP. RESP:** Tórax simétrico, Amplexación conservada, MV disminuido en bases a predominio de lado derecho
- **AP CV:** Ruidos cardiacos rítmicos, regulares de buen tono, no soplos.
- **NEUROLÓGICO:** LOTEPE, ECG: 15/15, no signos de focalización.
- **GU:** Micción espontánea, orina clara

EXAMEN REGIONAL:

- **MAMAS:** simétricas, no se palpan tumoraciones, no retracción de complejo areola-pezones (CAP), no secreción a través del pezón.
- **ADENOPATÍAS AXILARES:** negativas.
- **ABDOMEN:** RHA (+), mate a la percusión, se palpa tumoración de aprox 20cm en hipogastrio, dolorosa a la palpación, móvil
- **GE:** No sangrado.
- **TV:** paredes vaginales lisas, no lesiones, cérvix no tumoral
- **TR:** parametrios libres

Se solicitan exámenes auxiliares:

LABORATORIO:

Marcadores tumorales: Ca 125: 215, Ca 19.9: >0.5, AFP: >1.3, DHL: 2807

Caso clínico 3.2

Paciente mujer de 50 años natural y procedente de Lima, acude con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 años, refiere que por antecedente de epigastralgia y seguimiento por gastroenterología, en estudios de imagen incidentalmente describen en tomografía tumoración pélvica por lo que es enviada a Ginecología. Le realizan ecografía doppler que informa QUISTE DE OVARIO DERECHO con flujometría: ÍNDICE DE BAJA MALIGNIDAD y con esos resultados es derivada al INEN. Al examen de ingreso, en el TV se palpa tumoración aparentemente dependiente de ovario izquierdo, superficie posterior palpable de consistencia incrementada, borde superior no palpable. Asimismo se palpa adenopatía supraclavicular izquierda de 2x1cm de consistencia incrementada.

ANTECEDENTES:

G: 5 H: 4 A: 1 Menarquia: 11 años. FUR: 50 años MAC: No aplica PS: 01 IRS: 17 años 1er Embarazo: 20

ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: DM (+), HTA (-), ASMA (-), TBC (-)

ALERGIAS: Niega

TRANSFUSIONES: Niega

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Niega

MEDICACIÓN HABITUAL: Metformina 850mg vo c/24hrs

EXAMEN FÍSICO: PA 130/80 mmHg FC : 80x´ FR: 16x´ T°: 36.6°C
Sat O2: 97%

Paciente en REG, MEN, REH, ventilando espontáneamente, afebril. ECOG 1

PIEL: Turgencia y elasticidad conservada, llenado capilar < 2".

AP. RESP: Tórax simétrico, Amplexación conservada, buen pasaje de MV en ACP.

AP CV: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares de buen tono, no soplos.

NEUROLÓGICO: LOTEPE, ECG: 15/15, no signos de focalización.

GU: Micción espontánea, orina clara

EXAMEN REGIONAL:

MAMAS: Simétricas, no se palpan tumoraciones, no retracción de CAP, no secreción a través del pezón.

ADENOPATÍAS AXILARES: negativas.

ABDOMEN: abundante panículo adiposo, RHA (+), timpanismo conservado, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas por interposición de panículo

GE: vagina elástica, mediana, sin lesiones macroscópicas

TV: cérvix liso, no tumoral

TR: parametrios libres

Se solicitan exámenes auxiliares:

LABORATORIO:

Marcadores tumorales: Negativos CA 125: 5.77, CA 19.9: 5.9, CEA 0.83

IMÁGENES

- **TEM AP:** Imagen ovalada circunscrita de aspecto quístico adyacente en región anexial derecha de 8x12x7cm sin tabiques ni componente sólido. Anexo izquierdo de 2.5cm. No adenopatías.

Caso clínico 3.3

Primigesta de 19 años con 32.5ss de gestación, acude a emergencias del HSR el 20/02/22 por presentar pérdida de líquido claro que le escurre por las piernas, acompañado de contracciones uterinas hace 2 horas. Refiere haber tenido relaciones sexuales hace 7 horas. Percibe movimientos fetales, niega pérdida de sangrado vaginal. Niega SAT

Antecedentes:

- Niega patologías, ITS, RAM, hospitalizaciones, cirugías previas
- Esfera sexual y reproductiva: Menarquia 15 años. MAC: niega. IRS: 18 años. #PS:1 , RC 28/4 FUM:05/07/21 no confiable. Fórmula obstétrica: G1P0. FPP 11/04/22 por ecografía del IT (9.4ss el 10/09/21)
- Familiares: Niega. Abuela presenta antecedente de embarazo múltiple.
- Vacunas previas: Niega vacuna contra rubéola, hepatitis B, antitetánica y VPH
- CPN #03 → VDRL/RPR, tamizaje Hep. B. VIH Prueba rápida NEGATIVAS el 27/10/21. Grupo sanguíneo: A+
- Niega alcohol y otras sustancias

Examen físico:

FV: PA 113/57. FR: 16x'. FC:76 x' T: 36.5 °C. Peso: 56kg. Talla: 1.49m
IMC: 25.57.

Cabeza y cuello: Normocéfalo

Piel y faneras: T/H/E. Llenado capilar <2"

Cardiovascular: RCR, BI, no soplos audibles

Respiratorio: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados

Abdomen: AU:26cm, SPP: LCD. Tono: conservado, DU: irregular. MF: ++/+++. LCF: 145x'

Ginecológico: TV: Cérvix posterior largo, OCE permeable 1 dígito. AP: Fuera de pelvis. Especuloscopia: Se evidencia pérdida de líquido claro en OCE sin mal olor

Neurológico: LOTEPE . ROT: Conservado. EG 15/15

Diagnósticos presuntivos:

- G1P0 de 32.4 ss x UM
- APPT
- RPM pretérmino +/- 2 horas

Plan:

- IC Neonatología*
- Se hospitaliza a Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos (UCEO) para maduración pulmonar y tocolisis
- Se solicita Perfil de gestante, NST, Ecografía obstétrica y prueba antigénica COVID 19

*IC Neonatología: Se informa que se dispone de un cupo para UCI neonatal, siempre y cuando la prueba COVID 19 sea negativa. Se sugiere maduración pulmonar

- Resultados NST: Activo- reactivo 8/10
- Ecografía obstétrica: Feto único, LCI. DBP: 86.4. LF: 62.2. HC: 304 mm. CA: 286 mm. PF: 2084. LCF: 142
 - Placenta fúndica III
 - LA: ILA:12 cm. PM: 4.8.
 - Cervicometría: 17
 - Conclusión: Gestación de 32.6 ss por BF
- Perfil de gestante:
 - Glucosa: 120
 - U/Cr: 20/0.51 mg/dl
 - PCR: 1.08

