



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO DURANTE EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

STEFANNI MILAGROS VIVANCO QUISPE

DENNIS AARON LUQUE ARAMAYO

ASESOR

FÉLIX KONRAD LLANOS TEJADA

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Medicina
Humana

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
DURANTE EL PERIODO 2022-2023**

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

PRESENTADO POR

**STEFANNI MILAGROS VIVANCO QUISPE
DENNIS AARON LUQUE ARAMAYO**

**ASESOR
DR. FÉLIX KONRAD LLANOS TEJADA**

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros amados padres y hermanas, por haber apoyado cada etapa durante nuestros años de formación profesional.

Dennis Aaron Luque Aramayo
Stefanni Milagros Vivanco Quispe

INDICE

| | |
|--|------|
| JURADO | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| INDICE..... | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| REPORTE DE SIMILITUD..... | vii |
| INTRODUCCIÓN..... | viii |
| 1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA | 1 |
| 1.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA | 8 |
| 1.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL | 13 |
| 1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA | 20 |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 27 |
| CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL..... | 28 |
| 3.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA | 28 |
| 3.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA | 31 |
| 3.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL | 34 |
| 3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA | 37 |
| CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 40 |
| CONCLUSIONES | 42 |
| RECOMENDACIONES..... | 43 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 44 |

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado desde el mes de junio del 2022 hasta marzo del 2023 en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Se realizó una recopilación y discusión de casos clínicos de las cuatro rotaciones de Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría que se desarrollaron durante el internado médico, y se realizó una comparación con diversas fuentes de información teórica. Se priorizó las patologías que fueron vistas con mayor frecuencia.

Se narra las experiencias, vivencias y aprendizajes de dos internos realizando sus prácticas pre profesionales en un hospital de referencia nacional, que cuenta con todas las especialidades médicas.

ABSTRACT

The present study was carried out from June 2022 to March 2023 at the Hospital Nacional Dos de Mayo.

A compilation and discussion of clinical cases of the four rotations of Gynecology-Obstetrics, Internal Medicine, General Surgery and Pediatrics that were developed during the medical internship was carried out, and a comparison was made with various sources of theoretical information. The pathologies that were seen most frequently were prioritized.

The experiences, experiences and learning of two interns performing their pre-professional internships in a national reference hospital, which has all the medical specialties, are narrated.

REPORTE DE SIMILITUD

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL N
ACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL P
ERIODO 2022-2023**

AUTOR

STEFANNI MILAGROS VIVANCO QUISPE

RECUENTO DE PALABRAS

12904 Words

RECUENTO DE CARACTERES

74479 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

54 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

103.2KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 13, 2023 3:28 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 13, 2023 3:29 PM GMT-5

● 13% de similitud general

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

- 13% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Dr. FÉLIX KONRAD LLANOS TEJADA
ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1834-1287>

INTRODUCCIÓN

En la varios de los países, todos los médicos deben completar un internado medico después de completar seis años de educación médica y antes de obtener una colegiatura. Este es un período en el que los médicos en formación pasan del aprendizaje supervisado en las facultades de medicina a asumir rápidamente la responsabilidad clínica bajo supervisión, y puede ser un desafío. Y más aún en el contexto de pandemia, la cual ha causado interrupciones sin precedentes en el sistema de atención médica y ha tenido un efecto profundo en la educación y capacitación médica.

Algunos perdieron oportunidades programadas en la facultad de medicina diseñadas para prepararlos mejor para el internado médico, como rotaciones en áreas clínicas o experiencias preparatorias para el internado.

El internado se gestiona a nivel hospitalario, que es de gran importancia para que los internos de medicina que cultiven el pensamiento clínico y perfeccionen las habilidades clínicas y son una parte esencial de la enseñanza médica. Esto significa que los hospitales son responsables del desarrollo de actividades académicas durante cada rotación, así como de evaluar que cada interno cumpla con los requisitos mínimos e indispensables para convertirse en un médico capaz de abordar los problemas y necesidades de la población.

Algunos enfrentaron decisiones desafiantes, como graduarse antes de tiempo y ejercer como médicos. Además de esto muchos internos tenían preocupaciones sobre su riesgo personal de infección por COVID-19.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1: Tumor anexial

Paciente mujer de 20 años refiere que desde hace 1 semana inició con distensión y dolor abdominal de intensidad 5 de 10, que no cede con analgésicos, asociado a hiporexia. La sintomatología sigue un curso progresivo por lo que acude a emergencia del HNDM.

Sus funciones vitales fueron:

Frecuencia cardiaca: 80 lpm Saturación de oxígeno: 98%

Presión arterial: 110/70 mmHg Temperatura: 36.5°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, poco depresible, con resistencia a la palpación, doloroso a la palpación superficial, se palpa tumor de 10 x 10mm en hipocondrio derecho, móvil con leve dolor y masa en fosa iliaca derecha 10 x 8cm, signo de la oleada.
- Genitales externos: No sangrado vaginal
- Especuloscopía: No sangrado vaginal
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Antecedentes de importancia: Nuligesta, padre con diagnóstico de tuberculosis (TBC) hace 3 semanas, en tratamiento con Esquema 1.

Paciente con los diagnósticos presuntivos:

- a. Tumor anexial derecho EAD
- b. D/C TBC INTESTINAL
- c. Ascitis EAD

Se solicitó hemograma completo, marcadores tumorales, ecografía pélvica, BK seriado en esputo, heces, orina. Además, tomografía de abdomen con contraste.

En la ecografía se evidenció masa anexial derecha de 189mm x 153mm, en su interior con diferentes densidades y líquido libre, por lo que se sugirió complementar los estudios con marcadores tumorales. En los exámenes de laboratorio solicitados se evidenció Hemoglobina: 8.0 mg/dl, Leucocitos 8580 mm³, Plaquetas 681000 mm³, Abastados 0%, CA 19.9 13.2, Alfa feto proteína >500, CA 125 48. Los exámenes de BK seriados fueron negativos. Ante los resultados obtenidos se decidió hospitalizar a la paciente.

En la tomografía se observó masa dependiente de ovario 18x15cm, por lo que se plantea como diagnóstico tumoración anexial derecho a descartar neoplasia maligna de germinal de ovario derecho avanzado y anemia moderada. La paciente pasa al servicio de Oncología Ginecológica y se programa para una laparoscopia diagnóstica con toma de biopsia. El hallazgo operatorio reveló una tumoración de 30 x 35cm dependiente de anexo derecho friable. Además, se observan implantes escasos en pared abdominal, no implantes hepáticos, ni gástricos, ni intestinales. No se palpan adenopatías pélvicas ni paraaórticas. Se realiza laparoscopia diagnóstica con citorreducción conservadora.

El diagnóstico postoperatorio fue una tumoración anexial derecho del tipo histológico tumor de células germinales mixto donde el 89% es tumor de saco vitelino.

Caso clínico N° 2: Prolapso

Paciente mujer de 59 años refiere que hace 3 meses inició con sensación de bulto en genitales externos al realizar mínimos esfuerzos físico. Adicional a ello, refiere incontinencia urinaria al esfuerzo. La clínica sigue un curso progresivo por lo que acude a consultorios externos de Ginecología del HNDM.

Sus funciones vitales fueron:

Frecuencia cardiaca: 76 lpm Saturación de oxígeno: 96%

Presión arterial: 120/85 mmHg Temperatura: 36.2°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Genitales externos: No sangrado vaginal
- Especuloscopia: No sangrado vaginal, ni se evidencian lesiones
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Antecedentes de importancia: 3 partos vaginales previos, 1 aborto. FUR: 49 años. Último PAP en enero 2023 con resultado negativo. No recibe terapia de reemplazo hormonal. No se realizó ninguna intervención quirúrgica.

Se realizó sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q)
POP-Q: Aa: +1; Ba: +6, C: -2, Hg: 4.5, Cp:2.5, LTV: 6, Ap: -3, Bp: -2, D: -6.

Se solicitó hemograma completo donde se evidenció Hemoglobina 11.41mg/dl, Leucocitos 14848 mm³, Plaquetas 241300 mm³, Abastoados 0%. Asimismo, en la ecografía transvaginal se observa a nivel del miometrio imagen hiperecogénica de 47x36x41mm con volumen de 35cc de bordes regulares que no hace contacto con endometrio y no llega a sobrepasar serosa (FIGO 4), en la cual informó mioma uterino degenerado.

Se programa a la paciente con los siguientes diagnósticos: 1. Prolapso genital IIIBa, incontinencia urinaria de esfuerzo, mioma uterino degenerado. Posteriormente, se realiza Histerectomía abdominal total + SOB + Uretrosuspensión Sling. La paciente toleró el procedimiento, no presentó ninguna intercurencia y se envió muestra a anatomía patológica. Finalmente, es dada de alta con analgésicos y cuidados postoperatorios.

Caso clínico N° 3: Hiperémesis gravídica

Gestante de 30 años refiere que hace 1 mes inició con náuseas y vómitos 3 veces por semana. Hace 1 semana se intensifica la clínica a 6 ocasiones por día asociado a sialorrea, intolerancia oral, epigastralgia, pérdida de peso de 9kg aproximadamente, niega sangrado vaginal. Por lo que decide acudir a emergencia del HNDM.

Sus funciones vitales fueron:

Frecuencia cardiaca: 76 lpm

Frecuencia respiratoria: 22rpm

Saturación de oxígeno: 98%

Presión arterial: 100/60 mmHg

Temperatura: 37.0°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, disminución leve de turgencia de la piel, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, mucosa oral hidratada.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Genitales externos: No sangrado vaginal
- Especuloscopía: No sangrado vaginal
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Antecedentes de importancia: 1 parto vaginal previo, 3 abortos incompletos, última gestación culminó en 2016. Edad gestacional: 8 semanas 1 día de gestación por ecografía de primer trimestre.

Paciente con los diagnósticos presuntivos:

1. Multigesta de 8 semanas 1 día por Ecografía de primer trimestre
2. Hiperémesis gravídica

Se procedió a hidratar a la paciente con NaCl 0.9% 1000cc EV 500cc a chorro, Dextrosa 5% 1000cc, NaCl 20% 2 ampollas, KCl 20% 1 ampolla, Vi syneral 1 ampolla 3 frascos a 30 gotas, Ranitidina 50mg , Metoclopramida 10mg EV cada 8 horas, Dimenhidrinato 50mg EV y solicitó hemograma, perfil de coagulación, perfil hepático, electrolitos, examen de orina y perfil tiroideo.

