



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MEDICA EN EL PRIMER, SEGUNDO Y
TERCER NIVEL DE ATENCION DURANTE EL INTERNADO
MEDICO PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**JAIME ENRIQUE SIERRA TORRES
JUAN CARLOS FLORIAN ROMERO**

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

**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

**EXPERIENCIA MEDICA EN EL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER
NIVEL DE ATENCION DURANTE EL INTERNADO MEDICO
PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JAIME ENRIQUE SIERRA TORRES
JUAN CARLOS FLORIAN ROMERO**

**ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Jorge Luis Herrera Quispe

Miembro: M.E. Felipe Santiago Tolentino Valladares

Miembro: M.E. Hugo Ortiz Souza

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a nuestros padres, por sus innumerables esfuerzos y sacrificios.

Jaime Enrique Sierra Torres

Juan Carlos Florian Romero

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Gineco-Obstetricia	1
1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	9
1.3 Rotación de Cirugía	14
1.4 Rotación de Medicina Interna	21
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	28
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	35
3.1 Rotación de Gineco-Obstetricia	35
3.2 Rotación de Pediatría y neonatología	39
3.3 Rotación de Cirugía	42
3.4 Rotación de Medicina Interna	46
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	50
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
FUENTES DE INFORMACIÓN	55

RESUMEN

La pandemia por el COVID-19 quedará registrado en los anales de la historia de la medicina más difíciles durante el siglo XXI. Desarrollar las prácticas médico preprofesionales en este contexto fue una tarea ardua y sagaz, con muchas limitantes y riesgos para el personal de primera línea que llevó a cabo una labor titánica, en medio de escasez de recursos médicos. La pandemia continúa vigente y en su estadio más álgido, las labores del profesional de salud y del interno de medicina no se detienen, pues tienen una obligación moral y vocacional con la población peruana.

Presentamos el siguiente Trabajo de Suficiencia Profesional, con el objetivo de dar un punto de vista más objetivo sobre el esquema de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías con mayor significancia dentro del marco institucional en los tres niveles de atención, ya sea por su alta incidencia, por tener un carácter preventivo o por conllevar un alto nivel de Años de Vida Saludable Perdidos (AVSP).

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic will go down in the most difficult annals of medical history during the 21st century. Developing pre-professional medical practices in this context was an arduous and sagacious task, with many limitations and risks for front-line personnel who carried out a titanic job, amid a shortage of medical resources. The pandemic continues and in its most critical stage, the work of the health professional and the medical intern does not stop, as they have a moral and vocational obligation to the Peruvian population

We present the following Professional Sufficiency Work, with the aim of giving a more objective point of view on the diagnosis, treatment and rehabilitation scheme of the most significant pathologies within the institutional framework at the three levels of care, either due to its high incidence, because it has a preventive nature or because it entails a high level of Years of Healthy Life Lost (AVSP).

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, fundada en 1983, veló, en muchas circunstancias, por el derecho del estudiante de medicina a unas prácticas preprofesionales seguras y de calidad. Sin duda alguna el contexto en el que se realizó la mayoría del internado 2020-2021, fue cruento y de bastante complejidad. Empero, fue un logro monumental el llevado a cabo por nuestra casa de estudios en coordinación con las distintas Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y el Ministerio de Salud (MINSa), en función a la reintegración de los alumnos a sus labores.

El internado médico se desarrolla en el séptimo año de la carrera de Medicina Humana; han de llevarse a cabo labores dentro de las cuatro principales especialidades de la carrera profesional. Dichas responsabilidades descritas fueron llevadas a cabo en institutos altamente especializados, hospitales y en centros de salud del primer nivel de salud. Se dividió el trabajo según el orden segmentario de las prácticas clínicas, siendo estos ítems los siguientes:

Ginecología y obstetricia, donde se destacan temas de vital relevancia en el contexto puerperal, principalmente. Patologías como el Síndrome de HELLP que puede llegar a una mortalidad de hasta el 24%, sus signos y síntomas diagnósticos y su tratamiento oportuno. La hemorragia postparto causada por su principal causa etiológica (atonía uterina), su tratamiento y prevención de complicaciones. La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), en el contexto de un aborto inducido, causante de numerosas complicaciones a corto, mediano y largo plazo; y la identificación y atención oportuna de un parto distócico causado por la presentación podálica de un feto con una edad gestacional adecuada.

Pediatría y Neonatología, donde se tuvo la oportunidad de presenciar la evolución clínica y el tratamiento necesario para casos de vital importancia. Se destacan, pues, dentro de estos el caso de una Enfermedad Diarreica

Aguda (EDA), siendo esta de tipo acuosa, se evidenció objetivamente los pasos a seguir para el manejo eficaz de la deshidratación causada por la morbilidad. Se presentó, asimismo, el caso de una enfermedad inmunoprevenible; la Tos Ferina, representa un gran impacto en los índices epidemiológicos al suscitarse, pues es una patología con alta contagiosidad, motivo por el cual ha de identificarse y tratarse a los familiares y contactos. Las enfermedades exantémicas estuvieron presentes durante la rotación pediátrica; se tuvo la oportunidad de diagnosticar y tratar eficazmente un caso de exantema súbito, siendo de alta peligrosidad por las posibles convulsiones febriles, no ha de tomarse por sentada.

Cirugía, donde se comprendieron, principalmente, el manejo de cuadros de abdomen agudos quirúrgicos. Resaltamos el caso de una peritonitis en el contexto de una apendicitis aguda complicada; la toma de decisiones tuvo que ser oportuna y objetiva. Asimismo, un cuadro muy similar se desarrolló en un paciente con antecedente de osteosarcoma, sin embargo, la analítica clínica, principalmente, bioquímica e imagenológica, evidenció la causante verdadera del cuadro agudo; una diverticulitis se había desarrollado; se detectó y trató oportunamente en función al criterio profesional y a las capacidades médicas adquiridas en los años de estudio.

Finalmente, la rotación de Medicina, permitió la cuantificación del impacto de patologías en el primer nivel de atención. Patologías como la hipoglicemia iatrogénica causada por el uso de Captopril en el contexto de un paciente oncológico, donde inicialmente se sospechó de un síndrome para neoplásico por la severidad del cuadro. También, conocimos el esquema de acción de una Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) cómo diagnosticarla y objetivos terapéuticos de un paciente diabético.

Cabe resaltar que la toma de decisiones y las indicaciones terapéuticas que se comprendieron, regían estrictamente dentro de los esquemas institucionales al momento de la práctica médica; esquemas hechos con información objetiva y eficaz brindada por la medicina basada en evidencias y literatura internacional.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso A: Síndrome de HELLP

La señora María, natural y procedente de Lima, es una paciente gestante de 27 años de edad, con 36 semanas de embarazo, sin antecedentes de importancia. G4P0030 (espontáneos) con FUM 16/06/2020 que acude a la institución remitida de su centro de salud por discordancia entre la altura uterina y la edad gestacional.

Al ingreso presentó cefalea, epigastralgia y vómitos.

Funciones biológicas:

La paciente refiere no presentar alteraciones a nivel urinario, el apetito se encuentra dentro de lo normal, las deposiciones son sólidas, el sueño conservado, sin variaciones en el peso y no recibe medicación alguna.

Examen físico:

Sus funciones vitales fueron: frecuencia cardíaca de 102 latidos por min, se cuantificó una frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, una temperatura corporal de 37. 4º C y una saturación de oxígeno de 98%. La paciente contaba con un peso de 51.5 kg, y su talla era de 152 cm. Se destaca el nivel de presión arterial, la cual fue de 170/100 mmHg.

A la examinación por segmentos se halló lo siguiente:

- Piel y faneras: piel normo coloreada, mucosas hidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos. No edemas.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos pulmonares agregados.
- Abdomen: altura uterina de 31 cm; se cuantificó una frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto; ausencia de dinámica uterina.

- Tacto vaginal: cuello uterino largo, orientado hacia el sacro y cerrado.
No hay pérdida de líquido.

Exámenes complementarios:

La Ultrasonografía reveló una gestación única, producto cefálico, con un diámetro biparietal de 65 mm, líquido amniótico normal, placenta anterior sin madurez.

Diagnósticos:

1. Paciente gesta 4 de 36 semanas por fecha de última regla.
2. Preeclampsia con signos de severidad.

Plan de trabajo:

Se indica de urgencia: hemograma completo, examen completo de orina, creatinina, ácido úrico, urea, coagulograma con limitantes de estudio.

Se interrumpe el embarazo por vía abdominal, previo tratamiento profiláctico de la eclampsia con sulfato de magnesio y control de la tensión arterial con labetalol. Tras cesárea, se extrae recién nacido, del sexo femenino, con peso de 1 520 g y Apgar 6 al primer minuto y 9 al quinto minuto.

Hallazgos operatorios:

1. Sangre libre en cavidad abdominal, que no procedía de la histerorrafia.
2. Se amplió incisión en y se encuentra gran hematoma subcapsular hepático del lóbulo derecho y una ruptura hepática de \pm 5 cm.

Se realizó sutura hepática y hemostasia, y en este momento se sospechó la posibilidad de un síndrome de HELLP. Se indica intraoperatoriamente de manera urgente los siguientes exámenes: hemograma completo, gasometría, transaminasas, LDH, bilirrubina y exámenes de coagulación.

En recuperación se administran coloides, cristaloides, sangre fresca y plasma; y se recibieron los exámenes indicados durante el operatorio:

- Hemograma C: Hb: 7,9 g/L. Leucocitos: $8.0 \times 10^9/L$ Hto: 0,26.
- Ionograma y gasometría: parámetros normales.
- Enzimas hepáticas: TGP de 168 UI y bilirrubina en 1,2 mg/dL.
- Coagulograma: tiempo de sangría y de coagulación prolongados, déficit de fibrinógeno.

En el informe quirúrgico se constatan los siguientes diagnósticos postoperatorios:

1. Puérpera en PO inmediato por cesárea por preeclampsia con signos de severidad.
2. Trastorno hipertensivo del embarazo con signos de severidad complicado con síndrome de HELLP.
3. Ruptura hepática.
4. Coagulación intravascular diseminada.

Se intervino quirúrgicamente encontrándose un aumento de tamaño en el hematoma y en hipogastrio el útero hipotónico con sangramiento de la histerorrafia, por lo que se realizó histerectomía total abdominal, con ligaduras de las arterias hipogástricas y en hígado, asimismo, se ligó la arteria hepática común.

En recuperación, la presión arterial se normalizó (fue de 100/50 mmHg), se obtuvo una frecuencia cardíaca de 108 por minuto y una frecuencia respiratoria de 20 por minuto. Se trasladó a UCI con tratamiento antibiótico de amplio espectro, antihipertensivos y esteroides.

Al alta, paciente poseía exámenes auxiliares dentro del rango de normalidad. Con una presión arterial de 140/90 mmHg. Además, recién nacido del sexo femenino, con peso de 2 530 g, en perfecto estado de salud.

Caso B: Atonía uterina

Paciente mujer de 19 años, natural de Ica, procedente de Barrios Altos. Con antecedentes de un aborto anterior derivada de su centro de salud por pelvis estrecha; con gestación activa de 38 semanas, acude refiriendo dinámica uterina y pérdida de líquido en las 3 horas previas a la examinación, aproximadamente.

Examen físico:

Funciones vitales: Frecuencia Cardíaca 82 latidos por min, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, temperatura de 37° centígrados y su saturación de oxígeno fue de 98%. Se cuantificó un peso corporal de 81.5 kg, y una talla de 169 cm. La presión arterial arrojó un resultado dentro de lo fisiológico (110/60 mmHg).

- Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada; mucosas húmedas, llenado capilar menor a 2 segundos. No edemas.

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.
- Aparato respiratorio: el murmullo vesicular se auscultó adecuadamente en ambos campos pulmonares, no se evidenció ningún tipo de ruido patológico.
- Evaluación obstétrica: las maniobras de Leopold indicaron una altura uterina de 33 cm, feto en longitudinal cefálico izquierdo, encajado. Se cuantificó una frecuencia cardíaca fetal de 151 latidos por minuto y una dinámica uterina compatible con fase latente de trabajo de parto (2 en 10 minutos, con intensidad de 30 mmHg).
- Tacto vaginal: borramiento del 60% y una dilatación de 3 cm.

Diagnósticos:

1. Paciente con segunda gestación de 38 semanas de edad gestacional por ecografía del primer trimestre.
2. Trabajo de parto en fase latente.
3. Estrechez pélvica.
4. Antecedente de ruptura prematura de membranas de 3 horas aproximadamente.

Plan de trabajo:

Paciente en fase latente de trabajo parto, se somete a cesárea, sin complicaciones, obteniéndose un producto vivo de sexo femenino de 3540 gramos. Se indica lo siguiente en el postoperatorio inmediato:

1. Nada por vía oral.
2. Hidratación con cloruro de sodio al 9% (1000 cc) y 20 unidades internacionales de oxitocina, en goteo.
3. Antibioticoterapia profiláctica con cefazolina (1 gr endovenoso cada 6 horas).
4. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma.
5. Masaje uterino externo.

Una hora después cursó con las siguientes funciones vitales:

- Presión arterial de 80/30 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 130 por minuto

Se detecta atonía uterina, se realiza de manera inmediata compresión bimanual; se indica, además ergometrina endovenosa y se aumenta la dosis de oxitocina. A pesar de ello la paciente no mejora, por lo que se procede a

realizar una laparotomía, colocando una sutura compresiva tipo B-Lynch y un segundo punto centralmente, en cara anterior de manera que quedase equidistante a los puntos anteriores y en la cara posterior, cediendo el sangrado.

Dentro de las indicaciones postoperatorias se considera lo siguiente:

- Se le transfunde una unidad de paquete globular.
- Tres dosis de hierro sacarato de 100 mg endovenoso en los siguientes tres días de hospitalización.

La evolución postoperatoria fue óptima, por lo que se decide el alta al cuarto día desde el procedimiento. Paciente se encontraba asintomática. Finalmente se indica control por consultorio externo

Caso C: Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

Paciente de 29 años, conviviente con su familia, católica, con educación secundaria completa, natural y procedente de Lima, acudió al servicio de Emergencias del hospital Vitarte por presentar dolor abdominal en hipogastrio en los últimos días, presentó sensación de alza térmica la cual cuantificó (38 °C) con aumento de dolor en zona pélvica; refirió también, leucorrea y dispareunia en los últimos 4 días.