- Leucocitos: 13170 x mm³ / Hb: 11.9 g/dl Hto: 36%. Segmentados: 74%. Linfocitos 18%. Retracción de coágulo completa a la hora. TS: 2 min
- Urianálisis: No proteínas, Vestigios de glucosa. Sangre 2+. Leucocitos 1-2 x campo. Hematíes 15-20 x campo. Gérmenes escasos
- Serología: HIV PR: No reactivo / Sífilis PR: No reactivo / Hepatitis B PR: Negativo

Caso clínico 3.4

Segundigesta de 28 años, 10.5 ss de gestación acude a emergencia del HSR por presentar hace 3 días náuseas y vómitos postprandiales en aproximadamente 10-15 ocasiones por día. Hoy se le agrega intolerancia oral. Niega dolor abdominal, niega SAT

Antecedentes:

- Embarazo previo hospitalizada 4 veces por hiperemesis gravídica. Niega RAM
- Cirugías previas: Cesárea 2016.
- Esfera sexual y reproductiva: Menarquia 12 años. MAC: niega. IRS: 17 años. #PS:3 , RC 28/3 FUM:05/12/21 FPP 11/09/22 por FUM. EG 10.4 ss x FUM
- G2P1001
 - G1: 2016 cesárea
 - G2: Actual
- Familiares: Madre con hipotiroidismo.
- Vacunas previas: Niega vacuna contra rubéola, hepatitis B, antitetánica y VPH
- CPN #01
- Niega alcohol y otras sustancias
- Ocupación: Vendedora

Examen físico:

FV: PA 100/60. FR: 19x'. FC:75 x' T: 36.3 °C. Peso: 85kg..

Cabeza y cuello: Normocéfalo

Piel y faneras: T/H/E. Llenado capilar <2". Mucosas semihúmedas

Cardiovascular: RCR, BI, no soplos audibles

Respiratorio: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados

Abdomen: Simétrico, RHA +, B/D. Doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio. No signos peritoneales

Ginecológico: TV: Útero en AVF +/- 9cm. OCE sin cambios. SV (-) No se palpan masas en anexos

Neurológico: LOTEPE . ROT: Conservado. EG 15/15

Diagnósticos presuntivos:

- G2P1001 de 10.4 ss x UM
- Hiperemesis gravídica
- Cesareada anterior 1 vez

Plan:

- Se hospitaliza para Alto Riesgo Obstétrico
- Reposo gástrico, hidratación, antieméticos.
- ss Eco abdominal
- ss Bioquímica, Perfil tiroideo y serológicos
- IC Psicología

Resultados:

IC Psicología: Dx: Trastorno de adaptación. Continuar soporte emocional durante estancia en servicio. Se adjuntan autorizaciones para realización de exámenes serológicos

Hemograma: Glucosa 89 mg/dl / Urea 7 / Creatinina sérica: 0.40 / Ac. Úrico 2.4 / Enzimas hepáticas y pancreáticas dentro de valores normales

Ecografía abdominal: Estudio muestra litiasis vesicular múltiple, al momento del examen no muestra signos de agudeza.

4. PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Caso clínico 4.1

Paciente mujer de 5 años, procedente de Lima, acude por emergencias del HSR traída por madre. Madre de la paciente refiere que hace 2 semanas, presentó tos productiva y rinorrea, motivo por el cual, le administran vía intramuscular glútea: AB- BRONCOL NF (Ampicilina) + Dexametasona + Clorfenamina. Desde el momento de aplicación, hasta hace 1 semana, menor presenta aumento de volumen en glúteo izquierdo, asociado a dolor en dicha zona y eritema; también, se agrega un cuadro de tos productiva por lo que acude a “Emergencias pediátricas”, recibiendo así ibuprofeno, prednisona y salbutamol. Sintomatología persiste. Un día antes del ingreso, paciente presenta incapacidad de deambular por el miembro inferior izquierdo doloroso, por lo que acude a HSR a tópico de pediatría

Antecedentes:

→ Personales

- Prenatales: 06 CPN. Intercurrencias: ITU. Suplementación de madre gestante con Calcio, sulfato ferroso y ácido fólico
- Natales: Edad gestacional: 32 ss. RPM a los 8 meses, Nacida por cesárea. Apgar 8/10, peso 2720g. Talla: Madre no recuerda. PC: refiere 34 cm
- Desarrollo psicomotor: Control cefálico al mes, C. tronco a los 6 meses. Primeros pasos y palabras al año. Control de esfínter vesical a los 2 años, control de esfínter anal a los 2 años y medio.
- Madre refiere que niña cuenta con vacunas completas hasta los 8 meses

→ Familiares y epidemiológicos

- Padres aparentemente sanos
- Niegan contacto con personas enfermas
- Ocupacionales: Madre ama de casa, padre operario de Sedapal

Examen físico: T: 36°C. FC 112x. FR 22x, Peso 22kg. Talla: 116cm. Sat O2: 98%

- Aspecto general: Paciente despierta, activa, ventilando espontáneamente, actualmente afebril

- Piel y anexos: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2".
- TCSC: No edemas
- OJOS: No secreciones, CIRLA.
- Oídos: No secreciones
- Nariz. No secreciones.
- Boca. Caries dental
- Orofaringe: No exudados
- Cuello: Cilíndrico. Tiroides no palpable
- Ganglios linfáticos: No palpables
- Abdomen: RHA +, B/D, No impresiona dolor a la palpación
- GU: PL Bilateral negativo
- Neurológico: Glasgow 15/15. Pares craneales conservador
- Motor: +++/+++. Sensibilidad ++/++. Coordinación adecuada. ROT conservados.
- Marcha; Alterada por dolor. Incapacidad para deambular

Diagnóstico presuntivo: Absceso glúteo. Caries dental

Plan: Hospitalización, ecografía de región glútea. Iniciar manejo ATB. IC odontología

Ecografía de región glútea izquierda: Colección hemático purulenta organizado que mide aprox 50x27x38mm con un volumen de 33 cc

Caso clínico 4.2

Paciente mujer de 4 años, procedente de Villa Maria del Triunfo, acude a emergencias del HSR traída por el padre. Padre de la paciente refiere 8 días antes del ingreso, notar a niña decaída, mal estado general, refiere cefalea y en ese momento no se evidencia fiebre. 5 días antes del ingreso, se le agrega fiebre de 38 a 39 C°, acudiendo a médico particular, diagnosticando infección viral e indicando así Paracetamol 5ml VO c/8hrs. Fiebre no cede y se le agrega dolor abdominal intermitente, por este motivo se le administra Repriman cada 8 horas. 4 días antes del ingreso fiebre incrementa hasta 40 °C y paciente presenta hiporexia. Acuden al Hospital de Emergencias Pediátricas, realizando exámenes auxiliares y

diagnosticando ITU, posteriormente hospitalizada. Se transfiere a la paciente a HSR ya que no se cuenta con camas en dicha institución.