En los exámenes de laboratorio se evidenció Hemoglobina 13.43 mg/dl, Leucocitos 4815 mm³, Plaquetas 236500 mm³, Abastionados 0%, TP 14.4seg, TTPA 29.2seg, Bilirrubina total 0.92mg/gl, Bilirrubina directa 0.14 mg/dl, Bilirrubina indirecta 0.78mg/dl, TGO 22.4U/L, TGP 26.96U/L, proteínas totales 7.34g/dl, Úrea 28.1mg//dL, Creatinina 0.47mg/dl, T4L 2.26ng/dl, TSH 0.470uIU/ml, Na⁺ 140.9mmol/L, K⁺ 3.89mmol/L, Ca⁺ 9.18mg/dl, Mg⁺, 1.79mg/gl , Fósforo 4.6mg/dl. En el examen de orina; en el análisis físico: color ámbar de aspecto transparente, densidad 1.039, pH 6.0; en el análisis químico: proteínas +, cetona ++, glucosa, bilirrubina, sangre, nitritos y urobilinógeno negativos; en el sedimento urinario: células epiteliales 4, leucocitos 1, eritrocitos 0, cilindros, filamentos mucoides, cristales y hongos negativo.

Los diagnósticos definitivos fueron:

1. Multigesta de 8 semanas 1 día por Ecografía de primer trimestre
2. Hiperémesis gravídica

Posterior a ello fue hospitalizada y evaluada por el servicio de Gastroenterología quien sugirió dieta blanda fraccionada. Asimismo, iniciar Piridoxina 50mg VO cada 8 horas. También fue evaluada por la especialidad de Psicología por presentar episodios constantes de ansiedad y recomendó orientación familiar y terapia de apoyo.

Caso clínico N° 4: Placenta previa

Gestante de 34 años refiere que hace 5 días inició con sangrado vaginal rojo rutilante indoloro. Percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido, niega náuseas, niega vómitos, niega otras molestias. Ante la persistencia de sintomatología decide acudir a emergencia del HNDM.

Sus funciones vitales fueron:

Frecuencia cardiaca: 79 lpm Frecuencia respiratoria: 22 rpm Saturación de oxígeno: 98% Presión arterial: 101/62 mmHg Temperatura: 36.8°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ocupado por útero grávido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
 - Feto: Altura uterina 28cm, SPP: Longitudinal cefálico izquierdo, LCF: 145lpm, Dinámica uterina ausente, Movimientos Fetales ++
- Genitales externos: Huellas de sangrado vaginal

- Especuloscopía: Sangrado vaginal en escasa cantidad
- Tacto vaginal: Cérvix largo, cerrado, posterior
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Antecedentes de importancia: 2 cesáreas previas por pelvis estrecha, última gestación culminó en el año 2017.

Edad gestacional: 28 semanas 2 día de gestación por Ecografía de primer trimestre.

Paciente con los diagnósticos presuntivos:

1. Multigesta de 28 semanas 2 días por Ecografía de primer trimestre
2. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:
 - a. Placenta previa
3. Cesárea anterior 2 veces

Se procede a hidratar a la paciente con NaCl 0.9% 1000cc EV a 30 gotas por minuto y administrar Betametasona 12mg IM cada 24 horas, y le solicitan hemograma, perfil de coagulación, perfil hepático, ecografía transabdominal.

En los exámenes de laboratorio solicitados se evidenció Hemoglobina 10.35 mg/dl, Leucocitos 10071 mm³, Plaquetas 293500 mm³, Abastionados 0%, TP 14.6seg, TTPA 36.2seg, Úrea 15.2mg//dL, Creatinina 0.46mg/dl. Asimismo, en la ecografía transvaginal se observa gestación única activa de 28 semanas 2 días, placenta corporal anterior cuyo borde inferior impresiona cubrir orificio cervical interno del lado izquierdo, cervicometría de 29mm. Dando como diagnóstico final: gestación única activa de 28 semanas 2 días por ecografía del primer trimestre y placenta previa.

1.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N° 1: Enfermedad por arañazo de gato

Paciente mujer de 6 años refiere que 7 días antes del ingreso inició con adenopatías bilaterales y amigdalitis por lo que acude a emergencia donde le indican antihistamínicos y antipirético con lo que se da de alta. Hace 5 días antes del ingreso evidencia aumento de volumen en región cervical izquierda. Después de 3 días se agrega dolor en dicha región afectada, niega náuseas, niega vómitos, niega fiebre. El día del ingreso se intensifica el dolor y volumen por lo que acude a emergencia del HNDM. La madre de la paciente tiene como mascota un gato y un perro, cuenta con los servicios básicos. Refiere que abuelo recibió tratamiento para TBC por 1 año y primo por 5 meses.

Sus funciones vitales fueron:

Frecuencia cardiaca: 105lpm, Saturación de oxígeno: 99%, Frecuencia respiratoria: 20rpm, Temperatura: 36.7°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Cuello: En triangulo carotideo de región cervical se palpa una masa blanda de 9x8x5 cm de bordes regulares, móvil, leve dolor a la palpación.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierto, activo, alerta, pupilas isocóricas, no signos de focalización, no signos meníngeos fuerza y tono muscular conservado.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Ingresa a hospitalización con los diagnósticos:

1. Tumoración cervical: Etiología a determinar.
 - a. d/c Enfermedad por arañazo de gato
 - b. d/c Tuberculosis ganglionar

Se solicitó hemograma, perfil de coagulación, IgM para Bartonella Henselae, PPD, radiografía de tórax y ecografía de partes blandas (región cervical). Adicional a ello, se inicia tratamiento antibiótico y antipirético: Oxacilina 690mg EV cada 6 horas, Clindamicina 245mg EV cada 8 horas, Azitromicina 4.6ml VO cada 24 horas, Paracetamol 12ml VO condicional a fiebre.

En los exámenes de laboratorio solicitados se evidencia Hemoglobina 11.33mg/dl, Leucocitos 27809 mm³, Plaquetas 606200 mm³, Abastionados 0%, PCR 43.9 mg/L, IgM positivo para Bartonella Henselae. En la ecografía cervical se observan adenomegalias cervicales de aspecto reactivo. Durante la hospitalización remite la sintomatología por lo que es dada de alta.

Caso clínico N° 2: Diarrea disentérica por salmonella

Paciente varón de 3 meses de edad refiere que 6 días antes del ingreso inició con deposiciones líquidas en 5-6 ocasiones con rasgos de sangre y moco. Se asocia fiebre cuantificada de 38°C por lo que acude a emergencia donde le realizan coprocultivo y se da de alta con Azitromicina 200mg/ml 2ml VO cada 24horas por 7 días. Posterior al alta refiere remisión de fiebre; sin embargo, persisten las deposiciones líquidas con moco y sangre en 2 oportunidades por lo que acude a laboratorio del HNMD para recoger los resultados del coprocultivo. El resultado del examen salió positivo para Salmonella y con ello acude nuevamente a emergencia del HNMD.

Sus funciones vitales fueron:

Frecuencia cardiaca: 128lpm, Saturación de oxígeno: 98%, Frecuencia respiratoria: 32 rpm, Temperatura: 36.4°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Hidratada, no palidez, llenado capilar <2", signo de pliegue (-), no adenopatías, no edema.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Genito-urinario: Eritema perianal
- SNC: Despierto, activo, fontanela anterior normotensa, pupilas isocóricas

Madre trae resultados de Coprocultivo donde se evidencia Coprocultivo positivo para Salmonella spp. Sensible a Meropenem y Trimetropin- Sulfametoxazol.

En emergencia se solicitó hemograma, hemocultivo, electrolitos, PCR, procalcitonina, reacción inflamatoria en heces y coprocultivo. Asimismo, se le indica lactancia materna exclusiva e hidratación y se inicia tratamiento antibiótico con Meropenem 160mg EV cada 8 horas y Metamizol 160mg condicional a fiebre.

En los exámenes de laboratorio se evidenció Hemoglobina 12.70mg/dl, Leucocitos 10870 mm³, Plaquetas 66000 mm³, Abastionados 0%, PCR <5 mg/L, Na⁺ 140.8mmol/L, K⁺ 5.92mmol/L, Cl⁻ 101mmol/L, Procalcitonina 0.0485ng/ml, Coprocultivo postivo para Salmonella spp. Sensible a Meropenem y Trimetropin- Sulfametoxazol, reacción inflamatoria en heces 25-30 leucocitos por campo.

Ingresa a hospitalización de emergencia con los siguientes diagnósticos.

1. Enfermedad Diarrea Disentérica por Salmonella.
2. Deshidratación leve

Durante su estadía en emergencia no se reportó ningún pico febril, y el número y volumen de deposiciones líquidas con rasgos de sangre disminuyeron. Posterior a ello es hospitalizada en San Camilo para continuar con tratamiento antibiótico. Durante esos días, fue evaluada por el servicio de Dermatología ya que presentó Dermatitis del pañal e indicaron baño con loción limpiadora para piel sensible, lavar el área afectada y aplicar Nistatina en zona afectada en cada cambio de pañal.

Paciente finaliza tratamiento con evolución favorable y es dada de alta.

Caso clínico N° 3: Quiste con conducto tirogloso

Paciente mujer de 8 años refiere que hace 2 años evidenció masa móvil, indolora en el tercio superior del cuello. Además, se eleva con la deglución. Por lo que acude a centro de salud y solicitan ecografía cervical donde le refieren la presencia de imagen ovalada de bordes irregulares con contenido hipoecogenico con áreas anecoicas predominantes levemente vascularizado que mide 6.8x11.9x9.2mm a una profundidad de 6.6mm desde la piel sugestiva de quiste tirogloso, glándula tiroides de tamaño conservado y adenopatía cervical de tipo inflamatoria. Con los resultados del examen es referida al HNDM y evaluada por el servicio de Cirugía Pediátrica.