Antecedentes personales: menarquia a los 11 años, régimen catamenial: 3-4/28, primera relación sexual: 15 años, Andria: 6. G2 P1001

- G1: parto eutócico, recién nacido varón de 5 años con peso al nacer de 3100 gramos.
- G2: aborto inducido de 7 semanas de gestación el cual requirió legrado uterino en consultorio privado (2 semanas previas al ingreso)
- Pareja de hace 5 meses, relación inestable por discusiones de pareja de presunta infidelidad.
- Método anticonceptivo: usaba inyectable trimestral.

Examen Físico

Frecuencia cardíaca: 96 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno: 97%. Presión arterial: 120/75 mmHg. Temperatura: 38.4 °C. Peso: 66 kilogramos. Altura: 1.60 cm.

Consciente, orientada, quejumbrosa, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, aparente regular estado general, moderada palidez y mucosas hidratadas.

- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, no se auscultan soplos a la auscultación.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no presencia de tirajes, no ruidos pulmonares agregados.
- Abdomen: blando, depresible y doloroso a la palpación profunda a nivel hipogástrico y en fosa iliaca derecha, signo de Blumberg dudoso. Ruidos hidroaéreos normales.
- Genito-urinario: puño percusión lumbar negativa, punto reno ureteral: negativo. Genitales externos con lesiones papilares en “cresta de gallo” en zona perineal.

Especuloscopia: flujo vaginal verde amarillento, con mal olor y secreción escasa que surge por orificio cervical.

Tacto vaginal: vagina permeable, doloroso a la movilización del cérvix, útero difícil de evaluar por dolor, presencia de dolor en fondo de saco

Exámenes de Laboratorio

- Hemograma: 16 500 leucocitos, 5% abastionados. Hemoglobina: 11 mg/dl. Hematocrito: 32%, Plaquetas: 350 000 m³, Glucosa: 90 mg/dl. Velocidad de sedimentación globular (VSG): 60mm. PCR: 16 mg/dl Perfil de coagulación: normal. Perfil hepático: normal. Perfil renal: normal, U:24, Cr: 0.7. Examen de orina: 18 leu/c, 1-3 hematíes/campo, 2-4 cel. epiteliales/campo, gérmenes 1+. VIH: negativo, VDRL: No reactivo. SARS-COV2 IgM: no reactivo IgG: reactivo. HIV negativo

Ecografía transvaginal: dolor a eco punción, útero en posición Antero verso flexión de 8 cm, endometrio con grosor de 7.5 mm, no se observó miomas ni pólipos en miometrio, se evidenció aumento de tamaño de las trompas uterinas, imágenes hipo ecogénicas con septos gruesos en pelvis tubular, ovarios de tamaño normal donde sin la presencia de imágenes quísticas. Aumento de la vascularización periférica al Eco Doppler a nivel de las trompas. Fondo de saco se observa líquido libre de 15 cc.

Plan de Trabajo

Se decide su hospitalización por el compromiso sistémico y continuar el manejo en el servicio de ginecología. Se planteó el siguiente tratamiento antibiótico:

- Clindamicina 900 mg vía Endovenosa cada 8 horas + Gentamicina 130 mg (2mg/kg) en dosis de carga, luego a 100 mg (1,5 mg/kg) cada 8 horas durante 48 horas.

Posterior a ello tuvo una adecuada respuesta al tratamiento, se continuó con tratamiento antibiótico vía oral con:

- Doxiciclina 100mg cada 12 horas x 14 días + metronidazol 500 mg cada 12 horas x 14 días

La paciente presentó evolución favorable, se decide su alta y se le explicó sobre las posibles complicaciones a futuro que conlleva una EPI como embarazos ectópicos, dolor pélvico crónico e infertilidad. Se le brindó consejería en salud reproductiva y prevención de infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y cita por consultorio de ginecología para screening de cáncer de cérvix por los factores de riesgo y las lesiones genitales de condilomatosis encontradas.

Caso D: Parto distócico podálico

Paciente de 34 años ama de casa, conviviente con su pareja e hijos acude a Emergencia por presentar contracciones uterinas frecuentes de moderada intensidad de aproximadamente 6 horas, percibiendo movimientos fetales, niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal. Antecedentes personales: niega patologías y RAMS. Antecedentes gineco obstétricos: Menarquia: 12 años, FUR: 09/05/20, RC: 3/30, Andria: 4, G2 P2002 sin complicaciones, último embarazo: 20/11/19 peso 3.6 kg. Control prenatal: 05, Pelvis normal.

Examen Físico

Frecuencia Cardíaca: 88 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 22 respiraciones por minuto, Saturación de Oxigenación: 97%, Presión Arterial: 100/65 mmHg, Temperatura: 36.9 °C, Peso: 70 kilogramos, Altura: 1.48 cm. Consciente, orientada, quejumbrosa, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, aparentemente en regular estado general, no palidez, mucosas hidratadas

- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, no se auscultan soplos a la auscultación.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no presencia de tirajes, no ruidos agregados pulmonares agregados.
- Abdomen: Altura uterina: 34 cm, Latidos cardiacos fetales: 150 por minuto, SPP: feto en posición longitudinal podálica izquierda, Dinámica uterina: esporádica, Movimientos fetales: ++
- Tacto vaginal: cérvix posterior, dilatación 8 cm, incorporación 90%, consistencia blanda. Altura de presentación: -2. No se evidencia pérdida de líquido, membranas íntegras con pérdida de tapón mucoso.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: 19,500 leucocitos, 5% abastionados. Hemoglobina: 11 mg/dl. Hematocrito: 32%, Plaquetas: 350 000 m³, Glucosa: 90 mg/dl. Velocidad de sedimentación globular (VSG): 60mm. PCR: 16 mg/dl Perfil de coagulación: normal. Perfil hepático: normal. Perfil renal: normal, U:24, Cr: 0.7. Examen de orina: 18 leu/c, 1-3 hematíes/campo, 2-4 cel. epiteliales/campo, gérmenes: 1+. VIH: negativo, VDRL: No reactivo. SARS-COV2 IgM: no reactivo IgG: reactivo. HIV negativo.

Ecografía obstétrica:

Feto en longitudinal podálico izquierdo, ponderado fetal: 3,642 gramos, líquido amniótico: pozo único de 26 mm (ILA: 6), placenta corporal posterior, cordón con 3 vasos no circular al cuello.

Impresión Diagnóstica:

1. Gestante de 37 semanas por ecografía de segundo trimestre
2. Trabajo de parto fase activa
3. Feto podálico

Cirugía realizada:

Cesárea de emergencia: incisión segmentaria

Hallazgo operatorio: recién nacido mujer de 3,850 kg. APGAR 1 min: 7, 5 min: 9, Capurro 39 semanas, placenta y cordón sin alteraciones

Tratamiento:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. CNa 0.9% 1000cc
3. Cefazolina 2 gramos EV profilaxis pre operatorio

4. Oxitocina 30 UI
5. Metamizol 2 gramos cada 8 horas EV
6. Masaje uterino

Paciente con evolución favorable, afebril, escasos loquios hemáticos sin mal olor, herida operatoria afrontada sin signos de flogosis. Tuvo alta a las 48 horas.

1.2 ROTACION DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Caso E: Exantema súbito

Paciente varón de 11 meses de edad, traído por la madre, con exantema maculopapular en rostro, tronco y extremidades. Durante el interrogatorio, madre refiere que lactante presentó cuadro catarral que cursó con alza térmica cuantificada (39.5 grados centígrados en promedio). Sintomatología duró una semana aproximadamente, luego de la cual cae súbitamente y aparecen las “manchas”, según refiere.

Examen físico:

Frecuencia cardiaca: 110 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Temperatura corporal: 37.2 grados centígrados. Saturación de oxígeno: 98%.

- Piel y TCSC: hidratada, llenado capilar menor a dos segundos, no edemas. Lesiones exantemáticas maculopapulares, ausencia de descamación, en extremidades superiores, rostro y tronco.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos hidroaéreos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, no masas.

Diagnóstico: Exantema súbito

Plan de trabajo:

Se explicó a la madre que, dentro de las complicaciones posibles, la más preocupante era la convulsión febril, sin embargo, la paciente ya había pasado por cuadro prodrómico. Paciente fue tratado con antipirético y analgesia. Se indicó paracetamol en dosis pediátrica (10 mg/kg día).

Caso F: Tos Ferina

Acude por emergencia de la institución madre primeriza con lactante de sexo masculino de tres meses de edad sintomático respiratorio, que había iniciado su enfermedad dos semanas antes, tiempo durante el que había sido diagnosticado y tratado múltiples veces en su centro de salud y por consulta privada.

Examen físico:

Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 32 respiraciones por minuto. Temperatura: 36.8 grados centígrados, SpO2: 96%.

- Piel: tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Lesión oscura tipo escara de 4x5 cm sin signos de flogosis en región occipital.
- Aparato respiratorio: amplexación conservada, murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no retracciones ni estertores.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, ausencia de soplos.
- Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. Sin masas palpables.
- Sistema Nervioso Central: despierto, reactivo a estímulos, fontanela anterior normotensa. Tono y fuerza conservadas.

Durante el examen clínico llama la atención la presencia de llanto tras lo cual se dio un fuerte acceso de tos, con gallo inspiratorio final. La madre refirió que dichos episodios se presentaban alrededor de 10 a 15 veces por día; estos, se acompañaban de cianosis desde siete días antes.

Diagnóstico: Tos ferina.

Plan de trabajo:

Se solicitan los siguientes exámenes auxiliares: hemograma completo, recuento de leucocitos y radiografía de tórax. Los resultados fueron:

- Leucocitosis (22,000 mm³) a expensas de linfocitos (55%).
- La radiografía del tórax mostró atrapamiento de aire (sobre distensión pulmonar, horizontalización de costillas y discreta hiperluminocidad).

Se inició tratamiento sintomático con paracetamol en dosis pediátrica y eritromicina, a dosis de 50mg/kg/día, por 14 días; junto a un antitusígeno por vía rectal; se recomendó su aislamiento y medidas generales.

El paciente fue dado de alta y se realizó charla informativa a la madre con respecto a la enfermedad y la importancia del esquema de vacunación. Paciente es citado por consultorio externo para la colocación de vacunas.

Por otro lado, se notificó el caso a Epidemiología de la institución y se realizaron cultivos faríngeos en los padres y dos hermanos, de 3 y 5 años (que tenían esquema completo de vacunación) con resultados negativos. De cualquier manera, la familia recibió eritromicina durante 14 días.

Caso G: Diarrea aguda infecciosa

Paciente femenina de 5 años de edad acudió a emergencias de la institución por presentar hace 2 días deposiciones líquidas de 7 cámaras diarias, con moco y sin sangre. Asimismo, la madre refiere presencia de vómitos durante el día de ayer (3 según relato) y 1 el día de hoy, alza térmica no cuantificada. Presentó, además, 1 cuadro diarreico similar hace 6 meses. Refirió que hermano mayor presentó cuadro gripal y diarrea hace 1 semana. Niega crianza de aves de corral, pero sí tienen un perro. Cuentan en casa con servicio de agua potable y desagüe. Nacida por parto eutócico vía vaginal a las 39 semanas con adecuado peso al nacer (3.450 kilogramos). Inmunizaciones completas para la edad.

Funciones biológicas:

Orina: sin alteraciones. Apetito: disminuido. Deposiciones: entre semilíquidas y líquidas, sin sangre. Sueño: conservado. Peso: madre no recuerda peso previo. No recibe medicación alguna.

Examen Físico:

Frecuencia Cardíaca: 102 latidos por min. FR: 22 respiraciones por min.
Temperatura: 37.4 °C. Peso: 17,4 kg. Talla: 110 cm. SpO2: 98%.

Despierta, reactiva, conectada al entorno, algo irritable al examen. Ojos no se encuentran hundidos, mucosas semihúmedas, sed incrementada, lágrimas presentes. Llenado capilar menor de 2 segundos, signo de pliegue negativo, no petequias ni adenopatías.

- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos pulmonares patológicos agregados.
- Ap. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos ni tirajes.
- Orofaringe: Eritematosa sin exudado ni petequias.
- Abdomen: RHA incrementados, móvil a la respiración, no distendido, blando depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia.
- Neurológico: Despierto, reactivo, No signos focalización, ni signos meníngeos.

Diagnóstico:

Diarrea aguda acuosa infecciosa con signos de deshidratación moderada.

Plan de trabajo:

1. Sales de rehidratación oral: 210 mililitros cada hora, lento y pausado.
2. Paracetamol en jarabe 120mg/5ml: 10 ml cada 6 horas condicional a dolor o fiebre
3. Dieta blanda más líquidos a voluntad (reemplazando 170 ml por cada diarrea y 35 ml por cada vómito)
4. Suplemento de Zinc: 20 mg una vez al día durante 14 días
5. Control por consultorio externo de pediatría en 48 horas
6. Vigilar signos de alarma

Caso H: Otitis media aguda

Niño de 6 años de edad, acude a la emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño acompañado de su padre porque se queja de dolor progresivo en el oído derecho desde hace 2 días y que hace unas 5 horas el dolor se vuelve más intenso lo cual no lo deja conciliar el sueño, concomitante a esto alza térmica cuantificada por el padre (38.2 °C) e hiporexia. Padre refiere que

presentó un 1 vómito alimentario, niega deposiciones líquidas y que presentó un cuadro gripal hace aproximadamente 1 semana. Niño en educación inicial, nacido por parto distócico a término por desproporción céfalo pélvica con adecuado peso para la edad gestacional, tuvo lactancia materna exclusiva hasta los 2 años y trae consigo carnet de vacunación con esquema incompleto faltando el segundo refuerzo de la DPT y de la Polio Oral (APO). Recibió tratamiento sintomático en centro de salud con paracetamol en jarabe para el cuadro catarral.

Funciones biológicas:

Orina: sin alteraciones. Apetito: disminuido. Deposiciones: sin alteraciones. Sueño: alterado. Peso: sin variación.

Examen físico:

Frecuencia cardíaca: 94 latidos por min. Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto. Temperatura: 38. 7º C. Peso: 20 kg. Talla: 114 cm. SpO2: 99%.