→ Personales

- Prenatales: 05 CPN. Intercurrencias: Niega.
- Natales: Edad gestacional: no recuerda. Nacida por parto eutócico. Llanto inmediato. No recuerda APGAR, peso, ni talla ni PC
- Desarrollo psicomotor: Control cefálico a los 2 meses, C. tronco a los 6 meses. Primeros pasos y palabras al año. Control de esfínter vesical y anal a los 2 años
- Padres refieren vacunas completas hasta los 3 años. No cuenta con carnet al momento de entrevista
- Paciente duerme con pañal porque no tiene buen control de esfínteres
- Niega alergias, accidentes, transfusiones y enf. previas. Medicación previa: Paracetamol y metamizol

→ Familiares y epidemiológicos

- Padres aparentemente sanos. Hermano de 6 años sano
- Niegan contacto con personas enfermas
- Ocupacionales: Madre asistente de contabilidad. Padre refiere no trabajo estable.
- Mascotas: 1 perro, 1 gato.

Examen físico: T: 36.5 °C. FC 112x. FR 20x, Peso 15.9kg. Sat O2: 98%

- Aspecto general: Paciente despierta, activa, llorosa, ventilando espontáneamente, actualmente afebril
- Piel y anexos: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2".
- TCSC: No edemas
- OJOS: No secreciones, pupilas isocóricas y fotorreactivas.
- Oídos: No secreciones, CAE permeable
- Nariz. No secreciones. FN permeables
- Boca. Mucosas húmedas
- Orofaringe: No exudados
- Cuello: Cilíndrico. Tiroides no palpable

- Ganglios linfáticos: No palpables
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, MV pasa bien por ACP
- Abdomen: no distendido, RHA +, B/D, No impresiona dolor a la palpación
- GU: PL Bilateral +, PRU -
- Neurológico: Glasgow 15/15. Pares craneales conservador
- Motor: +++/+++. Sensibilidad ++/++. Coordinación adecuada. ROT conservados.
- Marcha; Alterada por dolor. Incapacidad para deambular

Exámenes auxiliares de HEP:

- Hemograma: Leucocitos 12,200 x mm³ / Segmentados 70% / PCR 19.2
- Ecografía renovesical: Conclusión → Hipertrofia renal izquierda asociada a doble sistema pielocalicial en probable relación a pielonefritis unilateral
- Urianálisis: Leucocitos >100 x campo. 0-2 hematíes x campo. Gérmenes 1+. Proteínas 1+

Diagnóstico presuntivo: Infección urinaria, pielonefritis aguda, Doble sistema pielocalicial

Plan: Hospitalización, Antibioticoterapia. Hidratación EV

Caso clínico 4.3

Paciente varón de 6 años procedente de Lima, acude por emergencias del HSR traído por su madre, quien refiere que el menor inicia cuadro de dolor abdominal y fiebre. 3 días antes del ingreso, se agregan vómitos en 8 oportunidades y deposiciones líquidas 15 veces con moco sin sangre. 2 días antes de su ingreso, persisten los vómitos y las deposiciones líquidas en 8 y 10 oportunidades respectivamente; 1 día antes de su ingreso, 7 y 10 respectivamente. El día del ingreso, nuevo pico febril, decaído, somnoliento, diuresis disminuida, náuseas, no tolera líquidos, vómitos en 8 oportunidades y 13 deposiciones líquidas con moco sin sangre. En

emergencias, se le realiza hidratación rápida, pero continúa con vómitos; por lo cual, se decide su hospitalización.

Antecedentes:

→ Personales

- Prenatales: 02 CPN. Intercurrencias: Niega. Medicinas: Niega
- Natales: Edad gestacional: a término. RPM: Niega, Nacida por cesárea por pelvis estrecha. Apgar: no recuerda, peso 3000g. Talla: Madre no recuerda. PC: no recuerda
- Desarrollo psicomotor: Madre no recuerda.
- Madre refiere que niño cuenta con vacunas incompletas
- Enfermedades previas: convulsión febril en 2 ocasiones
- Medicación previa: metamizol, ibuprofeno c/ 8h x 3 días, Trimetoprim sulfametoxazol x 3 días

→ Familiares y epidemiológicos

- Padres aparentemente sanos
- Niegan contacto con personas enfermas

Examen físico: T: 36.4°C. FC 120x. FR 28x, Peso 20kg. Talla: 118cm. Sat O2: 98%

- Aspecto general: Despierto, reactivo a estímulos, ventila espontáneamente, no distrés respiratorio.
- Piel y anexos: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2".
- TCSC: No edemas
- OJOS: No secreciones, CIRLA.
- Oídos: No secreciones
- Nariz. No secreciones.
- Boca. Caries dental
- Orofaringe: No exudados
- Cuello: central, cilíndrico, móvil. Tiroides no palpable
- Ganglios linfáticos: No se palpan adenopatías
- Abdomen: Leve distensión, RHA (+), B/D, no masas, no visceromegalia
- GU: Testículos ubicados en bolsas escrotales

- Neurológico: Glasgow 15/15. Pares craneales sin alteraciones
- Motor: +++/+++. Sensibilidad ++/++. Coordinación adecuada. ROT conservados.

Exámenes auxiliares de HEP:

- LABORATORIO: Hb 10.8, leucocitos 3880, abastonado 14, PCR 17.96 mg/dL, Sodio 130 mmol/l

Caso clínico 4.4

Paciente mujer de 3 meses de edad acompañado de su madre, la cual refiere que desde 9 días antes de su ingreso, el menor cursa con cuadro febril en varios episodios por días, llegando a temperaturas de 39 grados. Por tal motivo, acude al hospital Casemiro Ulloa donde recibe Paracetamol, pero la fiebre no cesa y es referida al hospital Santa Rosa. 2 días antes de su ingreso se agrega orina "más cargada" y maloliente. En el hospital Casemiro Ulloa, le realizan exámenes donde le diagnostican ITU y se le indica doble cobertura antibiótica (ceftriaxona + amikacina).

Antecedentes:

→ Personales

- Prenatales: 08 CPN. Intercurrencias: Sífilis, anemia, hiperémesis gravidica (1er trimestre). Medicinas: hierro + ácido fólico
- Natales: Edad gestacional: 40 semanas. RPM: Niega, Nacida por parto vaginal. Apgar: 8-9, peso 3000g. Talla: 52cm. PC: 34cm
- Desarrollo psicomotor: control cefálico 2 meses.
- Madre refiere que niño cuenta con vacunas completas hasta la fecha
- Enfermedades previas: niega
- Medicación previa: paracetamol

→ Familiares y epidemiológicos

- Padres aparentemente sanos
- Niegan contacto con personas enfermas

Examen físico: T: 36.4°C. FC 130x. FR 30x, Peso 6,4kg. Talla: -. Sat O2: 98%

- Aspecto general: Despierto, reactivo a estímulos, ventila espontáneamente, no distrés respiratorio.
- Piel y anexos: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2".
- TCSC: No edemas
- OJOS: No secreciones, CIRLA.
- Oídos: No secreciones
- Nariz. No secreciones.
- Boca. Caries dental
- Orofaringe: No exudados
- Cuello: central, cilíndrico, móvil. Tiroides no palpable
- Ganglios linfáticos: No se palpan adenopatías
- Abdomen: RHA (+), B/D, no masas, no visceromegalia
- GU: femenino, adecuado a la edad
- Neurológico: Glasgow 15/15. Pares craneales sin alteraciones
- Motor: +++/+++. Sensibilidad ++/++. Coordinación adecuada. ROT conservados.

