



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**APRENDIZAJE Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID19 EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DURANTE EL 2020-2021**

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

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**ROSA ALEJANDRA PIZARRO GOMEZ
CESAR AUGUSTO ROJAS VADILLO**

ASESORA

MG. PIERINA DANOS DIAZ

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**APRENDIZAJE Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID19 EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DURANTE EL 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
PIZARRO GOMEZ ROSA ALEJANDRA
ROJAS VADILLO CESAR AUGUSTO**

**ASESORA
MGTR. PIERINA DANOS DIAZ**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mgtr. María Isabel Mercado Herrera

Miembro: Mgtr. Karin Narda Gálvez Carrillo

Miembro: Me. Zoila Roxana Villa Zapata

DEDICATORIA

Este último paso en mi carrera es atribuido a las personas que me ayudaron física y emocionalmente en estos años, agradezco por compartir cada momento con ellos, cada enseñanza.

Se lo dedico a la vida y a mis familiares por todo el apoyo y soporte incondicional que me brindaron desde el primer día de clase hasta el último; por día a día enseñarme, con su ejemplo, el luchar por alcanzar siempre todas las metas que me proponga.

Quiero hacer una mención honrosa a aquellas personas amadas que ya no se encuentran físicamente con nosotros pero que siguen brindándome su apoyo e iluminando mi camino desde la eternidad.

A Rosa con quien comparto una amistad de años y que ahora cerramos una etapa en nuestra carrera juntos. Te dedico esto por siempre mostrarme lo importante que es la perseverancia y que, por más difíciles que sean los obstáculos que se te presenten, siempre te levantas con una gran sonrisa en la cara, irradiando y contagiando a todos en tu alrededor.

Cesar Augusto Rojas Vadillo

Este último eslabón en mi carrera va dedicado, sin duda alguna, para quienes nos dejaron y para quienes aún nos acompañan.

A mi mamá, por siempre aconsejarme con paciencia y cariño durante todos estos años de estudio y formación como persona, pues es que en ti tengo el más claro referente de perseverancia y amor incondicional; y a mis hermanos, por ser mi ejemplo de transparencia, unión y desprendimiento, pues gracias a ustedes con estas líneas culmino mi carrera y me siento una persona más capaz para alcanzar lo que me proponga y trabajar en mis debilidades para no rendirme.

A César, el mejor amigo que me pudo dejar mi etapa universitaria, por brindarme una amistad tan leal y por tu apoyo para superar cada obstáculo,

pues eres una persona muy entregada y dispuesta a ayudar siempre a quien lo necesite.

Quiero finalizar agradeciendo a Dios por mantener a mi familia unidad, ser mi guía, brindarme soporte y por ponerme amigos incondicionales, que se han convertido en hermanos.

Rosa Alejandra Pizarro Gomez

ÍNDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	III
ÍNDICE	V
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CIRUGÍA	1
Caso Clínico 1: Diverticulitis	1
Caso clínico 2: Adenocarcinoma gástrico Bormann III-IV	3
Caso clínico 3: Colecistitis Aguda	7
Caso clínico 4: Hiatidosis hepática	8
PEDIATRÍA	10
Caso clínico 1: Colitis ulcerosa	10
Caso clínico 2: Otitis media aguda en el lactante	12
Caso clínico 3: Enfermedad diarreica aguda	13
Caso clínico 4: Asma moderado	15
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	17
Caso clínico 1: Parto distócico por desproporción céfalo pélvica	17
Caso clínico 2: Gestación y VIH	19
Caso clínico 3: Manejo de trabajo de parto complicado	20
Caso clínico 4: Candidiasis vaginal	22
MEDICINA INTERNA	23
Caso clínico 1: Actinomicosis	23
Caso clínico 2: Infección de cateter femoral	26
Caso clínico 3: Paracoccidomicosis brasiliensis	27
Caso clínico 4: Leishmaniasis cutánea	30
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	32
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	35

Rotación en Cirugía	35
Caso 1.- Diverticulitis	35
Caso 2.- Adenocarcinoma gástrico Bormann III-IV.	36
Caso 3.- Colecistitis aguda	38
Caso 4.- Hidatidosis hepática	38
Pediatría	39
Caso 1.- Colitis ulcerosa	39
Caso 2.- Otitis media aguda del lactante	40
Caso 3.- Enfermedad Diarreica Aguda	41
Caso 4.- Asma	42
Ginecología y Obstetricia	44
Caso 1.- Parto distócico por desproporción céfalo pélvica	44
Caso 2.- Gestación y HIV	44
Caso 3.- Manejo de trabajo de parto complicado	45
Caso 4.- Candidiasis	46
Medicina	47
Caso 1.- Actinomicosis	47
Caso 2.- Infección de catéter femoral	47
Caso 3.- Paracoccidomicosis brasiliensis	49
Caso 4.- Leishmaniasis	50
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	52
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
FUENTES DE INFORMACIÓN	59
ANEXOS	63

RESUMEN

El internado de medicina es la etapa de consolidación y refuerzo de aprendizajes para un futuro médico, adquiriendo habilidades en la práctica y ejercicio de la medicina basada en evidencias. Los autores desarrollaron este año en el HMC, sede docente en la cual tuvieron la oportunidad de iniciar y culminar sus prácticas pre profesionales. En 2020 y 2021 se vivió una situación totalmente atípica por la presencia de la pandemia por la COVID-19, por ello, tanto los médicos como los internos tuvieron que adaptarse para lograr los objetivos planteados para este año. En el presente trabajo se relata parte de los conocimientos adquiridos durante el internado de medicina 2020, la descripción de las expectativas al inicio y frente a la nueva realidad, y, finalmente, los autores presentan su juicio crítico respecto a lo vivido.

Palabras clave: Internado médico, médico, prácticas médicas, COVID-19, pandemia.

ABSTRACT

The medical internship is the stage of consolidation and reinforcement of learning for a future doctor, acquiring skills in the practice and exercise of evidence-based medicine. The authors developed this year at the HMC, a teaching hospital, where they had the opportunity to start and finish their pre-professional practices. In 2020 and 2021 a totally atypical situation was experienced due to the presence of the COVID-19 pandemic, therefore, the doctors and the interns had to adapt to achieve the objectives set for this year. In this paper, the authors reported part of the knowledge acquired during the 2020 medical internship, the description of expectations at the beginning and the new expectations face of the new reality, and, finally, they present their critical judgment regarding what they experienced.

Key words: Medical internship, doctors, pre-professional practices, COVID-19, pandemic.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, como en muchos países del mundo, los estudiantes de medicina, en su último año, realizan el internado Médico, el cual consiste en la rotación por los cuatro servicios: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía, con motivo de realizar sus prácticas pre profesionales aplicando todo lo aprendido en el transcurso de los años anteriores monitoreados siempre por un médico, siendo el cumplimiento satisfactorio de este un requisito indispensable para la obtención del título de Médico Cirujano.

Las condiciones para la realización del internado médico en el Perú son muy variables, antes de la pandemia, se acostumbraba a tener Internos de Medicina trabajando a tiempo completo ad honorem en los hospitales, sin ningún beneficio social, sin embargo, a raíz de la COVID-19, esto cambió; dentro características del internado médico en la actualidad están el pago de un salario básico mensual y contar con un seguro de salud. Diversos estudios sostienen que los Internos de Medicina en el Perú trabajan en condiciones extremas, exponiéndose a situaciones de maltrato, en su mayoría verbal, no teniendo horarios establecidos, muchas veces haciendo guardias de hasta 36 horas sin descanso, sin embargo, sobrepusieron en todo momento su responsabilidad frente a los pacientes, su vocación de servicio y sus ansías de aprendizaje.

El Hospital Militar Central, coronel Luis Arias Schreiber, está ubicado en la Av. José Faustino Sánchez Carrión, fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958 durante el gobierno del presidente Manuel Prado y, posteriormente, ha sido ampliado y mejorado en 1974, obteniendo actualmente la categoría III-1.

Actualmente el HMC se encuentra desarrollando un plan estratégico institucional multiorgánico, el cual, tiene el objetivo de modernizar equipos médicos, remodelar de infraestructura y brindar capacitación al personal en general. Además, esta institución es una sede docente, por lo cual, en 26 de Diciembre de 2020, abrió sus puertas al nuevo grupo de internos de Medicina viendose interrumpido el 16 de marzo por el decreto de cuarentena obligatoria en todo el país.

El 03 de agosto de 2020, se pronunció el Decreto de Urgencia N 090-2020, en el cual se aprobó la reincorporación de los Internos de Medicina a los centros de Salud para la finalización de su internado. Como medidas de prevención frente a la reincorporación de los Internos al HMC para evitar contagios y propagación de la COVID-19 se determinaron guardias reducidas, no más de 12 horas, para evitar exposición prolongada, 15 días de labor + 15 días de cuarentena (descanso). Lo cual, permitió que se finalicen las rotaciones por todos los servicios, adquiriendo y reforzando las capacidades para poder ser excelentes médicos y brindar servicio de calidad al País.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

CIRUGÍA

Caso Clínico 1: Diverticulitis

Antecedentes personales: en 2019 fue diagnosticado con diverticulitis por el servicio de gastroenterología, confirmada con una radiografía de colon de doble contraste con impresión diagnóstica de divertículos en segmento colónico descendente, con forma de inicio insidiosa, curso progresivo por lo cual, se internó para someterse a laparoscopia la cual se realizó convirtiéndose en una laparotomía más drenaje de absceso debido que se hicieron los siguientes hallazgos: adherencias de pared y epiplón, más induradas en flanco derecho, asas delgadas y colon descendente con absceso de aproximadamente 50 cc de pus espeso, colon sigmoidees adherido a la pared lateral, indurado y engrosado e íleon distal adherido a sigmoidees en fondo de saco, dejando con bolsa de ileostomía.

También, refiere que en diciembre del 2019 presento una pequeña herniación en la zona de la ileostomía que fue creciendo progresivamente sin dolor, por lo cual, programan la operación para marzo del 2020, sin embargo, debido a la coyuntura de la pandemia no pudo realizarse.

No presenta otros antecedentes de importancia

Historia clínica: Paciente, varón de 44 años, ingresa al servicio de emergencia, al tópico de cirugía, refiere dolor tipo cólico intermitente en el cuadrante inferior izquierdo, con intensidad 7/10, fiebre, vómitos, náuseas y llenura precoz desde hace dos semanas. Paciente refirió que la hernia de la ostomía seguía creciendo, aproximadamente llegó hasta 8cm y presenta, por primera vez, sangrado en la bolsa de la ileostomía, por lo cual, es aceptado en el servicio refiriendo un cuadro compatible de diverticulitis para una cirugía programada.

Exploración física:

Frecuencia cardiaca: 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, PA: 120/60 mmHg, T°: 36,5°C, peso: 95 kg, talla: 1.83cm.

Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar > 2 segundos, presencia de cicatriz supra e infraumbilical, en la región de la ostomía la piel está eritematosa y flogótica.

Aparato respiratorio: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular, pasa bien en ambos campos pulmonares, no se ausculta crépitos.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no choque de punta.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, portador de bolsa de ileostomía, ostomía eritematosa dolorosa a la palpación con secreción serosanguinolenta, se palpó masa de aproximadamente 7x5cm en cuadrante inferior derecho, ruidos hidroaéreos positivos.

Genito urinario: puño percusión lumbar negativo, puntos reno ureterales negativos.

Aparato Locomotor: Fuerza en miembros superiores e inferiores +++/+++ , rangos articulares conservados, no edemas.

Sistema nervioso: Glasgow 15/15, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Pruebas complementarias:

Leucocitos: 17000	Plaquetas: 347
Abastados: 1%	PCR: 81.7
Hemoglobina: 15.1	

Examen de orina:

TP:12.4s	INR: 0.98	TPTA: 32.8
Glucosa :80	Urea :60	Creatinina:0.77
Serológicos: HIV (-)	HbsAg(-)	Leucocitos: 12-18/campo

Diagnóstico diferencial en urgencias:

- Diverticulitis

Evolución: Paciente ingresado a sala de operaciones donde se le hizo laparotomía exploratoria + liberación de adherencias + sigmoidectomía + anastomosis termino-terminal colon sigmoides+ remoción de la ileostomía + colocación de dren Blake , se realizó este tipo de operación debido a que se encontraron múltiples adherencias del sigmoides que fijaban en regiones cercanas, también se le encontró una masa de 10x4 cm de consistencia pétreo en sigmoides que impresiona perisigmoiditis y una eventración paraestomal.

Se realizó el siguiente tratamiento:

Dieta líquida amplia + líquidos a voluntad

Dextrosa 5% -> 1 amp; Hipersodio 02 amp, Kalium 01amp = I

Ketoprofeno 100mg; Tramadol 100mg, Metamizol 1gr = en 1000cc de suero fisiológico 15gtaEV

Esomeprazol 40mg endovenosos = cada 24 horas

Dimenhidrato 50mg endovenoso condicional a nauseas

Paracetamol 1gr endovenoso = cada 8 horas

Control de funciones vitales

El primer día después de la operación, paciente sintió dolor abdominal que catalogó 10/10, no presentó sensación de alza térmica, herida operatoria en línea media abdominal de 15 cm cubierta por gasas, portador de dren tubular en cuadrante inferior izquierdo con secreción entre 25 a 30 cc, ya con la medicación establecida, paciente refirió disminución de dolor. En el tercer día post quirúrgico, se evidenció disminución del drenaje por el dren tubular a 5 cc aprox. y en el quinto día a sólo 3 cc, por lo cual, se retiró el dren tubular y se dio de alta al paciente.

Caso clínico 2: Adenocarcinoma gástrico Bormann III-IV

Antecedentes personales: hipertensión arterial controlada con medicación de Losartan de aproximadamente 2 años y diabetes mellitus tipo 2 controlada con Metformina, paciente multigesta con 9 hijos vivos, operada de apendicetomía el 2015.

Historia actual: Paciente femenina de 83 años de edad, ingresa al servicio de cirugía, tiene un tiempo de enfermedad de aproximadamente 50 días, con forma de inicio insidioso y curso progresivo, familiar de la paciente refiere que durante este tiempo la paciente presentó astenia, debilidad muscular, malestar general, dolor abdominal y melena.

Datos complementarios: Familiares llevaron a paciente a un centro de salud particular donde se le realizaron exámenes de laboratorio teniendo un resultado de hemoglobina de 5,5 gr/dL, por ello, es referida de emergencia al HMC en Lima, donde es aceptada en el servicio de medicina.

Evolución:

Se le realiza transfusiones de 3 paquetes globulares y su hemoglobina mejora a 11gr/dL, asimismo, se le realiza la interconsulta con gastroenterología, quienes ordenan una endoscopia por sospecha de hemorragia digestiva baja.

Los resultados de la biopsia determinan:

- Hernia Hiatal tipo I
- Gastropatía atrófica antral
- Lesión infiltrada en incisura, antro y píloro: Neoplasia Maligna Bormann III-IV.

Debido a la neoplasia maligna, paciente es transferido al servicio de cirugía para intervención quirúrgica con exámenes pre operatorios completos.