Sus funciones vitales fueron:

Frecuencia cardiaca: 70lpm, Saturación de oxígeno: 99%, Frecuencia respiratoria: 22 rpm, Temperatura: 36.3°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Cuello: Cilíndrico, se palpa tumoración en la línea media superior del cuello la cual es móvil, se mueve hacia arriba con la deglución y a la protrusión de la lengua, no se palpan adenopatías.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Le solicitan exámenes de función tiroidea, hemograma y tomografía de cuello con contraste.

En los exámenes de laboratorio se evidencia Hemoglobina 12.80mg/dl, Leucocitos 8410mm³, Plaquetas 425000 mm³, Abastionados 0%, TSH 4.33 uIU/ml y T4L 1.09ng/dl. En la tomografía se evidenció una colección líquida de 6.2x11.8x5mm en su mayor dimensión axial. La paciente es programada para procedimiento de Sistrunk para la resección del quiste. Posterior a ello, la muestra es enviada a anatomía patológica.

Caso clínico N° 4: Bronquiolitis moderada

Paciente varón de 6 meses refiere que hace 1 semana inició con rinorrea y estornudos. Hace 3 días se agrega tos exigente y fiebre cuantificada 38 °C. Hace 1 día se añade dificultad respiratoria por lo que acude a emergencia del HNDM. Refiere que fue hospitalizada a los 2 meses de edad por síndrome colestásico, padre es asmático.

Sus funciones vitales fueron:

Frecuencia cardiaca: 147lpm, Saturación de oxígeno: 98%, Frecuencia respiratoria: 75 rpm, Temperatura: 37°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 seg, no ictericia, no palidez, no cianosis.

- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, roncales difusos, subcrepitantes a predominio de base de hemitórax derecho, tirajes intercostales y subcostales intensos.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierto, activo, fontanela anterior normotensa, pupilas isocóricas, no signos de focalización, no signos meníngeos conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Sus diagnósticos presuntivos fueron:

1. Síndrome de Dificultad Respiratoria
 - a. Bronquiolitis moderada

Posterior a ello, se procede a hidratar a la paciente con NaCl 0.9% 1000cc EV, NaCl 20% 40cc y KCl 20% 10cc a 38 cc por hora, nebulizan con Salbutamol 5 gotas con 5cc de suero fisiológico cada 20 minutos 3 veces y luego cada 2 horas, aspiración nasal a demanda, paracetamol 18 gotas condicional a fiebre, oxígeno por cánula binasal si SatO₂<92%. Le solicitan hemograma, PCR, radiografía de tórax. En la radiografía de tórax se evidenció aumento de trama parahiliar derecha, infiltrado paracardial derecho que impresiona borrar la silueta. En los exámenes de laboratorio se mostró Hemoglobina 10.36mg/dl, Leucocitos 8977 mm³, Abastoados 0%, Linfocitos 4510mm³, PCR <5mg/L. Ante los resultados obtenidos se solicita panel respiratorio y se plantea como diagnóstico probable Neumonía viral probable. Durante su estadía presentó 2 picos febriles de 38.5°C y 38.9°C por lo que se valora inicio de antibiótico en caso de persistir la fiebre. En el panel respiratorio se detectó Virus Sincicial Respiratorio, por lo que se confirma el diagnóstico de ingreso Bronquiolitis.

1.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico N° 1: Fístula perianal

Paciente varón de 76 años con un peso de 74kg y una talla de 156cm, refiere que el 14 de enero de 2022 le realizaron adenomectomía prostática por

hiperplasia prostática benigna. Hace 9 meses inició con masa y dolor perianal tipo punzante de intensidad 8/10 que dificultaba la defecación y sedestación. Posterior a ello, notó salida de secreción mal oliente por un orificio de dicha región.

Sus funciones vitales fueron:

Presión Arterial: 100/60 mmHg, Saturación de oxígeno: 99%, Frecuencia cardiaca: 67lpm, Temperatura: 37.1°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Región perianal: La región perianal con signos de flogosis con líquido purulento que drena de la región cerca del margen anal.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

El paciente es programado para una endoscopia digestiva baja donde se evidencia a 5cm del margen anal a horas 11 en posición de SIMS, orificio fistuloso con secreción amarilla, se ingresa con estilete y se visualiza una profundidad de 3cm. Asimismo, lesiones elevadas 0-IIa en sigmoides y recto que se procede a reseca y enviar para patología.

El estudio de anatomopatología informó que dicha muestra corresponde a pólipos adenomatosos sin atipia de sigmoides y recto.

Posterior a ello, es intervenido quirúrgicamente para fistulotomía rectal. Dentro de los hallazgos operatorios se encuentra fístula interesfinteriana a las 11 horas a 4cm del margen anal. A los dos días es dado de alta con indicaciones médicas.

Caso clínico N° 2: Diverticulitis

Paciente mujer de 30 años refiere que hace 1 día inicia con dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos. Asociado a deposiciones líquidas en 01 oportunidad, hiporexia y sensación de alza térmica. Ante la intensificación de sintomatología acude por emergencia del HNDM.

Antecedentes personales: Bloqueo Tubárico Bilateral hace 16 años.
Antecedentes quirúrgicos: Laparotomía exploratoria por trauma abdominal abierto por arma blanca, 3 cesáreas previas.

Sus funciones vitales fueron:

Presion Arterial: 120/70 mmHg, Saturación de oxígeno: 99%, Frecuencia cardiaca: 84 lpm, Temperatura: 36.7°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso a expensas de panículo adiposo, ruidos hidroaéreos presente, blando, depresible, dolor a la palpación en hemiabdomen inferior y flanco izquierdo a predominio de este último Blumberg (+).
- SNC: SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Los diagnósticos presuntivos de ingreso fueron síndrome Doloroso Abdominal a descartar abdomen quirúrgico. Posterior a ello se solicita hemograma, PCR, electrolitos y evaluación por el servicio de Ginecología y Obstetricia para descartar patología anexial. En el tacto vaginal, el útero se encuentra retroversoflexo, móvil, no se palpa masas anexiales. En la especuloscopia se visualiza cérvix epitelizado con escaso sangrado. Se realiza ecografía transvaginal útero y ovarios ecográficamente y líquido libre 22cc. Ante los exámenes realizados se descarta patología ginecológica.

En los exámenes de laboratorio se evidenció Hemoglobina 12.90mg/dl, Leucocitos 15730 mm³, Plaquetas 45700 mm³, Abastionados 0%, PCR 319.9 mg/L, Na⁺ 141.1mmol/L, K⁺ 3.57mmol/L, Cl⁻ 98.7 mmol/L.

La paciente ingresa a sala de operaciones con el diagnóstico de diverticulitis complicada para drenaje laparoscópico y adherensiólisis con colocación de dren tubular y dren Penrose. Dentro de los hallazgos operatorios se evidencia líquido inflamatorio en fondo de saco retrovesical 100cc y múltiples adherencias firmes laxos. El diagnóstico postoperatorio fue diverticulitis aguda complicada Hinchey III.

Posterior de ello paciente pasa a sala de hospitalización, durante su estadía no presenta complicaciones postoperatorias, se sugiere ejercicios respiratorios y deambulacion para su pronta mejoría.

Caso clínico N° 3: Neoplasia maligna de recto inferior

Paciente mujer de 54 años refiere que hace 3 años inició con estreñimiento y sangrado rectal escaso. Hace 1 año se añade una masa en región anal que protruye y pérdida de peso de 20kg. Hace 1 semana el sangrado rectal aumenta en cantidad por lo que acude a emergencia del HNDM. Antecedentes quirúrgicos: Histerectomía en el 2014.

Sus funciones vitales fueron:

Presión Arterial: 100/60mmHg, Saturación de oxígeno: 98%, Frecuencia cardiaca: 65lpm, Temperatura: 36.5°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Cicatriz infraumbilical, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca izquierda de moderada intensidad.
- Región anal: Masa que protruye por orificio anal.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

La paciente fue programada para una endoscopía digestiva baja donde se evidenció en el recto desde los 1cm hasta los 8cm de margen anal una lesión ulcerada con lecho necrótico con hematina, bordes irregulares que ocupa el 60% de circunferencia, impresiona que se prolonga hasta el margen anal por presencia de irregularidad blanquecina que se procede a biopsiar. La impresión diagnóstica fue de Neoplasia Maligna a descartar infiltración a línea pectínea.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente y se realizó resección abdominoperineal laparoscópica + colostomía terminal + colocación de dren a presión negativa y exploración pélvica bajo anestesia. Dentro de los hallazgos operatorios se evidenció a 3cm del margen anal en radio 12 en posición de litotomía una masa de consistencia fibroelástica de bordes irregulares que se extiende hasta los 8cm del margen anal. Bajo laparoscopía se evidencia adenopatías en mesentérica inferior, no se evidencia líquido libre ni implantes

secundarios. A nivel del tercio inferior del recto se palpa masa de 5 x 4cm de consistencia fibroelástica a nivel de la cara anterior.

El estudio de anatomopatología informó adenocarcinoma medianamente diferenciado con componente de adenocarcinoma mucinoso de patrón exofítico e infiltrante hasta la muscular propia, ubicada a nivel rectal por debajo del pliegue parietal anterior. La tumoración mide 3.7cm de extensión a nivel de la muscular con 1.3cm de profundidad y 1.4cm de diámetro mayor a nivel de la mucosa superficial. No se identificó invasión linfocelular ni perineural. Los bordes de sección quirúrgica proximal, distal y radial se encuentran libres de compromiso tumoral.

Paciente tolera procedimiento, no presento complicaciones en postoperatorio y es dada de alta con indicaciones y control por consultorio externo.

Caso clínico N° 4: Neoplasia Maligna Duodenal

Paciente varón de 54 años refiere que hace 4 semanas inició con dolor en epigastrio tipo cólico irradiado a hipocondrio derecho y región lumbar de intensidad moderada y disminución de peso 10kg en 1 mes. Hace 1 semana se asocia fiebre cuantificada 38 °C, coloración ictericia en piel, coluria, náuseas y vómitos por lo que acude a centro de salud y le solicitan ecografía abdominal donde le informan coledocolitiasis y prescriben analgésicos. El cuadro clínico sigue un curso progresivo y hace 1 día el dolor se intensifica por lo que acude a emergencia del HNDM.