Exámenes auxiliares del hospital Casimiro Ulloa:

- LABORATORIO: Hb 10, Hto 29.90, leucocitos 19020, plaquetas 380 000
- PCR cualitativa: Positivo
- Examen de orina: leucocitos 70 x Campo, nitritos +1
- Ecografía renal: discreta ectasia renal derecha

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), instituto oncológico de categoría III-2, fue creado con el fin de brindar atención integral a los pacientes oncológicos, sobre todo a aquellos que cuentan con escasos recursos económicos. El INEN atiende a pacientes que presenten alguna patología oncológica, tanto de naturaleza benigna como maligna (5). El interno tenía un rol importante dentro de las funciones del INEN, si bien el instituto tiene una política estricta en cuanto a las responsabilidades del interno, esto no fue impedimento para que este pueda ahondar en sus conocimientos sobre las diferentes patologías oncológicas y su manejo tanto médico como quirúrgico. En algunos servicios, se encargaba de realizar la evolución clínica, las terapéuticas, curación de heridas e incluso, asistir en algunas cirugías.

Todo lo mencionado fue de vital importancia y fueron las medidas pedagógicas que los médicos asistentes de la institución emplearon para que el interno logre sacar el máximo provecho de su internado y poder concluir la carrera de medicina humana con la mayor cantidad de conocimientos e información.

Con respecto al Hospital Santa Rosa (HSR), ubicada en el distrito de Pueblo Libre, Hospital de Tercer Nivel de atención que tiene la misión de prevenir los riesgos, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad, garantizando una atención integral a las personas, desde su concepción hasta su muerte natural, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida del paciente. Esta institución es mejor conocida por ser un hospital de referencia materna. Cuando existe una gestante en su jurisdicción con riesgo de morbilidad materna o riesgo neonatal, se refiere el caso al HSR.

El hospital cuenta con las especialidades más importantes, es una gran opción para realizar el internado. El interno tiene la responsabilidad de ejecutar el plan que el médico asistente refiere. Actualmente, son 17 internos para los 4 servicios. En Ginecología y Obstetricia, se pudo rotar por emergencias, sala de dilatación y Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos y por hospitalización de Alto riesgo obstétrico, puerperio y pacientes ginecológicas, además de realización de guardias nocturnas voluntarias donde el interno aprendía más y practicaba aún más pudiendo asistir en partos eutócicos o en cesáreas. En Cirugía General, los internos nos encontrábamos en hospitalización, con pacientes algunos complicados y crónicos y otros pacientes con una estancia corta de un día. Además, teníamos asignados días para el tópico de cirugía general, donde nuestros maestros nos enseñaban a suturar, curar, responder interconsultas, interpretar imágenes y posteriormente asistir en SOP. Durante esta rotación de cirugía general, los internos teníamos la opción de rotar por Traumatología y Ortopedia, por hospitalización y tópico de traumatología. Pediatría comprende las subrotaciones de medicina pediátrica, cirugía pediátrica y neonatología. Con respecto a Medicina Interna, los horarios son más extensos, pero se justifica con el gran volumen de pacientes y casos de manejo complejo que se cuenta en el HSR, donde cada paciente era asignado a un interno y este tenía que verificar que el plan se constatará. También en esta última especialidad, se asignaban días para Tópico de Medicina Interna, donde se tenía que discriminar si el paciente pasaba a otra especialidad o permanecía en medicina, y si era así, si era hospitalizado o era colocado en observación y posteriormente dado de alta.

El internado médico en estos dos establecimientos de salud ha sido de gran aprendizaje y crecimiento académico y personal, gracias a los médicos docentes que estuvieron siempre al pendiente de los internos y nuestra formación; gracias al personal no médico que hacían mucho menos difícil el trabajo y gracias sobre todo a los pacientes y la gran satisfacción que nos daban con tan solo unas palabras de agradecimiento.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.

En este capítulo continuaremos con el relato de los casos clínicos que se presentaron en el capítulo I. Ya teniendo el diagnóstico y cómo se llegó a este, explicaremos el manejo terapéutico que se realizó en cada uno y si fue el correcto o fue incompleto.

CIRUGIA GENERAL

Caso clínico 1.1

Reporte operatorio:

Diagnóstico preoperatorio: Abdomen agudo quirúrgico

Diagnóstico post operatorio: Peritonitis generalizada por absceso hepático roto

Operación practicada: Laparotomía exploratoria + drenaje de absceso hepático roto + lavado + drenaje (4 DPR) + bolsa de laparostomía

Hallazgos: Pus libre en cavidad en los 4 cuadrantes e interasas, aprox. 3000 cc. Absceso hepático de 10x8x6 cm, roto (+/- 1 cm) a nivel de segmento VI, con secreción purulenta y fibrina en su interior- Adherencias de epiplón a segmento VI . Fibrina abundante interasas.

Paciente en condición estable al salir de sala de operaciones. Post recuperación, paciente ingresa a UCI para monitoreo CV- respiratorio y por alteración hemodinámica. Paciente en mal estado general con cirugía abdominal extensa, que reingresará a SOP en varias oportunidades con los siguientes dx:

- IRA tipo 1: D/C derrame pleural
- Sepsis severa foco abdominal : Absceso hepático + peritonitis
- Disfunción renal aguda: D/C IRA pre renal
- Anemia crónica

- Estado hipercatabólico

Por este motivo, el plan con el paciente es colocación de CVC, oxigenoterapia, corrección de medio interno, hidratación y exámenes de control, antibioticoterapia con Meropenem 1gr c/8h. Al día siguiente, le dan de alta de UCI, pasando a cirugía general. En hospitalización de Cirugía General, paciente se encuentra estable. Se solicitan exámenes auxiliares para programar a paciente para colocación de sistema VAC o lavado y cierre de cavidad probable en PO3. Se ingresa al paciente a SOP en su PO4.

Reporte operatorio:

Diagnóstico preoperatorio: Portador de bolsa de laparostomía + D/C colección intrabdominal

Operación practicada: Retiro de bolsa de laparostomía + Lavado de cavidad y cierre de pared abdominal + drenaje (4 DPR)

Hallazgos: Paciente portador de bolsa de laparostomía que al momento se evidenció fibrina sobre epiplón y III segmento hepático, con escasa secreción serohemática en cavidad. Escasa secreción seropurulenta +/- 10cc en lecho de absceso hepático

Post sala de operaciones el paciente continúa con manejo antibiótico EV con Meropenem. Paciente evoluciona favorablemente y se va de alta en 5 días después de esta segunda intervención.