Exploración física:

Frecuencia cardiaca: 58 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, PA: 120/70 mmHg, T°: 36,5°C, peso: 60 kg. Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar > 2segundos, palidez ++/+++, no cianosis, no edemas.

Aparato respiratorio: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, crépitos en hemitórax izquierdo predominio basal.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, soplo sistólico mitral.

Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación profunda ni superficial, ruidos hidroaéreos aumentados, no signos peritoneales.

Génito urinario: puño percusión lumbar negativo, puntos reno ureterales negativos.

Aparato Locomotor: Fuerza en miembros superiores e inferiores ++/+++ , rangos articulares disminuidos, edema pretibial +/-+++.

Sistema Nerviosos: Glasgow 14/15, lúcido, orientado en espacio y persona, no en tiempo.

Pruebas complementarias:

Leucocitos: 8.000	Hemoglobina: 11	Glucosa: 90
Abastoados: 1%	Plaquetas: 110	PCR: 52.7
TP: 11.4s	INR: 0.9	TPTA: 31.8
Serológicos: HIV (-). HbsAg(-)	Urea: 60	Creatinina:0.9

Diagnóstico:

- Neoplasia maligna gástrica Bormann III-IV
- Anemia leve
- Diabetes mellitus tipo II controlada
- Hipertensión arterial controlada

La paciente es programada e ingresa a sala de operaciones donde se le realiza laparotomía exploratoria + gastrectomía subtotal + anastomosis gastroentérica Billroth tipo II + anastomosis antro entérica tipo Braun + colocación de dren tubular. Se hizo la resección del tumor antro pilórico de 10x8 cm aprox. con infiltración en la primera porción del duodeno, retroperitoneo y páncreas

La paciente tuvo esta intervención quirúrgica debido a que se encontró un tumor antro pilórico de 10x8 cm aproximadamente con infiltración a primera porción de duodeno, retroperitoneo y páncreas con múltiples adenopatías, la paciente no presento liquido libre en cavidad.

Plan de trabajo:

- Nada por vía oral
- Fresubin hp 35cc por sonda naso yeyunal = cada 18 horas con volumen total de 630 cc
- Dextrosa 5% 1000amp; hipersodio 02amp, kalium 01amp= I- II EV

- Ceftriaxona 1gr endovenoso= cada 24 horas
- Ketoprofeno 100 mg y CLNA 0.9% x 90cc = cada 8 horas EV
- Levosulpiride 25mg endovenosos = cada 8 horas
- Captopril 25 mg vía oral condicional a presión arterial mayor de 160/100
- Insulina lispro escala móvil: Subcutáneo
 - o 180-200= 2UI
 - o 201-250= 3UI
 - o 251-300= 4UI
 - o 201-350= 5UI
 - o >351= 6UI
- Hemogluco test cada 8 horas
- Control de funciones vitales

Paciente en el primer día post quirúrgico estuvo somnolienta y no orientada. Herida supra umbilical, por operación, estuvo eritematosa sin secreciones. La paciente era portadora de un dren tubular ubicado en hemiabdomen izquierdo y, además, portadora de sonda naso-yeyunal por donde recibía su complemento nutricional, fresubin hp.

Paciente tuvo una evolución favorable, comenzó con el dolor post operatorio refiriendo que estaba ubicado en los 4 cuadrantes abdominales y fue disminuyendo con el tiempo debido al tratamiento que se realizó, toleró bien la sonda naso-yeyunal, mejorando el peso y la hemoglobina que llegó a 13gr/dL.

Tuvo un drenaje diario de aprox. 30 cc que fue disminuyendo durante los días posteriores y llegó a drenar 1 a 2 cc cada 24 horas, por lo cual, el día 20 post operada se retiró el dren tubular.

Al día 25, se le retiró la sonda naso-yeyunal y se probó la tolerancia oral donde empezó con una dieta líquida y posteriormente, dieta blanda sin lácteos.

Durante su estancia hospitalaria la paciente recibió interconsulta con oncología donde dejaron indicado tratamiento sintomático y paliativo a la paciente. El día 30 del post operatorio, paciente fue dado de alta, ya que, la hemoglobina se mantenía en 13gr/dl y no presentaba problemas en la cicatrización de la herida, se recomendó que regrese para el control y retiro de puntos de la cirugía por emergencia debido a la pandemia.

Caso clínico 3: Colecistitis Aguda

Antecedentes personales: RAM (-), transfusiones previas (-), cirugías previas (niega)

Historia clínica: Paciente varón de 48 años de edad refiere que 5 días antes de su ingreso presentó dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho de moderada intensidad, náuseas y vómitos alimenticios, cefalea de intensidad 4/10 y fiebre de 38°C. Indica además que dos días antes del inicio de los síntomas estuvo en un almuerzo familiar donde ingirió muchos alimentos copiosos que cedió cuando tomó ketorolaco y paracetamol que le indicaron en la farmacia.

Signos y síntomas principales: Dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos y fiebre

Examen físico:

FR 20 x', FC 80 x', T37.5°C, SatO2 98%

Paciente en AREG, AREH, AREN

Piel y faneras: tibia/ hidratada/ elástica, llenado capilar <2 segundos, palidez +/-+++, no ictericia, no cianosis

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan crépitos en ambos campos pulmonares a predominio del 1/3 inferior.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, no ingurgitación yugular

Abdomen: RHA (+), blando/depresible, doloroso a la palpación superficial y a la palpación profunda con intensidad 6/10, signo de Murphy (+)

Aparato Locomotor: posición antálgica, rangos articulares conservados

Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Pruebas complementarias:

Hemograma	Hb 12, Hto 36.2, leucocitos 15 000
Bioquímico	HDL 40, LDL 100, VLDL 15, colesterol total 200, triglicéridos 126, PCR 3.5

Serológico	HIV no reactivo, HbsAg no reactivo, HCV Ab no reactivo, treponema no reactivo
------------	---

Ecografía abdominal: pared vesicular engrosada (7mm), se observan cálculos en saco vesicular

Impresión Diagnóstica:

- Colecistitis aguda
- Sd. Mirizzi
- Colédocolitiasis

Tratamiento:

Inicialmente se maneja con cobertura antibiótica

Metamizol 500 mg cada 8h

Se hospitaliza para colelap diferida

Hallazgos: Adherencias de epiplón a fondo de vesícula biliar, contracción de vesícula biliar y lecho hepático, el epiplón cubre la fusión biliar de colon, duodeno y vías biliares, se aprecia material purulento entre el epiplón y las estructuras anatómicas antes mencionadas.

Caso clínico 4: Hidatidosis hepática

Antecedentes: familiares: hermano con cálculos renales, madre aparentemente sana y padre fallecido por accidente de tránsito, COVID en mayo del 2020, RAM (-), transfusiones previas (-), DM (-), HTA (-), fármacos habituales (-).

Historia clínica: Paciente varón de 45 años, refiere que 9 días antes de su ingreso presentó dolor tipo cólico de intensidad 5/10 en hipocondrio derecho que no se irradia, asociado a náuseas y vómitos de 6-7 cámaras por lo que toma gravol y además refiere que el dolor calma por momentos y luego aumenta hasta una intensidad de 10/10 y recibe analgésico, pero el dolor ya no cede, motivo por el cual se dirige al policlínico de chorrillos donde le realizan una ecografía y descartan litiasis vesicular, pero hallan un quiste hidatídico. Además, le realizan una ecografía renal encontrando

hidroureteronefrosis renal derecha y al no contar con especialistas y exámenes complementarios lo trasladan al Hospital Militar Central.

Signos y síntomas principales: Dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos

Examen físico:

FR 18 x', FC 66x', T36.4°C, SatO2 97%, PA 100/60

Paciente en AREG, AREH, AREN

Piel y faneras: tibia/ hidratada/ elástica, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no ictericia, no cianosis

Cabeza: normocéfalo, buena implantación pilosa

Cuello: móvil, no se palpan adenopatías ni masas

Tórax y pulmones: amplexación conservada, espontánea, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados en ambos hemitórax.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, no ingurgitación yugular, no se palpa choque de punta.

Abdomen: RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni a la palpación profunda.

Tacto rectal: diferido

Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Aparato Locomotor: movilidad no limitada, rangos articulares conservados

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos

Pruebas complementarias:

Hemograma	Hb 13, Hto 39, leucocitos 5 000, plaquetas 250 000
Bioquímico	HDL 45, LDL 120, VLDL 15, calcio 9.5, creatinina 1, BT 1, BD 0.4, BI 0.7
Serológico	HIV no reactivo, HbsAg no reactivo, HCV Ab no reactivo, treponema no reactivo

Ecografía abdominal: pared vesicular engrosada (7mm), se observan cálculos en saco vesicular

Urotem sin contraste: Evidencia de hidroureteronefrosis derecha, ureterolitiasis derecha, microlitiasis renal izquierda, Quiste hidatídico hepático grado III según clasificación de Gharbi, Quiste hidatídico peritoneal grado III según clasificación de Gharbi.

Impresión diagnóstica:

- Quiste hidatídico
- Hidroureteronefrosis derecha

Tratamiento:

Paracetamol 500 mg condicional al dolor

Albendazol dosis 10 mg/kg/día después del almuerzo y cena por 3 ciclos de 30 días cada uno ininterrumpidos

Hemograma, perfil hepático y creatinina antes del inicio de cada ciclo

Hepatectomía derecha + Quistectomía con instalación de cloruro al 20% + colocación de dren

PEDIATRÍA

Caso clínico 1: Colitis ulcerosa

Antecedentes: familiares aparentemente sanos, RAM (-), transfusiones previas (-), DM (-), HTA (-), fármacos habituales (prednisona), colitis ulcerosa (primer episodio 5 meses antes de su ingreso)

Historia clínica: Paciente de sexo femenino de 13 años de edad que cuenta con un tiempo de enfermedad de 7 días, refiere que presenta deposiciones líquidas con sangre, náuseas y dolor a predominio de hemiabdomen superior de intensidad 7/10 que cede posterior a defecación.

Signos y síntomas principales: Dolor en hemiabdomen superior, heces sanguinolentas, náuseas

Examen físico:

FR 18 x', FC 66x', T36.5°C, SatO2 98%, PA 110/70

Paciente en AREG, AREH, AREN

Apetito ligeramente disminuido, diuresis conservada, deposiciones 7 líquidas con rasgo sanguinolento escaso

Piel y faneras: tibia/ hidratada/ elástica, llenado capilar <2 segundos, palidez ++/+++, no cianosis

Cabeza: normocéfalo, buena implantación pilosa

Cuello: móvil, no se palpan adenopatías ni masas

Tórax y pulmones: amplexación conservada, espontánea, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados en ambos hemitórax.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, no ingurgitación yugular, no se palpa choque de punta.

Abdomen: RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial y doloroso a la palpación profunda a predominio de mesogastrio 7/10

Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Aparato Locomotor: movilidad no limitada, rangos articulares conservados

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos

Pruebas complementarias:

Hemograma	Hb 8.4, Hto 25.3, leucocitos 18 400, plaquetas 377 000
Bioquímico	HDL 50, LDL 45, calcio 9, urea 12, creatinina 0.7, BT 0.8, BD 0.2, BI 0.6, PCR 200, ácido úrico 3.5, Na 125, K 3.5, Cl 98
Pruebas de coagulación	TP 12 seg, INR, TTP 30 seg
Serológico	HIV no reactivo, HbsAg no reactivo, HCV Ab no reactivo, treponema no reactivo

Cultivo de heces: moco +, cándida spp levaduras 3+, resto negativo

Impresión diagnóstica:

- Colitis ulcerosa crónica
- Diarrea aguda infecciosa

- Anemia moderada

Tratamiento:

- Ceftriaxona por 9 días
- Metronidazol por 9 días
- Prednisona 30 mg mañana y 30 mg tarde
- Controles de hemoglobina cada 2 días
- Mesalazina 1gr 1 vez al día
- Profilaxis dental

Interconsulta con infectología para desfocalización antes de iniciar biológicos y con exámenes auxiliares se inicia profilácticamente con ivermectina

Ácido fólico de 0.5mg con el almuerzo

Se realiza colonoscopia para ver extensión e intensidad inflamatoria: arquitectura glandular parcialmente cortas y dilatadas, congestión vascular 1+, eosinófilos 15-25, microabscesos en criptas 2+

Caso clínico 2: Otitis media aguda en el lactante

Antecedentes de importancia: familiares aparentemente sanos, RAM (-), transfusiones previas (-), fármacos (-), padre (fumador)

Historia clínica: Paciente de sexo masculino de 6 meses de edad que cuenta con un tiempo de enfermedad de 1 día. Madre refiere que el menor presenta fiebre, irritabilidad, dificultad para dormir, deposiciones de consistencia más líquida (3 cámaras de regular cantidad) y se encuentra muy inquieto. A la exploración se evidencia moco nasal amarillo.

Signos y síntomas principales: Fiebre, irritabilidad, heces líquidas, inquieto/apatía

Examen físico:

FR 22 x', FC 110x', T37.5°C, SatO2 98%, PA 100/70

Paciente en AREG, AREH, AREN

Apetito lactancia un poco disminuida, diuresis conservada, deposiciones 3 líquidas de moderada cantidad

Piel y faneras: tibia/ hidratada/ elástica, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no cianosis

Cabeza: normocéfalo, buena implantación pilosa

Oído derecho: abombamiento leve de membrana timpánica

Oído izquierdo: sin alteraciones

Cuello: móvil, no se palpan adenopatías ni masas

Tórax y pulmones: amplexación conservada, espontánea, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: RHA (+), globuloso/ blando, no doloroso a la palpación superficial ni doloroso a la palpación profunda.

Aparato Locomotor: movilidad adecuada conservada para la edad.

Neurológico: Paciente despierto, irritable, con tendencia al llanto.

Pruebas complementarias:

Otoscopia derecha: se evidencia leve abombamiento de la membrana timpánica de color normal eritematoso.

Impresión diagnóstica:

- Otitis media

Tratamiento:

- Amoxicilina 80-90 mg/kg al día repartida cada 12h (dosis máxima 4g/día) por 10 días
- No se recomendó el tratamiento tópico ni descongestionantes ni mucolíticos para su tratamiento.

Caso clínico 3: Enfermedad diarreica aguda

Antecedentes personales:

1) Natales

- Tipo de parto: Eutócico
- Peso al nacer: 3 gr
- Complicaciones de madre o RN: no presente
- Alimentación: complementaria desde los 8 meses

2)Inmunizaciones: completa

3)Patológicos: niega antecedentes patológicos.

4)Vivienda

- Material: noble

- Número de habitaciones:03
- Servicios básicos: completos
- Crianza de animales: crianza de animales de corral (pato y gallos)

5) Reacciones Alérgicas: 1 año y 5 meses

Historia actual: Lactante mujer de 18 meses de edad ingresa a emergencia debido a que apoderada refiere que presentó 5 cámaras de deposiciones líquidas cada 24 horas, desde hace dos días, estas deposiciones líquidas no presentaban moco y sangre, además, presentó entre 1 a 2 vómitos de contenido alimenticio, sin embargo, estos aumentaron a 5 vómitos, por ello, acude al servicio de emergencia.