Sus funciones vitales fueron:

Presión Arterial: 110/70 mmHg, Saturación de oxígeno: 99%, Frecuencia cardiaca: 82lpm, Temperatura: 37.5°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación en mesogastrio e hipocondrio derecho. Murphy (+).
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Los diagnósticos presuntivos de ingreso fueron síndrome icterico a descartar coledocolitiasis y colangitis. Posterior a ello se solicita hemograma, PCR, perfil hepático, amilasa, lipasa y ecografía abdominal.

En los exámenes de laboratorio se evidenció Hemoglobina 11.6 mg/dl, Leucocitos 5130 mm³, Abastoados 0%, PCR 300 mg/L, Fosfatasa alcalina 133, GGT 152. Bilirrubina total 2.18. En la ecografía abdominal se encontró un colédoco:11mm, conducto hepático derecho e izquierdo de 172mm y 89mm, respectivamente. Asimismo, vesícula biliar de 29mm, múltiples imágenes litiásicas, páncreas no se visualiza por interposición gaseosa. Por lo que sugieren complementar estudio con colangiorenancia para descartar causa obstructiva.

Se realiza colangiorenancia y se evidencia coledocolitiasis suprapancreático e intrapancreático con dilatación de vías biliares. Posteriormente, es diagnosticado de Colangitis leve y Coledocolitiasis múltiple a descartar neoplasia maligna de vía biliar es evaluado por el servicio de Gastroenterología quien sugiere realizar CPRE y Tomografía abdominal.

Al realizar CPRE no se pudo progresar a bulbo duodenal por presencia de tumoración por lo que se sugiere Endoscopia digestiva alta (EDA). Se procedió a realizar EDA y se encuentra el antro distal fijo con escasa distensibilidad, bulbo ocupado por lesión que compromete toda la cara anterior, patrón mucoso glandular por lo que se toma múltiples biopsias. Finalmente, con impresión diagnóstica de Lesión 0-Isp a descartar adenoma y adenocarcinoma,

deformación antral distal a descartar infiltración extrínseca vs compresión extrínseca.

En el estudio de Tomografía abdominal con contraste concluyen imagen polipoide hipervascularizada en la pared medial del bulbo duodenal que condiciona efecto subestenotante, coledocolitiasis distal que condiciona dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin signos de colangitis. Asimismo, colecistitis de etiología indeterminada.

Se recibe resultados de biopsia de duodeno con cuadro histopatológico sugestivo de adenoma túbulo vellosos con displasia de bajo grado.

Con los diagnósticos finales de adenoma duodenal túbulo vellosos con displasia de bajo grado y coledocolitiasis múltiple fue programado para laparotomía exploratoria donde se realiza resección de bulbo duodenal y antrogastrico con gastroyeyunoanastomosis a lo Hoffmeister Finsterer. Además, se realizó colecistectomía, exploración de vías biliares y se deja dren Kher. El estudio anatomopatológico mostró adenocarcinoma de duodeno con bordes libres.

Posterior a la cirugía el paciente estuvo en NPO por 3 días y continuó con nutrición enteral trófica hasta el alta, se realizó control de drenaje, deambulación asistida y uso de inspirómetro de incentivo. Es dado de alta después de 10 días en hospitalización con indicaciones médicas y analgésicos.

1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1: Leucemia-Linfoma de células T del adulto

Paciente varón de 63 años refiere que hace 21 días inició con disfonía, dolor de garganta, tos productiva, rinorrea. Hace 1 semana se asocia acude a médico particular donde le prescriben Diclofenaco 75mg IM 1 dosis, 6 días antes del ingreso se añade aumento de volumen en párpados, pápulas eritematosas no pruriginosas en brazos por lo que se aplica nuevamente 1 dosis de Diclofenaco 75mg IM 1 dosis. Hace 4 días se agrega pápulas y placas eritematosas en nariz, mentón, pabellón auricular, espalda y brazos y acude a consultorio particular donde le prescriben Azitromicina y mupirocina. Ante persistencia de sintomatología acude por emergencia del HNDM.

Sus funciones vitales fueron:

Presión Arterial: 110/80mmHg, Saturación de oxígeno: 94%, Frecuencia cardiaca: 85lpm, Temperatura: 37.0°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis. Lesiones costrosas eritematosas en rostro a predominio de nariz, mandíbula; pabellón auricular. Lesiones nodulares de diferentes tamaños en antebrazos, eritematosas, algunas costrosas. Lesiones eritematosas confluyentes en espalda y descamativas en plantas.
- Aparato respiratorio: Amplexación conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no dolor a la palpación
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos +++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Los diagnósticos presuntivos de ingreso fueron:

1. Exantema maculo pápula eritematovioláceo y angioedema
 - a. Toxicodermia
 - b. D/C Linfoma cutáneo (ATLL)
2. Linfocitosis severa
 - a. Leucemia-Linfoma de células T del adulto
 - b. Infección por HTLV-1

En los exámenes de laboratorio se evidenció Hemoglobina 13.7 mg/dl, Leucocitos 21350 mm³, Abastados 0%, Segmentados 7900, Linfocitos 11316, Linfocitos atípicos 10%, concluyendo leucocitosis con linfocitosis y linfocitos atípicos. En la radiografía de tórax mostró disminución de la radiolucidez bilateral y radiopacidad cardiofrénica. En la tomografía de tórax con contraste señaló derrame pericárdico. Se realizó biopsia de piel donde informa proceso linfoproliferativo cutáneo y el diagnóstico diferencial de micosis fungoide y Leucemia/linfoma de células T del adulto. Por lo que se solicitó anticuerpo HTLV I-II el cual resultó reactivo.

Después de ello se solicitó hemograma de control en el cual se observó persistencia de leucocitos con linfocitos. Posteriormente, fue lecturado por hematología con resultados de leucocitos en flor 10%. El diagnóstico final de la paciente fue Leucemia-Linfoma de células T del adulto.

Caso clínico N° 2: Tuberculosis Multisistémica

Paciente varón de 24 años refiere que hace 2 meses inició con adenopatías generalizadas. Hace 1 mes se agrega sensación de alza térmica. Hace 1 semana se añade dolor articular, limitación funcional y aumento de volumen en miembros inferiores. Ante persistencia de sintomatología acude por emergencia del HNDM.

Sus funciones vitales fueron:

Presión Arterial: 100/60mmHg, Saturación de oxígeno: 98%, Frecuencia cardiaca: 98lpm, Temperatura: 36.8°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", palidez +/-+++, no ictericia, no cianosis, múltiples lesiones nodulares de coloración violáceas superficiales a nivel de muslos y piernas. Lesiones verrucosas en región periorbicular izquierdo
- Cuello: Simétrico, se palpan adenopatías retroauricular e infraauricular de +- 0.5 x 0,5 cm móviles
- Aparato respiratorio: amplexación conservada, murmullo vesicular disminuido en 1/3 inferior de hemitórax izquierdo

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no dolorosos a la palpación
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 3/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos ++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Antecedentes patológicos: Síndrome convulsivo (5 episodios) desde el 2020 hasta el diagnóstico de VIH (07- 21), luego de TARV no volvió a presentar nuevos episodios

Los diagnósticos presuntivos de ingreso fueron:

1. Síndrome Linfoproliferativo
 - a) D/C Tuberculosis Multisistémica
 - b) D/C Linfoma
2. Infección por VIH en TARV

En los exámenes de laboratorio se evidenció: Hemoglobina 9.7 mg/dl, Leucocitos 5530 mm³, Abastionados 0%, Segmentados 4584, Linfocitos 492, Monocitos 409, Eosinófilos 22, PCR 261.4, Creatinina 0.63, Sodio 132.8, Potasio 4.10, DHL 185.3, Albúmina 2.7, Fosfatasa alcalina 190.3, TGO 23.3, TGP 12.7. BK en esputo +++, BK en heces +++. En la tomografía de tórax sin contraste mostró múltiples micronódulos de distribución difusa en el tejido celular subcutáneo torácico; en la tomografía de abdomen superior con contraste se evidencia hepatomegalia, conglomerado de ganglios intraabdominal con múltiples lesiones de distribución difusa en el tejido celular subcutáneo abdominal.

Con el diagnóstico final de Tuberculosis Multisistémica se inició tratamiento Isoniacida 300mg, Rifampicina 600mg, Etambutol 1200mg, Pirazinamida 1500mg, Prednisona 40mg.

Caso clínico N° 3: Infarto de miocardio tipo 2

Paciente varón de 40 años refiere que hace 5 días dolor abdominal difuso. Hace 1 día se agrega fatiga, mareo, sensación de bulto en epigastrio, dolor epigastrio de intensidad 8 de 10. Ante la exacerbación de sintomatología acude por emergencia del HNDM.

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", palidez +/-+++, no ictericia, no cianosis.
- Aparato respiratorio: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes disminuidos en intensidad, poco depresible, dolorosos a la palpación difusa, rebote (+), signos de irritación peritoneal
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 3/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos ++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).

Se realiza intervención quirúrgica por perforación gástrica de 0.5cmx0.5cm, de bordes regulares, localizado en cara anterior de curvatura menor. Además, abundante líquido gástrico con restos alimentarios en 4 cuadrantes 1 litro aproximadamente. Por lo que se realiza rafia gástrico y parche de epiplón. Asimismo, lavado de cavidad peritoneal con 14 litros de suero salino.

En el postoperatorio inmediato en la unidad de URPA presenta shock por lo que es transferido a UCI, donde presenta dolor retroesternal. Posterior a ello se realiza EKG donde se evidencia elevación de ST en V3-V4-V5-V6. Por lo que se realiza ecocardiograma que concluye disfunción sistólica y FEVI 25% y se evidencia imagen nueva con pérdida de miocardio viable o

nueva anomalía de movimiento de pared regional en un patrón consistente con una etiología isquémica. Debido a esto se procede a intervención cardíaca mediante angiografía coronaria que concluyó arterias coronarias epicárdicas sin estenosis significativa. Dando, así como diagnóstico final Infarto de miocardio tipo 2.