La revisión de este caso clínico es de gran utilidad para el ejercicio de complicaciones como peritonitis generalizada severa. El paciente tuvo peritonitis generalizada con un gran volumen de pus en cavidad, por este motivo se le indica lavado y colocación de bolsa de laparostomía, ya que el paciente tendría que volver a SOP para lavados frecuentes acompañado de manejo antibiótico EV agresivo. En este caso, el antibiótico de elección fue meropenem, concordando con las guías nacionales e internacionales, ya que el estado del paciente fue crítico. Este carbapenem tiene una alta

cobertura antibiótica y está asociado a disminución de mortalidad de estos pacientes, sobre todo en pacientes en estado crítico.

Caso clínico 1.2

Reporte operatorio de paciente tras SOP:

Diagnóstico preoperatorio: Abdomen agudo quirúrgico d/c apendicitis aguda

Diagnóstico post operatorio. Apendicitis aguda perforada + absceso apendicular retrocecal

Operación practicada: Laparotomía exploratoria + apendicectomía + drenaje de absceso + LCP + dren mixto

Hallazgos: Apéndice retrocecal de aprox. 12 x 1 cm gangrenado en toda su extensión perforada en tercio proximal. Base indemne. Absceso apendicular retrocecal de aproximadamente 400ml

Paciente posterior a SOP, para la sala de recuperación y luego a piso de hospitalización de cirugía general. Continúa con antibioticoterapia con Ceftriaxona + Metronidazol con las dosis indicadas anteriormente. Además, con ayuda de endocrinología, se logra manejar la glicemia del paciente con Insulina R y Metformina. La combinación antibiótica usada en este caso, es frecuente de observar en este tipo de infecciones, ya que tienen la cobertura a patógenos que invaden la cavidad abdominal, ya sea gram negativos o anaerobios. En este caso hubiera sido ideal el uso de laparoscopia ya que tiene menos complicaciones y recuperación más rápida con menor estancia hospitalaria, sin embargo, debido a la falta de accesibilidad del equipo, y duda diagnóstica en este caso, se optó por técnica abierta mediante una incisión mediana supra e infraumbilical

Caso clínico 1.3

Siguiendo con el caso número 3, la paciente es evaluada por consultorio de ortopedia oncológica el cual realizó una biopsia CORE con resultado de tejido necrótico por lo que se sugiere otra biopsia. Se hospitaliza para realizar biopsia quirúrgica en SOP. Resultado de patología: OSTEOSARCOMA CONVENCIONAL DE ALTO GRADO EN FÉMUR DERECHO; con este resultado se procedió a realizar la cirugía de desarticulación del miembro derecho y cadera derecha.

Caso clínico 1.4

En cuanto al caso número 4, se le realiza a la paciente una biopsia cuyo resultado: OSTEOSARCOMA CONVENCIONAL. Una vez confirmado el diagnóstico, la paciente es tributaria de manejo quirúrgico: desarticulación de cadera izquierda.

Los osteosarcomas son tumores malignos primarios del hueso que se caracterizan por la producción de osteoide o hueso inmaduro por parte de las células malignas (6). En cuanto a su tratamiento, este se basa en lo siguiente: edad, condición médica, localización, tamaño, grado histológico y estadio clínico del tumor. Tiene como objetivo erradicar el tumor primario y eliminar las metástasis. La enfermedad localizada requiere de resección conservadora, y se combina con radioterapia cuando son irresecables (7).

La resección quirúrgica de la lesión con márgenes amplios es el tratamiento ideal que debe realizarse siempre que sea posible, ya que la presencia de células tumorales en los márgenes de la resección, son un factor de riesgo para la recurrencia del mismo; la amputación del miembro sólo debe considerarse cuando no se le ofrece al paciente un margen satisfactorio y adecuado de seguridad con la cirugía conservadora de la extremidad (8).

En los casos presentados, las pacientes de 22 años y 13 años, presentaban lesiones extensas neofomativa con gran reacción perióstica y compromiso de partes blandas. La resección quirúrgica fue el manejo correcto para ambas, pero hubiese sido ideal la administración de quimioterapia antes de la cirugía (terapia neoadyuvante)..

MEDICINA INTERNA

Caso clínico 2.1

Se le realiza aspirado de médula ósea (AMO) + citometría de flujo (CF) con resultado: LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA DE RIESGO INTERMEDIO. Una vez confirmado el diagnóstico, se inicia quimioterapia (QT) bajo esquema inducción 3+7. Se le realizó su AMO + CF final con 32% de blastos, ante persistencia de enfermedad se decide iniciar QT INDUCCIÓN II. Se realizó AMO + CF con muestra hipocelular, por lo que se dispone nuevo AMO + CF sin evidencia de blastos patológicos. Paciente es hospitalizado para recibir 1° consolidación ARA C-HD con AMO + CF final con respuesta completa. Por lo que reingreso para recibir 2° consolidación. Se completaron estudios PRE TPH (Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos). Se obtiene resultado de AMO + CF sin evidencia de blastos patológicos. Se hospitaliza para 3era consolidación.

La leucemia mieloide aguda es una neoplasia hematológica heterogénea caracterizada por la expansión clonal de los blastos mieloides en sangre periférica, médula ósea y/u otros tejidos (9).

El INEN cuenta con un guía de práctica clínica para el tratamiento médico oncológico de la Leucemia Mieloide Aguda. Esta guía nos dice respecto al enfoque general para el tratamiento que los pacientes aptos (>60 años o pacientes seleccionados <70 años con buen estado funcional, mínima o ninguna comorbilidad) recibirán tratamiento intensivo. El tratamiento incluirá inducción y consolidación (9). En este caso, el tratamiento del paciente se basó en esa guía, razón por la cual recibe quimioterapia de inducción y consolidación.

Caso clínico 2.2

Se le realizó AMO compatible con LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA,

y ecografía abdominal con descripción de hepatomegalia e íleo adinámico probable. Es referido al INEN. La leucemia linfoblástica aguda comprende un grupo de neoplasias malignas caracterizadas por la proliferación clonal neoplásica de células progenitoras del linaje linfóide en distintos grados de diferenciación que infiltran la médula ósea y sangre periférica. La elección del tratamiento depende del subtipo molecular, riesgo, edad y condición de cada paciente siendo la poliquimioterapia asociada a tratamiento target, según el subtipo, la terapia más efectiva (10).

