



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL LUIS ARIAS SCHREIBER – HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CARLOS EDUARDO CARDENAS BARRAL
JAIME PAOLO LUIS CORDOVA PANTOJA**

ASESOR

LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

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/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL LUIS ARIAS SCHREIBER – HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

CARLOS EDUARDO CARDENAS BARRAL

JAIME PAOLO LUIS CORDOVA PANTOJA

ASESOR

DR. LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a nuestros progenitores porque gracias a ellos me convertí en la persona que soy actualmente, todos mis logros se los debo, también estoy eternamente agradecido con la universidad por haberme acogido en sus instalaciones fueron hermosos años que nunca olvidaré y a mis amistades que me rodearon que supieron alentarme y salir todos juntos adelante.

ÍNDICE

PORTADA

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL 2

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL 28

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA 43

CONCLUSIONES 44

RECOMENDACIONES 45

FUENTES DE INFORMACIÓN 46

RESUMEN

El internado médico es la etapa final del pregrado de la carrera de medicina humana, es la etapa donde se consolida los conocimientos adquiridos a lo largo de los 6 años y estos se aplican de forma práctica en las diversas rotaciones que se realizan en el hospital.

Por consecuencia, a la emergencia sanitaria producto del COVID-19, desde el año 2020, han sucedido una serie de cambios y alteraciones tanto en el internado como en el Serums. En el año 2022, se dio la opción de rotar cinco meses en una posta y los otros cinco restantes en un hospital; sin embargo, tuvimos la posibilidad de realizar el internado por un periodo de 10 meses que comenzó el 01 de mayo de 2022 y terminó el 28 de febrero de 2023, cada uno en su respectivo hospital que fueron Dos de Mayo y en el Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber, en donde se nos permitió enriquecer nuestro conocimiento y consolidarlo posteriormente.

En el presente trabajo se relata los diversos casos clínicos que llamaron más nuestra atención durante las cuatro grandes rotaciones en las que participamos en los servicios de Cirugía general, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría.

Palabras clave: Internado médico, centro de salud, hospital, rotaciones

ABSTRACT

The medical internship is the final stage of the undergraduate course in human medicine, it is the stage where the knowledge acquired throughout the 6 years is consolidated and these are applied in a practical way in the various medical rotations that are carried out in the hospital.

As a consequence of the health emergency resulting from COVID 19, since 2020 there have been a series of changes and alterations in the boarding school as well as in the SERUMS. In 2022, interns were given the option of being able to rotate five months in a post and the remaining five months in a hospital, however, we had the possibility of being able to carry out the internship for a period of 10 months that began on 01 May 2022 and ended on February 28, 2023 each in their respective hospitals, which were: Hospital Nacional Dos de Mayo and the CrI Luis Arias Schreiber central military hospital, where we were allowed to enrich our knowledge and later consolidate it.

This paper reports the various clinical cases that most attracted our attention during the four major rotations in which we participated in the General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, and Pediatrics services.

Keywords: Medical internship, health center, hospital, rotations

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LUIS
ARIAS SCHREIBER - HOSPITAL NACI**

AUTOR

**CARLOS EDUARDO CARDENAS BARRAL
JAIME PAOLO LUIS CORDOVA PANTOJA**

RECUENTO DE PALABRAS

14125 Words

RECUENTO DE CARACTERES

78781 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

58 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

127.6KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 7:32 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 7:33 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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


 N.A. 518065500
 Lincoln F. Blácido Trujillo
 MÉDICO PEDIATRA
 CMP 18196 RNE 11962

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

Asesor: Lincoln Blácido Trujillo

DNI: 07234763

INTRODUCCIÓN

El internado es el lapso que corresponde a las prácticas preprofesionales del último año de los estudios de pregrado de las carreras de ciencias de la salud, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio en los establecimientos de salud (intramurales) o fuera de estos con población asignada (extramurales), con estricta tutoría de la universidad. El desarrollo de actividades de los internos de ciencias de la salud es presencial, en los campos de formación (1).

Esta última etapa está compuesta de cuatro (4) grandes rotaciones: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría–Neonatología, y Ginecología y Obstetricia.