Despierto, reactivo, conectado al entorno, irritable al examen. Ojos no se encuentran hundidos. Mucosas semihúmedas. Sed incrementada. Apetito: disminuido. Lágrimas presentes. Llenado capilar menor de 2 segundos. Signo de pliegue negativo. No petequias. Adenopatía submandibular derecha 0,5 x 0,5 cm.

- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos pulmonares patológicos agregados, no tirajes.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, móvil a la respiración, no distendido, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia.
- Neurológico: no signos de focalización, ni signos meníngeos.
- Orofaringe: eritematosa sin exudado ni petequias.
- Oído medio: a la otoscopia tímpano derecho rojo, moderadamente opaco y membrana timpánica abombada, con escasa otorrea. Tímpano izquierdo con leve eritema.

Plan de trabajo

Se inició medios físicos para control de la fiebre con baño con agua tibia durante 15 minutos e inicio de tratamiento antibiótico:

1. Amoxicilina en jarabe de 250 ml/ 5mg: 18 ml (900 mg de ibuprofeno) cada 12 horas por 10 días
2. Ibuprofeno en jarabe 100 ml/ 5 mg: 10 ml (200 mg de ibuprofeno) cada 8 horas por 3 días
3. Control por consultorio externo en 48 horas
4. Consejería para completar esquema de vacunación
5. Vigilar signos de alarma

1.3 ROTACION DE CIRUGÍA

Caso I: Cáncer de colon

Paciente varón de 65 años de edad con un peso de 90 Kg y una talla de 173 cm, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Exfumador de 10 cigarrillos/día desde los 17 hasta los 45 años de edad. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía, herniorrafía inguinal. Refiere haber presentado un test de sangre en heces positivo en el contexto de una campaña de despistaje en su centro de salud, motivo por el cual es referido al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Resto de antecedentes patológicos sin interés.

Examen físico:

Funciones vitales dentro del rango de normalidad. Piel elástica, hidratada y tibia. No edemas, no petequias. Mucosas húmedas. Depositiones con rasgos sanguíneos, resto de funciones biológicas dentro de lo normal.

Plan de trabajo:

En febrero del presente año, presenta un test positivo de hemoglobina en heces: 180 µg Hb/g de heces, por lo que se le explica los hallazgos y se le programa una colonoscopia observándose los siguientes resultados:

- A 30 cm de margen anal, a nivel del Sigma, se identifica un pólipo pediculado de 3,5 cm con superficie umbilicada y aspecto francamente degenerado.
- Resto de examen normal.

Se procede a la polipectomía, previa infiltración del pedículo con adrenalina. Se comprueba la hemostasia y se envía al Servicio de Anatomía Patológica. Se examina el resto de superficie mucosa de forma satisfactoria sin hallar otras anomalías significativas en las áreas visualizadas.

El estudio anatomopatológico informa que la mayor parte del material remitido (80%) corresponde a un adenocarcinoma con áreas poco diferenciadas, de alto grado histológico (G3; 3/4), con presencia de invasión vascular linfática y margen de resección de la polipectomía positivo.

Al paciente se le realiza una resonancia magnética nuclear (RMN) en la que se observa un nódulo de 30 mm hipodenso en el segmento VI hepático, compatible con una metástasis (M1).

Previo a la cirugía se realiza una sigmoidoscopia donde se procede al tatuaje con tinta china del pólipo que será resecado.

El paciente es intervenido quirúrgicamente, practicándose una sigmoidectomía, junto con una segmentectomía hepática.

El estudio anatomopatológico posterior a la cirugía informa de presencia de fibrosis cicatricial en la submucosa con cambios reparativos de reepitelización de mucosa, sin evidencia de neoplasia residual en el espesor de la pared colónica. Se estadifica al paciente como pT1N1M1.

Se le da de alta con funciones y exámenes auxiliares dentro de lo fisiológico. Acude, posteriormente por consultorio externo; a su visita en oncología el paciente muestra un buen estado general, presentando una buena recuperación de la intervención quirúrgica, observándose un descenso del marcador tumoral CEA a 0,5 ng/ml. Se plantea opción de tratamiento quimioterápico adyuvante a resección de metástasis con esquema FOLFOX4 (oxaliplatino, 5-fluorouracilo y ácido folínico).

Caso J: Abdomen agudo en paciente con osteosarcoma

Paciente mujer de 25 años que acude al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por presentar desde la noche dolor abdominal de manera difusa que se irradia hacia fosa iliaca izquierda y derecha, refiere, además, que dolor aumenta con determinados movimientos. Asimismo, paciente relata durante interrogatorio presencia de náuseas con

vómitos (hasta en 4 ocasiones desde el comienzo del cuadro), una única deposición diarreica aislada, sin productos patológicos, no refiere clínica miccional o catarral acompañante. No ha ingerido alimentos desde el inicio de la sintomatología, pues, explica, que “no tiene hambre”. La paciente presenta antecedente de tratamiento quirúrgico de osteosarcoma femoral de miembro inferior izquierdo con desarticulación de cadera realizado por nuestra institución.

Examen físico:

Hambre disminuida, resto de funciones biológicas normales. Las funciones vitales se encuentran dentro del rango fisiológico. Aunque, cabe resaltar que la paciente refiere haber presentado febrícula cuantificada de 37.5 °C, por lo que se automedica con paracetamol (1 tableta de 500 mg).

Piel tibia, elástica e hidratada. No edemas y normo coloreada. No adenopatías. Muñón a nivel de articulación coxofemoral izquierda con márgenes bien delimitados sin signos de flogosis.

- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No ruidos patológicos agregados.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible, sin masas ni visceromegalias, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda. Peristaltismo conservado. Blumberg ++, Rovsing +. Se palpa masa a nivel de fosa iliaca izquierda.
- Neurológico: Paciente alerta, orientada, quejumbrosa.

Se solicitan exámenes bioquímicos, pruebas de coagulación y hemograma completo. Se obtienen los siguientes resultados:

- Bioquímicos: PCR: 0.12. Glucosa: 84. Urea: 33. Creatinina: 0,75. Iones en rango.
- Hemograma: leucocitos en 14800. HB: 12,7. Plaquetas: 246000.
- Coagulación: INR 0,97, Act. Protrombina: 115. FD: 3,6.

Plan de trabajo:

A su llegada a urgencias se canaliza vía periférica con catéter nº 18 en mano izquierda y se inicia suero fisiológico 500 cc cada 8 horas (62,5 cc/hora). Se indica, además, dieta absoluta.

Se solicita TAC y se valoran los grados de Hinchey, obteniéndose los siguientes hallazgos:

1. A nivel colónico se evidencia engrosamiento parietal, edema submucoso, aumento de la densidad de la grasa adyacente.
2. Absceso de 6 centímetros a nivel de asa distendida.

Debido a la urgencia del caso y al haber sido tratada previamente en la institución, se decide realizar drenaje percutáneo con guía ecográfica de emergencia.

El procedimiento es llevado a cabo sin interurrencias. Dentro de las indicaciones postoperatorias se consideró la analgesia e hidratación y se consideró una dieta absoluta; asimismo, el monitoreo de funciones vitales y la observación de signos de alarma.

Finalmente, el paciente es dado de alta con funciones vitales y exámenes complementarios dentro de lo fisiológico.

Caso K: Colecistitis aguda

Paciente mujer de 57 años de edad natural y procedente de Lima, ingresa por Emergencia al Hospital Vitarte refiriendo que desde hace 6 horas presenta dolor tipo cólico de gran intensidad después de haber comido pollo a la brasa, paciente refiere que inició dicho padecimiento hace 5 meses. Actualmente presenta cuadro de dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, irradiado hacia ángulo escapulo apexiano derecho que calmó, inicialmente, con AINES. Durante el interrogatorio indica que hace aproximadamente 30 días cursó con dolor tipo cólico, náuseas y vómitos esporádicos, el cual cede con hioscina que le indicaron en la farmacia; negó ictericia, acolia, coluria o fiebre. Paciente con malos hábitos alimentarios inadecuados, no hace actividad física.

Antecedentes personales:

G3 P3003 Histerectomía abdominal por miomatosis uterina hace 5 años niega alergias a medicamentos ni enfermedades crónicas degenerativas.

Examen Físico:

Frecuencia Cardíaca: 98 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 18 latidos por minuto. Saturación de Oxigenación: 97%. Presión Arterial: 130/75 mmHg. Temperatura: 37.5 °C. Peso: 76 kilogramos. Altura: 1.55cm. IMC: 31.6 Paciente obesa, en aparentemente buen estado general, lúcida orientada en tiempo y espacio.

- Aparato respiratorio y cardiovascular: sin alteraciones
- Abdomen: globuloso, blando y depresible; cicatriz mediana infra umbilical por antecedente gineco quirúrgico. Estrías atróficas. Ruidos hidroaéreos normales, dolor moderado a la palpación profunda en cuadrante superior derecho, Murphy (+), hígado y bazo no palpables.
- Neurológico: sin alteraciones.
- MMII: varices venosas en ambas piernas.

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma completo: Hemoglobina 13 mg/d. Hematocrito 37%. Plaquetas 380.000 m3. Leucocitos 11 500 m3. Abastionados 5%. Segmentados 65%. Eosinófilos 0%. Linfocitos 30%. Grupo: O RH: +.
- Urea 20 mg/dl, glucosa 110 mg/dl, PCR: 6 mg/dl, Creatinina 0,8. Perfil lipídico: sin alteraciones, Fosfatasa alcalina: 350 GGT: 65 TGO: 28 TGP: 42 Bilirrubina total: 1,5. Albúmina: 4,5 gr/dl Perfil de coagulación: sin alteraciones.
- SARS-COV2 IgM no reactivo, IgG no reactivo. HIV negativo.

Ecografía

Vesícula biliar distendida de 8x4x4 cm pared de 5mm, se observa imagen ecogénica que mide 24 mm, con múltiples litos de 15 a 18 mm con sombra acústica posterior. No dilatación de vías biliares.

Diagnósticos preoperatorios:

1. Colecistitis crónica reagudizada
2. colelitiasis
3. Obesidad tipo 1
4. ASA 2

Diagnóstico post operatorio: Colecistitis aguda calculosa

Operación realizada:

Cirugía laparoscópica abdominal + colecistectomía

Hallazgos:

- Vesícula de 8x5 cm, con paredes delgadas y múltiples cálculos en su interior, el mayor de aprox 2 cm.
- Inflamación peri vesicular moderada, cístico y colédoco sin alteración

Tratamiento médico:

- Reposo relativo + deambulación
- Nada por vía oral
- 1000cc CINA 0.9%
- cefalexina 1 gr EV cada 8 horas por 3 dosis
- Ranitidina 50 mg EV cada 6 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas

Paciente con evolución favorable dándole alta médica al segundo día sin complicaciones y control por consultorio externo de cirugía en 7 días.

Caso L: Apendicitis Aguda Complicada

Paciente varón de 34 años de edad, natural de Huancayo y procedente de Ate, es llevado a Emergencia del Hospital Vitarte por sus familiares e ingresa a trauma shock. Familiares relatan que 3 días atrás comenzó con dolor tipo cólico no incapacitante en mesogastrio, que irradiaba a tercio superior derecho del abdomen, pérdida leve de apetito y sensación de alza térmica por lo cual se automedica con Bactrim y Buscapina. Un día antes presenta aumento de dolor tipo retortijón en fosa ilíaca derecha asociado a náuseas y vómitos, fiebre e hiporexia que cede con medicamentos. El día del ingreso el dolor continúa en 2/3 inferiores del abdomen, presencia de distensión abdominal, hiporexia y fiebre, por lo cual es traído por familiares al centro de salud.

Antecedentes personales: fractura de cúbito hace 10 años, sin patologías, niega alergia a medicamentos.

Examen físico:

Presión Arterial: 100/60 mmHg. T: 37.8 °. Frecuencia Cardíaca: 110 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 20 respiraciones por minuto. SatO2 97%. Talla y Peso estimado: 1.60 m, 65 kilogramos. IMC de 25.39 kilogramos por metro cuadrado.

Examen clínico:

Mal estado general, regular estado nutrición, mal estado de hidratación, quejumbroso.

- Piel y mucosas: pálida, tibia, mucosa oral seca, llenado capilar >2 segundos.
- Sistema linfático: no adenopatías.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, muy escasos roncales en bases.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos aparentemente normales, no soplos audibles.
- Abdomen: poco móvil, resistencia y dolor difuso a la palpación, Blumberg (+), Rovsing (+). Ruidos hidroaéreos disminuidos.
- Neurológico: Glasgow 14, no signos meníngeos.

Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina 13,5 mg/dl. Hematocrito 39%. Plaquetas 390 000 m3. Leucocitos 15 500 m3. Abastionados 6%. Segmentados 78%. Eosinófilos 1%. Linfocitos 15%. Perfil de coagulación: sin alteraciones. Grupo: O RH: +.
- Urea 35 mg/dl. Glucosa 105 mg/dl. PCR: 6 mg/dl. Creatinina 0,8. Perfil lipídico: sin alteración.
- Fosfatasa alcalina: 150. GGT: 115. TGO: 28. TGP: 26. Bilirrubina total: 1,5. Albúmina: 3,5 gr/dl, COVID-19 prueba rápida: No Reactivo. HIV: negativo.
- Examen de orina: amarillo oscuro, turbio, densidad 1020 mOsm, elementos anormales negativo. Sedimento: leucocitos 8-10/campo. Cel. Epit. 4-5/campo, y presencia de cristales.
- SARS COV2 IgM no reactivo IgG no reactivo. HIV negativo.

Ecografía:

Apéndice cecal con una dilatación de diámetro apendicular de 8mm, engrosamiento de la pared de 5mm, luz no comprensible, presencia de líquido libre alrededor del apéndice.

Diagnóstico preoperatorio: Abdomen agudo quirúrgico, a descartar apendicitis aguda complicada.

Diagnóstico postoperatorio: apendicitis aguda perforada, peritonitis localizada.

Operación realizada:

Laparotomía exploratoria: apendicectomía + rafia cecal + lavado cavidad + drenaje Pen Rose.