El INEN cuenta con un documento técnico sobre el tratamiento médico oncológico de la Leucemia Linfoblástica Aguda. Siendo el esquema de tratamiento recomendado y empleado en este caso, el siguiente (11):

Tabla 1. ESQUEMA DE TRATAMIENTO RECOMENDADO PARA LLA

| MEDICAMENTO | DOSIS | VÍA | DÍA |
|----------------------------|-----------------------|-----|--|
| PL + QT IT ARA-C | 70 MG | IT | 1 |
| VINCRISTINA | 1.5 MG /M2/ D | EV | 1,8,15,22 |
| DAUNOMICINA | 25MG/M2 | EV | 1,8,15,22 |
| L- ASPARAGINASA | 5000UI/M2 | IM | APARTIR DEL DÍA 14 C/48 HORAS POR 8 DOSIS |
| PREDNISONA | 100MG/M2/ D (60MG) | VO | 1-28 |
| PL + QT IT MTX AMO + CF | MTX: 15 MG | IT | 8,29 15, 29 |

Fuente: Guías de práctica clínica de leucemia linfática aguda, INEN 2013.

Caso clínico 2.3

Paciente con diagnóstico de SICA ST NE DE ALTO RIESGO (IMA STNE) + HTA. La paciente tiene indicado terapia antiagregante y anticoagulante, antihipertensivos: AAS, Clopidogrel, atorvastatina, isosorbide, bisoprolol, enoxaparina, captopril, Las guías actuales recomiendan dichos medicamentos. El uso de nitratos intravenosa en isquemia persistente, HTA, y falla cardiaca. Uso de betabloqueantes en las primeras 24 hrs. IECA via oral sobre todo en pacientes con congestión pulmonar o FE menor a 40%, aunque no es contraproducente usarlo en pacientes sin este tipo de congestión o con FE mayor a 40%. Antiagregantes con AAS a todos los pacientes que no tengan contraindicaciones para su uso a una dosis de carga 150-300 mg/día

Caso clínico 2.4

Se maneja el cuadro de la paciente según guías MINSa, hidratación, NPO, colocación de SNG, se manejó el dolor con Metamizol, protección gástrica con Ranitidina. El dolor se pudo haber manejado con opiáceos como Petidina, o sino fentanilo, ketorolaco, ketoprofeno o tramadol. Paciente evoluciona favorablemente y se va de alta luego de 3 días de manejo médico. Se programa en 7 días para una CPRE.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico 3.1

Paciente es diagnosticada con TUMORACIÓN ABDOMINOPÉLVICA D/C NM DE OVARIO y se le considera tributaria de manejo quirúrgico por lo que se decide su hospitalización. Paciente fue intervenida y se le realizó una anexectomía + congelación izquierda: disgerminoma y anexectomía + congelación derecha: quiste hemorrágico simple, por lo que se agrega una linfadenectomía pelviana bilateral y linfadenectomía paraaórtica. Toleró el

procedimiento y cursó en el postoperatorio sin interurrencias, se le retira dren pleural y tuvo buen manejo del dolor.

Al ser una masa palpable extensa de 30x20cm que ocupaba abdomen derecho y parte del izquierdo, la mejor opción era el manejo quirúrgico.

Los disgerminomas son relativamente poco comunes entre todas las neoplasias de ovario (representan solo aproximadamente el 2 por ciento). La mayoría de los casos (75 por ciento) surgen en adolescentes y adultos jóvenes, en quienes representan aproximadamente un tercio de todas las neoplasias malignas de ovario. El manejo quirúrgico es tanto diagnóstico como terapéutico. En general, el alcance del procedimiento quirúrgico depende de los hallazgos quirúrgicos y del deseo de la paciente de mantener la fertilidad y/o evitar la suplementación con estrógenos exógenos (12).

Las masas ováricas quísticas se presentan en lactantes, niñas y adolescentes. Pueden presentarse con síntomas o signos asociados (dolor o distensión abdominal, masa palpable) o identificarse mediante estudios de imagen. Se deben al agrandamiento de un folículo quístico o quiste funcional) o a tumores ováricos benignos o malignos. Cuando se rompe el folículo en ocasiones se produce un sangrado y tenemos el quiste ovárico hemorrágico. Es necesario un diagnóstico precoz para reducir el riesgo de torsión ovárica y mejorar el pronóstico (13).

Caso clínico 3.2

Caso es evaluado por el departamento de ginecología y con el diagnóstico de tumoración anexial derecha y para descartar NM de ovario, se le considera tributaria de manejo quirúrgico por lo que se hospitaliza. Se le realiza una anexectomía derecha + congelación: QUISTE SEROSO SIMPLE. Toleró el procedimiento y cursó en el postoperatorio sin interurrencias. Cursó con buen manejo del dolor y toleró la vía oral.

Las masas tumorales, en el hemiabdomen inferior, son un frecuente motivo de consulta ginecológica. Los quistes de ovarios y la posibilidad diagnóstica de un tumor de ovario, representan aproximadamente un 50%. Los tumores

serosos malignos y benignos representan el 30% de todos los tumores de ovario. La relación de quistes serosos malignos y benignos es de 1:9 (14). Se le realiza una anexectomía derecha para poder realizar la congelación y según el resultado decidir si se extrae el otro anexo. Al ser el resultado un quiste seroso simple, solo se realizó la anexectomía derecha.

Caso clínico 3.3

Paciente luego de monitorización en Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos, maduración pulmonar con Betametasona, antibioticoterapia con ampicilina 2gr EV c/6 horas y eritromicina 500 mg c/8horas y tocolisis, es ingresada a SOP para cesárea tras 10 horas de RPM. El manejo fue el adecuado según las guías de manejo instauradas por el MINSA. Posteriormente a la cesárea, la paciente recibe Clindamicina 900mg EV c/8hrs y Gentamicina 80g EV c/8hrs, además de Ketoprofeno 100 mg VO c/hrs y Simeticona 80 mg VO c/8hrs. Se le realizan exámenes laboratoriales control a la paciente, donde no se observan alteraciones además de una leve anemia, esperada en el puerperio.

Caso clínico 3.4

Se hospitaliza a la paciente, se le indica NPO, se coloca vía periférica con dextrosa, NaCl al 20% y KCl al 20%, además de multivitamínicos, se vigila diuresis con ayuda de sonda foley. Se indica dimenhidrinato 50 mg c/8 hrs EV, además de Tiamina 100 mg EV para evitar la encefalopatía de Wernicke. Para evitar gastritis, Ranitidina 50 mg EV c/8 hrs. También se le indicó control de peso diario y balance hidroelectrolítico. Luego de 3 días, se inició tolerancia oral, dieta líquida y luego dieta blanda. Paciente evolucionó favorablemente. El manejo se dio según la guía de MINSA. Se le incita a la paciente a cumplir con los controles prenatales en su centro de salud más cercano.

PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Caso clínico 4.1

Se le indica a la paciente Oxacilina 900 mg c/6h y Clindamicina 300 mg c/8 horas, ambos vía EV y lento y diluido. Se le agrega Metamizol 500 mg EV condicional a fiebre. Se suspende Oxacilina al 2do día ya que paciente presenta habones en tórax, cuello y espalda y posteriormente, esta cede tras la suspensión de la oxacilina. Luego se termina el esquema de Clindamicina al 7to día. En el último control ecográfico se observa disminución de tamaño hasta 1 cc por lo que se le da de alta con ATB VO y se le explican signos de alarma a familiar de paciente.