Se realizó en el Hospital Militar Central EP Crl. Luis Arias Schreiber localizado en el distrito de Jesús María y en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el distrito de Lima, departamento de Lima.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este capítulo se procede a exteriorizar los 16 casos clínicos que aprendimos a manejar durante 4 grandes rotaciones, en nuestros respectivos hospitales, tales son Hospital Militar Central EP Crl. Luis Arias Schreiber y Hospital Nacional Dos de Mayo

I.1. Rotación en Medicina

Esta rotación inicio el 01 de octubre y termino el 15 de diciembre, dentro esta rotación tuve la posibilidad de rotar en la sala Santo Toribio y sala San Pedro pertenecientes al Hospital Nacional Dos de Mayo, integrados con pacientes varones en su totalidad.

Caso clínico 1

Paciente de varón de 70 años acude a emergencia presentando sensación de masa de hace 1 año en la región abdominal que no se asociaba a molestias, 2 meses antes de su hospitalización presentó dolor abdominal de moderada intensidad de tipo ardor y se le agregó sudoraciones nocturnas + llenura precoz. 2 semanas antes de su ingreso, se le añade aumento de volumen en miembros inferiores y dificultad respiratoria a realizar actividades físicas a moderados esfuerzos. Familiar agrega que ha sufrido una pérdida de 10 kg ponderales aproximadamente en los últimos 3 meses.

Funciones vitales: PA: 90/60, FC:60, FR:21, SAT: 92%, T: 36.7

Antecedentes

Antecedente de fractura de humero por caída hace más de 10 años

Examen físico

Piel y faneras: llenado capilar menos de 2seg, mucosas orales semi secas, sin ictericia

TCSC: edemas +/-+++ en miembros inferiores

Ganglios submaxilares: se palpa de 1.5 blando, móvil, no doloroso

Ganglios inguinales: 1.5cm blando, móviles, no doloroso

Ganglios cervicales: 2cm blando, no dolorosos, latero cervical

Tórax y pulmón: tórax simétrico, adenopatías axilares, tórax en tonel, Vibraciones vocales disminuidas en hemitórax derecho, murmullo vesicular abolido en ½ inferior de hemitórax derecho y base de hemitórax izquierdo

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no se ausculta soplos

Abdomen: RHA +, masa dolorosa y resistencia a la palpación en el epigastrio y mesogastrio.

Sistema nervioso central: despierto, orientado, Glasgow 15/15, no signos meníngeos

Diagnóstico síndrome

Síndrome linfoproliferativo

Diagnóstico presuntivo

Linfoma del manto

Plan

Exámenes de laboratorio: hemograma completo, perfil de coagulación, electrolitos séricos, tomografía abdominal con contraste, AMO + Inmunohistoquímica, dosaje de B2- Microglobulina, biopsia de ganglio.

Reevaluación

Paciente se le realiza una TEM abdominal con contraste donde se evidencia masa irregular a nivel retroperitoneal con bordes poco definidos que compromete grandes vasos, bazo aumentado de tamaño y múltiples adenopatías retroperitoneales mal definidos con contenido sólido, abdomen un poco distendido. Derrame pleural bilateral a predominio hemitórax derecho. Extensas adenomegalias inguinales e iliacas a considerar proceso linfoproliferativo primario vs. secundario. Se le realiza una AMO donde se observa médula ósea infiltrada por linfocitos grandes sin hendidura. Conclusión: Linfoma No Hodgking: Descarte: Linfoma de la Zona Marginal. Se le realiza dosaje de Beta-2 microglobulina sérica resultando 24.9 mg/L (VN: 0.7-2.1) resultando elevado siendo un marcador oncológico asociado al sistema linfocitario. En informe fenotípico de médula ósea se concluye que está infiltrada al 19.92 % de células linfoides B maduras patológicas con restricción a cadena ligera kappa, sugestivo del Linfoma del Manto. En la biopsia que se realiza a un ganglio linfático del paciente resultó patrón hiperplásico folicular, con expansión y confluencias de centros germinales. En la Inmunohistoquímica resulto con células neoplásicas positivas para CD20, ciclina D1, SOX11, BCL2, Ki67. Teniendo como conclusión: Linfoma de células del manto con patrón difuso y áreas de patrón nodular.