Hallazgos:

- Líquido seropurulento difuso en toda la cavidad abdominal aproximadamente 300 cc.
- Apéndice cecal de presentación retro cecal ascendente, gangrenada y perforada en la base, con fibrina.
- Ciego con base congestiva y friable.

Tratamiento médico:

- Reposo a 30 grados de inclinación + deambulación
- Nada por vía oral
- 1000cc ClNa 0.9%
- Ceftriaxona 2 gr EV 1 vez al día
- Metronidazol 500mg EV cada 8 horas
- Ranitidina 50 mg EV cada 6 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas

Paciente con evolución favorable no presentó complicaciones. Se retira drenaje, herida operatoria sin signos de flogosis, secreción serosa escasa, afebril, tolera la vía oral, sin signos peritoneales, se le dio de alta a los 4 días.

1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso M: Leucemia aguda de Linfocitos T

Paciente varón de 14 años de edad que relata haber acudido 2 semanas atrás a centro de salud de su localidad por presencia de masas a nivel cervical y dolor en hipocondrio derecho. En la exploración física se constataron adenopatías múltiples y visceromegalia. Los resultados de exámenes complementarios suscitados en dicho establecimiento constatan una pancitopenia franca. Por dicho motivo, el médico del establecimiento lo refiere a la institución. Durante el interrogatorio la madre refiere que su hijo es “muy enfermizo”, cursando paroxísticamente con cuadros catarrales que ceden tras varios días de automedicación sintomática y antibióticos.

Paciente en consultorio externo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas al examen aparente regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado nutricional. Curso asintomático y afebril a la evaluación.

Funciones biológicas dentro de los rangos de normalidad.

Examen físico:

Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minutos. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Presión arterial: 110/60 mmHg. Temperatura: 36.5 grados centígrados. Saturación de oxígeno: 98%.

- Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica. Leve palidez (+/+++). Presencia de adenopatías a nivel cervical e inguinal. Petequias y equimosis en miembros superiores e inferiores.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible; presencia de leve dolor difuso a la palpación. Se constata borde hepático de consistencia dura 3 a 4 cm por debajo del reborde costal, a la evaluación no se evidencia dolor. Franca esplenomegalia, borde 96 cm por debajo del reborde costal.
- SNC: Alerta, LOTEP.

Plan de trabajo:

Se sospecha, de manera inmediata, de leucemia aguda. Por lo que se indican exámenes auxiliares, cuyos resultados son:

- Hemograma completo: Hb 8.1 g/dL. Leucocitos 76.899 por mm³, 70% de linfocitos, 42% de blastos. Plaquetas 35.000 por mm³.
- Tomografía axial computarizada: adenopatías cervicales, retroperitoneales y mediastínicas (todas de aproximadamente 20 mm⁹). Franca hepato-esplenomegalia.
- En la química sanguínea se encontró una marcada elevación del ácido úrico (859 mmol/L) y de LDH (2357 U/L).

Con estos resultados se indica aspirado de médula ósea, obteniéndose una marcada hiperplasia linfocítica a predominio inmaduro (blastos 90%).

Diagnóstico: Leucemia linfoblástica aguda.

Se procedió a realizar tratamiento quimioterápico de citorreducción. Posteriormente se citó por consultorio externo para inicio de poliquimioterapia según el esquema vigente.

Caso N: Hipoglicemia en paciente oncológico e hipertenso en tratamiento con Enalapril

Paciente varón de 50 años de edad, que acude a urgencias del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas por marcada depresión de la conciencia. Paciente con antecedentes de hipertensión desde hace 20 años aproximadamente y haber sido tratado por la institución por neoplasia prostática. Familiares refieren temer recaída oncológica; sospecha inicia hace varios días debido a que el paciente presentó letargia, palpitaciones y sudoración profusa y alteraciones sensoriales, motivo por el cual acuden a urgencias. Durante la anamnesis indirecta, familiares refieren que el paciente ha llevado diferentes tratamientos antihipertensivos, el último con captopril (25–150mg) diarios.

Examen físico:

Paciente sudoroso, frío, con gran adinamia. Frecuencia respiratoria 18 por minuto. Presión arterial 130/80 mmHg. Frecuencia cardíaca 92 latidos por minuto.

- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No ruidos pulmonares agregados.
- Aparato cardiovascular: Tonos cardiacos disminuidos, rítmicos. No soplos.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso; se impresiona leve hepatomegalia (1.5 cm por debajo del reborde costal), no dolorosa, superficie lisa, resto del abdomen normal.
- Neurológico: Somnolencia, algo desorientado. Reflejos osteotendinosos disminuidos.
- Resto del examen físico y pares craneales normales.

Plan de trabajo:

Se indicó un electrocardiograma dentro de los primero 10 minutos del ingreso. Asimismo, estudios bioquímicos, pruebas hepáticas y iones, análisis de

coagulación, glicemia y hemograma completo. Además, estudios de imagen (radiografía de tórax, y tomografía abdominal). Los resultados fueron:

- Glicemia de 50 mg/dL.
- Resto de exámenes auxiliares normales.

Se llevó a cabo un perfil glucémico (glucemias cada 4 horas), cuyo resultado fue: hipoglucemias marcadas (51 mg/dL, 60 mg/dL y 49 mg/dL, respectivamente).

Con dichos resultados, se indica STAT la administración de dextrosa al 50% cada seis horas y medicación para la presión arterial, con lo que el paciente presenta marcada recuperación clínica; al tercer día se suspendió la dextrosa y recurrió el cuadro del ingreso.

Se decide suspender el Captopril y se indicó Losartán 80 mg cada ocho horas. Hace tres días posteriores el paciente presentó ausencia total de sintomatología y glicemias seriadas dentro del rango fisiológico, por lo que se decide al alta y se cita por consultorio externo para su posterior evaluación.

En la evaluación por consultorio externo paciente presenta presiones arteriales normales y glicemias fisiológicas.

Caso O: Diabetes mellitus en primer nivel de atención

Paciente femenina de 64 años de edad, de raza mestiza, casada con 3 hijos de partos eutócicos sin complicaciones, ama de casa, acudió por primera vez en el año al Centro de Salud Moyopampa por cita a consultorio en medicina. Paciente indicó que fue diagnosticada ambulatoriamente con Diabetes mellitus hace 1 año, pero no recibió tratamiento alguno, por lo cual acudió a consulta por presentar cansancio como “pesadez y fatiga” hace 3 meses, poliuria, polifagia, presencia de orina espumosa. Con hábitos alimentarios poco saludables, poca actividad física, sin consumo de alcohol o tabaco, con antecedentes personales de Hipertensión arterial controlada con enalapril de 10 mg cada 12 horas al día, episodio de infección urinaria hace 4 meses atrás, obesidad grado 1. Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus en su padre. Niega alergia a medicamentos.

Exploración física:

Frecuencia Cardíaca: 80 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 18 latidos por minuto. Saturación de Oxigenación: 96%. Presión Arterial: 135/85 mmHg. Temperatura: 37 °C. Peso: 78 kilogramos. Altura: 1.50 m. IMC: 34.6. Perímetro abdominal: 96 cm.

Consciente, orientada, colaboradora, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, aparentemente en regular estado general, piel tibia sin lesiones y mucosas hidratadas.

- Ap. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de regular intensidad, no se auscultan soplos a la auscultación, no se palpa choque de punta.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no presencia de tirajes, no ruidos agregados pulmonares agregados.
- Abdomen: blando y depresible a la palpación, globuloso, ruidos hidroaéreos normales, no puntos dolorosos a la palpación, pequeña hernia umbilical reductible.
- Neurológico: no déficits motores ni sensitivos, sin signos de focalización.
- MMII: no edemas, pies de anatomía normal, buena temperatura, pulso arterial palpable, no heridas ni úlceras.

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Hemoglobina: 13 mg/dl. Hematocrito: 33 %. Leucocitos 9500 mm³. Plaquetas 330 000 mm³.
- Glucosa al azar: 210 mg/dl. Glucosa en ayunas: 152 mg/dl. Colesterol: 220 mg/dl. Triglicéridos: 120 mg/dl. LDL: 155. HDL: 41 mg/dl. Urea: 31 mg/dl. Creatinina: 0,9 mg/dl. HbA1c: 7.2%. TGO y TGP: sin alteración.
- Examen de orina: glucosa positiva, leucocitos 1-3/campo, células epiteliales escasas, hematíes 0-1 por campo. Microalbuminuria: 55 mg/dl. (TFG: 68 ml/min/1.73 m²).

Diagnóstico:

1. Diabetes Mellitus tipo 2
2. Obesidad tipo 1
3. Síndrome Metabólico
4. Hipertensión arterial controlada
5. Dislipidemia: Hipercolesterolemia

Plan de trabajo:

1. Metformina 850 mg 1 vez al día luego de las comidas.
2. Enalapril de 10 mg cada 12 horas al día.
3. Atorvastatina 20 mg 1 vez al día.
4. Inicio de plan de atención integral.
5. Interconsulta a Nutrición.
6. Inicio de actividad física 150 minutos semanales.

Caso P: Infección Urinaria Baja en primer nivel de atención

Paciente mujer de 42 años de edad, casada con un hijo, vendedora de frutas en mercado, acudió al Centro de Salud Moyopampa a consultorio de medicina por presentar molestias urinarias como, prurito, ardor al miccionar polaquiuria desde hace aproximadamente una semana, niega episodios febriles e indicó que presentaba episodios esporádicos de diarrea y estreñimiento con aumento de flatulencias más de lo habitual. Antecedentes personales: no patologías de fondo, no alergia a medicamentos ni conductas sexuales de riesgo, no uso de medicación antibiótica previa. Antecedentes familiares: padre familiar con diabetes. Paciente indicó crianza de 2 gatos.

Exploración física:

Frecuencia Cardíaca: 72 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 20 latidos por minuto. Saturación de Oxigenación: 97%. Presión Arterial: 120/75 mmHg. Temperatura: 36.7 °C. Peso: 58 kilogramos. Altura: 1.62 cm. IMC: 22.1
Consciente, orientada, colaboradora, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, aparentemente en buen estado general, piel tibia sin evidencia de lesiones y mucosas hidratadas.

- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de regular intensidad, no se auscultan soplos a la auscultación.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no presencia de tirajes, no ruidos agregados pulmonares agregados.
- Abdomen: blando y depresible a la palpación, levemente distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, no puntos dolorosos a la palpación.
- Neurológico: no déficits motores ni sensitivos, sin signos de focalización.

Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina 12,5. Hematocrito 38%. Plaquetas 400 000. Leucocitos 8300. Abastionados 4%. Segmentados 60%. Eosinófilos 2%. Linfocitos 34%.
- Urea 23 mg/dl. Glucosa 78 mg/dl. Creatinina 0,7. Glucosa en ayunas: 95 mg/dl. Perfil lipídico: sin alteraciones.
- Examen de orina: color amarillo turbio con ph ácido. Densidad: 1018 mOSm/kg. Nitritos positivos. Esterasa Leucocitaria: positivo. Leucocitos 20-25/ campo. Hematíes 1-2 / campo. Células epiteliales 3 - 5/ campo, Gérmenes +.
- Examen parasitológico seriado de heces: evidencia de quistes de Giardia Lambda.

Diagnóstico:

1. Infección Urinaria baja: Cistitis no complicada
2. Parasitosis intestinal: Giardiasis

Plan de trabajo

1. Nitrofurantoina 100 mg cada 12 horas por 7 días
2. Metronidazol 250 mg cada 8 horas por 7 días
3. Interconsulta a Nutrición
4. Recomendación en vacunación y desparasitación de las mascotas
5. Cita control en 10 días por consultorio externo

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado 2020–2021 se desarrolló en cinco distintos establecimientos de salud, en el presente capítulo los describiremos brevemente; siendo ellos los siguientes: 1. Instituto Nacional Salud del Niño (INSN); 2. Instituto Materno Perinatal (INMP); 3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN); 4. Centro de Salud Moyopampa; y 5. Hospital de Vitarte. Cabe resaltar que todos se encuentran ubicados en Lima metropolitana.

Durante los meses de enero y febrero se comenzó con la rotación de Pediatría en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) en el distrito de Breña, Lima, en la avenida Brasil, siendo este un establecimiento de alto nivel de complejidad de salud nivel III – 2. El Instituto Nacional de Salud del Niño cuenta con un área de 11.872 m², con una torre principal de 8 pisos y demás edificaciones en las cuales se brinda atención especializada para más de 44 subespecialidades pediátricas; tiene como objetivo brindar atención de salud de calidad a la población pediátrica desde sus primeros días de vida hasta los 17 años 11 meses y 29 días sub dividiéndose a los pacientes en neonatos, lactantes, infantes, niños y adolescentes. (1)

En la mayor parte de los casos el INSN recibe diversas referencias a nivel nacional debido a su nivel de capacidad resolutive, no obstante, el INSN también hacía referencias a otros hospitales o institutos nacionales especializados para complementar o ayudar en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes pediátricos. Concomitantemente, una de las funciones principales de la atención en salud es el desarrollo de actividades de investigación científica y docencia lo cual ayuda a generar mayor conocimiento respecto a la salud infantil nacional y así impulsar mayor innovación de la metodología, tecnología y desarrollo en las diversas especialidades pediátricas a los profesionales del sector salud. (1)

Durante los primeros meses del internado, previos a la suspensión de actividades por la COVID-19, la labor del interno de medicina fue llevado a cabo en los distintos servicios de hospitalización de Medicina y en el Área de Emergencias del instituto. Las actividades consistían en la evolución médica diaria de rutina, la cual iba direccionada por el criterio profesional de los médicos residentes y asistentes médicos de turno; además se realizaron curaciones de heridas, procedimientos médicos menores para ciertos exámenes de laboratorio, presentación de casos clínicos y exposiciones, estas últimas se realizaban durante las reuniones con los médicos del servicio. El interno, además, facilitaba el apoyo técnico y administrativo al momento del ingreso y alta de los pacientes pediátricos. Asimismo, durante la estancia por la institución, se dio atención a los pacientes en el servicio de emergencias de acuerdo a los niveles de clasificación del triaje en el contexto de las diversas guardias diurnas o nocturnas planificadas. Dentro de lo aprendido, hay muchos ítems que podrían destacarse por su relevancia, sin embargo, la estadía en esta institución te hace concebir la importancia del lado humano al que se tuvo que recurrir, día tras día. El ponerse en el lugar del paciente y su familia, el generar un vínculo de amistad y confianza (aunque momentánea), con el paciente mediante diálogos, juegos o actividades con los niños, para que de esa manera no se sientan atemorizados o sufran una caída en el estado anímico y así puedan llevar una mejor recuperación en el ámbito físico y psicológico durante su estadía, fueron de vital importancia motivo por el cual nos ha llevado a comprender que no ha de desestimarse durante ningún apartado de nuestra vida profesional.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), albergó a diversos internos de Medicina Humana durante el mes de marzo; lugar donde se llevaron a cabo las rotaciones de Neonatología y de Ginecología Obstétrica. Ubicado en el Jirón Santa Rosa n° 940 distrito de Cercado de Lima, en Barrios Altos y contando con un área total de terreno de 43 773 metros cuadrados, es considerado un establecimiento de salud de alto nivel de complejidad Nivel III-2. (2)

Siendo, de igual manera, un establecimiento de salud de referencia a nivel nacional para el área de Gineco-Obstétrica y Neonatología, donde se brinda atención de alta complejidad a la madre y seguimiento a neonatos de alto

riesgo, llegando, incluso, a recibir atención dirigida hasta los 5 años de edad, contando con diversos servicios especializados para una atención de calidad a su población objetivo.