Exploración física:

FC 110 x', FR 18 x', T 36.9°C, peso 11kg, talla 82 cm, SatO2 98%

Cráneo mesocéfalo

Ojos: pupilas isocóricas, reactivas a la luz, ojos hundidos

Boca: mucosas orales secas.

Piel: llenado capilar de 2 segundos, faringe eritematosa ++/+++, signo de pliegue positivo, no presencia de petequias e ictericia.

Aparato respiratorio: tórax simétrico, no tiraje, amplexación conservada, resonancia presente en ambos hemitórax.

Aparato cardiovascular: no choque de punta, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, regulares, de buena intensidad.

Abdomen: ruidos hidroaéreos aumentados, blando depresible no doloroso a la palpación superficial, ni profunda, no signos peritoneales.

Aparato Genito urinario: genitales femeninos presentes.

Aparato locomotor: movimientos conservados, fuerza muscular ++/+++.

Aparato Neurológico: no irritable, no signos meníngeos.

Pruebas complementarias:

Pruebas COVID: No reactivas

Diagnóstico:

- Diarrea aguda infecciosa
- Deshidratación leve a moderada

Plan de trabajo:

- Referir al tópic de observación
- Líquidos a voluntad
- 550cc de sales de rehidratación oral en 4 horas
- No dar alimentos en las primeras 4 horas

Evolución: Paciente ingresó a unidad hospitalaria donde se le diagnostica diarrea aguda infecciosa y deshidratación leve a moderada debido al examen físico donde se evidencio el hundimiento de ojos y mucosa secas. Después de 5 horas con el tratamiento, el paciente empezó a sentirse mejor, no presentó episodios de vómitos ni de deposiciones líquidas, por lo cual, es dado de alta y se recomienda dieta blanda sin condimentos y abundante líquido y continúe con lactancia materna.

Caso clínico 4: Asma moderado

Antecedentes personales:

1)Natales:

- Tipo de parto: Distócico por Preclamsia
- Peso al nacer: 3200 gr
- Complicaciones de madre o RN: no presento
- Alimentación: complementaria desde los 8 meses

2)Inmunizaciones: completa

3)Patológicos

- 2 años 11 meses: dx de asma
- 3 años y 5 meses: crisis asmatica
- 6 años: crisis asmática
- Rinitis

4)Vivienda

- Material: noble
- Número de habitaciones: 03
- Servicios básicos: completos
- Crianza de animales: Animales domestico (2 perros)

5) Reacciones alérgicas: 1 año y 5 meses

Historia actual: Paciente mujer de 7 años acude al tópic de pediatría en emergencia con su apoderado, quien refiere que hace dos días paciente

presentó malestar general, decaimiento y no podía conciliar el sueño, añadiendo 02 episodios de vómitos de contenido alimentario. Posteriormente, presentó sibilantes audibles asociados a dificultad respiratorio, por lo cual, le administra 2 puff de salbutamol sin mostrar mejorías, motivo por el cual deciden acudir al servicio de emergencia. En el trayecto al servicio de emergencia, presentó 1 episodio más de vómitos, llegando al servicio se le brindo terapia de rescate, se inició tolerancia oral y presento 1 vómito por lo que se decide hospitalizarla.

Exploración física:

FC 104 x', FR 24 x', T 36.8°C, Peso :29kg, Talla:1.3m, SatO₂ :94%

Cráneo mesocéfalo

Ojos: pupilas isocóricas, reactivas a la luz, circulares

Boca: mucosas orales húmedas.

Piel: llenado capilar de 2 segundos, faringe eritematosa +/-+++, signo de pliegue negativo, no presencia de petequias.

Aparato respiratorio: tórax simétrico, no tiraje, amplexación conservada, resonancia presente en ambos hemitórax, se ausculta sibilantes espiratorios e inspiratorios.

Aparato cardiovascular: no choque de punta, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, regulares, de buena intensidad.

Abdomen: ruidos hidroaéreos aumentados, blando depresible no doloroso a la palpación superficial, ni profunda, no signos peritoneales.

Aparato Genito urinario: genitales femeninos presentes.

Aparato locomotor: movimientos conservados, fuerza muscular +/-+++

Aparato neurológico: no irritable, no signos meníngeos.

Pruebas complementarias:

Pruebas COVID: No reactivas;

Hb: 13.2.g/dL	Plaquetas: 331000
Hto: 40%	Segmentado: 89%
Leucocitos: 15000 mm	Linfocitos: 10%
Abastoados: 8%	

Diagnóstico:

- Crisis de asma moderada
- Asma persistente leve

Plan/ Tratamiento:

- Salbutamol (100mg) 6 puff cada 20 min
- Budesodina (200mg) 2 puff cada 12 horas
- Dexametasona 8 mg stat
- Se solicita RX de tórax

Evolución: Paciente ingresó a la unidad hospitalaria con exámenes de laboratorio con evidencia de leucocitosis a predominio de segmentados y desviación izquierda, por ello, se sospecha de una infección respiratoria. Paciente presenta en rx de tórax broncograma aéreo, neumomediastino, así que, al tratamiento se le agregó azitromicina (200mg/5cc) 7.5cc cada 24 horas, dexametasona endovenosa y oxígeno complementario en caso de saturación menor a 95%. Después de 3 días con terapia antibiótica a auscultación paciente no presenta sibilantes, se continuo tratamiento antibiótico por dos días más y luego, se dio de alta.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico 1: Parto distócico por desproporción céfalo pélvica

Antecedentes:

Personales: hábitos nocivos niega, tabaco y drogas niega, transfusiones previas niega, vacunas completas, HTA (-), DM (-).

Quirúrgicos: Cesárea segmentaria transversa (03/07/2014)

Gineco-obstétricos: FUR 29/12/2019, EG 39.6 ss. x FUR, FPP 04/10/2020, CPN 05, menarquia 15 años, URS no, dismenorrea niega, G2 P1001: P1 Cesárea segmentaria transversa por gestación prolongada (2014).

Antecedentes familiares: padre aparentemente sano, madre con hipotiroidismo, hermanos aparentemente sanos.

Historia clínica: Paciente mujer de 32 años, gestante de 39,6 semanas por FUR, refiere que desde hace 2 días percibe disminución de los movimientos fetales; por lo que, acude a realizarse una ecografía donde se evidencia

presencia de circular simple de cuello y decide acudir al Hospital Militar Central.

Examen físico:

FR 20 x', FC 68x', T36.5°C, SatO2 99%, PA 97/62

Paciente en AREG, AREH, AREN

Piel y faneras: tibia/ hidratada/ elástica, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no cianosis

Cabeza: normocéfalo, buena implantación pilosa

Cuello: móvil, no se palpan adenopatías ni masas

Tórax y pulmones: amplexación conservada, espontánea, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: RHA (+), contiene gestación única, no doloroso a la palpación superficial ni doloroso a la palpación profunda. AU 36cm, LCF 138, MF presentes

Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Aparato Locomotor: rangos articulares conservados

Neurológico: LOTEF, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Pruebas complementarias:

Hemograma	Hb 11, Hto 33.1, Leucitos 5 000
Bioquímica	BT 0.9, BD, 0.4, BI 0.5, HDL 55, LDL 100, creatinina 0.8, urea 11, calcio 8.6, TGO 6, TGP 7, PT 7, albúmina 3.8
Grupo sanguíneo y factor	O+
Hemostasia	INR 1.2, Tp 12 seg, TTP 29 seg
Serológicos	HIV no reactivo, HbsAg no reactivo, HCV Ab no reactivo, treponema no reactivo
Examen de orina	sin alteraciones

Ecografía (07/03/2020): Gestación única activa de 13 ss. por LCN, morfología fetal normal, riesgo incrementado de RCIU y pre eclampsia severa.

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 39,6 ss. por FUR en pródromos de trabajo de parto
- Desproporción feto pélvica

Tratamiento:

Se hospitaliza para culminación de gestación

Caso clínico 2: Gestación y VIH

Antecedentes:

Antecedentes personales: hábitos nocivos niega, tabaco niega, drogas niega, transfusiones previas si, vacunas completas, HTA (-), DM (-), medicamento habitual TARGA

Quirúrgicos: niega

Gineco-obstétricos: FUR 03/01/2019, EG 37 ss. x FUR, FPP 10/09/2020, CPN 07, menarquia 14 años, URS hace 5 meses, dismenorrea niega, G1 P0000

Antecedentes familiares: padres aparentemente sanos, hermana aparentemente sana.

Historia clínica: Paciente mujer de 36 años, gestante de 37 semanas por FUR, refiere presentar dolores tipo contracciones en abdomen inferior por lo que acude al policlínico donde la refieren al Hospital Militar Central para culminación de gestación por ser HIV positivo.

Examen físico:

FR 18 x', FC 70x', T37°C, SatO2 98%, PA 100/70

Paciente en AREG, AREH, AREN

Piel y faneras: tibia/ hidratada/ elástica, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no cianosis

Cabeza: normocéfalo, buena implantación pilosa

Cuello: móvil, no se palpan adenopatías ni masas

Tórax y pulmones: amplexación conservada, espontánea, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: RHA (+), contiene gestación única, no doloroso a la palpación superficial ni doloroso a la palpación profunda. AU 37cm, LCF 140, MF presentes

Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Aparato Locomotor: rangos articulares conservados

Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Pruebas complementarias:

Hemograma	Hb 12, Hto 36, Leucitos 6 500, CD4<1000xml
Examen de orina	sin alteraciones
Serológicos	HIV reactivo, HbsAg no reactivo, HCV Ab no reactivo, treponema no reactivo
Hemostasia	INR 1.1, Tp 11 seg, TTP 27 seg
Bioquímica	BT 1, BD, 0.4, BI 0.7, HDL 50, LDL 80, creatinina 1, urea 10, calcio 8.4, TGO 10, TGP 9, PT 8, albúmina 3.5
Grupo sanguíneo y factor	O+

Ecografía actual: Gestación única activa de 37 ss por LCN, morfología fetal normal.

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 37 ss. por fecha de última regla
- HIV en tratamiento

Tratamiento:

- Se hospitaliza para cesárea electiva
- Lactancia materna contraindicada
- Zidovudina al RN por 4 semanas

Caso clínico 3: Manejo de trabajo de parto complicado

Gestante de 29 años con 37 semanas y 5 días, procedente de Lima, de ocupación odontóloga, grado de instrucción superior completo.

Antecedentes personales: Neonatales: parto distocio (2016), RAMS: niega

Cirugías previas: cesárea segmentaria transversa (2016) y miomectomía (2019)

Antecedentes ginecológicos: FUR:14/04/2020, menarquia :12 años, 1era RS: 20 años, MAC: niega, RC:5/28, G2 P1001, Edad gestacional: 37semanas y 5 días por ecografía de primer trimestre.

Historia actual: Paciente gestante de 29 años acude al servicio de emergencia del HMC debido a que presenta, desde hace 7 días, dolor abdominal tipo contracción que ha ido aumentando de intensidad y frecuencia hasta llegar a 1 contracción cada 30 minutos.

Exploración física:

PA 130/80 mmHg, T: 36,5°C, FR: 19 x', FC: 80 x', SatO2 98%

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado cap. < 2 seg., edemas en miembros inferiores ++/+++, no ictericia, no cianosis.

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no crépitos.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: útero grávido, altura uterina: 36 cm.

Tacto Vaginal: OCI: cerrado, borramiento:80%, membranas integra

Sistema Nervioso Central: lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona, EG: 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Pruebas complementarias:

Pruebas rápidas de VIH/ RPR: No reactivas		
Glucosa: 92 mg/dL	Urea: 11 mmg/dL	Creatinina: 0.50 mg/dL
Hb: 11.2 g/dL Hto: 34.2%	Leucocitos: 10000 mm	Abastionados: 0%
Plaquetas: 280 000		

Diagnóstico:

- Gestación de 37 semanas y 5 días.
- Pródromo de trabajo de parto.

Plan de trabajo:

- Hospitalización
- Cesárea

Evolución: Se hospitaliza a paciente para programar cesárea segmentaria transversa repetida, se decide hacer este tipo de operación debido a los antecedentes de una miomectomía y una cesárea segmentaria transversa. La programación se hace para 3 días después de la hospitalización a espera de completar prequirúrgicos. La paciente ingresa a sala y tiene producto masculino de 3500 gr con APGAR al primer minuto de 9. Durante cirugía no hubo ninguna complicación, paciente pasa a recuperación y luego al piso de ginecología y obstetricia. Se maneja el dolor a la paciente en piso y se deja indicado tratamiento endovenosos con ceftriaxona por 2 días, cumpliendo estos dos días la paciente sale de alta con indicaciones de tomar cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas por 5 días, también, ketorolaco 10mg vía oral cada 12 horas por 3 días, sulfato ferroso 300mg + ácido fólico 300mg cada 24 horas y por último tomar citrato de calcio + vitamina D 1500mg cada 24 horas.

Caso clínico 4: Candidiasis vaginal

Paciente mujer de 76 años, hospitalizada en el servicio de medicina, se hace interconsulta al servicio de ginecología y obstetricia debido a problemas en zona genital de la paciente.

Antecedentes patológicos: Diabetes mellitus tratada, Hipertensión en tratamiento, Quiste hepático en tratamiento

RAMS: niega

Cirugías previas: colelap, quistectomía hepática, histerectomía

FUR: a los 40 años, menarquia:13 años, 1era RS: 25 años, MAC: niega, RC: niega, G6 P5015

Historia actual: Paciente mujer de 76 años, hospitalizada en el servicio de medicina debido al tratamiento de un quiste hepático, se realiza interconsulta al servicio de gineco-obstetricia debido que la paciente refiere desde hace 2 días presenta prurito en parte genital con secreción blanquecina, por lo cual, el asistente responde la interconsulta y se hace una evaluación a la paciente del área genital.

Exploración física:

Aparato genitourinario: puño percusión negativa, puntos reno ureterales negativos, prurito vulvovaginal, eritema vulvovaginal y secreción blanquecina grumosa.

Diagnóstico clínico:

- Candidiasis vaginal y vulvar

Plan:

Clotrimazol + gentamicina + dexametasona crema aplicar en vulva cada 24 horas

Óvulos de miconazol + tinidazol, 1 ovulo cada 24 horas por 5 días en vagina
3) Revaluación en 6 días.

Evolución: Se le hace la revaluación a la paciente después de 6 días, encontrando en el examen físico genitourinario resolución de los síntomas después de haber cumplido 5 días de tratamiento donde ya no presento prurito por lo cual, es dada de alta por el servicio de gineco-obstetricia.

MEDICINA INTERNA

Caso clínico 1: Actinomicosis

Antecedentes:

Personales: HTA (-), DM (-), RAMS (-)

Familiares: Madre: pancreatitis, Padre: fallece por accidente de tránsito, Hermana: TBC pulmonar tratada (15 años)

Quirúrgicos: niega

Historia clínica: Paciente mujer de 41 años de edad refiere que desde hace 15 días presenta tumoración cervical y tumoración axilar derecho dolorosas, se asocian con hiporexia y disfagia a sólidos, sudoración nocturna, dolor corporal; así también, refiere dificultad para hablar y una pérdida de peso de, aproximadamente 5kg. Un día antes de su ingreso presenta dolor durante la masticación y deglución de alimentos, motivo por el cual acude al Hospital Militar Central por Emergencia.