Paciente acudió a 3 sesiones de quimioterapia llevado por el servicio de

oncología del hospital, teniendo una reducción favorable del tumor observado en la tomografía control, sale de alta hospitalaria con control por consultorio externo de oncología para seguir con su terapia oncológica.

Caso clínico 2

Paciente, masculino de 57 años, acude a emergencia refiriendo que 12 horas antes del ingreso presentó diplopía en posición normal, asociado a parestesias en la hemicara izquierda. Al momento de incorporarse, el cuerpo es lateralizado a la izquierda, sintiéndose inestable para la marcha con tendencia hacia el lado afectado. Presentando así, debilidad braquio-crural 3/5 en el hemicuerpo izquierdo.

Funciones vitales al momento:

PA: 150/80 FC: 64 FR: 19 SAT: 97 % T: 36.6

Antecedentes

HTA desde 2007: Con medicación regular con amlodipino 5mg cada 24 horas + losartán 50mg cada 24 horas

DM2 desde 2017: Con tratamiento regular con metformina 850mg cada 24 horas

Al examen físico

Neurológico: Lucido, orientado en tiempo espacio y persona, presenta ptosis palpebral derecha, pupilas anisocorias a expensas de midriasis derecha, paresia del recto superior, recto interno, nistagmo vertical ascendente. Signo de babinski izquierdo positivo, así como los sucedáneos chaddock, shaffer. Sensibilidad superficial y profunda conservada.

Cardiológico: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se ausculta soplos

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Abdomen: Blando/ depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes.

GU: PPL negativo, PRU negativo

Diagnóstico

1: Infarto cerebral

1.1 D/C Síndrome de weber

2: HTA

3: DM2

Plan

Monitoreo neurológico, control de la presión arterial, antiagregantes, hidratación endovenosa con suero fisiológico. Se solicitó interconsultas para el servicio de neurología. La especialidad de neurología evaluó al paciente, en donde sugirió RNM de encéfalo y difusión, TEM a las 24 horas, atorvastatina 80mg cada 24 horas, AAS 100mg cada 24 horas, evaluación con cardiología para holter y doppler carotideo, IC para el servicio de oftalmología.

Reevaluación

Paciente pasa a hospitalización con resultados de laboratorio Hg: 13,20, Hto: 39,4, Leuco: 6830, Aba:0, Seg: 4228, Pla: 173000, TP: 13,8, TTPA: 49,3, INR: 1,01, Urea: 32,5, Crea: 0,86, Glu: 113, Na: 138,5, Ca: 8,80.

Colesterol total: 97,2, HDL: 38,1. LDL: 37, Triglicéridos: 107.

Lo evalúa oftalmología en estancia hospitalaria con diagnóstico de parálisis del III par craneal completa del ojo derecho.

Le realizan la tomografía no encontrándose alteración evidente, posteriormente en la resonancia magnética se observa dos lesiones focales de alta señal en T2 y FLAIR en el pedúnculo cerebral derecho.

Al cuarto día de hospitalización, paciente lúcido, con persistencia de diplopía, midriasis y paresia en el ojo derecho, con mejoría de hemiparesia 4/5 izquierda. Sale de alta médica, con control por consultorio externo del servicio de oftalmología para rehabilitación con parches y de neurología para seguimiento del caso.

Esta rotación inicio el 01 de mayo y termino el 15 de julio en el Hospital Militar Central EP Crl Luis Arias Schreiber dentro de esta rotación nos dejaron rotar por el servicio de gastroenterología y oncología, se realizaba guardias y hospitalización, pero no íbamos a consultorio externo.

Caso clínico 3

Paciente, varón de 58 años traído por sus familiares refiere que aproximadamente 4 semanas antes del ingreso, dejo de tomar su medicación habitual que consistía en sitagliptina y clorhidrato de metformina, porque se

sentía en bien de salud. Dos semanas antes del ingreso paciente manifiesta presentar sensación de debilidad al realizar sus actividades cotidianas, refiere que se sentía cansado con malestar general, además que la sensación de sed aumentó considerablemente de intensidad acompañada de un aumento en el volumen de orina y de característica espumosa. La debilidad fue aumentando y un día antes del ingreso sentía desvanecimiento, sensación nauseosa, boca seca por tal motivo paciente acude al Hospital militar centro por emergencia.