El INMP brinda atención recuperativa especializada contando con un total de 417 camas de hospitalización para el sector gineco-obstétrico y neonatal , unidad de Cuidados Intensivos e intermedios neonatales y obstétricos; Cirugía Pediátrica y emergencias neonatales y obstétricas; de igual manera se desarrolla la docencia y la investigación para los profesionales del INMP y de otras instituciones de salud donde se brindan mediante capacitaciones presenciales o virtuales para así lograr el avance en investigación, tecnología y docencia a nivel nacional. La labor obstétrica del interno de medicina radicaba en la evolución clínica diaria de las pacientes en puerperio inmediato y mediato; siguiendo la guía de la experiencia médica adquirida por los médicos residentes y asistentes del servicio. El interno, además, cumplía una misión accesoria en la toma de decisiones con respecto al tratamiento de las gestantes y pacientes en su fase puerperal. Los casos complicados fueron motivo de interés y estudio, ahondándose en ellos durante las charlas pedagógicas brindadas por el servicio de Obstetricia. Según esquema didáctico, se cumplían dos guardias semanales de doce horas, diurnas o nocturnas; tiempo en el cual, se desempeñaban labores en Centro obstétrico, algunas de ellas requirieron un alto grado de conocimiento teórico, consolidados, finalmente, con la práctica clínica, tales como la reevaluación y monitoreo puerperal, la atención a los signos de alarma y, en ocasiones específicas y según disponibilidad de médicos residentes, se realizó bajo tutela y supervisión estricta la atención de partos eutócicos no complicados.

Durante la primera quincena de Marzo del 2020 previo al inicio de la cuarentena a nivel nacional la función del interno de medicina en el área de Neonatología consistió en la evolución diaria de rutina los neonatos en los servicios de hospitalización de cunas y de alojamiento conjunto, donde se brindaba apoyo a los médicos asistentes de turnos y residentes al momento del diagnóstico y tratamiento de diversas patologías neonatales de acuerdo a su nivel de complejidad, orientación a las madres de acuerdo a los cuidados de su recién nacido y técnicas de una correcta lactancia materna, presentación de exposiciones y casos clínicos presenciales de diversas

patologías neonatales en sesiones intersemanales y también la atención inmediata, la antropometría, examen físico neonatal, apoyo al tamizaje neonatal de los recién nacido de bajo a moderado riesgo en sala de partos durante las guardias diurnas o nocturnas programadas. (2)

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), es una institución pionera en la atención oncológica de nivel III-2. Fundada en 1939, fue creada con el fin de consolidar una atención integral en los pacientes oncológicos, sobre todo en aquellos con escasos recursos económicos. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas brinda atención a pacientes portadores de patologías oncológicas, de naturaleza tanto benigna como maligna; la afluencia de pacientes se calcula en 250 mil según el último análisis gubernamental. (3)

El interno cumplía un rol fundamental en las labores dentro de la organización. Aunque más estricta, la política didáctica de la institución, permitió al practicante conocer y ahondar en sus conocimientos de las diversas patologías médicas y quirúrgicas dentro del ámbito oncológico. La evolución clínica, curación de heridas y la asistencia quirúrgica fueron los pilares pedagógicos empleados por los médicos asistentes de la institución.

Posterior a los difíciles meses durante pandemia a nivel nacional en el 2020 se incorpora a los internos en diversos centros de salud de acuerdo a la jurisdicción de su DIRIS, en el mes de noviembre se dio a cabo el retorno en el Centro de Salud de Moyopampa, ubicado en el kilómetro 36 de la Carretera Central distrito de Lurigancho Chosica, en Lima. perteneciente a la Red de salud Lima Este Metropolitana en la UBG Chaclacayo, el cual debido a su capacidad resolutive es un establecimiento de salud nivel I-3 del primer nivel de atención. Tiene una población total asignada de aproximadamente 15950 personas, siendo así el tercer establecimiento de salud en Chosica con mayor población asignada. Brinda una de cartera de servicios de: Medicina General, Tópico de consulta externa, Atención ambulatoria por obstetricia, Crecimiento y desarrollo (CRED), Programa de control de tuberculosis, Atención ambulatoria por nutrición, Atención ambulatoria por odontología, Tópico de emergencias, Laboratorio clínico y Farmacia. Con un horario de atención de 8 am a 6 pm, pero debido a la pandemia se redujo de 8 am a 2 pm. Debido a su nivel de complejidad el centro de salud recibe referencias de puesto de salud

nivel I-2 aledaños a la localidad para apoyo al diagnóstico o tratamiento, atención de pacientes Covid-19; de la misma manera el centro de salud hace referencias principalmente al Hospital “José Agurto Tello” de Chosica de mediana complejidad II-2. La atención del centro de salud se vio afectada durante los primeros meses de la emergencia sanitaria, brindando solo asistencia médica a pacientes COVID-19 y emergencias, posteriormente restaurando la prestación total de sus servicios. El labor del interno de medicina consistió en la atención de pacientes en los servicios de medicina general y obstetricia, brindando apoyo al diagnóstico y tratamiento a los médicos encargados, al igual que el tópicos de emergencias para curación de heridas, cirugías menores, sutura de heridas, procedimientos médicos menores, controles prenatales a las gestantes, evaluaciones de pacientes pediátricos en CRED, exposiciones y charlas de las guías técnicas de práctica clínica del MINSA y patologías con mayor frecuencia del primer nivel atención, charlas preventivo promocionales a los pacientes, apoyo en las campañas de vacunación conocimiento del sistema administrativo del SIS. Las principales limitaciones fueron la dificultad al momento del examen físico de los pacientes por el temor de contagio, a pesar que se atendían pacientes no sospechosos de COVID 19 o que no fueran sintomáticos respiratorios.

En el transcurso del internado en centros de salud del primer nivel de atención, se programaron rotaciones externas para las especialidades de Cirugía y Ginecología-Obstetricia en el Hospital Vitarte del MINSA, el cual es un establecimiento de salud de nivel II-2, ubicado en la avenida Nicolas Ayllón 5880 de la Carretera central en el distrito de Ate Vitarte. Cuenta con un área de extensión de 1672 metros cuadrados en donde la población atendida durante un año es de aproximadamente 10 092 atenciones; se brinda atención preventivo-promocional y recuperativa especializada disponiendo con 78 camas, 2 salas de operaciones, servicio de atención de emergencias, laboratorio, rayos X, ecografía y farmacia las 24 horas del día; área de hospitalización para los servicios de medicina interna, cirugía, ginecología-obstetricia y pediatría, otras especialidades médicas, Unidad de Cuidados Intensivos, servicio de Anatomía patológica, citas por consultorios externos de diferentes especialidades médicas en turnos de mañana y tarde. Debido a su nivel de complejidad el Hospital Vitarte recibe referencias de centros de

salud de nivel I ubicados en Vitarte, Santa Anita, Huachipa, Chosica, Chaclacayo, Huaycán y demás zonas dentro de la jurisdicción de la DIRIS Lima Este; de igual manera se hacen referencias a otros hospitales o institutos especializados en Lima de mayor capacidad resolutive cuando la situación lo amerite, principalmente teniendo como referencia el Hospital Hipólito Unanue en el distrito de el Agustino. La atención hospitalaria durante la pandemia se vio limitada ya que solo se atendían emergencias quirúrgicas, ginecológicas y obstétricas.

En la rotación de Cirugía el labor del interno de medicina consistía en la evolución diaria de los pacientes, curaciones de sus heridas quirúrgicas, apoyo con los exámenes de imágenes radiológicas o ecográficos y exámenes de laboratorio para el control o prequirúrgicos, apoyo técnico o administrativo a los médicos residentes y asistentes del servicio tanto en las salas de hospitalización así como en los consultorios de cirugía, exposiciones y presentación de casos clínicos del servicio tanto presencial como virtualmente y procedimientos médicos menores como suturas de heridas, limpieza de heridas en pacientes con prioridad III o IV en al área de Emergencia durante las guardias diurnas programadas.

Durante la rotación de Ginecología-Obstetricia la ocupación de los internos de medicina radicaba en la atención de las pacientes gestantes, puérperas o con alguna patología ginecológica; las actividades en el servicio de hospitalización consistían en la evolución diaria de las pacientes, curaciones de heridas quirúrgicas o postparto, apoyo en los exámenes de imágenes ecográficos o radiológicos y de laboratorio tanto prequirúrgicos, diagnósticos o de control, evaluación gestacional en el servicio de medicina o en consultorios externos, atención de partos eutócicos a terminó por vía vaginal principalmente o cesárea juntos con los médicos residentes durante las guardias diurnas programadas, apoyo administrativo a los médicos residentes y asistentes del servicio tanto en las salas de hospitalización así como en los consultorios externos de ginecología-obstetricia y presentación de casos clínicos o exposiciones de manera virtual con los médicos residentes durante las noches.

Por disposición del decreto de Emergencia durante la presente pandemia la actividades de los internos de medicina estaban limitadas en cierto aspecto

debido a que no podían hacer guardias nocturnas, tener turnos en el hospital de más de 12 horas ni tener rotaciones de más de 15 días en los establecimientos de salud tanto en centros de salud como hospitales, durante las rotaciones en el hospital solo se atendían emergencias por lo cual era limitado ver diversas patologías clínicas, la entrega de equipos de protección personal para los internos no estaba disponible en el hospital de Vitarte debido a que la rotaciones estaban programadas externamente, tampoco estaba disponible tener prácticas clínicas en el nuevo hospital de Vitarte por lo que este funcionaba para la atención exclusiva de pacientes COVID, solo se brindaba atención en los consultorio externos en el nuevo hospital ya que eran áreas separadas.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso A: Síndrome de HELLP

Dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo, destaca el Síndrome de HELLP como una de las principales y más riesgosas complicaciones. Fue descrita en 1954 por Pritchard, pero definida como variante riesgosa de complicación preecláptica en 1982 por Weinstein. Se ha de destacar que, actualmente, la literatura sugiere una prevalencia de entre 0.17 y 0.85% del total de embarazos, alcanzando, en algunos casos, mortalidades de hasta el 24% (5,6).

Es por ello que el profesional de la salud debe estar siempre vigilante ante la aparición de signos y síntomas que nos indiquen una factible presunción diagnóstica. Estos son: hemólisis, en el frotis se ven hematíes fragmentados, cursando con anemia hemolítica microangiopática; bilirrubina aumentada a predominio indirecto (mayor a 1.2); elevación de enzimas hepáticas (TGO mayor a 70 y LDH mayor a 600); plaquetopenia franca (menor a 100 mil) (7). Dichos criterios fueron evidenciados en la analítica bioquímica solicitada durante el intraoperatorio, al darse la sospecha quirúrgica de Síndrome de HELLP, pues hubo data de ruptura hepática (Hematoma subcapsular hepático del lóbulo derecho y ruptura hepática de 5 cm). Sin embargo, previo al procedimiento quirúrgico, lo que resaltó y llevó a la toma de decisiones fue la evidencia de una preeclampsia con signos de severidad (presión arterial por encima de 160/110, cefalea y epigastralgia). Las indicaciones actuales según guía clínica de la institución, sugieren la culminación del embarazo ante aparición de dichos signos, previo tratamiento profiláctico para la eclampsia (8).

Ha de considerarse el hecho de que numerosas guías sugieren que se puede optar por un manejo conservador si se logra controlar la presión arterial de la paciente por debajo de los 160/100 mmHg y se trata la oliguria efectivamente. Incluso, existe evidencia de que el embarazo puede ser prolongado hasta 15 días más, en ciertos casos, con el manejo conservador, el cual incluye corticosteroides de manera terapéutica (9).

Caso B: Atonía uterina

Dentro del espectro de las hemorragias postparto, encontramos a la atonía uterina como la principal etiología, siendo esta de las principales causas de muerte materna en nuestro país (10).

Se presentó el caso de una mujer joven, quien, tras un parto eutócico sin complicaciones aparentes, sufre una caída en sus funciones vitales, evidenciándose una franca atonía uterina. Se procedió acorde a lo establecido por la guía clínica de la institución, realizándose compresión bimanual, dosis altas de oxitocina y ergometrina endovenosa concomitante. Como se planteó previamente, la paciente no presenta mejoría, por lo que se decide realizar una intervención quirúrgica, donde se coloca una sutura compresiva tipo B-Lynch con puntos equidistantes en cara anterior y posterior, con lo que cede el sangrado (11).

Cabe resaltar que se podría haber optado por un taponamiento físico junto a la reposición de volumen y los uterotónicos, tal como lo indican diversas guías de manejo de la hemorragia postparto (11).

La toma de decisiones radicó en la severa depresión de las funciones vitales y como un centro altamente especializado, en la gran disposición de recursos con el fin de evitar un agravamiento del cuadro.