Signos y Síntomas principales: Aumento de volumen en región cervical y tumoración axilar, hiporexia, baja de peso de 5kg, sudoración nocturna, disfonía, disfagia

Al examen físico:

Paciente en AMEG / AMEH / AMEN

T 37°C, FC 70 x', FR 20x', PA 100/60 mmHg, SatO2 95%, peso 35kg

Piel y Faneras: tibia al tacto, poco hidratada, poco elástica

Cuello: masa cervical anterior dolorosa a la palpación de aproximadamente 3cm

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan escasos crepitantes en ambos hemitórax. Se palpa masa axilar derecha de 2x2cm y múltiples masas de 1x1 cm

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial y leve dolor difuso a la palpación profunda

Aparato locomotor: dificultad a la movilización, rangos articulares conservados

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos

Pruebas complementarias:

Hemograma	Hb 12, Hto 36.1, Leucocitos 9.6, Plaquetas 67 000, Abastionados 6.0, Linfocitos 3.0
Bioquímicos	Glucosa 104, urea 68, creatinina 0.51, Na 138, K 4.6, Cl 104, PCR 368.3, LDH 550, amilasa 98, lipasa 44.5, TGO 94.7, TGP 65.7, BT 1.17, BI 0.48, T4L 1.16, T3L 2.65, ferritina 1500, TSH 4.65, T4 libre 4
Serológicos	HbsAg No reactivo, HCV Ab no reactivo
Marcador	Ca 15-3 20.20 normal

Impresión Diagnóstica:

- Anemia moderada (normocítica – normocrómica) por enfermedad crónica
- Gingivitis moderada generalizada
- Fiebre sin foco d/c bacteriemia
- Actinomicosis por estudio anatomía patológico

Plan:

- Rx tórax
- Marcadores tumorales
- Biopsia de tumoración cervical y axilar
- Ecografía axilar, ecografía de abdomen, ecografía de tiroides
- Cultivo de secreciones

Resultados de exámenes solicitados:

Ecografía axilar derecha: conglomerado ganglionar con áreas de necrosis central, sugestiva de secundarismo.

Ecografía de abdomen: hepatopatía crónica

Ecografía de tiroides: Incremento de volumen de glándula tiroidea de parénquima heterogéneo con pequeñas áreas de necrosis en el interior a predominio del lóbulo izquierdo, que asocian adenopatías regionales. Sugestivo de NM.

Examen de anatomía patológica:

Tumoración axilar derecha: Tejido conectivo – adiposo con múltiples áreas de necrosis, infiltrado inflamatorio. Estructuras que impresionan como Gránulos de azufre sugestivo de actinomicosis

Tumoración cervical: Hallazgos histológicos en relación a actinomicosis

Cultivo de secreciones: Leucocitos 14-16 por campo, cocos gram (+) /PMN 90%, MN 10%

Tratamiento:

- Penicilina G sódica 1 millón: 4 millones cada 6h por 4 semanas endovenoso
- Amoxicilina 500 mg: cada 8h por 6 meses vía oral
- Eritropoyetina 10 000UI subcutáneo
- Ácido fólico 0.5 gr: 2 tabletas cada 24h post almuerzo por 15 días

- PerioAid 500ml: 15 ml mañana y noche después de alimentos por 10 días

Caso clínico 2: Infección de catéter femoral

Antecedentes:

Personales: HTA (-), DM (-), RAMS (-), nefrectomía bilateral, hidroureteronefrosis izquierda, TVP en MMII

Familiares: aparentemente sanos

Quirúrgicos: nefrectomía bilateral

Historia clínica: Paciente varón de 45 años de edad refiere que, desde hace dos horas, posterior a su hemodiálisis, empezó a sentir cefalea 4/10, náuseas y escalofríos, luego se agregó fiebre de 38°C que no cedían al paracetamol, motivo por el cual acude por emergencia al Hospital Militar Central donde se le dializa.

Signos y Síntomas principales: Fiebre 38°, náuseas y cefalea

Al examen físico:

Paciente con AREG / AREH / AREN

T 38°C, FC 80 x', FR 18x', PA 110/60 mmHg, SatO₂ 98%

Piel y Faneras: tibia / hidratada / elástica, llenado capilar <2", no cianosis, palidez +/+++

Cabeza: normocéfalo, buena implantación pilosa

Cuello: no se palpan masas ni ganglios

Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados en ambos hemitórax.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, no ingurgitación yugular, no choque de punta

Abdomen: RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni a la palpación profunda

Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-)

MMII: portador de un catéter femoral derecho, edema +/+++

Aparato Locomotor: dificultad a la movilización, rangos articulares conservados

Neurológico: LOTEF, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos

Pruebas complementarias:

Hemograma	Hb 11, Hto 33.1, Leucocitos 18 400, Plaquetas 250 000
Bioquímicos	Glucosa 80, urea 12, creatinina 1.2, Na 134, K 3.5, cl 102, PCR 120, HDL 50, LDL 85, amilasa 98, lipasa 44.5, TGO 94.7, TGP 65.7, BT 1.1, BD 0.6, BI 0.41, T4L 1.16, T3L 2.65
Inmunológico	HbsAg No reactivo, HCV Ab no reactivo, TSH 4.65, T4 libre 4

Hemocultivos de catéter femoral (6): 2/6 + para Staphylococcus aureus

Angio TEM de MMII: trombosis venosa profunda

Impresión Diagnóstica:

- Infección de catéter femoral
- Insuficiencia venosa profunda

Tratamiento

- Cefotaxima + Gentamicina
- Metamizol 1g cada 8h
- Paracetamol 1g condicional al dolor
- Gel anti varicoso y antiflebítico aplicar por las noches

Caso clínico 3: Paracoccidomicosis brasiliensis

Paciente mujer de 20 años procedente de Pucallpa, departamento de Ucayali, es evacuada al HMC por vía aérea

Antecedentes personales: paciente refiere que fue diagnosticada con Blastomicosis sudamericana en el año 2015 por presencia fiebre por más de 1 semana y adenopatía en la región submaxilar izquierda, por lo cual, se le hizo una biopsia por congelamiento y se obtuvo el diagnóstico ya mencionado En el centro de salud de Pucallpa le administraron el tratamiento oportuno:

itraconazol de forma oral continuo por 2 meses aproximadamente, sin embargo, paciente abandonó el tratamiento tras la mejoría de los síntomas febriles y reducción de tamaño de la adenopatía cervical .

En el año 2017 y 2019 cursó con cuadros de adenopatía cervical aumentada y fiebre brindándole en ambas oportunidades el tratamiento oportuno, pero, paciente volvió a abandonar tratamiento tras mejoría de los síntomas en mención.

Historia actual: Paciente mujer de 20 años de edad, en actividad militar procedente de Ucayali, acude a consulta a centro de salud militar debido a que desde hace 2 meses evidencia aparición de una masa no dolorosa de tamaño considerable en la región cervical y en días contiguos aparecen pequeñas masas en las regiones supraclavicular derecha e inguinal bilateral que se acompaña con dolor en zona inguinal de moderada intensidad, al paso de los días se agrega sensación de alza térmica, escalofríos, cefalea de moderada intensidad, astenia y pérdida de peso de aproximadamente 10 kg, es tratada sólo para controlar los síntomas, al ver la evolución poco favorable, se coordina su traslado y es ingresada en enero 2020 al HMC.

Exploración física:

Signos vitales: Frecuencia cardiaca: normales, frecuencia respiratoria: 20 x', PA: 90/60 mmHg, T° 38,5°C, peso: 41 kg, talla: 1.60cm.

Piel: se palpan grupos ganglionares cervicales en región supraclavicular de consistencia sólida no dolorosos, ganglios inguinales bilaterales de consistencia semisólida dolorosos, lesiones cutáneas tipo pápulas con costra hemática central eritematosas en región nasal, mejilla derecha y región maxilar inferior.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación profunda ni superficial, ruidos hidroaéreos presentes, no masas palpables

Aparato genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos reno ureterales negativos.

Sistema nervioso: Glasgow 15/15, lúcida, orientada en persona, tiempo y espacio.

Pruebas complementarias:

Leucocitos: 9.3	Eosinófilos %: 11.8
Hemoglobina: 11.8	Transaminasa TGO: 32.8
Plaquetas: 240	Transaminasa TGP: 130.8

Diagnóstico presuntivo:

- Reactivación de Paracoccidioidomicosis

Diagnósticos diferenciales:

- Síndrome Mieloproliferativo
- Tuberculosis ganglionar

Para poder decidir un tratamiento específico se realizaron interconsultas con los servicios de cirugía de cabeza y cuello para evaluación y posibilidad de biopsia ganglionar, y los servicios de hematología, infectología y dermatología para evaluación y manejo.

Evolución: Con los resultados de laboratorio de emergencia se evidencia anemia leve e incremento del porcentaje de eosinófilos y perfil hepático alterado, según las evaluaciones de las especialidades, se solicitó una TEM toraco abdominopélvica donde se diagnosticó presencia de adenomegalias axilares bilaterales y adenomegalias crurales.

El servicio de cirugía de cabeza y cuello propone biopsiar ganglios linfáticos y las lesiones cutáneas, después de la biopsia en el informe se determinó: ganglio linfático con inflamación crónica granulomatosa con células gigantes multinucleadas y evidenció la presencia de levaduras en forma de "timón de barco", PAS (+), GIEMSA (+) y Ziehl Neelsen (-), estos hallazgos de histología e histoquímica fueron compatibles con Paracoccidioides brasiliensis.

Plan de trabajo:

- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- Itraconazol 200mg VO c/8h más suplemento de potasio (1 vaso de jugo M/T/N) 18 meses
- Paracetamol 500mg VO c/8h
- Ketoprofeno 100mg EV condicionado al dolor
- Metamizol 1g condicionado a fiebre
- Ensure M/T/N
- Control con hemograma y perfil renal cada 3 días

Evolución: A las 4 semanas de iniciado el tratamiento, la paciente se encuentra con lesiones cutáneas en remisión, afebril, se observan cambios favorables en el hemograma y perfil hepático. Se sugirió continuar con el tratamiento antifúngico y realizar control de hemograma y perfil hepático cada 72 horas debido a la nefrotoxicidad del tratamiento, así como también realizar examen cuantitativo de anticuerpos de *P. brasiliensis* para determinar su evolución, por ello, paciente ya iba a ser trasladada a la base de Ucayali de donde procedía para continuar con el tratamiento, sin embargo, en el trajín del papeleo se inició la pandemia y la paciente se quedó en Lima hasta la última información que se tuvo de ella.

Caso clínico 4: Leishmaniasis cutánea

Paciente masculino de 19 años procedente de Venecia-Cusco, es evacuado al hospital militar por vía aérea de base militar en Cusco

Antecedentes personales: niega enfermedades crónicas, alergias niegas, operaciones previas niega.

Historia actual: Paciente masculino es ingresado al servicio de medicina debido a que hace 2 meses presenta lesión única en piel en la región del miembro superior derecho que aumento de tamaño progresivamente y se torna ulcerosa con bordes definidos e hiperpigmentado, se le realizaron curaciones en el tópico de la base militar en Cusco, después de estos dos meses y con curaciones 3 veces por semana la herida no presentó mejoría, por lo cual, lo refieren a un centro de salud donde se realizan exámenes auxiliares de laboratorio y un frotis directo en la lesión donde se encontraron amastigotes de leishmaniasis, debido a esto, es evacuado al HMC para realizarle el tratamiento oportuno para la enfermedad.

Exploración física:

Piel: lesión única costrosa ulcerada con bordes regulares de aproximadamente 3x2 cc que presenta secreción serosanguinolenta en miembro superior derecho en muñeca, mucosas orales secas.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no choque de punta.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación profunda ni superficial, ruidos hidroaéreos presentes, no masas palpables

Aparato genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos reno ureterales negativo.

Sistema nervioso: pupilas isocóricas reactivas a la luz, despierto, lúcido, activo, orientado en tiempo, espacio y persona.

Pruebas complementarias:

Hemoglobina: 15	Plaquetas: 333
Leucocitos: 9.0	Frotis directo: Se observaron amastigotes de Leishmania sp

Diagnóstico:

- Leishmaniasis

Plan de trabajo:

- Dieta blanda + líquidos a voluntad sin lácteos
- Estiboglunato de sodio 20mg/kg/24 EV
- Interconsulta con dermatología
- Controles de función renal y hemogramas

Evolución: Paciente recibió interconsulta con dermatología indicando lavar la herida ulcerada e informaron pronóstico de cosificación de la lesión cutánea, después de hacerle curaciones a la herida y con el tratamiento indicado con estiboglunato por 20 días, la herida dejó de ser ulcerada y costificó, durante estos 20 días se hicieron controles de hemograma, urea, creatinina, los cuales, no salieron alterados. El paciente no presentó ninguna otra sintomatología, por ende, finalizado el tratamiento, fue dado de alta y trasladado a la base militar en su ciudad de origen.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Militar Central, coronel Luis Arias Schreiber, llamado así en honor al brillante médico militar San Maquino nombrado jefe de Sanidad (1942-1945), está ubicado en Av. José Faustino Sánchez Carrión, fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958 durante el gobierno del presidente Manuel Prado y, posteriormente, ha sido ampliado y mejorado en 1974, obteniendo actualmente la categoría III-1.

Cuenta con los servicios de cardiología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, hematología, alergia, medicina interna, nefrología, neumología, reumatología, oncología médica, neurología, cirugía general, cirugía plástica, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, urología, ginecología, medicina física y rehabilitación, modernas instalaciones tanto para el tratamiento como hospitalización, intervenciones quirúrgicas y cuidados de pacientes post operatorios, así como, de Unidad de Cuidados Intensivos polivalentes y coronarias, también cuenta con el área de emergencias dentro de las cuales se brinda atención al personal militar, sus familiares y a pacientes de otros nosocomios que requieran algún examen o intervención. Es uno de los pocos hospitales, sino el único, que cuenta con planta de oxígeno propia.

Este era un año sumamente importante para los estudiantes de medicina humana, ya que realizarían su internado, definido como prácticas preprofesionales en establecimientos de salud, un año en el cual se iba a consolidar todo lo aprendido y plasmarlo al 100% en el día a día con los pacientes, un año de demostrar las capacidades adquiridas y desarrollarlas de la mejor manera posible con los pacientes, un año de seguir aprendiendo “en la cancha” de los maestros y también de todos aquellos que recurren por

ayuda, un año de afianzar la vocación de cada uno y dar todo por los pacientes.

Los internos de medicina tienen condiciones de trabajo extremas ya que están expuestos a diversos problemas como sobrecarga laboral, agresiones, estrés y agotamiento físico y emocional; muchas veces deben permanecer en su centro de salud hasta por 36 horas sin descanso, según el estudio realizado por W. Nieto, et al., el 42,5% de los internos afirmó que no tuvieron descansos post guardia en ninguna rotación, el 63,1% que sufrieron, al menos 1 vez, de agresión verbal durante su internado, 6.3% agresión física y 21.6% tuvieron acoso sexual.