Caso clínico N° 4: Lupus eritematoso sistémico

Paciente mujer de 27 años refiere que hace 1 año 4 meses inició habones pruriginosos en tórax y extremidades. Asimismo, presentó sensación de alza térmica sin escalofríos de forma intermitente. Hace 10 meses se agrega fenómeno de Raynaud, caída de cabello, pérdida de peso progresiva, manchas violáceas en tórax y extremidades. Hace 6 meses, edema en labios y párpados con congestión ocular intermitente por lo que acude a farmacia y le prescriben Betametasona. Hace 1 mes, presenta aumento de volumen en las articulaciones de las manos con edema de miembros inferiores por lo que acude al HNDM por consultorio de Dermatología y le realizan biopsia de piel. La sintomatología sigue un curso progresivo y se añade edema facial, cefalea, mayor congestión ocular, fiebre, artralgias en mano por lo que acude a emergencia.

Sus funciones vitales fueron:

Presión Arterial: 110/90 mmHg, Saturación de oxígeno: 97%, Frecuencia cardíaca: 84 lpm, Temperatura: 37°C

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis. Máculas hipercrómicas ovaladas 0.8 x 1cm; manchas 2x1.5 cm hipercrómicas ovaladas múltiples en abdomen y manchas eritemato-violáceas ovaladas 5x3 cm en cara externa de muslo.
- Cabeza: Edema facial, eritema malar, edema palpebral bilateral, edema en labios
- Aparato respiratorio: amplexación conservada, murmullo vesicular disminuido en 1/3 inferior bilateral, crepitantes bibasales en regular cantidad

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no dolorosos a la palpación
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, pupilas isocóricas fotorreactivas, no focalización, fuerza muscular 3/5 en 4 extremidades, reflejos osteotendinosos ++/++++, sensibilidad conservada, no rigidez de nuca, Kerning (-) Brudzinsky (-).
- Manos: sinovitis en MCF e IFP bilateral (3, 4 y 5)

Los diagnósticos presuntivos de ingreso fueron:

1. Síndrome Poliarticular Febril
 - a. Lupus eritematoso sistémico
2. Síndrome nefrótico
3. Exantema y edema fascial inflamatorio
 - a. Vasculitis urticarial

Se solicitó hemograma, electrolitos, proteinuria en 24horas, anticuerpos antinucleares. En los exámenes de laboratorio se evidenció Hemoglobina 10.3 mg/dl, Leucocitos: 11630 mm³, Abastionados: 0%, Segmentados: 8897, Linfocitos: 1597, Monocitos: 967, Eosinófilos: 244, Creatinina: 0.4, Sodio: 138, Proteinuria 24h: 8.2, anticuerpos antinucleares: patrón moteado 1:640. Es evaluada por el servicio de Oftalmología y se realiza tomografía de coherencia óptica donde reporta edema de papila secundario a LES, con lo que nuestro diagnóstico final es lupus eritematoso sistémico.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención. Se encuentra localizado en el distrito de Lima y pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro. El nosocomio fue inaugurado un 28 de febrero de 1875 durante la gestión del presidente Manuel Pardo, siendo una de las instituciones hospitalarias más desarrolladas de la época. Actualmente el hospital es dirigido por el Dr. Víctor Rafael Gonzáles Pérez (1).

El hospital es una institución de alta complejidad que brinda atención a pacientes de todos los grupos etarios, tiene la misión de ofrecer servicios de calidad principalmente en enfermedades de alta complejidad (2). Cuenta con múltiples departamentos de distintas especialidades médicas, los centros de salud que se encuentran bajo la jurisdicción se encuentran en los distritos de La Victoria, San Borja, San Luis, San Juan de Lurigancho, Cercado de Lima (3).

En el año 2022 y 2023, el Hospital Nacional Dos de Mayo, fue cuna de la formación de 120 futuros profesionales médicos de Medicina Humana donde se realizaron prácticas preprofesionales en las rotaciones de Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1: NM de ovario

El cáncer de ovario es uno de los cánceres ginecológicos más frecuentes, tiene el peor pronóstico y la tasa de mortalidad más alta debido al crecimiento asintomático, la aparición tardía de los síntomas y la falta de exámenes de detección temprana (4).

Las mujeres con menarquia temprana y menopausia tardía tienen un mayor riesgo debido a una mayor cantidad de ciclos ovulatorios. Por el contrario, los factores protectores son la lactancia, la gestación y el uso de píldoras anticonceptivas orales, ya que inhiben la ovulación (5).

La mayoría de los tumores de ovario se originan a partir de células epiteliales, células del estroma y células germinales. Más del 90 % de los tumores malignos de ovario son de origen epitelial, seguidos de tumores del estroma de los cordones sexuales y tumores de células germinales. (6)

El tratamiento estándar para el cáncer recién diagnosticado consiste en cirugía citorreductora y quimioterapia basada en platino. Recientemente, se han propuesto nuevos métodos quirúrgicos profilácticos como la salpingectomía o salpingooforectomía para una prevención primaria más eficaz (5).

En este caso, la paciente acude con dolor y distensión abdominal, con los factores de riesgo de nuliparidad. Al realizar la ecografía se evidenció una masa de 18x15cm con diferentes densidades, con marcadores tumorales elevados como Ca125, AFP y Ca19.9 que en el contexto de la paciente al tener menos de 40 años con una masa axial correspondería a una neoplasia maligna de ovario de células germinales. Por lo que al realizar la cirugía se encontró un tumor de ovario con características compatibles de tumor de células germinales. Y que la anatomía patológica confirma el diagnóstico planteado.

Caso clínico N° 2: Prolapso

El prolapso es el descenso hacia abajo de los órganos pélvicos femeninos como la vagina, útero, vejiga y recto dentro o a través de la vagina (7). El prolapso es la causa de entre el 15%- 18% de las histerectomías, y el prolapso uterovaginal es la indicación más frecuente de histerectomía en mujeres posmenopáusicas. El prolapso de la pared vaginal anterior es la forma más común del prolapso, con el doble de incidencia que el posterior. Los factores de riesgo más frecuentes son la edad avanzada, el parto vaginal, obesidad e histerectomía. El síntoma es más específico es una sensación de abultamiento vaginal que puede verse o palparse (8).

El sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos (POPQ) es el sistema de clasificación de mayor fiabilidad y más utilizado en el mundo.

La urodinamia se realiza en aquellas con incontinencia urinaria importante, síntomas miccionales irritativos o disfunción miccional (9).

El tratamiento no es necesario en mujeres con prolapso leve que son asintomáticas. A las pacientes con prolapso avanzado y con pocos síntomas se debe realizar observación. Se ofrece tratamiento a aquellas con prolapso que desarrollan síntomas molestos (7).

En el caso, la paciente acude por presentar sensación de bulto en genitales. Los factores de riesgo son edad avanzada, obesidad, antecedentes de partos vaginales los cuales son compatibles con los de prolapso. Al realizar el POP-Q se diagnostica de prolapso IIIBa, el cual es un prolapso de órganos pélvicos anterior, por lo es intervenida quirúrgicamente mediante el procedimiento de uretrosuspensión. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

Caso clínico N° 3: Hiperemesis gravídica

Es una forma grave de náuseas y vómitos del embarazo que afecta el 0.3 a 3.0% de las gestantes. Ocurre durante el primer trimestre del embarazo, mayormente a partir de las 4 o 5 semanas (10). Se desconocen las causas de la hiperemesis gravídica; sin embargo, se ha planteado la hipótesis de que varios factores que se incluye los factores hormonales, *Helicobacter pylori*, dismotilidad gastrointestinal, factores relacionados con la placenta, psicosociales y genéticos (11).

Si la paciente presenta náuseas y vómitos leves del embarazo, se recomiendan cambios en la dieta y estilos de vida. Si los síntomas persisten o son de moderada intensidad, se aconseja tratamiento no farmacológico como suplemento vitamínico, acupresión, acupuntura. De persistir los síntomas se aconseja intervención farmacológica con Piridoxina, Metoclopramida, Ondansetron (12).

En el caso presentado, era una gestante de 8 semanas y 1 día de gestación que presentó náuseas y vómitos un mes antes del ingreso, epigastralgia con intolerancia oral. Los síntomas iniciaron antes de la semana 16, la pérdida de peso de 4kg corresponde el 7% del peso corporal lo cual se encuentra estipulado en la revisión bibliográfica. Se procedió a hidratar a la paciente y se prescribió antieméticos como Metoclopramida y Dimenhidrinato. Asimismo, recibió apoyo psicológico, debido a que uno de los factores asociados y desencadenantes de la paciente fue la ansiedad.

Caso clínico N° 4: Placenta previa

La placenta previa se define como la placenta que recubre el orificio cervical interno. Debido a un defecto en el fenómeno llamado "migración placentaria", en el que la placenta migra hacia arriba. (13) El mecanismo de la hemorragia es incierto, pero parece atribuible a la separación de la placenta de la decidua subyacente como consecuencia de las contracciones (14)

La placenta previa se ha clasificado comúnmente en tipos mayor (que se superpone o alcanza el OCI o grado III - IV) y menor (dentro de los 2 cm del OCI o grado I - II), o en cuatro medidas por ecografía transvaginal; grado I (más de 2 cm desde el orificio), grado II (11 a 20 mm), grado III (0 a 10 mm) y grado IV (superposición del orificio a cualquier distancia) (15)

La ecografía transvaginal para el diagnóstico de placenta previa se ha convertido en el Gold standard, mientras que la ecografía transabdominal es inexacta en el diagnóstico y debe usarse solo como una herramienta de detección. (16)

En relación con la culminación de la gestación el grado I: >20 mm lejos del orificio interno; parto por cesárea no indicada; grado II: 11-20 mm; menor probabilidad de sangrado y necesidad de parto por cesárea; grado III: 0-10 mm; mayor probabilidad

de sangrado y necesidad de parto por cesárea; y grado IV: superposición del orificio interno por cualquier distancia: se indica parto por cesárea. (15)

En el caso la gestante acude por presentar hemorragia de la segunda de la mitad del embarazo, indoloro y sangrado rojo rutilante; que al momento de realizarle la ecografía transvaginal impresiona que placenta cubre el OCI por lo que el diagnostico corresponde a placenta previa grado IV, en la que la vía de parto estaría indicada la cesárea.