Caso C: Enfermedad pélvica inflamatoria

Si bien la prevalencia de EPI ha disminuido en varios países, son una causa frecuente de visitas al consultorio y emergencias. Principalmente son causados por patógenos de transmisión sexual en un 85% y el resto son de origen entérico. Para ello es importante un correcto examen físico, la

presencia de dolor pélvico o hipogastrio y la tendencia de dolor al movimiento cervical, uterino o en anexos tiene una sensibilidad diagnóstica de 65% a 90%, así que al agregar más criterios menores como pruebas de laboratorio, presencia de fiebre o secreción cervical servirán para aumentar la especificidad para un diagnóstico clínico presuntivo en mujeres sexualmente activas, siendo estos conocidos en la práctica hospitalaria como criterios de Hager (12). Los factores de riesgo en la paciente son de importancia al momento del diagnóstico ya que la paciente tuvo un legrado hace 2 semanas y la posibilidad de una ITS en su pareja. La ecografía pélvica es útil para evaluar causas alternativas, sin embargo, la ausencia de estos hallazgos no descarta la posibilidad de EPI. El tratamiento se llevará a cabo en pacientes incluso con diagnóstico presuntivo de EPI, debido al riesgo de complicaciones a largo plazo si el tratamiento se retrasa o no se completa (14). En pacientes hospitalizadas el tratamiento tendrá cobertura antibiótica para *C.trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Streptococos*, bacilos gram negativos entéricos y anaerobios, actualmente se tiene dos regímenes antibióticos:

- Cefoxitina 2 gr EV cada 6 horas + Doxiciclina 100 mg vía oral o EV
- Clindamicina 900 mg cada 8 horas EV + Gentamicina 3 a 5 mg/kg EV o 2 mg/kg, seguido de 1,5 mg/kg cada 8 horas

En la paciente se utilizó el segundo régimen, recomendado por la CDC, sin embargo, se recomienda el primer régimen por su seguridad y tolerabilidad (13). La transición a terapia oral será luego de 24 horas de mejoría clínica sostenida, sin la evidencia de fiebre, náuseas o vómitos y el dolor abdominal intenso, la cual consiste en: Doxiciclina 100 mg cada 12 horas x 14 días + metronidazol 500 mg cada 12 horas x 14 días (14). Es importante brindarle a la paciente un asesoramiento para el cumplimiento de la medicación, actividad sexual, manejo de las parejas sexuales, detección y prevención de ITS.

Caso D: Parto podálico por cesárea

La presentación podálica está presente en un 3-4% de los embarazos a término, si bien los fetos son normales se asocia con riesgos de malformaciones congénitas, deformaciones leves y displasia de cadera, siendo la presentación de nalgas francas las más frecuente. Es importante un

examen físico adecuado con las maniobras de Leopold para determinar la presentación fetal, ya que el examen físico no es certero porque los hallazgos pueden estar distorsionados por factores físicos de la madre (15); por ello se realiza una ecografía para confirmar la sospecha de una presentación podálica. Existen diferentes estrategias para para el manejo (16):

1. Versión cefálica externa, parto por cesárea si no tiene éxito: se realiza entre las 34 a 35 semanas y con tocolíticos.
2. Versión cefálica externa y parto vaginal si no tiene éxito: con bajo riesgo de complicaciones
3. Parto por cesárea sin versión cefálica externa
4. Parto vaginal sin versión cefálica externa: con bajo riesgo de complicaciones

Para el caso de la paciente se utilizó la estrategia 3 debido a que ya se encontraba en trabajo de parto en fase activa y presentaba pocos controles prenatales como para no estar seguros de que era un embarazo sin riesgo; el parto por cesárea presenta una reducción de muerte perinatal y neonatal (17). Se pudo haber optado por la estrategia 4 siempre y cuando sea correctamente monitorizado, según estudios presenta tasas bajas de resultados adversos si es que presentaba las siguientes características: pelvimetría normal por radiografía, no haya hiperextensión de la cabeza, peso fetal entre 2500 a 3800, presentación de nalgas franca, monitorización continua de la frecuencia cardiaca, consentimiento informado de la paciente. Solo un 6% presentaron complicaciones perinatales como lesión del plexo braquial, fractura de cráneo y hemorragia intraventricular (18). La planificación correctamente de una cesárea entre las semanas 39 y 40, en lugar de las 37 a 38 semanas salvo haya historia de complicación fetal, materna u obstétrica; el parto menor a 39 semanas está asociada con un riesgo mayor de taquipnea transitoria del recién nacido y resultados adversos en la gestación (19). Es importante un adecuado control prenatal con el fin de evitar complicaciones durante el parto y poder referirse a un centro de mayor complejidad de manera oportuna.

3.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Caso E: Exantema súbito

El exantema súbito se presenta en un 95% en menores de 3 años, producido por los virus del herpes humano 6 y 7, representa un peligro por su fase prodrómica con episodios febriles altos, pudiendo producir, incluso, convulsiones febriles en pacientes con edad cercana al punto superior de corte (20).

El caso presentado constituye un claro ejemplo de la progresión del cuadro. Comenzó con una fase catarral que duró aproximadamente una semana para luego presentarse, de manera súbita, el exantema maculopapular no descamativo característico de la enfermedad.

Los esquemas no han variado mucho con el pasar de los años, manteniéndose, aún, la indicación de tratamiento netamente sintomático con paracetamol en dosis pediátricas.

Caso F: Tos ferina

La tos ferina es una enfermedad con altas tasas de contagio, llegando a ser, incluso, de manera subclínica del 95%. La inmunidad dada por la madre y el haber presentado el cuadro patológico, no son motivos suficientes para pensar en una protección efectiva (21).

La tos ferina posee tres fases: 1. Fase catarral: dura una a dos semanas en promedio; 2. Fase paroxística: es la más duradera y en la que acude la mayoría de pacientes; y 3. Fase convaleciente: tos en decaída (21).

Se presenta el caso de lactante de tres meses de edad con episodios esporádicos de tos severa, la cual conduce a cianosis; llama la atención el hecho de que había sido tratado en distintos centros de salud, tanto estatales como privados, con tratamiento sintomático sin la remisión adecuada del cuadro.

Las indicaciones son claras en cuestión al manejo, es necesaria la hospitalización independientemente a la severidad del cuadro, pues son muy frecuentes las complicaciones en este grupo etario. La neumonía y la apnea se encuentran dentro de los cuadros más severos causados por esta

enfermedad. Cabe resaltar que el punto de corte para la hospitalización obligatoria son los tres meses de edad. Intrahospitalariamente se ha de recibir tratamiento sintomático, antibioticoterapia con macrólidos y monitoreo de funciones biológicas y vitales, esto con el fin de detectar y prevenir a tiempo las complicaciones de más relevancia (21).

Mucho se ha hablado y debatido sobre la eficacia de la vacunación en la madre durante el último trimestre de la gestación para prevenir esta patología. Los últimos estudios apuntan a que, efectivamente, se logra una reducción en la carga de enfermedad en los lactantes al llevar a cabo dicha profilaxis (22). Se llevó a cabo todo lo expuesto según esquema de tratamiento y control de casos intrafamiliares. Se recomienda, según literatura, la profilaxis con macrólidos en todos los familiares y contactos cercanos al caso, siendo esta más eficaz dentro de los 21 días posteriores al inicio de la tos en el caso índice. Esto, a través del departamento de epidemiología de la institución, se consumó, dándose eritromicina a la familia y contactos primarios durante 14 días (23).

Caso G: Diarrea aguda infecciosa

Es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno de la diarrea infecciosa aguda ya que son la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años y con alta frecuencia en la que se presentan en las emergencias. Siguiendo el manejo de la guía de práctica clínica del MINSA (24), se evalúa al paciente y se diagnostica, para determinar el estado de hidratación que el paciente se encontraba en una deshidratación moderada al presentar 2 signos claves de deshidratación según la escala de deshidratación de la guía, la cual es similar en ciertos puntos a la escalas de Gorelick que tiene mayor validez según estudios (25), por consiguiente, se inició plan B de rehidratación con Sales de Reposición Oral (SRO) de baja osmolaridad, se probó una buena tolerancia oral y se decide reponer 50 ml/ kg de peso: 850 ml de SRO, indicándole 210 mililitros cada hora, administrándole en su tomatodo para una medida exacta, control de funciones vitales y reevaluación la respuesta al tratamiento de rehidratación.

Paciente luego de las 4 horas respondió bien al tratamiento de rehidratación oral por lo cual se da de alta para continuar manejo en casa mediante las 5 reglas explicadas en la guía clínica (24), explicándole a la madre en brindarle una dieta blanda y pausada con el fin de evitar vómitos o rechazo a los alimentos, se aconsejó medidas para evitar futuros episodios de diarrea como la importancia del Zinc para la reducción de la duración, gravedades y prevención de los episodios diarreicos, con una incidencia reducida durante 2 a 3 meses (24), siguiendo las indicaciones de la guía clínica se explicó los signos de alarma para acudir a emergencias a un establecimiento de salud, los cuales son importantes para prevenir deshidratación severas que progresen a shock hipovolémicos o estemos frente a un caso de diarrea disintérica (26):

- Paciente presenta más de 3 vómitos en 1 hora o 5 a más vómitos en 4 horas
- Flujo fecal mayor a 10 ml por kilo de peso por hora o presencia de sangre en heces
- Duerma mucho o no responda al estímulo
- Presencia de edemas o apariencia tóxica
- No orine u oliguria
- No tolera la vía oral

Caso H: Otitis media aguda (OMA)

Es la patología en pediatría que se diagnostica con mayor frecuencia luego de los cuadros gripales de vías altas, tienen un pico de incidencia entre los 5 y 6 años (27). El diagnóstico se basó en el cumplimiento de los tres criterios de las guías de AEPap-2017: 1. síntomas y signos de presentación aguda 2. presencia de exudado de oído medio, manifestado por el abombamiento timpánico 3. Síntomas o signos de inflamación en oído medio (27). es importante recalcar la presencia de factores de riesgo para la OMA como factores ambientales y del huésped, en este caso la asistencia a guardería o nidos (29). Siguiendo las pautas la guía recomienda tratamiento antibiótico inicial en: niños menores de 6 meses, niños menores de 2 años con OMA bilateral, síntomas severos u otorrea, niños mayores de 2 años con síntomas

severos u otorrea y niños en cualquier edad donde no se pueda garantizar un seguimiento adecuado (27). Usando la amoxicilina como primera elección a dosis altas de 80 a 90 mg/kg/día en dos tomas, cubriendo *S. pneumoniae* betalactamasa negativa, *H. influenzae* y *Estreptococo* del grupo A (29). En caso exista falla en el tratamiento sin mejoría de los síntomas entre 48 a 72 horas se recomienda usar Amoxicilina – ácido clavulánico o si en caso sea alérgico a las penicilinas, se indica el uso de cefalosporinas de tercera generación (28). Para el tratamiento sintomático debido a que el dolor intenso es una característica de la OMA, las guías recomiendan el uso de ibuprofeno o paracetamol en dosis habituales (29). Es importante recalcar también el manejo adecuado de la fiebre con medios físicos a fin de evitar posibles convulsiones febriles y los posibles signos de alarma ante una complicación.

3.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso I: Cáncer de colon

El cáncer colónico es de las patologías oncológicas de mayor prevalencia y mortalidad a nivel mundial. En nuestro país, es el octavo cáncer más diagnosticado en la población general. Se estima que la incidencia en adultos jóvenes de entre 15 y 39 años es de 1,1 por cada 100 mil y en los individuos con edades entre 45 y 49 años es de 9,5 por cada 100 mil (30,31).

Dentro del espectro de oncología colónica, predominan los adenocarcinomas, siendo el principal factor de riesgo la presencia de pólipos adenomatosos y estilos de vida nocivos como la inactividad física, el sobrepeso y el tabaquismo). Dentro de su clínica encontramos anemia, esto debido al sangrado microscópico que muchas veces pasa desapercibido y ha de detectarse mediante Test de Thevenon o prueba de Hb en heces (31).

Se presentó el caso de un paciente varón de 65 años de edad con factores de riesgo previamente descritos, cumpliendo, de esta manera con criterios para tamizaje, de los que se guía su centro de salud para acoplarlo a su programa de despistaje oncológico. El tamizaje, según medicina basada en evidencias, se da en dos puntos de corte:

1. Paciente sin factores de riesgo: a partir de los 50 años cada 10 años.

2. Paciente con factores de riesgo: a partir de los 40 años cada 5 años. Cabe resaltar que el esquema de tamizaje actual incluye el Test de Thevenon y una colonoscopia, procedimiento que se realiza a la llegada a la institución (32).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas se rige estrictamente a la medicina basada en evidencias y a los esquemas más actualizados de relevancia internacional.

Gracias al estudio anatomopatológico y a los estudios de imágenes auxiliares, y siguiendo las líneas diagnósticas internacionales se estadifica al paciente como pT1N1M1.

Posterior al tratamiento quirúrgico, y debido al descenso del marcador tumoral CEA a 0,5 ng/ml, se plantea opción de tratamiento quimioterápico adyuvante con FOLFOX4 (oxaliplatino, 5-fluorouracilo y ácido folínico), para, posteriormente, poder programar al paciente a una resección de metástasis según esquema de manejo (33).

Caso J: Abdomen agudo en paciente con osteosarcoma

La diverticulitis es la inflamación de los divertículos. Tiene la misma frecuencia fisiopatológica que la apendicitis, con la diferencia de que se ubica en la fosa iliaca izquierda. Comúnmente llamada “apendicitis del lado izquierdo”, tiene su origen fisiopatológico en la obstrucción por un fecalito de la base del divertículo. Esta enfermedad sigue una frecuencia establecida en la literatura: congestiva, supurada, necrosada y perforada, llegando a generar, incluso, abscesos (34).

El caso en cuestión, constata el desarrollo clínico de la enfermedad en una paciente mujer de 25 años previamente tratada en la institución. La paciente presentó un osteosarcoma femoral del lado izquierdo, por lo que se le realizó una desarticulación de cadera con muñón libre. Cabe resaltar que no hay literatura suficiente para insinuarse relación o causalidad entre una y otra patología (35).

Para indicar el tratamiento de urgencia en la paciente se recurrió a los estadios clínicos de Hinchey previa tomografía axial computarizada. La clasificación tomográfica de Hinchey es la siguiente (36)

1. Grado I: Absceso peri cólico.
2. Grado II: Absceso distante (peri cólico, intraabdominal o retroperitoneal).
3. Grado III: Peritonitis purulenta.
4. Grado IV: Peritonitis fecaloidea.