Antecedentes

Antecedentes patológicos: DM tipo 2 desde el 2016 en tratamiento con sitagliptina, clorhidrato de metformina

Antecedentes familiares: Padre fallecido con NM de páncreas, hermano de 65 años con DM tipo 2 y hermana de 62 años con DM tipo 2

Reacción alérgica a medicamentos: Niega

FC: 87 por minuto FR: 20 por minuto SatO₂: 99 %

Temperatura: 36.5 °C PA:120/80

Examen físico

Tórax y pulmón: Amplexación conservada, Mv pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no impresiona soplos, ingurgitación yugular (-)

Abdomen: Globuloso, RHA presentes, blando depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda.

Diagnóstico

Impresiona como diagnóstico una diabetes mellitus descompensada a descartar cetoacidosis diabética

Plan

Se solicita exámenes como AGA, hemogluco test, hemograma completo, electrolitos, examen completo de orina.

Reevaluación

En el examen de orina glucosa +1, acetona +1, leucocitos en orina de 0 a 1, hematíes de 0 a 1, en el AGA tenemos Ph 7.2, P_{CO2}: 20.4, HcO₃: 7.8, hemoglucotest de 441, hemograma con leuco 8.3, Hb 16.6, plaquetas 376, electrolitos: K 3.8, Na 136, Cl 111. La paciente pasa a rotonda, luego de estabilizarla pasa a hospitalización donde le realizan IC; a endocrinología, le indican insulina glargina e insulina lispro además de atorvastatina y de recibir hidratación EV, dimenhidrinato, esomeprazol.

Caso clínico 4

Paciente, varón de 71 años acude a emergencia del Hospital Militar central refiere tiempo enfermedad de 12 horas aproximadamente que comienza posteriormente a la ingesta de comida grasosa con un dolor abdominal tipo cólico que inicia en epigastrio y se extiende hacia la espalda que no calma con ninguna posición se acompañada de náuseas, vómitos y sudoración, se automedica con buscapina que le calma momentáneamente.

Antecedentes

Antecedentes patológicos: HTA (hace aproximadamente 20 años), hipotiroidismo, hiperplasia benigna de próstata, artritis reumatoide.

Reacción alérgica a medicamentos: Niega

Examen físico:

FC: 60 por minuto FR: 18 por minuto SatO₂: 96 % Temperatura: 36 °C

Presión arterial: 110/80

Examen físico

Abdomen: Globuloso, RHA presentes, blando, depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen superior, timpanismo conservado

GU: PRU (-), PPL (-)

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

Diagnóstico

Síndrome doloroso abdominal: Pancreatitis a descartar origen litiásico vesicular.

Plan

Se solicita exámenes de laboratorio electrolitos séricos, glucosa, urea, creatinina, hemograma completo, PCR, amilasa, lipasa, examen de orina y

ecografía abdominal

Reevaluación

Electrolitos séricos: Na 134, K 4.5, Cl 102, glucosa: 100, urea 16, creatinina 0.82, amilasa 3512, lipasa 6309, PCR 100, examen de orina leucocitos 2-4, hematíes 0

Ecografía abdominal superior con una vesícula biliar piriforme de 52 x 49mm, paredes levemente engrosadas 4.5mm de contenido heterogéneo, con escaso barro biliar en su interior y presencia de litos menores de 2mm (microlitiasis), colédoco de 4 mm, páncreas no evaluable por gran interposición gaseosa, no liquido libre en cavidad abdominal.

El paciente con todos estos exámenes pasa a hospitalizarse solicitándose una tomografía, recibe hidratación endovenosa, para el dolor recibió analgesia con opiáceos, aines, omeprazol, levotiroxina, candesartán

Posteriormente, se le realiza su tomografía donde sale como conclusión signos sugestivos de pancreatitis focalizada en la cabeza del páncreas asociado a cambios inflamatorios peri pancreáticos clasificando en la escala de Balthazar con un grado C y 0 % de necrosis.