Durante el ingreso de los internos en el año 2020, como nuevo personal médico en formación, se desarrollaron nuevas estrategias para un mejor desarrollo de competencia académica y sensibilidad social. Se tuvieron jornadas de trabajo de 12 horas en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología, en las cuales el interno se encargaba de la evaluación de la evolución del paciente mediante un examen físico completo guiado por los médicos residentes y asistentes de cada servicio; además, del seguimiento de resultados para un manejo temprano y tratamiento oportuno del paciente con determinada patología. Asimismo, se realizaron guardias, tanto diurnas como nocturnas, en el área de emergencia, en la cual, gracias al buen manejo institucional, los internos fueron muy bien guiados por los médicos de cada especialidad para lograr un manejo oportuno del paciente.

Sin embargo, dicha labor del interno de medicina se vio interrumpida por los decretos del Gobierno peruano como medida de prevención contra la expansión de la pandemia por SARS-CoV-2, suspendiendo así el internado por 6 meses, lo cual afectó la formación de los internos de medicina. Realizaron un estudio de carácter descriptivo transversal a 353 internos de medicina, los cuales el 54.9% estuvo totalmente de acuerdo en retornar a sus sedes hospitalarias siempre y cuando se garanticen medidas de bioseguridad y más del 90% sentía mucha incertidumbre sobre el inicio y fin del internado. Finalmente, en el mes de octubre de 2020, mediante la resolución del Consejo de ministros en el Decreto de Urgencia N°090-2020, se permitió el retorno

para la culminación del internado médico contando con unas medidas de protección nunca antes vista en el sistema. Lo indicado fue que las jornadas de trabajo del interno y el tiempo de rotación en cada especialidad sean reducidas para evitar horarios prolongados de exposición y así cuidar al personal en formación y sus familias. Por ello, desde esa fecha hasta el mes de abril del año 2021 se llevaron rotaciones de 15 días por cada mes, cumpliendo así con un aislamiento los 15 días posteriores; las horas de práctica fueron drásticamente reducidas, entre el área de hospitalización, sala operatoria y tópicos de emergencia, topándonos así con una realidad totalmente distinta.

Por meses, el interno formado en medio de una pandemia, ha tenido contacto con pacientes COVID-19 positivos que, inicialmente, no se supo que presentaban la enfermedad, varios cursaban asintomáticos o con síntomas no relacionados a dicha infección, sin embargo, a todos se les realizaba la atención correspondiente esperando encontrar la causa de sus afecciones, priorizando siempre el bienestar total del paciente.

Sin lugar a dudas, durante la pandemia se ha reforzado la vocación de los médicos que llevan años ejerciendo esta loable labor, así como, de los internos, médicos en formación, quienes, gracias a esta experiencia, han reafirmado su pasión y vocación de servicio atravesado un año importante en sus carreras quedando así marcados por una toma de decisiones de manera objetiva y oportuna que vela por la integridad holística del paciente.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en Cirugía

Caso 1.- Diverticulitis

Definición: Los divertículos son estructuras tipo bolsas abultadas y pequeñas que sobresalen de la pared muscular del colon. El riesgo de desarrollar alguno incrementa con la edad. La presencia de estos se denomina diverticulosis y usualmente son asintomáticos. Asimismo, entre 1980 a 2007, la incidencia de diverticulitis en personas entre 40-49 años incrementó el 132% (1).

En caso de inflamación y/o infección de un divertículo se denomina diverticulitis y sus principales síntomas son dolor en la parte baja izquierda del abdomen, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea, disuria y tenesmo.

Diagnóstico y tratamiento: Se puede sospechar de diverticulitis en pacientes que presentan dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo y sensibilidad al examen físico. En pacientes del mundo occidental, especialmente asiáticos, el dolor se puede presentar en la zona supra púlica o en el cuadrante inferior derecho.

En los exámenes de laboratorio se puede encontrar un PCR elevado (>50 mg/dL) leucocitosis, que, aunque no son específicos para la diverticulitis, ayudan al diagnóstico. También, se realiza una tomografía con contraste oral para confirmar el diagnóstico.

El tratamiento para la diverticulosis es de acuerdo con la presencia o no de síntomas, la mayoría de los médicos recomiendan una dieta alta en fibras y evitar el consumo de semillas y nueces.

Muchos pacientes con enfermedad diverticular del colon son asintomáticos. En promedio el 20% de estos pacientes tendrán diverticulitis, con un

incremento anual del 0.0006% por año, según estudio realizado por Chávez-Tapia, et. al.

El tratamiento para la diverticulitis depende, también, de la severidad de los síntomas, si se tiene poco dolor abdominal se puede recomendar tratamiento en casa con dieta líquida y antibióticos orales.

Sin embargo, si el paciente desarrolla síntomas como temperatura > 38 °C, dolor abdominal severo e imposibilidad de aceptar la dieta líquida, debe ser trasladado al hospital para atención médica inmediata. Muchos de ellos se tratan sólo con medicinas, sin embargo, aproximadamente el 15% necesitan un abordaje quirúrgico (ANEXO I).

La técnica operatoria a elegir depende de la extensión de la contaminación peritoneal de acuerdo a los estados de Hinchey:

- Etapa I: pequeños abscesos confinados al espacio peri- colónico.
- Etapa II: grandes abscesos confinados al espacio peri- colónico.
- Etapa III: peritonitis supurada generalizada, diverticulitis perforada.
- Etapa IV: peritonitis fecal, ruptura libre (2).

En general, la mayoría de micro perforaciones, Hinchey I y II, pueden ser manejadas sin cirugía, pero, la mayoría de Hinchey III y IV requieren cirugía de todas maneras.

La sigmoidectomía es el procedimiento recomendado cuando existe una perforación en el sigmoide, sin embargo, en esta ocasión se realizó por la presencia de la masa de 10x4 cm, consecuentemente, se hizo la anastomosis termino-terminal colo- sigmoidea en 2 planos y también, se realizó la remoción de la ileostomía.

Caso 2.- Adenocarcinoma gástrico Bormann III-IV.

El adenocarcinoma gástrico representa, clínica, biológica, genética y microscópicamente un grupo heterogéneo de tumores epiteliales malignos, resultantes de varias causas tanto exógenas como genéticas. Es el cuarto tipo de cáncer más común (6% de incidencia) y el tercero más mortal (7.7% de muerte relacionado a cáncer) de acuerdo con la OMS (ANEXO II). Tiene una tasa de mortalidad del 3 al 4% en Europa, 4,3% en Corea, 3,6% en USA y de 1,6 a 2,6% en América Latina. Es más común en hombres que en mujeres, 1.87% vs 0.79% de incidencia.

Etiología y factores de riesgo: La infección por *Helicobacter pylori* juega un rol importante en la carcinogénesis gástrica, se estima que el 89% del total de casos no de los cardias son producidos por el *H. pylori* y la gastritis crónica atrófica (3).

Otros aspectos como los polimorfismos en los genes que codifican la Interleucina 1 (IL-1) beta, el antagonista del receptor de IL-1, el factor de necrosis tumoral alfa (TNF) han sido implicados en el inicio y modulación de la respuesta inflamatoria asociada a la susceptibilidad con la carcinogénesis. Asimismo, la displasia gástrica, es considerados precursor directo del adenocarcinoma gástrico. También, factores como: la variante en el gen CDH1, heredado por un gen autosómico dominante, mutación en la línea germinal del CTNNA1 y factores ambientales como: fumar, la dieta y nutrición y el reflujo biliar, son considerados, también, factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad (4).

El diagnóstico es por una endoscopia alta y biopsia. Además, en la endoscopia digestiva alta se puede determinar la forma macroscópica, clasificadas según Bormann en: tipo I= tumor polipoide o fungoide, masas polipoideas que se proyectan hacia la luz gástrica; tipo II = masas ulceradas con bordes sobresalientes y delimitados; tipo III= tumor ulcerado infiltrante y tipo IV= difusamente infiltrativas, linitis plástica, tamaño y localización del tumor (5).

La gastrectomía es el método más utilizado para el tratamiento del cáncer gástrico invasivo. En centros más experimentados, se apuesta por la resección gástrica laparoscópica, la cual proporciona una mejor recuperación y menos complicaciones. Sin embargo, la laparotomía exploratoria fue el mejor abordaje en esta paciente. La gastrectomía total se suele realizar para lesiones en el tercio proximal (tercio superior) del estómago, sin embargo, en este caso, se realizó una gastrectomía subtotal, ya que, el tumor se ubicaba en el antro pilórico. Se espera que la calidad de vida de esta paciente superior al supuesto de haberle realizado una gastrectomía total. No se tiene una guía orientada a la estrategia de la vigilancia post operatoria, no obstante, se sugiere que el aspecto más importante es la monitorización nutricional.

Caso 3.- Colecistitis aguda

Definición: En el caso mostrado, la colecistitis aguda que es una patología de predominancia litiásica hasta en un 90% de los cuales tienen predominancia los mixtos de colesterol; a diferencia de la alitiásica y enfisematosa puede tener un tratamiento inicialmente médico y después como tratamiento definitivo una intervención quirúrgica (6). No obstante, se debe de tener una intervención oportuna de dicho cuadro debido a las complicaciones que se presentar como son el pio colecisto, hidrops vesicular, perforación, peritonitis, vesícula escleroatrófica o en porcelana y el Síndrome de Mirizzi.

Diagnóstico y tratamiento: Posterior a la evaluación se aplican los criterios diagnósticos de Tokyo que están divididos en signos locales de inflamación, que son: Signo de Murphy considerado un arresto respiratorio, palpación de masa, presencia de dolor y hipersensibilidad en hipocondrio derecho, y también tenemos los signos sistémicos de inflamación, que son: fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, proteína C reactiva $>3\text{mg/dl}$ y leucocitos $>10\ 000$ (7) ; sin embargo, para establecer un diagnóstico definitivo debemos de tener exámenes por imagen como es la ecografía o la gammagrafía, siendo este último, el gold standard. Basándonos en esos criterios se concluye la colecistitis aguda, donde la clínica del paciente siempre manda (7).

El paciente se programó para una colelap diferida puesto que era un caso mayor a 72 horas de evolución que presentaba buena respuesta al tratamiento médico.

Las cirugías de urgencia están indicadas cuando hay presencia de alguna complicación aguda como es una perforación, peritonitis o gangrena, personas con inmunosupresión o un cuadro evolutivo menor a 72 horas.

Caso 4.- Hidatidosis hepática

Definición: La hidatidosis que es ocasionada por el parásito de la Taenia equinococcus o equinococcus granulosus es una zoonosis que, eventualmente, afecta al ser humano y nuestro país se encuentra dentro de las zonas endémicas más afectadas.

Estos parásitos se alojan en distintos órganos, pero el más frecuente es el hígado donde se presenta hasta en un 70% de los casos; otras ubicaciones

son en piel, hueso, riñón, etc. que engloban el porcentaje restante; además, más del 30% de estos quistes son múltiples(8).

Ocasionalmente, pueden tener la presencia de hidátides hijas que es una manifestación de defensa del parásito debido a la resistencia ofrecida por parte del órgano afectado o huésped, como una isquemia del tejido circundante, infección o una contaminación de la zona con extravasación de bilis.

Esta hidátide está formada por adventicia que surge como respuesta del hospedero hacia la invasión por el equinococcus, a su vez, está cubierta por una membrana hidatídica que contiene líquido y arenilla.

Diagnóstico y tratamiento: El paciente presentaba un quiste multiloculado hepático con vesículas hijas que ocupaban los segmentos IV, V y VIII de medida 117 x 105 x 110 mm y otro subhepático a nivel del mesenterio de 85 x 84 x 79 mm (ANEXO).

Inicialmente, el tratamiento fue con albendazol 10 mg/kg/día en dos tomas diarias luego de almuerzo y cena rico en grasas por 3 ciclos de 30 días sin interrupciones (9) y luego se le realizó una laparotomía exploratoria + segmentectomía derecha + quistectomía con inyección de cloruro al 20% + colocación de dren. Se procedió a hacer aspiraciones del fluido hidatídico y se inyectó la misma cantidad de NaCl y con mucha precisión se repitió, aproximadamente por 5 veces teniendo cuidado con la perforación y extracción de membranas y vesículas hijas.

Pediatría

Caso 1.- Colitis ulcerosa

Definición: La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal que afecta, exclusivamente, a la mucosa del colon cuya extensión puede variar y, generalmente, tiene una ubicación distal (10) .Los síntomas principales son heces líquidas sanguinolentas o con moco asociadas a dolor tipo cólico, fiebre y pérdida de peso; sin embargo, este cuadro se puede complicar con afectación del sensorio, retraso del crecimiento y dolor a la palpación abdominal.

Diagnóstico y tratamiento: La paciente presentaba su tercer episodio de una patología previamente diagnosticada y tratada con prednisona lo que la condicionaba a una inmunosupresión, por lo que, se indicó aislamiento inverso y la reducción gradual del fármaco hasta lo menos tolerable sin variación de clínica teniendo un apoyo en la escala de PUCAI (ANEXO).

Según la escala de PUCAI en su primer episodio que fue en octubre tuvo 75 de puntuación, en su fecha de ingreso en el mes de enero tuvo 70 y a la semana de hospitalización bajó a 45; siendo así que, se le indica una disminución hasta 40 mg que se hace de 5mg cada 5 días, pero la paciente tolera hasta una disminución de 50 mg; sin embargo, lo mínimo tolerado por pocos días fue de 45 mg y realizar la desfocalización para el inicio de un tratamiento basado en terapia con biológicos.

Pese a la mejoría, la paciente aún cursaba con hemoglobina baja por lo que posterior a 2 transfusiones se dio inicio al uso de biológicos dado que el tratamiento con infliximab y adalimumab es efectivo en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) con actividad moderada a grave quienes han fracasado a terapia convencional con mesalazina, inmunosupresores y esteroides. (11).

Caso 2.- Otitis media aguda del lactante

Definición: Otitis media aguda (OMA) se caracteriza por instauración rápida de síntomas y signos de inflamación en el oído medio. En el caso del lactante de 6 meses se evidencia una OMA esporádica ya que es un evento de presentación única o aislada. (12).

Diagnóstico y tratamiento: Esta patología está asociada a un catarro previo en vías altas y se presenta con mayor incidencia en hombres entre los 6 a 24 meses y 5 a 6 años de edad. Los agentes asociados con mayor frecuencia son *Haemophilus influenzae* no tipificable; cabe recalcar que, anteriormente, antes de la introducción de las vacunas antineumocócicas el agente mayormente aislado era *Streptococcus pneumoniae*. * Entre los factores de riesgo que se presentan cabe mencionar la lactancia materna menor, exposición al humo de tabaco y el uso de las tetinas siendo esta última muy usada en esta edad.

El cuadro clínico del lactante es muy característico de la OMA a pesar de que resulte un diagnóstico desafiante a diferencia de una evaluación a un niño mayor donde usualmente se evidencia hinchazón en zona y se quejan de dolor; sin embargo, una presentación de fiebre > 40°C en cualquiera de esas edades sería indicativo de una bacteriemia u otro foco de infección que se tendría que descartar (ANEXO).