Caso clínico 4.2

En este caso, se le administró Ceftriaxona 650 mg EV lento y diluido c/12 hrs agregado a metamizol 300 mg EV .Se le solicitó hemocultivo y urocultivo al paciente. Esta terapia antibiótica es la primera opción empírica, hasta que se obtengan los resultados del urocultivo. Las cefalosporinas y aminoglucósidos están indicados como primera línea de terapia antibiótica empírica. Cefalosporinas como cefotaxima, ceftriaxona y cefepima, y aminoglucósidos como gentamicina. Este régimen se debe seguir hasta la mejoría clínica del paciente y que sea capaz de tolerar la vía oral líquida y medicamentos.

Caso clínico 4.3

Se plantean como diagnósticos presuntivos: Gastroenteritis aguda, Deshidratación corregida, Anemia, Eutrófico. El plan fue el siguiente: mantener adecuado estado de hidratación, tratamiento antibiótico, iniciar dieta.

Se le realiza reacción inflamatoria: leucocitos 12-15 xC. Se le inicia ceftriaxona. Al 3er día de antibiótico, cursa afebril, ya no presenta diarrea ni vómitos.

La Gastroenteritis Aguda infecciosa es una patología frecuente, especialmente en niños menores de cinco años y adultos mayores. Generalmente, son cuadros autolimitados y cuyo manejo debe centrarse en la reposición hidroelectrolítica de acuerdo al grado de deshidratación (15). En un cuadro de deshidratación como el que presentaba el paciente, al presentar tantos vómitos y deposiciones líquidas, la pérdida de líquidos y electrolitos es importante, por lo tanto, es vital que se realice una reposición hidroelectrolítica, lo cual sí se realizó.

En cuanto al antibiótico, se indicó ceftriaxona que generalmente se indica en casos de diarrea inflamatoria (16). También se indica esta cefalosporina de tercera generación cuando el agente etiológico es una *Escherichia coli* diarreogénica (*E. coli* enterohemorrágica y *E. Coli* enterotoxigénica (15).

Caso clínico 4.4

Se plantean como diagnósticos presuntivos: Pielonefritis aguda, eutrófica, anemia leve. Con estos diagnósticos, se decide el plan de trabajo que fue el siguiente: continuar tratamiento antibiótico endovenoso. Se le sigue dando ceftriaxona 600mg EV y paracetamol 18 gota VO PRN o fiebre.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son un problema clínico frecuente e importante en la infancia. Las infecciones de las vías urinarias superiores (pielonefritis aguda) pueden provocar cicatrización renal, hipertensión y nefropatía terminal. Los niños con pielonefritis tienden a presentar fiebre.

Para los niños con alta probabilidad de afectación renal (es decir, fiebre >39 °C con o sin dolor de espalda) o inmunodeficiencia, generalmente se usa una cefalosporina de segunda generación o de tercera generación. Las cefalosporinas como la ceftriaxona y los aminoglucósidos son agentes parenterales de primera línea apropiados para el tratamiento empírico de la UTI en niños. En este caso se utilizó ceftriaxona endovenoso (17).

El tratamiento elegido fue el correcto, pues se usó tanto una cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona) y un aminoglucósido (amikacina) como tratamiento empírico ya que aún no se tenía el resultado del urocultivo.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado empezó el 01 de julio el 2021 con muchas incertidumbres, pues el país seguía en estado de emergencia. Muchas cosas cambiaron debido a la pandemia, antes de ella, los internos prácticamente vivían en los hospitales donde estaban realizando su internado e incluso hacían guardias nocturnas los 365 días del año. Este año no fue así, en algunos servicios respetaban los lineamientos que decía que el internado debía ser de lunes a sábados y de 07:00am a 01:00pm, siempre pensando en nuestro cuidado y bienestar. Si bien las horas de internado se redujeron drásticamente comparado con años anteriores, las ganas de aprender y ayudar siempre estuvieron.

Durante este internado, se aprendió mucho y también se aprendió a lidiar con el cansancio, que muchas veces era debido a los trámites administrativos por los que tenías que recorrer todo el hospital, e incluso eran estos los que ocasionaban más cansancio que los procedimientos médicos en sí. El interno tiene diversas funciones, puede evolucionar en las mañanas, puede llevar a un paciente en sillas de ruedas a que le tomen una radiografía o cualquier examen auxiliar que necesite, puede realizar curaciones, puede sacar análisis de gases arteriales, suturar, poner sondas, realizar paracentesis, entre otras funciones. También, tiene la posibilidad de ingresar a sala de operaciones, no solo para ver la cirugía sino para incluso asistir al cirujano.

Otra cosa a mencionar sobre este internado durante la pandemia es el hecho de tener que mantener una distancia con los pacientes, incluso en algunos pisos del INEN, no dejaban entrar internos a los cuartos, ya que solo el médico tratante podía ingresar. Esta distancia muchas veces dificultaba el ver cómo el paciente evolucionaba o hacerle seguimiento, lo cual era frustrante. Además, hay que tener en cuenta que se tenía que usar todo el tiempo mascarilla y muchas veces, el mandilón, que si bien es cierto que era para nuestra protección y la de los pacientes, estos provocaban un mayor cansancio pues en épocas de calor, era casi asfixiante.

El internado también ayuda a darte cuenta de la carencia que presenta nuestro sistema de salud y lo mucho que nos falta alcanzar como país, carencias que se agravaron con la situación del coronavirus. No es posible que un paciente tenga que esperar tanto tiempo para una cita, para un examen de laboratorio o incluso, para una cirugía.

Por otro lado, hay cosas que destacar, como por ejemplo, la existencia del SIS. Es gratificante ver como pacientes con escasos recursos económicos, pueden atenderse, recibir tratamiento tanto médico como quirúrgico y no tener que emplear casi nada o nada de dinero. La salud es un derecho y no debería ser limitado a personas con medios económicos.

Finalmente, tal vez este no fue el internado común que solía haber, pero fue el que nos tocó hacer. Dependía de nosotras, las autoras, sacarle el máximo provecho a cada día y oportunidad que tuviéramos de aprender y ayudar, y consideramos que así fue. Han sido casi 10 meses de aprendizaje continuo, de experiencias que no olvidaremos y sobre todo, de conocimientos adquiridos que estamos seguras nos servirán a lo largo de toda nuestra formación como médicos especialistas.

CONCLUSIONES

En el internado médico aplicamos los conocimientos obtenidos en toda nuestra vida. Es una etapa donde demostramos nuestro desarrollo no solo académico, sino personal. Una etapa llena de fatiga pero mucha satisfacción a la vez. Una etapa donde podemos observar en primera persona la realidad de nuestro país, de su población y el sistema de salud. Una etapa donde crecemos en conocimiento y a su vez, crecemos como personas.