Luego de 9 días de hospitalización el paciente mejora se va con indicaciones y se le programa control por consultorio externo de gastroenterología en una semana.

I.1. Rotación en Cirugía General

Esta rotación del internado empezó el 1 de mayo y concluyó el 30 de junio en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se tuvo la oportunidad de rotar en tópicos de emergencias y en piso de hospitalización, contando con pacientes ingresados por emergencia y por consultorio externo. Asimismo, con varios turnos operatorios a la semana, por lo que me dio la oportunidad de aprender sobre distintos casos de abdomen quirúrgicos.

Caso clínico 1

Paciente, mujer de 51 años con antecedente de haber sido intervenida quirúrgicamente mediante Colelap convertida en otra institución hace 6 días, acude al hospital presentando dolor abdominal de moderada intensidad a predominio de hipocondrio derecho asociado a malestar general e hiporexia.

PA: 110/60 FC: 97 SAT: 97 % FR: 19

Examen físico

Paciente REG, REN, REH, ventilando espontáneamente, con fascie dolorosa

Piel y faneras: Ictericia en escleras +/-+++, Llenado capilar menor a 2seg, mucosas orales húmedas

TCSC: No presencia de edemas

Aparato pulmonar: Murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, no soplos audibles

Abdomen: Herida subcostal derecha en buenas condiciones de cicatrización, presencia de drenaje tubular en CSD con salida de secreción serosa sin mal olor, con gasto diaria de 300cc aprox. RHA presentes, blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en CSD, Signo de Murphy -, no signos de irritación peritoneal difusa.

Genito-urinario: PPL-, PRU-

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

Diagnóstico sindrómico

Síndrome icterico obstructivo

Diagnóstico presuntivo

Lesión de la vía biliar

Plan

Exámenes de laboratorio incluyendo hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación, tomografía y pre quirúrgicos para entrar a SOP

Reevaluación

En su estancia hospitalaria, se solicita exámenes de laboratorio con resultados: Hemoglobina 11.10, Hematocrito 33.60, Leucocitos 8440, Abastionados 0, Linfocitos 1139, Segmentados 6338, Plaquetas 486000, Glucosa 97.6, urea 30.4, creatinina 0.23, INR 1.04, PCR 30.3, TP 14.1, TTPA 30.3, BT 4.10, BD

3.51, BI 0.59. FA 562.00, GGT 449.90, TGO 187.3, TGP 220.6.

Se solicitó una TEM abdominal con contraste donde se encontró signos de neumoperitoneo mínimo residual en CSD, además presencia de líquido libre en poca cantidad a nivel de región subhepática, con presencia de drenaje tubular plano en dicha región que sale por CSD. Presencia de imagen hipodensa heterogénea en lecho de vesícula biliar. Llama la atención dilatación leve de vía biliar intrahepática predominio izquierdo, con punto de stop brusco a nivel hepático común a 1.8cm aprox. De confluencia biliar, y que impresiona presencia de objeto metálico de forma transversal a dicho nivel, a considera grapas metálicas, además de pérdida de continuidad aparente con colédoco distal el cual no luce dilatado en su porción intrahepática. Asimismo, se le indico una colangiorresonancia se observó en secuencias ponderadas en t2 y reconstrucción multiplanar, impresiona dilatación leve de la vía biliar intra y extrahepática, con sitio de obstrucción brusca a nivel de hepático común aprox. A 1.8 cm distal a confluencia biliar, pérdida de continuidad con vía biliar principal distal de hasta 1 cm aprox. Líquido libre en poca cantidad en región subhepática con presencia de drenaje redondo que sale hacia CSD. Presencia de colección heterogénea a nivel de lecho vesicular. Con impresión diagnóstica: D/c Lesión quirúrgica de vía biliar extrahepática tipo E2 según Strasberg.