Para hacer un diagnóstico definitivo de dicha patología, se basan en 3 criterios de las guías de la AEPap-2017 donde se incluyen los signos y síntomas de presentación aguda, presencia de exudado en oído medio que puede ser evidenciado por el abombamiento u otorrea no debida a otitis externa y síntomas o signos de inflamación en el oído medio como hiperemia timpánica o el abombamiento de la membrana (13) (ANEXO).

En el caso del lactante que se presenta se deben tener en cuenta como en el tercer criterio la irritabilidad o apatía presentada; además, de la dificultad de conciliación del sueño y pocas horas del mismo.

Caso 3.- Enfermedad Diarreica Aguda

Definición: se refiere al aumento de la frecuencia y/o volumen de las deposiciones del paciente, comparado con su patrón normal. La OMS lo define como 3 o más deposiciones anormales al día.

Las enfermedades diarreicas agudas representan un problema de salud publica a nivel mundial. es responsable de la mayoría de los episodios de diarrea en los países más desarrollados, lo que resulta más de 1,5 millones de visitas ambulatorias y 200.000 hospitalizaciones en los Estados Unidos al año. Sin embargo, las deposiciones acuosas y / o frecuentes pueden ser la manifestación inicial de un amplio espectro de otros trastornos agudos y crónicos. El norovirus ha superado al rotavirus como el patógeno más común en las regiones donde la vacunación contra el rotavirus se ha convertido en una rutina.

Esta enfermedad es considerada estacional, ya que, los casos tienden a disminuir cuando la temperatura es baja, en invierno y aumentar en verano.

En el Perú, es una importante causa de morbilidad infantil, teniendo mayor incidencia relacionada al poco acceso al agua potable, eliminación adecuada de heces e inadecuados hábitos de higiene.

Los mecanismos fisiopatogénicos de esta enfermedad se pueden describir en tres básicos:

- Interferencia con la absorción a nivel del enterocito (osmótica).
 - Estímulo del flujo neto de líquidos y electrolitos hacia lumen intestinal (secretoria)
 - Producción de respuesta inflamatoria invasiva o citotóxica (inflamatoria)
- La incidencia de esta enfermedad es de 70% diarreas virales, 10-20% bacterianas y <10% Parasitarias (14).

En base a esto, podemos determinar tres agentes patógenos que pueden causar diarreas agudas infecciosas en niños:

- Virus: Norovirus, Rotavirus, adenovirus, astrovirus y otros atípicos.
- Bacterias: Shigella Flexneri, Campylobacter jejuni, Salmonella no Typhi, E. coli, Vibrio cholerae, Aeromonas sp.
- Parásitos: Giardia lamblia, Cryptosporidium, Isospora belli, Cyclospora cayentanensis, Entamoeba histolytica, Blastocystis hominis (15).

El diagnóstico se determina por el cuadro clínico, la mayoría no requiere de pruebas de laboratorio, sin embargo, en algunos casos complejos, como presencia de alteración de la conciencia, convulsiones, sospecha de neumonía, sepsis, etc, se pueden pedir exámenes de laboratorio auxiliares.

El tratamiento consiste en corregir las pérdidas de líquidos y electrolitos (terapia de rehidratación oral o parenteral), administrar una nutrición adecuada (dieta blanda) y controlar las comorbilidades asociadas (farmacoterapia, de acuerdo con el origen etiológico).

El tratamiento, para nuestro caso en específico, sólo consistió en rehidratar a nuestro paciente ya que presentó un cuadro de deshidratación leve, determinada según los estados de deshidratación en el paciente pediátrico calculado en la escala de Gorelick y el signo del pliegue.

Caso 4.- Asma

Definición: El asma es una afección en la que las vías respiratorias se estrechan e hinchan, produciendo mayor mucosidad. Se caracteriza por dificultad respiratoria y tos, un silbido (sibilancia) y falta de aire.

El asma es un problema de salud importante en todo el mundo y es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia en muchos países. Hay una extensa alteración universal en la prevalencia del asma, con tasas más altas que se observan típicamente en las naciones de ingresos más elevados. Se vio un incremento importante en la prevalencia del asma en las décadas de los 80' y 90', con tasas de crecimiento más lentas en la década en el 2000 y una meseta desde entonces (16). No obstante, la prevalencia del asma sigue incrementando en la actualidad.

En el Perú, se calcula que 1 de cada 5 niños sufre de esta enfermedad, siendo la mayoría de los casos infantiles en las ciudades de Lima y Callao (17).

Entablar un diagnóstico de asma involucra un proceso cuidadoso de anamnesis, investigación física y estudios de diagnóstico. El diagnóstico diferencial de las sibilancias debería considerarse cuidadosamente, especialmente en bebés e infantiles, para quienes no se hacen de forma rutinaria pruebas de obstrucción reversible del flujo de aire (18).

El diagnóstico se basa en la clínica, la presencia de síntomas típicos del asma sumado a las sibilancias, los cuales deben ser confirmados en base a tres elementos:

- Demostración de flujo espiratorio variable, espirometría
- Documentación de obstrucción reversible
- Exclusión de otros diagnósticos

En menores de cinco años, el diagnóstico se hace con los mismos pasos a excepción de la espirometría, que difícilmente se puede realizar en este grupo etáreo. La prueba de medicamentos para el asma ayuda a establecer el diagnóstico en los niños, reversión de los signos y síntomas dentro del tiempo de acción del albuterol, si esto funciona, se confirma la enfermedad y se realiza el plan de tratamiento continuo, el cual se enfocará en disminuir inflamación de vías respiratorias, medicamentos de acción rápida para las crisis, evitar y/o erradicar los triggers y mantener actividades cotidianas regulares.

Para el manejo de los broncoespasmos se usarán broncodilatadores, beta agonista más común es el albuterol inhalatorio o, en casos severos, sulfato de magnesio IV.

Ginecología y Obstetricia

Caso 1.- Parto distócico por desproporción céfalo pélvica

Definición: La desproporción céfalo pélvica presente imposibilita un parto por vía vaginal perdiéndose así la armonía entre los 3 factores importantes como son el feto, la pelvis y la contractibilidad uterina, lo que puede tener como consecuencia un trabajo de parto prolongado que aumenta el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal; además de que puede causar, principalmente, una endometriitis y un mayor tiempo de hospitalización (19).

Diagnóstico y tratamiento: La gestante de 39,6 ss. llega con 5 controles prenatales al establecimiento de salud después de dos días donde no percibe movimientos fetales de la manera regular como se dio durante toda la gestación; además, está en un periodo gestacional donde se decide culminarla dado que la placenta comienza a envejecer y calcificarse por lo que el aporte de nutrientes y oxígeno hacia el feto no son adecuados para continuar con un desarrollo seguro en cavidad intrauterina.

Por lo tanto, en la paciente se opta por una cesárea electiva que está indicada en distocias como la desproporción céfalo-pélvica, cara mento posterior, placenta previa, VIH +, miomectomía, cesareada anterior (2 veces) y cuando presentan miomas > 5cm.

Caso 2.- Gestación y HIV

Definición: Años atrás el riesgo de transmisibilidad superaba el 30%, pero ahora con las medidas de prevención es inferior al 1%. Durante el trabajo de parto, intraparto, hay más riesgo de transmisibilidad; es por eso que, a toda gestante en su primer control se le debe de tomar ELISA y si el resultado es positivo se debe iniciar cuanto antes el esquema de elección.

Diagnóstico y tratamiento: Según la norma técnica del MINSA del 2019 el esquema de TARGA se inicia desde la semana 12 de gestación porque el efavirenz es teratogénico. En esa norma se presentan 3 escenarios probables: El primer escenario es cuando la paciente obtiene el diagnóstico en el primer control prenatal o pre gestacional, es decir, tiene HIV pero no recibe TARGA;

el segundo escenario se da cuando el paciente ya recibía su tratamiento antiretroviral antes de la gestación y es en este escenario donde el tratamiento al recién nacido es con zidovudina por 4 semanas; por último, el tercer escenario se da cuando el paciente recién descubre que tiene HIV durante el trabajo de parto. Este último es el que tiene mal pronóstico y es en este escenario que dentro de las primeras 24h de vida se le da tratamiento al recién nacido con zidovudina + nevirapina (20).

Según la norma técnica del 2019 si el paciente tiene una carga viral <1000 x ml, control pre natal adecuado y ha iniciado un tratamiento antiretroviral se puede optar por un parto vaginal, pero se usa zidovudina endovenosa durante el trabajo de parto; por lo tanto, no toda gestante con HIV va a cesárea.

Además, si la gestante ya está en fase activa, es decir, ya inició el trabajo de parto y su dilatación es mayor a 4 cm es preferible parto vaginal porque ya pasó el riesgo y no tendría sentido hacerle cesárea.

Caso 3.- Manejo de trabajo de parto complicado

Las cesáreas son los procedimientos más comunes en todo el mundo, usualmente se realizan cuando es indicado por el médico o la paciente lo pide. Esta puede ser planificada y se realiza usualmente en la semana 39-40 de gestación (21).

Hay ciertos escenarios médicos en los cuales se tiene que realizar cesárea, como: fallido progreso durante el trabajo de parto, estado fetal inestable, mala presentación fetal. Adicional a estos tenemos causas como: Placenta anormal, infecciones maternas con riesgo de contagio perinatal en el parto vaginal, obstrucción mecánica del canal vaginal, ruptura uterina o operaciones uterinas como miomectomía. En esta situación en particular, se realizó la cesárea por miomectomía previa (22). Ya que, según el manual de manejo de partos complicados de la PAHO, se especifica que si se pueden realizar partos vaginales en embarazadas con cesareas anteriores, sin embargo, requisitos como una miomectomía o cualquier cirugía uterina diferente a la cesárea son contraindicaciones directas para proceder con el parto normal.

No se tienen contraindicaciones para la cesárea. En comparación con otros tipos de cirugías, esta tiene riesgos y beneficios que considerar por 2 pacientes, la madre y el feto.

A todas las mujeres con cesárea programadas, se le realiza un tratamiento profiláctico de antibióticos 60 min antes de la cirugía, usualmente se utiliza cefalosporina (2 gr a pacientes < 120 kg). Si ocurre una ruptura de membranas, se añade azitromicina 500 mg intravenosa (23).

Caso 4.- Candidiasis

La candidiasis vulvovaginal se caracteriza por proceso inflamatorio que afecta a mucosa vaginal y la piel en la zona vulvar, esta enfermedad se produce debido a diferentes especies de hongo, pero principalmente del hongo *Cándida spp.*

Esta enfermedad es principalmente secundaria a un estado general de salud no óptimo que hacen la disminución de la inmunidad. Dentro del grupo de hongos de *Candida*, la *Candida albicans* es la que presenta más síntomas y signos en los pacientes y es la que más se diagnostica por exámenes de laboratorio. La candidiasis vulvovaginal afecta por lo menos una vez en la vida aproximadamente al 80% de mujeres en edad fértil y que el 40% de mujeres con un cuadro de antecedente refiere recurrencia.

Dentro de la familia de las *Candidas*, la *Candida albicans* es la que causa la mayoría de infección con un aproximado de 90%, completando el otro 10% la *Candida glabrata*,

Dentro de los factores predisponentes para la infección son la diabetes mellitus, el uso prolongado de antibióticos de amplio espectro debido a que inhiben el crecimiento de la flora bacteriana normal favoreciendo la colonización del hongo y otro factor importante es la inmunosupresión del paciente.

Al paciente se le tiene que hacer una buena historia clínica para saber los antecedentes personales, el diagnóstico de candidiasis se inclina más cuando la paciente al examen físico en la ectoscopia se evidenciara prurito vulvar con secreciones de color blanquecino y espeso.

El diagnóstico se basa en una buena historia clínica con un adecuado examen físico, si la paciente presenta descarga se tiene que evaluar el pH donde no habrá alteración y mantendrá su valor entre 4-4.5.

Para tener un dx con certeza se hará cultivo o prueba molecular del flujo vaginal

Según guías refieren al fluconazol por vía oral como tratamiento.

La vulvovaginitis candidiásica es la tercera causa de la vulvovaginitis, por lo cual en el caso descrito se pudo evidenciar en la zona bulbar edema, prurito y secreción de forma blanquecina por lo cual fue tratada con cremas para aplicar en la zona vulvar y tratamiento tópico para eliminar la colonización de el hongo de Cándida.

Medicina

Caso 1.- Actinomicosis

Definición: La actinomicosis es causada por una bacteria anaerobia y filamentosa, llamada actinomicetes israelí, que suele introducirse con mayor facilidad en inmunosuprimidos o posterior a un traumatismo bucal que llega a ocasionar tumefacciones cutáneas que predominan en zona maxilar, pulmonar y abdominal, y cuyo cuadro clínico suele ser similar a tuberculosis pulmonar e incluso sospecha de una neoplasia como en el caso de la paciente quien un mes antes de su ingreso acude a un centro odontológico para realización de extracción de pieza dental, dato que fue recopilado después de 1 semana de hospitalización.

Diagnóstico y tratamiento: Primero, se debe desfocalizar al paciente y buscar alguna puerta de entrada cutáneo mucosa como en el caso presentado. El diagnóstico se basa en visualización de los gránulos de azufre mediante anatomía patológica y el tratamiento se basa en betalactámicos y penicilinas siendo estos de dosis altas y de tratamiento prolongado lo que permite que se penetre en la cápsula fibrosa avascular que se encuentra alrededor de la infección (24).

Caso 2.- Infección de catéter femoral

Definición: Un acceso vascular con catéter femoral es un acceso muy usado en pacientes que se dializan continuamente; sin embargo, el colocar un

catéter en dicha zona amerita cuando el tratamiento es urgente y no se pueden emplear otras zonas y se considera que no se puede mantener más de una semana debido a que su localización tiene un riesgo elevado.

El *staphylococcus aureus* puede producir toxinas e invadir cualquier tejido para ocasionar daños como supuración, trombosis, necrosis y bacteriemia, siendo así, el microorganismo que tiene mayor capacidad para llegar a otros órganos vía hematogena colonizando así distintas áreas pudiendo causar así reinfecciones (25).

El inicio del tratamiento debe ser precoz

Diagnóstico y tratamiento: El paciente era portador de un catéter de manera transitoria por la realización de sus sesiones de hemodiálisis no tunelizado o también conocido como catéter central implantado por vía periférica. Debido a la cantidad elevada de riesgos presentados en este grupo de pacientes se recomienda el retiro del catéter aún de no existir signos de infección local o una ausencia del compromiso sistémico del paciente dado a una mayor posibilidad de complicaciones metastásicas.

Incluso, existen condiciones en las que se pueden considerar mantener un catéter venoso central (CVC) no tunelizado, entre las cuales están:

- Las alteraciones severas de la coagulación intravascular diseminada o trombocitopenia severa
- Uso prolongado de catéteres con riesgo de estenosis de otras vías centrales por uso recurrente de CVC, como es el caso de pacientes en nutrición parenteral crónica por síndrome de intestino corto.
- Pacientes en quienes no existen otras vías centrales disponibles
- Neutropenia febril

El tratamiento indicado son los betalactámicos ya que más del 90% de los *Staphylococcus aureus* producen betalactamasas que bloquean la acción de la penicilina (26). Principalmente, están indicados las asociaciones de linezolid y las cefalosporinas, especialmente, cefazolina y cefuroxima por vía endovenosa y cefalexina y cefadroxilo por vía oral pudiendo alcanzar concentraciones séricas altas, siendo así, los betalactámicos que presentan mayor biodisponibilidad y menos efectos adversos en la mucosa intestinal.