La medicina está en constante actualización. Todos los días se descubre, investiga y propone algo nuevo en nuestro campo. Estos cambios, suelen aplicarse a países del primer mundo, donde los recursos no son limitados. Pero la realidad de nuestro país es distinta. Pacientes con cierta patología, que queremos darle el mejor manejo actual y trato posible, pero no se cuenta con cierto medicamento o cierto equipo o cierto ambiente. A nosotros como internos, nos corresponde trabajar con lo que tenemos a la mano, realizar el plan instaurado por el médico asistente de la forma más eficaz posible. Somos una pieza clave para el cuidado de los pacientes, somos quienes reportan el estado del paciente, quienes tenemos que observar de forma detallada a cada uno de ellos.

En este trabajo son básicas las relaciones interpersonales. Esto no sería posible sin todas las piezas que constituyen el hospital, nosotros como internos y casi médicos, qué haríamos sin el personal técnico, los licenciados, el personal de seguridad y limpieza. Todos son claves, sin alguno de ellos, no se podría dar la mejor atención a nuestros pacientes. Es por esto que es fundamental tener una relación con cada uno de ellos que conlleve respeto, empatía y comunicación, sobre todo esto último. Colaborar con todos ellos es nuestro deber para con el paciente.

Para finalizar, en contexto COVID 19, el internado ha sido una de las etapas más difíciles de nuestra carrera, las fallas administrativas salen a relucir gracias a esta pandemia, aun así, como internos, hemos podido superar cualquier inconveniente con el fin de llegar a ser excelentes médicos egresados de la Universidad de San Martín de Porres.

RECOMENDACIONES

- Incrementar la oferta de plazas hospitalarias. Sedes que garanticen la realización de las cuatro grandes especialidades. Sedes donde se observen las patologías más frecuentes como médicos aún no especialistas.
- Uniformizar el horario de trabajo en todos los hospitales, para que no existan diferencias entre sedes. Que este horario sí sea respetado por igual en todos los establecimientos de salud.
- Actualmente, el internado médico se dio en 10 meses. En su mayoría, 5 meses fueron en el Primer Nivel de Atención, y los otros 5 meses, en Hospitales del III nivel para arriba. Creemos firmemente que la cantidad de meses no es suficiente para realizar las 4 grandes especialidades. Recomendamos que el internado vuelva a ser 12 meses, de los cuales 10 sean en hospitales y los otros 2 meses, en centros de salud.
- Ampliar la disponibilidad de fármacos e insumos en los establecimientos de salud, y que todos estos, sean cubiertos por el SIS.
- Implementar nuevos ambientes exclusivos para el descanso de los internos durante las guardias. También ambientes para la colocación de EPP cumpliendo las normas de bioseguridad

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Varios autores. Transferencia de gestión del Hospital Santa Rosa [Internet]. Informe para la transferencia de gestión; [Citado el 2 de febrero de 2022] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1751523/DGGOS-%20Hospital%20Santa%20%20Rosa.pdf>
2. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Norma técnica: Categorías de establecimientos del sector Salud. [Internet]. NT N°021 MINSA/DGSP V.01. 2004 [Citado el 2 de febrero de 2022] Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Normas%20relacionadas%20para%20la%20Verificaci%C3%B3n%20Sanitaria/15%20RM%20769-2004%20Categor%C3%ADas%20Establecimientos%20de%20Salud.pdf
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). INEN obtiene máxima categorización en nivel de atención que otorga el ministerio de salud [Internet]. Portal de transparencia estándar INEN. 2019 [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/inen-obtiene-maxima-categorizacion-en-nivel-de-atencion-que-otorga-el-ministerio-de-salud/>
4. Asociación Peruana de Facultades de Medicina ASPEFAM. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención: Currículo y Manual del Interno [Internet]. Serie Educación Médica N°5. [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>

5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN. Reseña Histórica [Internet]. Portal de transparencia estándar INEN. 2019 [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
6. Janeway K, Maki R. Chemotherapy and radiation therapy in the management of osteosarcoma [Internet]. Uptodate 2021 [Citado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/chemotherapy-and-radiation-therapy-in-the-management-of-osteosarcoma?search=osteosarcoma%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~129&usage_type=default&display_rank=1
7. Palmerín Bucio M, Atencio Chan A. Osteosarcoma de superficie de alto grado. Reporte de un caso [Internet]. Elsevier. 2012 [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-osteosarcoma-superficie-alto-grado-reporte-X1665920112439439>
8. Pontillo AF, Pontillo M de LV de F, Pascual Pontillo C. Desarticulación de cadera por sarcoma sinovial monofásico. Caso clínico [Internet]. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo. 2014 [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382014000200004
9. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, Dirección de Medicina, Departamento de Oncología Médica Guías De Práctica Clínica De LMA 2013 [Internet]. Resolución Jefatural N°650-2013-5/INEN. [Citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/03072014_GU%C3%8DA_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_LEUCEMIA_MIELOIDE_AGUDA.pdf
10. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, Dirección de Medicina, Departamento de Oncología Médica Documento técnico: Tratamiento médico oncológico de la Leucemia Linfoblástica aguda

en adolescentes y adultos. [Internet]. Resolución Jefatural 650-2013-182019. [Citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/10/RJ-364-2019.pdf>

11. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, Dirección de Medicina, Departamento de Oncología Médica. Guías De Práctica Clínica De Leucemia Linfática Aguda [Internet] Norma técnica N°2122014 .2013. [Citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/02122014_GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DE_LEUCEMIA_LINFATICA_AGUDA.pdf
12. Woodruff JD, Protos P, Peterson WF. Ovarian teratomas. Relationship of histologic and ontogenic factors to prognosis [Internet]. Am J Obstet Gynecol 2018 [Citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4176444/>
13. Marc R Laufer, MD. Ovarian cysts in infants, children, and adolescents [Internet]. UpToDate 2021. [Citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ovarian-cysts-in-infants-children-and-adolescents?search=quiste%20hemorr%C3%A1gico%20de%20ovario&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1
14. Díaz Díaz José Daniel, Vázquez Vázquez Jesús, Ordóñez Álvarez Lázaro Yoan, Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho. Reporte de un caso [Internet]. ccm vol.22 no.1 Holguín 2018 [Citado el 12 de febrero de 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100015&lng=es
15. A. Yalda Lucero. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos [Internet] Revista Médica Clínica Las Condes. ELSEVIER 2014. [Citado el 07 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica->

clinica-las-condes-202-articulo-etilogia-manejo-gastroenteritis-aguda-infecciosa-S071686401470063X

16. Albert de la Torre L. Guía ABE. Tratamiento de las infecciones en Pediatría Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Internet] Infomed - Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas 2019 [Citado el 05 de febrero de 2022]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/
17. Nader Shaikh, MD Alejandro Hoberman, MD. Urinary tract infections in infants older than one month and young children: Acute management, imaging, and prognosis. [Internet]. UpToDate 2021 . [Citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-older-than-one-month-and-young-children-acute-management-imaging-and-prognosis>