La intervención quirúrgica efectuada fue una laparotomía exploratoria: RSC + LPC + rafia de conducto hepático derecho + hepático izquierda + DPR + DPN + CIOx2

Diagnóstico postoperatorio: Peritonitis biliar generalizada + biliorrafia del conducto hepático derecho y lecho vesicular hepático por lesión vía biliar E2

En los hallazgos operatorios: Se evidencia secreción mucoide de tipo biliar purulento en 4 cuadrantes adheridos en asas intestinales. Lesión puntiforme de conducto hepático derecho de 0.5mm + lesión en lecho vesicular hepático con salida de líquido biliar. Se evidencia plastrón adherido a nivel de conducto hepático común.

Caso clínico 2

Paciente, femenina de 28 años, con antecedente quirúrgico de hace 2 años de una parasitotomía pulmonar de lóbulo superior izquierdo + resección en cuña de lóbulo superior izquierdo, ingresa al servicio de cirugía presentando tiempo

de enfermedad de hace 1 año de dolor abdominal tipo opresivo de leve a moderada intensidad a predominio en hipocondrio derecho asociado a sintomatología inespecífica como nauseas e hiporexia.

Con funciones vitales al ingreso

PA:110/70 FC: 86 FR: 17 SAT: 97 %

Examen físico

Paciente se encuentra en buen estado general, en los hallazgos significativos se pudo observar dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, no se palpaba masa ni presentaba signos peritoneales.

Plan

Hemograma, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, ecografía

Reevaluación

En los exámenes de laboratorio: Hg: 13,1, Hto: 37,4 Leuco: 6380, Aba: 0, Lin:2939, Seg: 2871, Pla: 203000, Glu: 96,2, Urea: 29,9, Crea: 0,60, PCR: 5, TP: 14,5, TTPA: 33,9, BT: 0,50, BD: 0,08, BI: 0,42, FA: 92,30

En la ecografía abdominal se observó hígado con parénquima heterogéneo por presencia de lesión hipoecogénica de bordes definidos, lobulados, componente heterogéneo por presencia de membrana desprendida fluctuante a la ecopresión que mide 117x116mm, centrada en el segmento VI sin vascularización al Doppler, vía biliar intrahepática no dilatada. Con conclusión de hallazgos en relación con quiste hidatídico tipo CE3.

En el reporte operatorio: Quiste en segmento VI- VII de 15x10 cm contenido de membrana desprendida y líquido biliar con detritus, sin mal olor, no se evidencia puntos de fuga.

Diagnóstico

Quiste hidatídico CE4 segmento V-VII + DPN

Paciente con evolución favorable luego de ingresar a SOP, se va de alta al 4 día con control por consultorio externo de cirugía general.

Esta rotación del internado partió desde 16 de julio hasta el 30 de septiembre en Hospital Militar Central EP Crl. Luis Arias Schreiber, no hubo mayor problema en relación con la pandemia y al aprendizaje ya que sí hubo bastantes casos de pacientes programados por distintas patológicas quirúrgicas y, además, se

cuentan con bastante disponibilidad de salas operatorias para recibir cualquier tipo de abdomen quirúrgico siendo uno de los más frecuentes la apendicitis y colecistitis.

Caso clínico 3

Paciente, varón de 27 años es hospitalizado por consultorio de cirugía general debido a que aproximadamente hace 2 años siente una tumoración perianal dolorosa de gran intensidad por tal motivo e incomodidad que le generaba decide hincarlo con una aguja generando la salida de líquido purulento de aproximadamente 20cc debido a esta situación acude a un policlínico donde deciden intervenirlo completando sus prequirúrgicos, la cirugía se cancela por la coyuntura (pandemia), por lo tanto, solo lo “trataba” con la colocación de algodón en la lesión más drenaje y lavado. Paciente 3 semanas antes del ingreso refiere persistencia del cuadro clínico motivo por el cual acudió a un policlínico donde le indican diclofenaco y ciprofloxacino además de derivarlo al Hospital Militar Central EP CrI. Luis Arias Schreiber para prepararlo y pueda recibir tratamiento quirúrgico.

En el examen físico al ingreso las funciones biológicas están conservadas sin ningún tipo de alteración.