3.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N° 1: Enfermedad por arañazo de gato

La enfermedad por arañazo de gato es una enfermedad zoonótica infecciosa, generalmente benigna ocasionada por la Bartonella henselae, bacilo gramnegativo intracelular (17). La transmisión puede ocurrir directamente a través de un vector artrópodo o indirectamente a través de la inoculación a través de la piel intacta a través de un arañazo de gato u otro contacto con la mucosa. (18).

Típicamente una enfermedad autolimitada caracterizada por linfadenopatía proximal al lugar del arañazo o mordedura del gato. Unos días después de la exposición, puede desarrollarse una pápula o una roncha en el sitio, seguida por el desarrollo de linfadenopatía regional 1 a 2 semanas más tarde. La fiebre ocurre en un tercio a la mitad de los pacientes. Los síntomas pueden incluir malestar general, artralgia y/o dolor de cabeza (18). Dentro de los métodos diagnósticos, los ensayos moleculares realizados en aspirados o muestras de ganglios linfáticos se consideran el Gold Standard que ofrecen varias ventajas, incluida una alta sensibilidad, especificidad y la capacidad de diferenciar los organismos de Bartonella, por otro lado, la principal dificultad de estas técnicas es el requisito de muestreo invasivo. El cultivo es muy difícil de aislar, la incubación dura hasta 21 días, por lo tanto, no se recomienda de forma rutinaria. El ensayo de fluorescencia indirecta (IFA) de IgM (S: 20-90%) (E: 86-100%) e IgG (S: 26-100%) (E: 69-100%), es el método más aplicado en la actualidad para el diagnóstico debido a la simplicidad del método (19). En relación con el tratamiento, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA), recomienda como antibiótico la azitromicina en pacientes >45 kg: 500 mg el día 1 seguido de 250 mg durante 4 días adicionales,

en caso de pacientes <45 kg: 10 mg/kg el día 1 y 5 mg/kg durante 4 días adicionales (20).

En el caso paciente pediátrico acude por aumento de volumen en región cervical y adenomegalia bilateral, con el antecedente de tener un gato en casa y que este le produjo una lesión producto de un arañazo, debido presentación de la clínica, se solicitó IgM para Bartonella Henselae resultando positivo por lo cual se confirma el diagnóstico. Recibió tratamiento específico para la patología el cual fue azitromicina durante la estancia hospitalaria se evidencio mejoría clínica.

Caso clínico N° 2: Diarrea disentérica por salmonella

La Salmonella son enterobacterias, intracelulares gramnegativas, la transmisión se asocia al consumo de agua y alimentos de origen animal contaminados, la incubación suele durar de 6 a 12 horas. Las personas inmunocompetentes suelen experimentar una gastroenteritis aguda autolimitada con náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre y diarrea acuosa, sanguinolenta (21).

El diagnóstico definitivo puede confirmarse mediante un cultivo de heces. La deshidratación y el desequilibrio electrolítico son las complicaciones más frecuentes. Todos los síntomas suelen desaparecer en una semana. Es probable que la fiebre desaparezca en 48 a 72 horas y que la diarrea no dure más de 10 días (22).

El tratamiento empírico recomendado para niños incluye una cefalosporina de tercera generación para menores de 3 meses de edad o azitromicina. Debido a que las fluoroquinolonas, las cefalosporinas de espectro extendido, la azitromicina y los carbapenémicos son antibióticos de importancia crítica para el tratamiento de la salmonelosis, la resistencia emergente a estas clases de fármacos es una preocupación primordial (23).

En el presente caso pediátrico, acude por presentar deposiciones líquidas sin moco con sangre y resultado de coprocultivo reactivo para Salmonella Spp sensible TMP/SMP y meropenem; se administró antibioticoterapia con meropenem e hidratación respectiva con lo que paciente mejora durante su estadía en hospitalización.

Caso clínico N° 3: Quiste del conducto tirogloso

El quiste del conducto tirogloso es la masa cervical de origen embrionario más frecuente en la parte anterior del cuello. El conducto tirogloso, que conecta la base de la lengua con la glándula tiroides, generalmente no se oblitera, lo que da como resultado esta afección (24). Los quistes se pueden formar en cualquier lugar a lo largo del trayecto del conducto; sin embargo, alrededor del 65% de los quistes ocurren a nivel infrahioideo (25). La ecografía es una investigación de imagen inicial ideal para masas en el cuello, ya que revela la naturaleza sólida o quística en la mayoría de los casos y localiza la lesión en relación con las estructuras circundantes (26). Los síntomas de esta afección presentan una masa indolora en la línea media del cuello, próxima al hueso hioides, que suele elevarse con la deglución y la protrusión de la lengua (27). El tratamiento se basa en el procedimiento de Sistrunk modificado mediante una disección central del cuello que incluye la escisión de las partes blandas de todo el compartimento anterior (28).

En el caso pediátrico, que ingresa por presentar masa móvil e indolora en región cervical anterior que se eleva a la deglución, se realizó ecografía donde revela imagen ovalada de contenido hipoecogenico, ante lo presentado se concluye diagnosticó de quiste de conducto tirogloso por lo que se realiza procedimiento de Sistrunk para la extracción del quiste.

Caso clínico N° 4: Bronquiolitis

La bronquiolitis se describe con mayor frecuencia como una inflamación inducida por virus de los bronquiolos pequeños y el tejido circundante. El virus sincitial respiratorio sigue siendo el virus identificado con mayor frecuencia (29), el diagnóstico de bronquiolitis es clínico, que se caracteriza por dificultad respiratoria espiratoria, comienza con síntomas de una infección viral de las vías respiratorias superiores, como secreción nasal, que progresa hacia las vías respiratorias inferiores durante varios días, presentando taquipnea, hiperinsuflación, retracción torácica, crepitantes generalizados y sibilancias. Las sibilancias generalmente no son un criterio obligatorio (30).

El tratamiento de la bronquiolitis incluye controlar los síntomas clínicos pulmonares y sistémicos. No se recomiendan los broncodilatadores inhalados, la adrenalina nebulizada, corticoesteroides y los antibióticos, excepto en casos con fuerte sospecha o evidencia de una infección bacteriana secundaria. Se recomienda la aspiración nasal para mejorar la permeabilidad de las vías respiratorias, controlar la ingesta y eliminación de líquidos, debido al aumento de las necesidades en relación con la fiebre y la taquipnea y la disminución de la ingesta; y se debe proporcionar oxígeno suplementario según sea necesario (31).

En el caso planteado, lactante acude por cuadro de congestión nasal asociado a dificultad respiratoria, al realizar la escala de Wood Downes, presenta frecuencia respiratoria mayor de 60rpm y uso de musculatura accesoria intensa que corresponde a 2 puntos cada uno de ellos, por lo que es clasificada como Bronquiolitis moderada. Y al realizar la biología molecular resulta reactivo para Virus sincitial respiratorio que refuerza el diagnóstico planteado.

3.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico N° 1: Fístula anal

La fístula anal es uno de los trastornos anorrectales que se define como un trayecto anormal que conecta el canal anal con el perineo. La mayoría de las fístulas son inespecíficas y de origen criptoglandular (32). Las fístulas simples son de tipo baja que cruza menos del 30% del esfínter externo y las fístulas complejas son fístulas de tipo alto que atraviesan más del 30% del esfínter externo (33). Se caracterizan por dolor local, inflamación, drenaje purulento, incontinencia y disminución de la calidad de vida del paciente. La fistulotomía es el gold standard en el tratamiento quirúrgico, con una tasa de curación de > 90% (34).

En el caso, paciente ingresa por presentar 9 meses antes del ingreso absceso perianal que corresponde a la fase aguda y posteriormente desarrolla una fístula que corresponde a la fase crónica, ambas fases son secuenciales de un proceso infeccioso anorrectal, debido a esto se realiza fistulotomía rectal.

Caso clínico N° 2: Diverticulitis

La diverticulosis colónica es una afección que se desarrolla cuando se forman evaginaciones, debido a alteraciones estructurales en la pared del intestino grueso. Las dos complicaciones más comunes son el sangrado, generalmente de divertículos no inflamados; y diverticulitis (35). La diverticulitis del lado derecho es más frecuente en los países asiáticos, mientras que la diverticulitis del lado izquierdo predomina en los países occidentales (36). La presentación clínica, en la que los divertículos se inflaman o infectan, depende de la localización del divertículo, la gravedad del proceso inflamatorio y la presencia de complicaciones. Por ello la evaluación inicial tiene como objetivo definir la agudeza y la gravedad de los síntomas (37).

La clasificación de Hinchey modificada (S: 94%- E: 99%), es la más utilizada y adecuada para correlacionar los hallazgos clínicos y radiográficos. Como complemento a la evaluación clínica, la tomografía computarizada determina el estadio de la diverticulitis, lo que mejora la toma de decisiones en el manejo operatorio y no quirúrgico (38). Los antibióticos, la modificación de la dieta y el control del dolor han sido los pilares del tratamiento de los pacientes con diverticulitis no complicada; la resección quirúrgica ha sido la piedra angular para el tratamiento de la diverticulitis complicada y la recurrencia (39).

En el presente caso, paciente acude por presentar dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre y deposiciones líquidas. Al examen dolor en flanco izquierdo y rebote positivo. Es evaluada por el servicio de ginecología y se descarta patología anexial, por lo que ingresa a SOP de emergencia para laparotomía exploratoria en donde se encuentra absceso y líquido libre que correspondería a una diverticulitis con peritonitis purulenta, Hinchey de grado III.

Caso clínico N° 3: NM de recto inferior

El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia maligna más frecuente y la segunda causa más común de fallecimiento por cáncer. Los factores de riesgo para cáncer de recto es el IMC elevado, diabetes mellitus tipo II, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, consumo excesivo de carne roja o procesada y de tabaco (40). Los

trastornos hereditarios más frecuentes son el síndrome de Lynch y la poliposis adenomatosa familiar. El diagnóstico se basa en el tacto rectal y colonoscopia con toma de biopsia para confirmación histopatológica. Las tumoraciones con extensión distal hasta 15 cm del margen anal son clasificadas como rectales, mientras que los más proximales como colónicos. La resonancia magnética pélvica es el examen más preciso para definir el estadiaje clínica locorregional. La ecoendoscopia rectal puede definir el tratamiento de los tumores más tempranos. El pilar del tratamiento ha sido la resección quirúrgica. Se ha visto mejorías con el control local, escisión mesorrectal total y la suma de quimiorradioterapia neoadyuvante (41).