Se clasifica como grado II al ser un absceso peri cólico de más de 5 cm de diámetro se ha de drenar percutáneamente; se siguen las indicaciones terapéuticas actuales, las cuales son (36):

1. Grado I: Antibioticoterapia, sin necesidad de intervención invasiva.
2. Grado II: Se drena a los que tienen más de 5cm de diámetro. El drenaje debe ser percutáneo, con guía ecográfica o tomográfica.
3. Grado III: Sigmoidectomía más anastomosis o colostomía.
4. Grado IV: Sigmoidectomía más anastomosis o colostomía tipo Hartmann.

Caso K: Colecistitis aguda

Es una patología que ha incrementado en los últimos años, siendo más frecuente en mujeres entre las tercera y cuarta década, en la que la mayoría de casos es causada por cálculos biliares. Ante la sospecha clínica se utiliza en el hospital Vitarte la guía de Tokio del 2018 (37):

- A. Signos locales de inflamación: 1. Signo de Murphy 2. Masa palpable en cuadrante superior derecho 3. Dolor en cuadrante superior derecho 4. Sensibilidad en cuadrante superior derecho
- B. Signos sistémicos de inflamación 1. Fiebre 2. PCR elevado 3. Conteo leucocitario elevado
- C. Hallazgos en imágenes 1. Hallazgos característicos de colecistitis aguda

De acuerdo a estos criterios el diagnóstico se realizará la:

- Sospecha diagnóstica: un criterio de A + un criterio de B
- Diagnóstico definitivo: un criterio de A + un criterio de B + C

Es importante el uso de exámenes complementarios, como los de laboratorio para evaluar los niveles séricos de lipasa, amilasa, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubinas y transaminasas hepáticas para descartar cualquier patología en

la vía biliar; al igual que la importancia de la ecografía abdominal por su alta especificidad y sensibilidad diagnóstica de 88% y 80% respectivamente (38). La indicación de colecistectomía de emergencia son las complicaciones agudas que serían fatales sin intervención, pacientes inmunosuprimidos, evolución menor a 72 horas y compromiso sistémico (39). Ante la estratificación del riesgo se prefirió usar la clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA) por su simplicidad, siendo una paciente de bajo riesgo ASA II programando así para colecistectomía temprana vía laparoscópica, se prefiere este abordaje en comparación de la colecistectomía abierta por presentar menos tasas de mortalidad, morbilidad, menor tiempo de hospitalización y complicaciones postoperatorias (40). El uso de antibioticoterapia se suspende luego de un día de la cirugía

Caso L: Apendicitis aguda complicada

Es uno de los procedimientos quirúrgicos abdominales de emergencia más frecuentes con una incidencia de aproximadamente 100 por 100 000 personas al año, ocurre con mayor frecuencia en hombres y en la segunda y tercera década.

Para el diagnóstico se utilizó la puntuación de Alvarado modificada. el cual utiliza datos del examen físico, anamnesis y pruebas de laboratorio, en el caso del paciente teniendo una puntuación máxima de 9, por lo cual se programa cirugía de emergencia (41). Se prefirió utilizar la ecografía abdominal para confirmar el diagnóstico teniendo una sensibilidad del 85% y especificidad del 90% es útil también en gestantes y niños sin embargo el estudio de imagen preferido es la tomografía (42).

El manejo de la perforación de la apendicitis depende del estado del paciente, en este caso se encontraba estable, pero séptico por lo cual la apendicectomía inmediata era necesaria.

Para pacientes con apendicitis complicada como en el caso del paciente la elección es la apendicectomía abierta, en un estudio se comparó la laparoscopia versus la laparotomía y se asoció qué significativamente con una mayor tasa de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, mayores costos hospitalarios, pero con una estancia hospitalaria media más corta (43).

En casos de apendicitis no perforadas la elección es el abordaje laparoscópico debido que presenta una menor tasa de infecciones de heridas, menor dolor en el primer día de la cirugía, menor estancia hospitalaria, menos obstrucciones intestinales a corto plazo y menor tiempo operatorio (44).

El uso de antibióticos en apendicitis complicadas tiene que consiste en el tratamiento empírico de amplio espectro para bacilos gram negativos y anaerobios, también depende los factores de riesgo de resistencia antibiótica o fracaso del tratamiento (45).

3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso M: Leucemia aguda de Linfocitos T

La leucemia linfoide aguda o linfoblástica es la neoplasia más frecuente en la edad pediátrica. Dentro de estas, la de células B es la más común, solo un 12% a 15% afectan a la estirpe T. La leucemia linfoblástica aguda T se presenta frecuentemente en adultos jóvenes, por lo general del sexo masculino (46).

Se expone, precisamente, de un varón de 14 años que acude al instituto tras consulta por centro de salud de su comunidad. La sospecha diagnóstica inicial se dio por la presencia de adenopatías, visceromegalias y cuadros patológicos recurrentes. Se plantea presunción diagnóstica tras obtener resultados de laboratorio donde se evidenció franca pancitopenia. Finalmente se confirma el diagnóstico por Aspirado de Médula Ósea (AMO), según criterios internacionales de diagnóstico (47).

La literatura actual sugiere definir la intensidad de la quimioterapia en la aproximación terapéutica inicial valorando el riesgo beneficio, pues los efectos secundarios aumentan a mayor carga farmacológica. El tratamiento se divide en tres fases: 1. Inducción; 2. Consolidación; y 3. Mantenimiento. El principal objetivo es hacer que la enfermedad entre en remisión, para ello se utiliza la combinación de 3 líneas farmacológicas según el grado histológico: vincristina, dexametasona o prednisona y doxorubicina o daunorrubicina (47).

Caso N: Hipoglicemia en paciente oncológico e hipertenso en tratamiento con Enalapril

La hipoglicemia es una complicación frecuente dentro del espectro de los síndromes para neoplásicos, sin embargo, existen pacientes con comorbilidades en los que dicha afección es resultante de la medicación; siendo la patología oncológica un factor distractor dentro de las presunciones diagnósticas (48).

Se presentó el caso clínico de un paciente poli tratado por las enfermedades concomitantes. Ha cambiado múltiples veces de fármaco para el control de la presión, cursando ahora con tratamiento con captopril (25-150mg diarios). Familiares refieren temor de que paciente presente una recaída neoplásica, pues el cuadro constata desde hace ya varios días.

Es sabido que los fármacos Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA's), muchas veces presenta el efecto adverso de hipoglicemia, llevando al paciente, incluso a severas caídas en los niveles serológicos (49).

Dentro del plan de trabajo y al sospecharse de un cuadro clínico de hipoglicemia por los datos obtenidos del interrogatorio, se indican pruebas seriadas de glicemia. Al obtenerse resultados francamente disminuidos, se llegó al diagnóstico y se pudo tratar adecuadamente con dextrosa según esquema de manejo. El paciente es tratado de esta forma y se orienta a cambiar de medicación, dándose de alta oportunamente. Cabe destacar que los síndromes para neoplásicos pueden llevar al paciente a cuadros severos de hipoglicemia (48,50)

Caso O: Diabetes mellitus en primer nivel de atención

Como bien ya es conocido es una de las principales enfermedades no transmisibles que causan más años de vida saludable perdidos en Perú siendo la sexta carga de enfermedad en el país y la primera en personas de 45 a 59 años debido a sus complicaciones tanto tempranas como tardías (52); para ello el MINSA desarrolló la Guía de práctica clínica para el manejo de la Diabetes mellitus tipo en el primer nivel de atención (51). Se expone el caso de una paciente presentaba varios factores de riesgo como la etnia mestiza,

obesidad, síndrome metabólico, edad, dislipidemia, hipertensión arterial y antecedentes familiares para el desarrollo de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) calificándola como hiperglucemia sintomática, debido a la clínica y exámenes de glicemia alterados, encontrándose una glucosa en sangre ocasional de 210 mg/dl y glucosa en ayunas de 152 mg/dl cumpliendo así los criterios diagnósticos de la Asociación Estadounidense de Diabetes, los cuales están estipulados también en la guía (51,53).

Se decidió iniciar tratamiento farmacológico con Metformina en centro de salud debido a que se encontraba clínicamente estable y sin descompensación aguda, también presentaba una depuración de creatinina aceptable en 68 ml/min/1.73 m² que permitía brindarle tratamiento en el primer nivel de atención (54). El tratamiento para la dislipidemia por hipercolesterolemia fue con Atorvastina, la paciente continuó tratamiento antihipertensivo con Enalapril, siguiendo el manejo indicado de la guía de práctica clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2 (55). Se le brindó un manejo de atención integral ya que era paciente nueva durante el año, pasando por consultorio de nutrición para iniciar manejo nutricional y cambios en estilos de vida haciendo énfasis en la práctica de actividad física aeróbica como mínimo 150 minutos a la semana de manera progresiva, además se programó cita en Odontología, Ginecología y Psicología.

Se conversó con la paciente explicándole los riesgos a desarrollar enfermedades cardiovasculares dada su condición, las complicaciones tempranas y tardías de la Diabetes, se le explicó los signos de alarma para acudir por emergencia y se le citó en 4 semanas para seguimiento y adherencia de tratamiento brindado.

Caso P: Infección urinaria no complicada

Las cistitis son una de las principales consultas dentro del primer nivel de atención, siendo la *Escherichia coli* la causa más frecuente y afectando principalmente a las mujeres. Ante la sospecha clínica se debe tener en

cuenta los síntomas agudos de disuria como disuria, frecuencia o urgencia que son más específicos, a los síntomas vaginales.

La presencia de fiebre o escalofríos indican compromiso sistémico y una posible infección urinaria complicada como pielonefritis (56). El análisis de orina no es fundamental para el diagnóstico, pero la presencia de esterasa leucocitaria y nitritos nos orientan a una piuria, en casos que la paciente presente síntomas atípicos.

La paciente era continuadora durante el año con plan de atención integral de salud, por lo cual se decidió iniciar tratamiento antibiótico, evaluando el riesgo de un organismo gram negativo multirresistente (57), se le indico nitrofurantoina, el cual es seguro y eficaz incluso si la paciente tuviera insuficiencia renal leve; se evitó usar Ciprofloxacino, Amoxicilina y Trimetropim-sulfametoxazol debido a presenta mayor riesgo de resistencia bacteriana y que el ciprofloxacino si bien es útil para el tratamiento de las cistitis por la resistencia mitigaría su utilidad en infecciones más graves (58). El uso de Fenazopiridina puede ser útil para calmar las molestias urinarias, pero no están disponibles en la farmacia del centro de salud. Para el tratamiento antiparasitario si bien la paciente no acudió a consulta por sus síntomas digestivos, se encontraron en las heces quistes de Giardia lamblia y presentaba síntomas comunes de una giardiasis, por lo cual se le indico Metronidazol, que no es primera línea, pero es lo que estaba disponible en farmacia. El tratamiento de elección será Tinidazol el cual tiene una vida media más larga y basta con solo 1 dosis. (59). La paciente recibió consejería nutricional para reforzar medidas de higiene en casa y en el trabajo.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Haber llevado el internado médico de una manera distinta debido a la pandemia, en el que el aprendizaje siempre se daba en el segundo o tercer nivel de atención dentro de hospitales o institutos nacionales, cómo se dio a cabo en los primeros meses hasta la quincena de marzo en donde hasta esa fecha la asistencia, las prácticas hospitalarias y aprendizaje eran todos los días de la semana. Fue una grata experiencia donde uno pasaba casi todo el día en el hospital, al estar rodeado casi todo el día por la medicina, los pacientes y los colegas. Pero la situación es distinta en cada servicio y rotación.

La rotación de ginecología-obstetricia se dio durante época de pandemia, permitió el manejo de patologías ginecológicas más comunes, así como las más complejas en el ámbito hospitalario; de igual manera brindó conocimientos para la atención de partos y patologías obstétricas que serán de utilidad clínica en el primer nivel de atención. La adquisición de habilidades clínicas para el diagnóstico y tratamiento, habilidades personales y también humanísticas, al momento de recibir una nueva vida, siendo uno participe de ello. El temor del contagio siempre estaba presente por la mayor de cantidad de pacientes que había en las salas de puerperio y en el servicio de emergencias, para esto se tuvo que limitar en lo posible el contacto a la pacientes o gestantes al momento de la evaluación o procedimientos y usando correctamente el equipo de protección personal.

En la rotación de pediatría en el INSN permitió conocer las enfermedades pediátricas que con mayor frecuencia se presentaban en emergencias y también de la menor frecuencia y complejas que eran referidos al instituto a nivel nacional. El desarrollo de ciertas habilidades socioemocionales era importante para lograr tener una conexión adecuada con los pacientes que eran lactantes, niños o adolescentes, por ello se necesitaba mucha empatía

para poder comprenderlos en su dolencia y el momento que pasaban durante su hospitalización, al igual que paciencia con los pacientes más pequeños ya que los atemorizaba estar en un hospital o que los evaluarán extraños y para eso el interno debía ingeniárselas para poder tranquilizarlos y ganarse su confianza. Durante pandemia la situación era complicada porque si bien antes los niños sentían cierto temor ahora era mayor, ya que veían cubiertos por todo el equipo de protección personal al personal de salud, la misma situación caótica que se vivía por la pandemia y el temor del contagio y contagiar a los pacientes, para hacer frente a eso se tuvo que decorar los ambientes del hospital para hacerlos más agradables e implementar creativas formas para poder atender a los pacientes más pequeños, tratando de cuidar las medidas de bioseguridad. Una rotación muy satisfactoria que deja varios aprendizajes tanto educativos como personales.

La estancia en el servicio de cirugía en hospital y del instituto tenían aspectos en común ya que se dieron durante pandemia, si bien es una rotación más práctica por los procedimientos quirúrgicos que hay, estos se vieron afectados con la programación de las cirugías de forma habitual en que se daban, se redujeron debido que solo se atendían emergencias quirúrgicas y mayormente el interno no podía ingresar a sala de operaciones con la misma regularidad de antes, también la reducción de la frecuencia de las guardias y que por el contexto solo eran guardias diurnas; sin embargo se logró aprovechar en tópicos de emergencias en lo posible, cuando se presentaban pacientes accidentados y poder mejorar habilidades quirúrgicas como sutura, limpieza y curaciones de heridas; al igual que manejo oportuno de los pacientes que se encuentran en riesgo vital y poder decidir a tiempo su transferencia a otro centro de mayor complejidad. Es importante recalcar que la atención en el INEN era distinta, porque eran pacientes oncológicos y por ende se necesitaba mayor empatía, una adecuada comunicación y escucha activa por la delicada situación en la que se encontraban.