Funciones vitales:

T:36.9 FC:81 FR:19 PA:130/80 SatO2:98 %

En el examen físico segmentado lo único alterado es a nivel de la región perianal donde se evidencia orificio externo fistulosos a 5 horas de 1 cm a 2 cm del margen anal acompañado de tumoración perianal con signos de flogosis y secreción purulenta además de dolor a la palpación.

Impresión diagnóstica: Fistula perianal derecha

Plan de trabajo: Fistulotomía

Paciente ya hospitalizado recibe tratamiento EV con ciprofloxacino 400mg cada 12 horas, metronidazol 500mg EV cada 8 horas, esomeprazol 40 mg EV cada 24 horas, ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas, baños de asiento cada 24 horas todo este tratamiento lo recibió por 7 días donde refiere una mejoría notable en relación al dolor en zona perianal relacionada al acto defecatorio, paralelamente

se le completo sus prequirúrgicos al paciente con sus respectivas interconsultas a cardiología, neumología y anestesiología donde no hubo mayor problema.

Finalmente, se llegó a realizar la cirugía programada que fue una fistula interesfinteriana a 8 horas en el cual el procedimiento fue

- 1)Asepsia + antisepsia
- 2)Exploración del canal anal más identificación de trayecto fistuloso
- 3)Fistulotomía
- 4)Revisión de hemostasia
- 5)Invaginación de mucosa con vicryl 3/0
- 6) Colocación de gasa con lidocaína

Luego de la intervención quirúrgica recibe tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas, metronidazol 500mg EV cada 8 horas, ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas, lactulosa 10cc cada 8 horas más control de funciones vitales por 2 días. Es dado de alta, posteriormente, asintomático con indicaciones y con cuadro resuelto siendo citado por consultorio a la semana para su reevaluación.

Caso clínico 4

Paciente, varón de 55 años refiere que hace más o menos 4 meses mientras realizaba labores domésticas presento un leve dolor en región inguinal izquierda, el cual al palparlo sintió una masa pequeña, con el paso de los meses refiere dolor cuando realiza actividades físicas, por lo cual decide acudir al servicio de cirugía del Hospital Militar Central EP Crl Luis Arias Schreiber donde le realizan exámenes como una ecografía abdominal donde se observa región inguinal protrusión de grasa mesentérica a través de un anillo herniario de 12 mm al reposo y de 17.4 mm a la maniobra de Valsalva, vasos con flujometría Doppler conservados quedando con la impresión diagnóstica de signos compatibles con hernia inguinal izquierda.

En el examen físico al ingreso las funciones biológicas están conservadas sin ningún tipo de alteración.

Funciones vitales:

T:36.5 FC:80 FR:18 PA:120/70 SatO2:97 %

Antecedentes patológicos: Diabetes tipo 2

Antecedentes quirúrgicos: Apendicetomía 2012

Alergias: Niega

Examen físico:

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis

TCSC: No edemas

Tórax y pulmón: Simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no rales

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaereos +, no doloroso a la palpación profunda ni superficial. Se observa cicatriz de apendicectomía

Genito urinario: PPL negativo, PRU negativo, micción espontanea

Región inguinal: Protruye masa de aproximadamente 2cm en respuesta a la maniobra de Valsalva, leve dolor a la palpación, no signos de flogosis

Impresión diagnóstica: Hernia inguinal izquierda

Plan de trabajo: Hernioplastia laparoscópica TAPP

Paciente es hospitalizado para completar prequirúrgicos y poder someterse a tratamiento quirúrgico.

Paciente en hospitalización recibe dieta completa más líquidos a voluntad, metformina 850 mg 1 tableta cada 12 horas, atorvastatina 20mg 1 tableta cada 24 horas y ciprofibrato 100mg 1 tableta cada 24 horas. Una vez completado todos los exámenes correspondiente ingreso a SOP.

En los hallazgos quirúrgicos tenemos un defecto herniario de 3 x 2 cm en región inguinal izquierda directa, múltiples adherencias en todo el espacio abdominal. Lipoma preherniario 3 x 2 cm.