En el caso presentado paciente ingresa por presentar sangrado rectal, estreñimiento, masa en región anal y baja de peso de aproximadamente 20 kg, en la colonoscopia se evidencia tumoración rectal sugestivo de neoplasia maligna de recto, por lo que fue sometida a intervención quirúrgica para resección abdominoperineal y colostomía terminal, donde la rección tumoral fue llevada a anatomía patológica donde concluye adenocarcinoma de recto.

Caso clínico N° 4: NM Duodenal

El adenocarcinoma de intestino delgado es una enfermedad rara que representa <3% de todos los cánceres gastrointestinales. Debido a su presentación asintomática y la falta instrumentos diagnósticos efectivos, la mayoría de los casos no se diagnostican en estadios temprano, lo que explica su mal pronóstico. Se desconoce la etiología; sin embargo, se han definido varias condiciones predisponentes y factores de riesgo, como la enfermedad de Crohn, síndromes de cáncer hereditarios, el divertículo de Meckel y la enfermedad celíaca (42).

Para el tratamiento de la cirugía sigue siendo la estrategia principal, donde las técnicas quirúrgicas difieren con respecto al sitio y la estadificación (43).

En el caso paciente acude por presentar epigastralgia, baja de peso, fiebre e ictericia, inicialmente se plantea coledocolitiasis y colangitis por ecografía, posteriormente se realiza CPRE la cual no fue obstaculizada por tumoración en bulbo duodenal, por lo que se realiza endoscopia para toma de biopsia cuyo resultado fue adenoma túbulo vellosa con displasia de bajo grado, debido a esto se

realizó acto quirúrgico con recesión de antro gástrico y bulbo duodenal que pieza anatómica fue llevada a anatomía patológica y reveló adenocarcinoma duodenal con bordes libres.

3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1: Leucemia/linfoma de células T del adulto

La leucemia/linfoma de células T del adulto es una neoplasia linfoproliferativa asociada con el virus linfotrópico de células T humanas tipo 1. Las formas de presentación son aguda, crónica, linfoma y latente.

Los pacientes presentan hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatía generalizada, lesiones en vísceras y piel, lactato deshidrogenasa elevada, hipercalcemia e infecciones oportunistas (44). El tipo crónico se subdivide en favorable y desfavorable. Los tipos aguda, linfoma y crónico desfavorable se clasifican como agresivos. Por lo contrario, la forma latente y crónica favorable es indolente (45). El manejo de la patología es la quimioterapia de combinación citotóxica; sin embargo, a pesar de enfoques agresivos de primera línea como ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona, casi el 90% de experimenta una recaída (45,46).

En el caso, la paciente acude por presentar lesiones dérmicas caracterizadas por placas, pápulas eritematosas en nariz, mentón, pabellón auricular, espalda y brazos, fue evaluada por dermatología que sugirió biopsia de piel, donde reporta proceso linfoproliferativo cutáneo y el diagnóstico diferencial de micosis fungoide y Leucemia/linfoma de células T del adulto, con sugerencia de investigación serológica de HTLV-1, la cual resultó reactiva. Además, cuenta como hemograma lecturado por hematología donde mostro linfocitos atípicos con núcleos en forma de pétalos como flores que refuerza el diagnóstico. Paciente actualmente a la espera de evaluación por oncología para evaluar pronóstico y manejo del caso.

Caso clínico N° 2: Tuberculosis multisistémica

La tuberculosis diseminada resulta de una diseminación linfática y hematogena del *Mycobacterium tuberculosis*. Se caracteriza por síntomas y signos inespecíficos

como fiebre, anorexia, sudoración nocturna, baja de peso, taquipnea, estertores y alteración del sensorio. El diagnóstico se confirma mediante el aislamiento de la bacteria en esputo, fluidos corporales o biopsias, pruebas moleculares NAA y examen citohistopatológico de muestras de biopsia de tejido. Esta afección es potencialmente mortal. El tratamiento de tuberculosis extrapulmonar consiste en 2 meses de isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, seguido de isoniazida y rifampicina por 10 meses (47).

En el caso presentado, paciente ingresa por adenomegalias generalizada asociado a artralgia y sensación de alza térmica, con antecedente de código blanco, en el examen de BK en esputo y heces con resultado reactivo, en la TEM tórax y abdomen se evidencia múltiples micronódulos en el tejido celular subcutáneo, hepatomegalia y conglomerado de ganglios en región intra abdominal. Por lo que se plantea como diagnóstico final Tuberculosis multisistémica y se inicia esquema 1 según programa PCT.

Caso clínico N° 3: Infarto de miocardio tipo 2

El infarto de miocardio es en el que los cardiomiocitos mueren debido suministro inadecuado de oxígeno al miocardio. Puede ser secundaria a disrupción de la placa aterosclerótica o alteraciones en el suministro y/o demanda de oxígeno en ausencia de aterotrombosis aguda (48). La mayoría de los casos del infarto de miocardio tipo 2 (IMT2), se desencadenan por etiologías no coronarias, a menudo evoca mecanismos compensatorios que involucran tanto la oferta como la demanda (49).

Los pacientes con IMT2 tienen menos probabilidades de tener cambios isquémicos en el ECG y anomalías regionales del movimiento de la pared. La angiografía coronaria a menudo se considera el Gold standard; sin embargo, no es 100 % sensible ni específico para eventos de ruptura de placa (50).

En el presente caso, paciente ingresa por epigastralgia, al examen físico clínica compatible de abdomen agudo quirúrgico por lo que se ingresa a SOP con sospecha de perforación gástrica y se realiza rafia gástrica con parche de epiplón. En el postoperatorio pasa a UCI por presentar shock que responde a vasoactivos, se realizó electrocardiograma donde se evidencia nueva elevación de ST de V3 a

V6, se realizó ecocardiograma que se evidencia imagen nueva con pérdida de miocardio viable de etiología isquémica. Y es sometido a angiografía coronaria que se evidencian arterias coronarias epicárdicas sin estenosis significativa. Dando, así como diagnóstico Infarto de miocardio tipo 2 debido a una disrupción en el aporte de oxígeno en tejido cardíaco producto de la intervención quirúrgica.

Caso clínico N° 4: Lupus eritematoso sistémico

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica, crónica y potencialmente mortal donde el sistema inmunitario innato y adaptativo dirigen una respuesta inmunitaria inapropiada a partículas celulares que contienen ácidos nucleicos. Las mujeres en edad fértil suelen estar predispuestas a desarrollar esta enfermedad. Tanto los factores genéticos como los ambientales influyen en el desarrollo del LES. Se realiza el diagnóstico basado en manifestaciones clínicas y exámenes de laboratorio, pruebas funcionales y pruebas de imagen. Existen 3 pilares para el manejo: controlar los síntomas de los pacientes para evitar consecuencias inmediatas, reducir los daños debidos a la actividad de la enfermedad y prevenir la morbimortalidad a largo plazo. (51).

En el presente caso, la paciente ingresa por clínica de larga data caracterizado por hiporexia, fiebre, caída de cabello, fenómeno de Raynaud, edema que inicio en región peribucal, peri orbitaria y en miembros inferiores, al examen físico sinovitis en MCF e IFP bilateral por lo que se plantea síndrome poliarticular febril: Lupus eritematoso sistémico, se solicitó ANA que resultaron positivo para patrón moteado además de la evaluación por Oftalmología que sugiere edema de papila secundario a LES, por lo cual el diagnóstico final sería Lupus eritematoso sistémico.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico comenzó el 1 de mayo del 2022 y tuvo como fin el 31 de marzo del 2023. Debido a la pandemia, la duración se redujo a 10 meses este no tuvo inicio el 1 de enero como en años anteriores, y su duración también se vio afectada, siendo esta acortada a 10 meses de labor. Se realizó 2 meses y 15 días en cada rotación.

Empezó con la rotación de Gineco-Obstetricia, la cual se dividió en 3 áreas: Emergencia, Hospitalización y Centro Obstétrico. Durante este periodo el interno era el encargado de evolucionar a las gestantes y pacientes ginecológicas en hospitalización, de la atención a las pacientes de emergencia, monitorización durante el trabajo de parto, realización de un correcto llenado del partograma, y finalmente de la atención de partos eutócicos.

La siguiente rotación fue la de Medicina Interna que se distribuía en 7 salas de hospitalización. Cada sala está constituida por 36 camas de hospitalización, cada interno es responsable de conocer a los pacientes a cargo. El asistente a cargo de la sala realizaba un cronograma de actividades académicas donde se exponían casos clínicos, revisión de estudios, preparación a los internos para el Examen Nacional de Medicina mediante la resolución de preguntas.

Cirugía General fue la tercera rotación que se dividía en 4 subespecialidades: hígado y vías biliares; páncreas y bazo; duodeno e intestino delgado; y colon, recto y ano; H4, H3, I3, I4, respectivamente. Durante esta rotación 10 días al mes eran asignados a la atención de pacientes en emergencia donde realizábamos guardias de 12 horas, donde el interno es el encargado de realizar un correcto triaje, historia clínica, plantear los diagnósticos presuntivos y procedimientos; entre ellos se encuentra suturar, colocación de sonda nasogástricas y vesicales, lavado de herida, cambio de bolsas de colostomía, drenaje de abscesos, etc. El resto de los días en hospitalización, durante el cual el interno se encargaba de examinar, evolucionar antes del pase de visita. Después de ello se procedía a realizar curaciones de heridas, drenajes y completar exámenes auxiliares. Asimismo, se revisaba las patologías que eran vistas ese día, de tal forma que se podía disipar

duda alguna. Se nos dio la oportunidad de ingresar a salas quirúrgicas y ser partícipes de ella en algunas ocasiones.