Caso 3.- Paracoccidioidomicosis brasiliensis

La paracoccidioidomicosis es una micosis progresiva de los pulmones, la dermis, las mucosas, los ganglios linfáticos y los órganos internos causada por el *Paracoccidioides brasiliensis*. Los indicios integran úlceras cutáneas, adenitis y dolor debido al compromiso de los órganos abdominales. El diagnóstico es clínico, microscópico y se afirma con cultivo (27).

La edad de presentación en el Perú, con mayor prevalencia son entre los 30-60 años, respecto a la situación presentada, los reportes entendidos en medio de las edades de 11 a 20 años solo fueron 3 y no se detalla el género de prevalencia en los pacientes.

La *P. brasiliensis* se ha informado con más frecuencia en mucosa oral, pulmones, ganglios y afectación intestinal, otro análisis reporta que de una revisión de diversos casos la presentación clínica de nuestra paciente, cutáneo-linfático, se ha presentado en solo 1 de 111 casos hasta el 2001 (28). Esta situación, en particular, corresponde a una presentación aguda, en la cual, el cuadro clínico de la paciente cursó con fiebre, pérdida de peso, anorexia, linfadenomegalias, lesiones cutáneas, dolor inguinal.

También, podrían presentarse otras manifestaciones clínicas como son supuración, fistulización, hepatoesplenomegalia, manifestaciones digestivas y cuadros obstructivos.

Para el diagnóstico, a diferencia de nuestro caso, en el protocolo brasilero se solicitan pruebas de laboratorio como el hemograma completo, rapidez de sedimentación globular, pruebas de funcionalidad hepática, proteínas totales y fraccionadas, evaluación de la funcionalidad renal y metabólica. A nuestra paciente se le solicitó una TEM por sospecha de diseminación orgánica y también, pruebas de laboratorio para diagnósticos específicos, el más usado es la plata metanamina de Grocott Gomori.

Para la detección de levaduras en las muestras de biopsia se puede hacer uso del examen directo con KOH al 10%

La terapia antifúngica es la base para la mejora del paciente, la elección de la terapia adecuada va a depender de las características del paciente, así como también la forma de presentación de la enfermedad, estos esquemas son empleados por un periodo de tiempo que va desde los 6 meses hasta el año.

Según el protocolo de Brasil para el manejo clínico de PCM el itraconazol, clotrimazol, terapia combinada de sulfametoxazol-trimetoprim y anfotericina b son los más empleados en la práctica clínica.

En las formas no severas se demostrado que la terapia con itraconazol tiene tasas de curación que oscilan entre el 88 y 100%.

Caso 4.- Leishmaniasis

La leishmaniasis cutánea (LC) es una patología producida por un parásito del género *Leishmania*, considerada en las patologías más olvidadas de todo el mundo. Usualmente afecta a poblaciones que viven en superficies rurales, la mayor parte en situaciones de pobreza y pobreza extrema.

Conforme con la Organización Mundial de la Salud (2010), la prevalencia está en incremento: 350 millones de individuos en el planeta se hallan en peligro de contraer leishmaniasis y se reportan alrededor de 2 millones de casos nuevos al año.

La infección por *Leishmania* es endémica en focos dispersos en más de 98 países de los cinco continentes (29).

En el Perú, la leishmaniasis es la segunda endemia de tipo tropical y la tercera causa de morbilidad por patologías infecciosas después de malaria y tuberculosis.

La leishmaniasis andina cutánea «uta» es endémica en las vertientes occidentales del norte y centro de la cordillera de los Andes y en determinados valles interandinos entre 1 100 a 3 000 msnm. La leishmaniasis afecta sin dependencia del sexo y perjudica con más frecuencia a niños en edad estudiantil y preescolar. Se transmite por la picadura de flebótomos hembra infectados, que tienen que ingerir sangre para producir huevos (generalmente ingieren de roedores, perezosos, marsupiales o caninos salvajes o domésticos) (29).

Los vectores ingieren amastigotes; a lo largo de los próximos 4 a 14 días, los amastigotes se transforman en parásitos promastigotes extracelulares flagelados y móviles en el intestino de la mosca. Los parásitos promastigotes se regurgitan más adelante a partir de la probóscide de la mosca hacia la dermis del próximo mamífero huésped.

El diagnóstico suele ser clínico, personas que proceden de zonas endémicas con síntomas y signos sugestivos, también, parasitológicas, mediante frotis o cultivos de muestras de la zona afectada, estos se pueden complementar con pruebas de inmunohistoquímica (30).

Los medicamentos más comúnmente utilizados en el tratamiento de las leishmaniasis cutánea y mucosa son los antimoniales pentavalentes, en dos diferentes formulaciones: antimoniato de N-metil glucamina y estibogluconato de sodio. Medicamentos como el isetionato de pentamidina, la miltefosina, la anfotericina B y la anfotericina B liposomal constituyen otras opciones terapéuticas. En este caso, se le dio el estibogluconato de sodio al paciente, tratamiento con el cual se observó una evolución favorable.

Respecto al control y prevención de esta enfermedad infecciosa, está sugerido un control para la población humana: uso de mosquiteros, repelentes y uso de ropa protectoras y para los vectores: limpieza de patios y terrenos.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Con el inicio de lo que sería el último año de formación como estudiante de medicina humana, al interno se le vienen muchos pensamientos cargados de nuevas metas por alcanzar de manera satisfactoria y enriquecedora, tanto en lo intelectual como en el carácter emocional.

Aquel inicio del año 2020 contó con una introducción progresiva para unos y un poco más rápida e intensa, para otros. En el caso de estos autores todo comenzó un día después de Navidad, lo que sería quizá la última que pasaríamos en casa.

El tiempo que estaban en el hospital, sin darse cuenta, cada vez fue mayor; puesto que, traía consigo horas llenas de aprendizaje y de desarrollo de aquel ojo clínico que siempre hablan los maestros, realmente, maestros... y mucha satisfacción de por medio por los conocimientos recibidos y puestos en práctica, quizá, hasta en esa primera guardia en la que recién se familiarizaban con ese trabajo nuevo del interno, conocido muchas veces como un papeleo, pero, ese solo era un eslabón más para ayudar al paciente a culminar su tratamiento médico o quirúrgico de manera óptima y, fue así, que con el transcurso de los días que aquel médico joven reforzaba su vocación de servicio y empatía con el prójimo.

En la primera rotación los internos contaban con sus co internos salientes, aquellos que ya tenían 12 meses de experiencia en dicho nosocomio y estaban muy dispuestos a ayudar y hacer un relevo a detalle de los pacientes para que no se detenga la fluidez del trabajo en equipo. No solo era un ambiente nuevo para todos, sino, se convirtió en su segundo hogar en donde estos internos comenzaron sus rotaciones en diferentes áreas, pero con las mismas ganas de mejorar cada día.

Iniciar con la rotación de Pediatría fue, un ambiente muy acogedor y con emociones cruzadas. La atención integral del paciente que acude por alguna dolencia es vital para establecer una buena relación entre ambas partes, pero ¿qué ocurre cuando quien acude por atención es un niño, infante o un adolescente? Las anécdotas vuelven a los pensamientos por sí solas.

El primer día de rotación, un gran médico de dicha rotación, les dio a todos la bienvenida a lo que sería como un nuevo mundo y, además, mencionó algo que se puede dar fe de ello: "En este, mi hospital, no verán gran cantidad de casos como en otras sedes, pero, basta que se enriquezcan con los que tendremos, créanme, tendrán variedad de casos y a nosotros para apoyarlos porque esta es una sede docente, nos gusta enseñar. Bienvenidos."

Los días pasaban y los casos extraños o, aquellos casos que suelen decir "eso está tal cual el libro" llegaban para aquellos estudiantes que se encontraban ansiosos por poner en práctica aquello que fue enseñado en las aulas de universidad. Los docentes los evaluaban, pero, sobre todo, enseñaban en cada espacio que tenían dentro de su jornada laboral, muchas veces en horario de lo que sería el tiempo libre para ingerir alimentos.

En aquel entonces, solo se contaba con un médico residente de pediatría quién respondía sus dudas sobre el cálculo de fármacos en sus pequeños pacientes o los apoyaba con guías de manejo actualizado del paciente pediátrico, aun, encontrándose semanas después en otro país llevando su última rotación como médico residente.

Pasaron por la experiencia de tener algunas guardias tranquilas y otras con bastante movimiento por la madrugada, pues es ahí, cuando las verdaderas emergencias llegan al tóxico o incluso ese paciente que reciben en la tarde, pero termina siendo hospitalizado por la delicadeza de su condición y darle así un mejor manejo. En aquellas noches, tampoco faltaron los avisos del tóxico o piso de hospitalización de ginecología en la que se informaba el recibimiento de una nueva vida en sala y es ahí cuando debían de sacar el tacto fino y, a la vez, firme para una atención inmediata del recién nacido. Sin embargo, muchas complicaciones podrían presentarse, inclusive, cuando no se contaban con controles pre natales para guiarse del panorama al cual se enfrentarían, pero siempre al voltear la mirada se podía encontrar a aquel

doctor con una tranquilidad única y manejo de la situación de manera serena y segura, muy segura... porque los años no han pasado en vano, decían.

Casi ya finalizando lo que sería, sin lugar a dudas, una rotación maravillosa es cuando se les presenta la posibilidad de rotar un mes en el Hospital del Niño de Breña, y pues, se llevó a cabo en dicha sede docente lo que sería el último mes de rotación sin tanto equipo de protección antes de pausar de manera indefinida el internado y por precaución separaron al interno en formación.

Después casi seis meses el MINSA en su decreto de urgencia aprueba el retorno del interno, pero al primer nivel de atención; no obstante, algunas sedes docentes como el Hospital Militar Central adoptaron nuevas medidas y crearon de manera conjunta con las universidades el retorno de los alumnos a su sede docente. No obstante, era de esperarse que retornarían menos pues otros, lamentablemente, retornaría en el siguiente internado por motivos personales y respetables.

Retornar al hospital en medio de una crisis sanitaria era algo muy preocupante porque todo iba a ser completamente distinto e incluso el riesgo que tendrían las familias de cada interno, sumándose además a ello, el temor. Pero fue precisamente ese temor que los condujo a un cumplimiento de medidas estrictas de cuidado para que no sean un vehículo más de propagación del virus.

Las horas en el hospital se redujeron, considerablemente, y en un comienzo no se permitían las guardias en emergencia, puesto que, a pesar de contar con un equipo de triaje al ingreso no faltaba aquel paciente asintomático que llegaba a tóxico por alguna patología distinta a una neumonía atípica compatible con SARS-COV-2. Cabe mencionar que muchos de aquellos pacientes necesitaban hospitalizarse y en medio de una pandemia las pruebas moleculares estaban escasas o, inclusive, era tanta la demanda que primero debían atenderse las pruebas compatibles con un cuadro de neumonía o con alta sospecha de contagio, siendo así que, debían continuar con la atención, hospitalización o pase directo a sala de operaciones con todas las medidas de protección necesarias.

Una vez culminada la jornada, era inevitable que se venga a los pensamientos si lo que agotaba más era la cantidad de pacientes y exámenes por conseguir, o la preocupación que no se podía observar debajo de todo ese equipo de protección, y si algo hay que recalcar en estas líneas es que aún con toda esa avalancha de sentimientos tanto por el médico de años y el futuro médico en formación estaban dispuestos a, dentro de lo posible, transmitirle la tranquilidad al paciente de que se resolverá de manera conjunta sus dolencias.

Este retorno trajo consigo un sinfín de modificaciones, dentro de las cuales destaca: la rotación por segmentos cada 15 días de asistencia al hospital, lo que les dejaba llevar en sus hogares una cuarentena por precaución, no obstante, ese cuidado hacia sus pacientes significaba además un riesgo para los suyos, sus familias.

Muchos de sus doctores y docentes fueron separados de los hospitales por presentar factores de riesgo, muchos otros terminaron contagiados, y otros más terminaron perdiendo la vida a causa del COVID 19; docentes que, cabe resaltar, continuaron impartiendo conocimiento como dirían "al pie del cañón se ven los verdaderos profesionales".

Aquel regreso con una rotación como lo fue Cirugía General acarrea consigo muchos desafíos de por medio. Los pacientes que llegaban, muchas veces, cursan con cuadros agudos y como se mencionó líneas arriba la demanda de las pruebas moleculares fue y continúa siendo muy alta; por lo que, si su condición necesitaba con urgencia el ingreso a sala, el paciente subía y en ese momento se corrían todos los exámenes pertinentes, inclusive, sin una prueba de diagnóstica que descarte la presencia de aquel coronavirus en el organismo del paciente.

Como era de esperarse, la cantidad de pacientes que iban a enriquecerlos de conocimientos gracias a su valiosa predisposición de ayuda para su formación iban a ser cada vez menores; sin embargo, se adoptaron medidas por parte de las universidades y hospitales para seguir impartiendo con la docencia distintos conceptos que deberían de fijarse en esta última etapa.

Ya casi terminando su tiempo de rotación, donde sería su último hospital como alumnos de pre grado, pudieron desenvolverse en áreas como Ginecología y

Obstetricia, en la cual, la accesibilidad en la atención de un parto ya sea eutócico o distócico era muy escasa, dado que, a más personas significaban un riesgo mayor para la madre y el recién nacido, así es que, se redujo aún más la cantidad de internos por rotación.

Sin lugar a dudas, la culminación de un internado en medio de una crisis sanitaria fue un desafío para el futuro médico y también para todo el personal médico que les ha brindado su apoyo en todo momento.

CONCLUSIONES

Los casos descritos y el aprendizaje de un correcto abordaje del paciente son parte de nuestra formación como internos durante las horas en nuestra sede hospitalaria culminando así nuestra rotación con el presente informe de suficiencia en el que se muestran casos de los cuatro servicios dentro los cuales se trabajó en tópico de emergencia y hospitalización donde se pudo aprender mucho de las patologías vistas con mayor frecuencia como lo es la colecistitis aguda y la diarrea aguda infecciosa en población adulta y pediátrica, respectivamente; sin embargo, también se presentó un caso de actinomicosis con una clínica sugestiva de otras patologías como fue, inicialmente, la sospecha de un cáncer de tiroides o una TBC ganglionar.

RECOMENDACIONES

Se sugiere a nuestros compañeros, los nuevos internos, que empezarán su último año en un establecimiento de salud diferente al de años anteriores que vayan siempre dispuestos a aprender así la cantidad de pacientes a los que puedan tratar se reduzca, considerablemente, pues ese será el momento de absolver las dudas que tengan y no dejen que las ganas por aprender se desvanezcan en medio de esta crisis sanitaria.