Por último, la rotación de medicina interna que se llevó a cabo durante la pandemia en el centro de salud Moyopampa y en el INEN. Las prácticas en el primer nivel de atención se dan de diferente a la que usualmente se suele ver en un hospital, si bien no se ven pacientes hospitalizados y es más atención en consultorios y urgencias, se hace más énfasis en la atención integral del

paciente no solo en el ámbito físico, si no bio-psico-social no solo centrándose en la enfermedad si no el paciente enfermo. La atención es distinta a la que se está acostumbrado a dar a los pacientes, que es la recuperativo-rehabilitadora, en este caso es la preventivo-promocional y también recuperativo de acuerdo a la capacidad resolutive del centro; por ello la labor del interno consistió en brindar una mejora atención al paciente, educándolo y explicándole que existen medidas para la prevención de enfermedades o complicaciones de estas, mediante charlas o exposiciones a los pacientes en el centro de salud. La experiencia obtenida durante la estancia en centros de salud será de utilidad para cuando se ejerza la labor ya como médico en el SERUMS y brindando así un mejor conocimiento en el área de trabajo y el manejo de pacientes en el primer nivel de atención. El cambio de ambiente entre establecimientos de salud del tercer o segundo nivel al primer nivel puede ser tortuoso y más si fue durante pandemia, se presentaron dificultades como la distancia hacia los centros de salud y la exposición al momento de la atención, pero con el inicio de las campañas de vacunación contra el COVID19 se redujeron estos temores para continuar la atención a pacientes siempre y cuando usando las medidas de bioseguridad ya conocidas.

El internado periodo 2020-2021 fue una experiencia distinta y satisfactoria, dejando aprendizajes y vivencias únicas que sirvieron para mejorar el carácter, fortalecer la vocación de servicio y el amor por la profesión a pesar de las dificultades encontradas durante la pandemia.

CONCLUSIONES

El Trabajo de Suficiencia Profesional presentó la experiencia de las prácticas pre profesionales de los internos de medicina durante el periodo 2020-2021 en las rotaciones de ginecología-obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna del internado antes y durante la pandemia por COVID-19. Se afianzó el conocimiento y el correcto manejo de los casos clínicos expuestos en las cuatro grandes rotaciones, basándose en información basada en evidencia de las guías de práctica clínica, revistas científicas, artículos científicos y metaanálisis.; logrando el desarrollo de competencias clínicas para el diagnóstico, prevención y tratamiento, al igual que el desenvolvimiento en procedimientos quirúrgicos menores que servirán al interno de medicina para cuando afronte dificultades en el SERUMS y su carrera profesional. Es fundamental que el estudiante de medicina se forme correctamente durante su internado tanto en la parte académica como personal mediante las experiencias que forman el carácter de ellos y brindar una atención de calidad a los pacientes.

RECOMENDACIONES

Si bien el internado médico no se dio en las mejores condiciones dadas las circunstancias por la pandemia, el sistema de salud peruano es fragmentado y segmentado muestra ineficiencias que salieron más a flote con la crisis sanitaria que se está viendo.

La limitada o nula distribución de EPP en los hospitales hacia los internos, haciendo que ellos mismos se compraran sus propios EPP. El cumplimiento de la resolución ministerial respecto al horario de trabajo de los internos en ciertos hospitales, que, si bien se hacían horas extra por propia voluntad, el interno debía quedarse en ocasiones mucho más tiempo de lo debido por órdenes de superiores.

Se debió planificar mejor el retorno de los internos a los establecimientos de salud porque hubo muchas irregularidades al momento de la distribución de sedes varios internos presentaron dificultades debido a la distancia de sus centros de salud, perdieron sus plazas por una mala gestión administrativa de la universidad y una mejor coordinación con las sedes hospitalarias al momento de las rotaciones externas

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INSN.gob.pe. 2021. ASIS 2019 TOMO II. [online] Available at: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/publicaciones/ASIS%202019%20_TOMO%20II.pdf>.
2. INMP.gob.pe. 2021. ASIS 2018. [online] Available at: <<https://www.inmp.gob.pe/institucional/2018/1575919894>>.
3. Portal.inen.sld.pe. 2021. Plan Operativo Institucional 2017. [online] Available at: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2017/10/SEG.-AL-I-SEMESTRE-POI-2017-NARRATIVO-rev-jc.pdf>
4. Hospitalvitate.gob.pe. 2021. ASIS Hospitalario-2018. [online] Available at: <http://www.hospitalvitate.gob.pe/portal/data/transparencia/2019/T2103.pdf>
5. Merino Ramírez MT, Trapero Marugan M, Ronchas Martínez M, Villalobos Becares C, Iglesias Goy E. Diagnostico posparto de la enfermedad de Wilson en gestante con síndrome hellp y coagulopatía. Prog Obstet Ginecol 2014; 57(3): 130-4.
6. Garrido MF, Carvajal JA. Síndrome de HELLP normotensivo: caso clínico. Rev Med Chile 2013; 141(11): 1470-4
7. Vigil-De Gracia P. Síndrome HELLP. Ginecol Obstet Mex 2015; 83: 48-57.
8. Bvs.minsa.gob.pe. 2021. Guía de Práctica Clínica para la prevención y el manejo de Preclampsia y Eclampsia. [online] Available at: <<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>> [Accessed 16 April 2021].
9. Sibai BM, Mercer BM, Schiff E, Friedman SA. Aggressive versus expectant management of severe preeclampsia at 28 to 32 weeks' gestation: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 1994;171:818–22
10. Oyelese Y, Ananth C. Postpartum hemorrhage: Epidemiology, risk factors, and causes. Clin Obstet Gynecol. 2010;53(1):147–56.
11. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. France. 2019.
12. Workowski KA, Bolan GA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Directrices para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64: 1.

13. Walker CK, Kahn JG, Washington AE y col. Enfermedad pélvica inflamatoria: metaanálisis de la eficacia del régimen antimicrobiano. *J Infect Dis* 1993; 168: 969.
14. Savaris RF, Fuhrich DG, Maissiat J, et al. Terapia con antibióticos para la enfermedad inflamatoria pélvica. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 8: CD010285.
15. Thorp JM Jr, Jenkins T, Watson W. Utilidad de las maniobras de Leopold en la detección de mala presentación. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 394.
16. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. Versión cefálica externa para presentación de nalgas a término. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; : CD000083.
17. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Cesárea programada para parto de nalgas a término. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; : CD000166.
18. Azria E, Le Meaux JP, Khoshnood B y col. Factores asociados con resultados perinatales adversos para fetos de nalgas a término con parto vaginal planificado. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207: 285.e1.
19. Glavind J, Kindberg SF, Uldbjerg N y col. Cesárea electiva a las 38 semanas versus 39 semanas: resultados neonatales y maternos en un ensayo controlado aleatorio. *BJOG* 2013; 120: 1123.
20. Jc8: Paller AS, Mancini AJ. Enfermedades Exantemáticas de infancia. En: Hurwitz *Dermatología Pediátrica*. Capítulo 16. Madrid: Marbán, 2014; pp. 681-721
21. Long SS. Tos ferina (*Bordetella pertussis* y *Bordetella parapertussis*). En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Nelson Tratado de Pediatría*, 18ª edición ed. Barcelona: Elsevier, 2009. p. 1178-82.
22. Dabrera G, Amirthalingam G, Andrews N, Campbell H, Ribeiro S, Kara E, et al. A case-control study to estimate the effectiveness of maternal pertussis vaccination in protecting newborn infants in England and Wales, 2012-2013. *Clin Infect Dis*. 2015;60:333-7
23. Forsyth K, Tan T, Konig CH, Caro JJ, Plotkin S. Potential strategies to reduce the burden of pertussis. *Pediatr Infect Dis J*. 2005; 24: S69-S74.
24. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Lima-Peru 2017.
25. Gorelick M, Shaw K, Murphy K. Validity and reliability of clinical signs in the diagnosis of dehydration in children. *Pediatrics*. 1997; 99: E6.
26. B. García Pimentel, O Ordoñez Saez. Gastroenteritis aguda. Manual. Manual de urgencias de pediatría. España 2017.
27. Cubero Santos A, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Faringoamigdalitis. AEPap. 2015

28. Shaikh N, Hoberman A, Rockette HE, Kurs-Lasky M. Desarrollo de un algoritmo para el diagnóstico de otitis media. *Acad Pediatr* 2012; 12: 214.
29. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2013; 131:e964.
30. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
31. Farreras P., Rozman C. *Medicina interna*. 13th ed. Madrid (España): Elsevier; c1997. Tumores intestinales; p. 213.
32. Auge JM, Pellise M, Escudero JM, Hernandez C, Andreu M, Grau J et al. Risk stratification for advanced colorectal neoplasia according to fecal hemoglobin concentration in a colorectal cancer screening program. *Gastroenterology* 2014; 147(3):628-636.
33. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Mosconi S, Mandala M, Cervantes A et al. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013; 24 Suppl 6:vi64-vi72.
34. Stollman N, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. *Lancet* 2004; 363: 631-9.
35. Commane DM, Arasaradnam RP, Mills S, Mathers JC, Bradburn M. Diet, ageing and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 2479-88.
36. Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3110- 21.
37. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Directrices de Tokio 2018: criterios de diagnóstico y clasificación de la gravedad de la colecistitis aguda (con videos). *J Pancreat Hepatobiliar Sci* 2018; 25:41.
38. Shea JA, Berlín JA, Escarce JJ, et al. Estimaciones revisadas de la sensibilidad y especificidad de las pruebas de diagnóstico en casos de sospecha de enfermedad del tracto biliar. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2573.
39. Teefey SA, Dahiya N, Middleton WD y col. Colecistitis aguda: ¿los hallazgos ecográficos y el recuento de leucocitos predicen cambios gangrenosos? *AJR Am J Roentgenol* 2013; 200: 363.
40. Coccolini F, Catena F, Pisano M, et al. Colecistectomía abierta versus laparoscópica en colecistitis aguda. Revisión sistemática y metaanálisis. *Int J Surg* 2015; 18: 196.
41. Kalan M, Talbot D, Cunliffe WJ, Rich AJ. Evaluación de la puntuación de Alvarado modificada en el diagnóstico de apendicitis aguda: un estudio prospectivo. *Ann R Coll Surg Engl* 1994; 76: 418.

42. Smith MP, Katz DS, Lalani T y col. Criterios de adecuación ACR® Dolor en el cuadrante inferior derecho: sospecha de apendicitis. *Ultrasonido Q* 2015; 31:85.
43. Sporn E, Petroski GF, Mancini GJ, et al. Apendicectomía laparoscópica: ¿vale la pena el costo? Análisis de tendencias en los EE. UU. De 2000 a 2005. *J Am Coll Surg* 2009; 208: 179.
44. Jaschinski T, Mosch C, Eikermann M, Neugebauer EA. Apendicectomía laparoscópica versus abierta en pacientes con sospecha de apendicitis: una revisión sistemática de metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *BMC Gastroenterol* 2015; 15:48.
45. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS y col. Diagnóstico y tratamiento de la infección intraabdominal complicada en adultos y niños: directrices de la Surgical Infection Society y la Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2010; 50: 133.
46. Raetz E, Lee-Chuen M, O'Brien M, Whitlock J. *Acute Lymphoblastic Leukemia in Children*. Wintrobe's Clinical Hematology. (76): 13a. ed New York: Lippincott Williams Wilkins; 2013.
47. Vizcaíno M, Lopera JE, Martínez L, De los Reyes I, Linares A. Guía de atención integral para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de leucemia linfocítica aguda en niños, niñas y adolescentes. *Rev Colom Cancerol [Internet]* 2016 [citado 2021 Abril 16];20 (1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-guia-atencion-integral-deteccion-oportuna-S0123901515000918>.
48. Pelosof LC, Gerber DE. Paraneoplastic syndromes: an approach to diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(9):838-854.
49. Frier BM. Hypoglycaemia in diabetes mellitus: epidemiology and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10(12):711–722. doi: 10.1038/nrendo.2014.170.
50. Treatment of hypoglycemia using combined glucocorticoid and recombinant human growth hormone in a patient with a metastatic non-islet cell tumor hypoglycemia. Bourcigaux N, Arnault-Ouary G, Christol R, Perin L, Charbonnel B, Le Bouc Y. *Clin Ther.* 2005;27:246–251
51. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ENT -- Lima: Ministerio de Salud; 2016
52. Valdez W, Miranda J (2014). Carga de enfermedad en el Perú - Estimación de los años de vidas saludables perdidos 2012, disponible en línea. Lima: Mirza editores e Impresiones SAC. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=ar

ticle&id=445:plancarga-2014&catid=8&Itemid=145 Fecha de visita: 04 de noviembre de 2015.

53. Asociación Americana de Diabetes. 2. Clasificación y Diagnóstico de Diabetes: Estándares de Atención Médica en Diabetes-2021. *Diabetes Care* 2021; 44: S15.
54. Bailey CJ, Turner RC. Metformina. *N Engl J Med* 1996; 334: 574.
55. Guía Técnica Guía de Práctica Clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2 / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles - Lima: Ministerio de Salud; 2017.
56. Mody L, Juthani-Mehta M. Infecciones del tracto urinario en mujeres mayores: una revisión clínica. *JAMA* 2014; 311: 844.
57. Brosh-Nissimov T, Navon-Venezia S, Keller N, Amit S. Análisis de riesgo de la resistencia a los antimicrobianos en infecciones del tracto urinario para pacientes ambulatorios de adultos jóvenes sanos. *J Antimicrob Chemother* 2019; 74: 499.
58. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA advises restricting fluoroquinolone antibiotic use for certain uncomplicated infections; warns about disabling side effects that can occur together. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm500143.htm>
59. Shane AL, Mody RK, Crump JA y col. 2017 Pautas de práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América para el diagnóstico y manejo de la diarrea infecciosa. *Clin Infect Dis* 2017; 65: e45.