Por último, la rotación de Pediatría que se dividía en 3 áreas: Neonatología, Emergencia pediátrica y Hospitalización en la sala "San Camilo". En Neonatología se subdivide en alojamiento conjunto, cuidados intermedios, Unidad de Cuidados Intensivos y centro obstétrico. Se realizaban guardias diurnas y nocturnas de 12 horas, atención al recién nacido, examinar, evolucionar, discutir los diagnósticos probables y proponer el tratamiento de las patologías. En emergencia pediátrica se evaluó a muchos pacientes pediátricos con diversas patologías, así como el realizar una buena evaluación, diagnóstico y tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES

El Hospital Nacional Dos de Mayo nos permitió durante estos 10 meses un internado satisfactorio, ya que nos pudimos desempeñar en las 4 rotaciones. Pudimos evaluar gran cantidad de pacientes con diversas patologías, aplicar nuestro conocimiento de pregrado para dar la mejor atención posible y de esta manera lograr un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado al paciente.

Nuestro período como internos de medicina nos permitió evolucionar y madurar personalmente, nos ayudó a tener una visión más clara de la carrera de una manera individual, las propias eficiencias, las debilidades y las fortalezas. Así como también cometimos muchos errores, errores garrafales y repetíamos esos errores, pero fue parte del aprendizaje y del crecimiento personal.

RECOMENDACIONES

Se sugiere la realización completa del internado médico en un ámbito hospitalario, así como también de una buena inducción en las diferentes sedes hospitalarias

Proporcionar adecuados equipos de bioseguridad al personal médico que labora en los distintos servicios del hospital

Promover trabajo en equipo multidisciplinario de manera efectiva y empática, todo en bien del paciente.

También se debe incentivar que los internos desarrollen habilidades procedimentales básicas bajo supervisión para que sean capaces de trabajar de forma independiente en el futuro sin comprometer la seguridad del paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. hdosdemayo.gob.pe.2023 [online] Available at: <<https://hdosdemayo.gob.pe/rese%C3%B1ahistorica.html>>
2. hdosdemayo.gob.pe.2023 [online] Available at: <<https://hdosdemayo.gob.pe/mision.html>>
3. hdosdemayo.gob.pe.2023 [online] Available at: <<https://portal.hdosdemayo.gob.pe/CarteraServicios/DepartamentoMedicina>>
4. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. *Int J Womens Health*. 2019; 11:287-299.
5. Budiana ING, Angelina M, Pemayun TGA. Ovarian cancer: Pathogenesis and current recommendations for prophylactic surgery. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2019;20(1):47-54.
6. Reid BM, Permuth JB, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer Biol Med*. 2017;14(1):9-32.
7. Barber MD. Pelvic organ prolapse. *BMJ*. 2016;354: i3853.
8. Cheung RY, Lee JH, Lee LL, Chung TK, Chan SS. Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2016; 128:73-80.
9. Cartwright R, Kirby AC, Tikkinen KA, et al. Systematic review and metaanalysis of genetic association studies of urinary symptoms and prolapse in women. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212:199. e1-24.
10. Nurmi M, Rautava P, Gissler M, Vahlberg T, Polo-Kantola P. Recurrence patterns of hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(5): 469.e1-469.e10.
11. Liu C, Zhao G, Qiao D, et al. Emerging Progress in Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum: Challenges and Opportunities. *Front Med (Lausanne)*. 2022; 8:809270.
12. Fejzo MS, Trovik J, Grooten IJ, et al. Nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):62.
13. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. *BJOG*. 2019;126(1): e1-e48.

14. Silver RM. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta. *Obstet Gynecol.* 2015;126(3):654-668.
15. Oppenheimer LW, Farine D. A new classification of placenta previa: measuring progress in obstetrics. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(3):227-229.
16. Petpichetchian C, Pranpanus S, Suntharasaj T, Kor-Anantakul O, Hanprasertpong T. Comparison of transabdominal and transvaginal sonography in the diagnosis of placenta previa. *J Clin Ultrasound.* 2018;46(6):386-390.
17. Del Pozo, A.A., Angulo-Cruzado, M., Amenero-Vega, R. et al. Hepatosplenic abscesses in an immunocompetent child with cat-scratch disease from Peru. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 18, 23 (2019).
18. Zangwill KM. Cat Scratch Disease and Bartonellaceae: The Known, the Unknown and the Curious. *Pediatr Infect Dis J.* 2021;40(5S):S11-S15.
19. Koutantou M, Kambas K, Makka S, Fournier PE, Raoult D, Angelakis E. Limitations of Serological Diagnosis of Typical Cat Scratch Disease and Recommendations for the Diagnostic Procedure. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2023; 2023:4222511.
20. Shorbatli LA, Koranyi KI, Nahata MC. Effectiveness of antibiotic therapy in pediatric patients with cat scratch disease. *Int J Clin Pharm.* 2018;40(6):1458-1461.
21. Worsena CR, Miller AS, King MA. Salmonella Infections. *Pediatr Rev.* 2019;40(10):543-545.
22. Bula-Rudas FJ, Rathore MH, Maraqa NF. Salmonella Infections in Childhood. *Adv Pediatr.* 2015;62(1):29-58.
23. McDermott PF, Zhao S, Tate H. Antimicrobial Resistance in Nontyphoidal Salmonella. *Microbiol Spectr.* 2018;6(4)
24. Taha A, Enodien B, Frey DM, Taha-Mehlitz S. Thyroglossal Duct Cyst, a Case Report and Literature Review. *Diseases.* 2022;10(1):7.
25. Patel S, Bhatt AA. Thyroglossal duct pathology and mimics. *Insights Imaging.* 2019;10(1):12.
26. Corvino A, Pignata S, Campanino MR, et al. Thyroglossal duct cysts and site-specific differential diagnoses: imaging findings with emphasis on ultrasound assessment. *J Ultrasound.* 2020;23(2):139-149.
27. Muhialdeen AS, Salih AM, Ahmed MM, et al. Thyroglossal duct diseases: presentation and outcomes. *J Int Med Res.* 2023;51(2)

28. Pucher B, Jonczyk-Potoczna K, Kaluzna-Mlynarczyk A, Kurzawa P, Szydłowski J. The Central Neck Dissection or the Modified Sistrunk Procedure in the Treatment of the Thyroglossal Duct Cysts in Children: Our Experience. *Biomed Res Int*. 2018.
29. Jartti T, Smits HH, Bønnelykke K, et al. Bronchiolitis needs a revisit: Distinguishing between virus entities and their treatments. *Allergy*. 2019;74(1):40-52.
30. Florin TA, Plint AC, Zorc JJ. Viral bronchiolitis. *Lancet*. 2017;389(10065):211-224.
31. Manti S, Staiano A, Orfeo L, et al. UPDATE - 2022 Italian guidelines on the management of bronchiolitis in infants. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):19
32. Foxx-Orenstein AE, Umar SB, Crowell MD. Common anorectal disorders. *Gastroenterology & Hepatology*. 2014 May;10(5):294-301.
33. Sharma, A., Yadav, P., Sahu, M. et al. Current imaging techniques for evaluation of fistula in ano: a review. *Egypt J Radiol Nucl Med* 51, 130 (2020).
34. Włodarczyk M, Włodarczyk J, Sobolewska-Włodarczyk A, Trzciński R, Dziki Ł, Fichna J. Current concepts in the pathogenesis of cryptoglandular perianal fistula. *J Int Med Res*. 2021;49(2)
35. Rustom LBO, Sharara AI. The Natural History of Colonic Diverticulosis: Much Ado about Nothing? *Inflamm Intest Dis*. 2018;3(2):69-74.
36. Qaseem A, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Lin JS, et al. Diagnosis and Management of Acute Left-Sided Colonic Diverticulitis: A Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2022;175(3):399-415.
37. Hanna MH, Kaiser AM. Update on the management of sigmoid diverticulitis. *World J Gastroenterol*. 2021;27(9):760-781.
38. Jamal Talabani A, Endreseth BH, Lydersen S, Edna TH. Clinical diagnostic accuracy of acute colonic diverticulitis in patients admitted with acute abdominal pain, a receiver operating characteristic curve analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2017;32(1):41-47.
39. Strate LL, Morris AM. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology*. 2019;156(5):1282-1298.e1.
40. *Annals of Oncology* 28 (Supplement 4): iv22–iv40, 2017

41. Gaertner WB, Kwaan MR, Madoff RD, Melton GB. Rectal cancer: An evidence-based update for primary care providers. *World J Gastroenterol.* 2015;21(25):7659-7671.
42. Cordova-Delgado M, Pizarro G, Pinto MP, Herrera ME, Garrido M. Case Report: Molecular Features and Treatment Options for Small Bowel Adenocarcinoma. *Front Oncol.* 2021; 11:593561. Published 2021 Mar 10.
43. Zhang S, Yuan W, Zhang J, et al. Clinicopathological features, surgical treatments, and survival outcomes of patients with small bowel adenocarcinoma. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(31):e7713.
44. Ishitsuka K. Diagnosis and management of adult T-cell leukemia/lymphoma. *Semin Hematol.* 2021;58(2):114-122.
45. Mehta-Shah N, Ratner L, Horwitz SM. Adult T-Cell Leukemia/Lymphoma. *J Oncol Pract.* 2017;13(8):487-492.
46. Lildyard C, Shiekh S, Browning J, Collins GP. Toward a Biology-Driven Treatment Strategy for Peripheral T-cell Lymphoma. *Clin Med Insights Blood Disord.* 2017; 10:1179545X17705863.
47. Formigo M, Costa M, Martins J, Sarmiento H, Cotter J. Disseminated Tuberculosis: A Case of Multiple Spread Mass. *Cureus.* 2020;12(10): e11149. Published 2020 Oct 25. doi:10.7759/cureus.11149
48. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(18):2231-2264.
49. DeFilippis AP, Chapman AR, Mills NL, et al. Assessment and Treatment of Patients With Type 2 Myocardial Infarction and Acute Nonischemic Myocardial Injury. *Circulation.* 2019;140(20):1661-1678.
50. Merlo AC, Bona RD, Ameri P, Porto I. Type 2 myocardial infarction: a diagnostic and therapeutic challenge in contemporary cardiology. *Intern Emerg Med.* 2022;17(2):317-324.
51. Kaul A, Gordon C, Crow MK, et al. Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Primers.* 2016; 2:16039.