Y para culminar estas líneas, solo queda por recomendar que cumplan con los protocolos de seguridad durante sus horas de trabajo en un centro de salud de primer nivel de atención, así como en un hospital porque sus familias los esperan en casa.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Strate LL, Morris AM. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology*. 2019;; p. 1-17.
2. Bates D, Bernal Fernandez M, Ponchiardi C, von Plato M, Teich J, Narsule C, et al. Surgical management in acute diverticulitis and its association with multi-detector CT, modified Hinchey classification, and clinical parameters. *Abdominal Radiology*. 2017 Diciembre; 43: p. 2060-2065.
3. Ramirez Ramos A, Sanchez Sanchez R. Helicobacter pylori y cáncer gástrico. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2008 Jun/Set; 28(3).
4. Cañas M, Morán Y, Rivero MB, et. al.. Polimorfismo genético de interleuquina-1: Asociación con cáncer gástrico en la población de alto riesgo del Centroccidente de Venezuela. *Revista médica de Chile*. 2009 Enero; 137(1).
5. Torres Silva E, Cabello J, Salinas C, Cok J, Bussalleu A. Endoscopías digestivas altas y biopsias gástricas en la Clínica Médica Cayetano Heredia.. *Rev Med Hered*. 1997; 8.
6. Ramos Loza CMM. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. *Revista Medica La Paz*. 2018 Junio; 24(1).

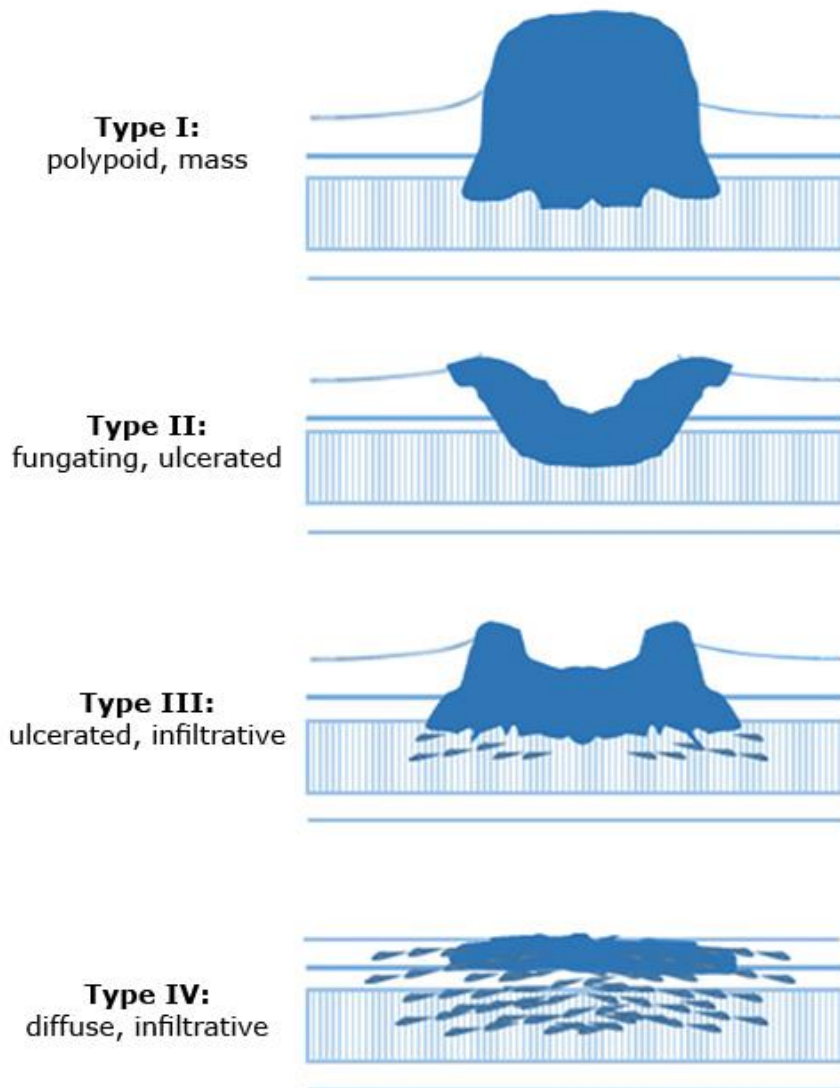
7. Molina Coto F. COLECISTITIS CALCULOSA AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA. 2016; 73.
8. Salinas Sedó G, Velásquez Hawkins , Saavedra Tafur L. Tratamiento laparoscópico de los Quistes hidatídicos hepáticos. Rev. gastroenterol. 2001 Octubre; 21(4): p. 306-311.
9. Pinto G. P. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. Revista Chilena de Cirugía. 2016 Octubre; 69(1): p. 94-98.
10. Monrroy H, Ibáñez P. Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol. latinoam. 2013; 24(2): p. 85:90.
11. Rojas C, Silva V, Hernandez E, et. a. Experiencia del uso de terapia biológica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital público. Gastroenterol. latinoam. 2015 Abril; 26(2): p. 94-100.
12. Garcia Vera C. Otitis Aguda Media. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2013 Junio; 22: p. 49-59.
13. Lieberthal AS, Carroll AE, et. e. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Pediatrics. 2013 Marzo; 131(3): p. e964-e999.
14. Silva-Diaz H, Bustamante-Canelo O, et. al.. Enteropatógenos predominantes en diarreas agudas y variables asociadas en niños atendidos en el Hospital Regional Lambayeque, Perú. Horizonte Médico. 2017 Enero; 17(1).
15. Hernandez Cortez C, Aguilera Arreola MG, Castro Escarpulli G. Situación de las enfermedades gastrointestinales en México. ENF INF MICROBIOL. 2011; 31(4): p. 137-151.
16. Del Rio Navarro B, Hidalgo Castro M, Sienna-Monge L. Asma. Boletín médico del Hospital Infantil de México versión impresa ISSN 1665-1146. 2009 Enero; 66(1).
17. Munayco C, Arana J, Torres-Chang J, Saravia L, Soto-Cabezas G. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ASMA EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS DE UN ÁREA RURAL DEL SUR DEL PERÚ. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(3).

18. García de la Rubia S, Pérez Sánchez S. Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Pediatr Integral*. 2016; 20(2): p. 80-93.
19. Piñango Cruz P, Rodríguez Penso A, Fajardo JF, Bello F. DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA: DIAGNÓSTICO ECOSONOGRÁFICO. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2006 Marzo; 66(1).
20. Ministerio de salud. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B. 1st ed. Lima; 2019.
21. Ruiz-Sanchez J, Espino y Sosa S, Vallejos-Parés A, Durá-Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatología y reproducción humana*. 2014 Enero; 28(1).
22. Dubón Peniche MdC, Romero Vilchis ME. Trabajo de parto, sufrimiento fetal: Caso CONAMED. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2012 Noviembre; 55(6).
23. Salinas H, Preisler J, et. al.. NORMAS DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006; 71(1).
24. Loth-Bouketala A, Graziani J, Fakhry N. Actinomicosis cervicofacial. *EMC - Otorrinolaringología*. 2017; 46(4): p. 1-5.
25. Muñoz González RI. V Curso de accesos vasculares. *Diálisis y Trasplante*. 2011; 32(3): p. 119-136.
26. Contreras M. L, Calvo A. M, Segovia R. E, Luppi N. M, Barriga C. F. Tratamiento de las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales. *Rev. chil. infectol*. 2003; 20(1): p. 70-75.
27. Sanchez-Saldaña L, Matos-Sánchez R. Infecciones micóticas sistémicas o profundas: paracoccidioidomicosis. *Dermatol Perú*. 2010; 20(1).
28. Alcantara Figueroa C, Verástegui R, Aphanh M. Paracoccidioidomicosis colónica en un hospital de Lima - Perú: reporte de 4 casos. *Rev. gastroenterol*. 2017 Enero; 37(1).

29. Cubas S, Centeno-Leguía D, Arteaga-Livias K, Depaz-López E. Revisión clínica y epidemiológica de la leishmaniasis tegumentaria en una región central del Perú. *Rev. chil. infectol.* 2019 Diciembre; 36(2).
30. Quiceno J, Bastidas X, Rojas D, Bayona M. LA MOSCA DOMÉSTICA COMO PORTADOR DE PATÓGENOS MICROBIANOS, EN CINCO CAFETERÍAS DEL NORTE DE BOGOTÁ. *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 2010; 13(1).

ANEXOS

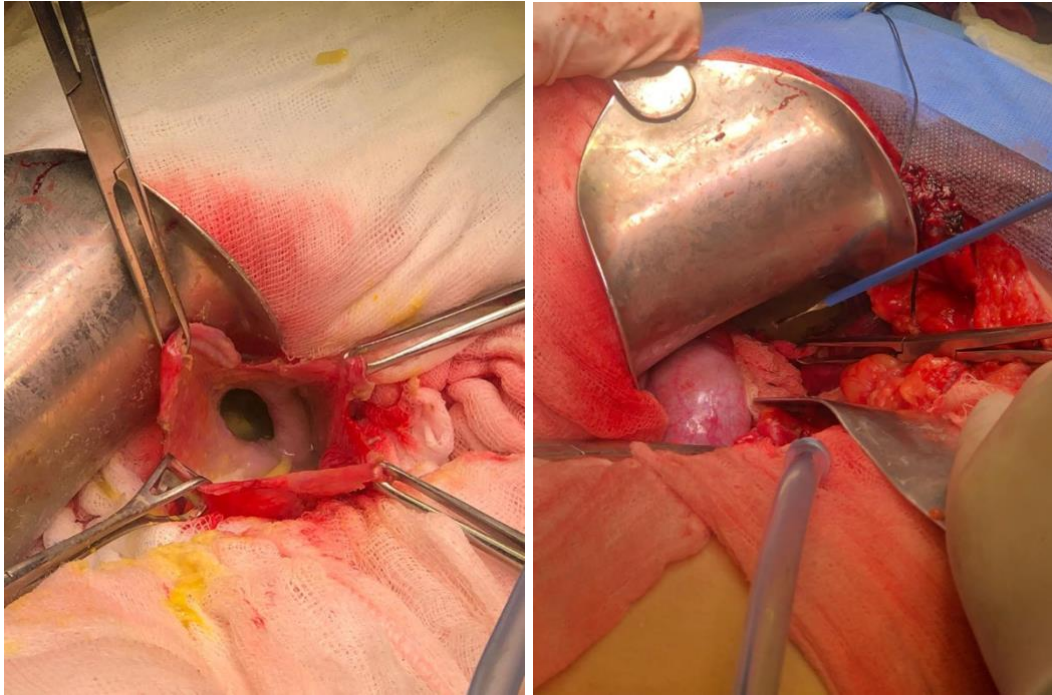
ANEXO I Clasificación de cáncer gástrico según Bormann



Clasificación según Bormann: tipo I= tumor polipoide o fungoide, masas polipoideas que se proyectan hacia la luz gástrica; tipo II = masas ulceradas con bordes sobresalientes y delimitados; tipo III= tumor ulcerado infiltrante y tipo IV= difusamente infiltrativas, linitis plástica.

Agnes A, Estrella JS, Badgwell B. The significance of a nineteenth century definition in the era of genomics: linitis plastica. World J Surg Oncol 2017; 15:123. Available at: <https://wjso.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12957-017-1187-3>. Copyright © 2017 Agnes A, Estrella JS, Badgwell B. Reproduced under the terms of the Creative Commons Universal License 1.0.

ANEXO II Exploración en sala del quiste hepático



Quiste multilocular hepático con vesículas hijas que ocupaban los segmentos IV, V y VIII



ANEXO III PUCAI

Índice de actividad (PUCAI)	
1. Dolor abdominal	
Sin dolor	0
Puede ser ignorado	5
No puede ser ignorado	10
2. Rectorragia	
Ausente	0
Pequeño sangrado (< 50% deposición)	10
Pequeño sangrado en la mayoría de las deposiciones	20
Sangrado abundante (> 50% deposición)	30
3. Consistencia	
Formadas	0
Parcialmente formadas	5
Completamente desechas	10
4. N° de deposiciones al día	
0-2	0
3-5	5
6-9	10
> de 8	15
5. Deposiciones nocturnas	
Ausentes	0
Presentes	10
6. Grado de actividad	
Sin limitación	0
Restricción ocasiona	5
Restricción importante	10

PUCAI < 10: remisión.

PUCAI 10-34: brote leve.

PUCAI 35-64: brote moderado.

PUCAI > 65: brote grave.

Existen índices de actividad de EII que permiten, en-tre otras cosas, determinar el tratamiento a seguir: PU-CAI (*pediatric ulcerative colitis activity index*).

El PUCAI se basa, únicamente, en parámetros clínicos que son: número de deposiciones al día, consistencia de ellas, presencia de sangre, deposiciones nocturnas, dolor abdominal y nivel de actividad diaria y así clasifica la enfermedad en leve, moderada y severa lo que ayuda a ver la evolución del paciente.

ANEXO IV Tratamiento inicial de OMA no complicada

TABLE 4 Recommendations for Initial Management for Uncomplicated AOM^a

Age	Otorrhea With AOM ^a	Unilateral or Bilateral AOM ^a With Severe Symptoms ^b	Bilateral AOM ^a Without Otorrhea	Unilateral AOM ^a Without Otorrhea
6 mo to 2 y	Antibiotic therapy	Antibiotic therapy	Antibiotic therapy	Antibiotic therapy or additional observation
≥2 y	Antibiotic therapy	Antibiotic therapy	Antibiotic therapy or additional observation	Antibiotic therapy or additional observation ^c

^a Applies only to children with well-documented AOM with high certainty of diagnosis (see Diagnosis section).

^b A toxic-appearing child, persistent otalgia more than 48 h, temperature $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (102.2°F) in the past 48 h, or if there is uncertain access to follow-up after the visit.

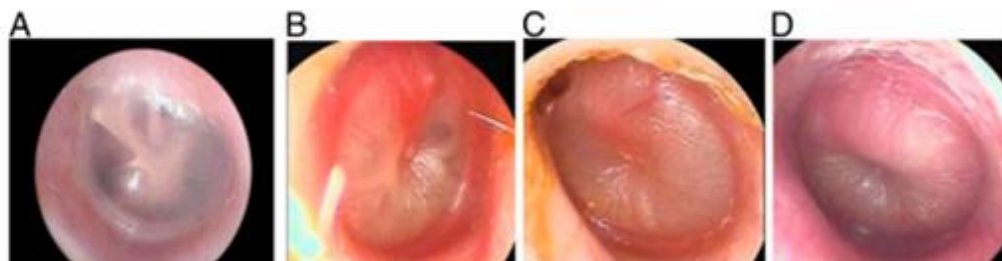
^c This plan of initial management provides an opportunity for shared decision-making with the child's family for those categories appropriate for additional observation. If observation is offered, a mechanism must be in place to ensure follow-up and begin antibiotics if the child worsens or fails to improve within 48 to 72 h of AOM onset.

Duración de tratamiento de 6 meses a 2 años: 10 días

Pacientes menores de 2 años y niños con síntomas severos y/o para casos de membrana timpánica perforada o para casos de OMA recurrente: 10 días

Pacientes mayores a 2 años o con síntomas leves a moderado: 5 a 7 días

ANEXO V Evaluación de la membrana timpánica



A: Membrana timpánica normal, B: Membrana timpánica con leve abombamiento, C: Membrana timpánica con abombamiento moderado, D: Membrana timpánica con abombamiento severo.