I.3. Rotación en Pediatría

Esta fue la penúltima rotación que comenzó el día 1 de octubre hasta el 15 de diciembre del 2022, en el Hospital Militar Central EP Crl. Luis Arias Schreiber. La rotación consistía en consultorio externo, emergencia y hospitalización. Se pudo apreciar varios pacientes pediátricos, pero no neonatos debido a que en el hospital militar central no tiene UCI pediatra; por lo tanto, todo prematuro era derivado a clínicas.

Caso clínico 1

Paciente de 1 año, ingresa por el servicio de emergencia a pediatría, madre refiere que su menor hijo 3 días antes del ingreso inicia con tos seca y fiebre 38 °C la cual remitió con 21 gotas de paracetamol. Ese mismo día presentó diarrea (5 cámaras) amarillentas, vómitos en 2 ocasiones después de cuadro de tos. Dos días antes del ingreso continua con deposiciones líquidas en 4 ocasiones y 2 vómitos más fiebre de 39 °C que cedió sola. Un día antes del ingreso lactaba y vomitaba, seguía presentando deposiciones líquidas asociadas a dolor difuso en abdomen. Por ese motivo madre trae a su hijo por la persistencia de los síntomas.

Signos vitales

FC: 130 T: 36.6 °C FR:22 Sat:98 %

Peso: 8kg

Examen físico

Piel y TCSC: Tibia, seca y poca elástica, mucosas secas, ojos hundidos y llenado capilar menor de 2 segundos

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

Locomotor: Moviliza 4 extremidades

Se le solicita reacción inflamatoria en heces donde sale como resultado escaso moco, leucocitos 30 a 35 por campo. Además, se solicitó PCR: con un resultado elevado de 7.7 y hemograma completo donde los leucocitos están dentro del rango normal 7.7, hemoglobina 13.4 y abastionados 3.

Con la anamnesis y el estudio se llega al diagnóstico de diarrea aguda infecciosa, síndrome emético.

Plan de trabajo: Antibiótico terapia endovenosa con ceftriaxona 270mg EV cada 12 horas por 3 días, hidratación endovenosa, ondasetrón 1.3mg PRN a vómitos, paracetamol, ranitidina, enterogermina 1 ampolla cada 12 horas x 3 días, ranitidina 12mg endovenosa cada 8 horas x 3 días.

Caso clínico 2

Paciente, varón de sexo masculino de 8 años ingresa a Emergencia al Servicio de Pediatría, madre refiere que cuadro clínico inicio más o menos 5 días antes del ingreso con episodios de tos seca y congestión nasal. Dos días antes del ingreso el cuadro de tos se intensifica y presenta expectoración verdosa además de congestión nasal persistente. Un día antes, por la noche, se añade distrés respiratorio con saturación de 93 % y sensación de alza térmica no cuantificada por lo que es traído al hospital.

Funciones vitales: FC: 128 FR: 24 T: 36.5 °C

Antecedentes familiares: Niega

Antecedentes Personales: Uso de inhalador hasta hace 1 año (salbutamol)

Antecedentes familiares: cáncer de ovario (mama y abuela)

Alergias: Niega

Examen físico:

Tórax y pulmón: Amplexación conversada, Mv levemente disminuido en hemitórax izquierdo, se auscultan sibilantes difusos a predominio de lado izquierdo

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

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

IMC: 32

Se le tomo exámenes de laboratorio donde el PCR salió elevado con un valor de 19.2, un hemograma completo donde se evidencia una leucocitosis 16.2, hemoglobina 14.1, abastones 2.0

Diagnóstico presuntivo: Crisis asmática, rinofaringitis, D/C neumonía atípica

Plan terapéutico: Hidratación EV plan B, Antibiótico terapia (ceftriaxona y azitromicina), hidrocortisona, terapia inhalatoria con salbutamol, bromuro de ipratropio, budesonida más formoterol, ranitidina.

Esta rotación fue mi segunda que inició el día 01 de julio hasta el 30 de setiembre en el Hospital Nacional Dos de Mayo, consistía en rotar en los servicios de Pediatría en consultorio externo, emergencia y hospitalización, además del servicio de Neonatología en los servicios de UCI, cuidados intermedios, centro obstétrico y hospitalización.

Caso clínico 3

Paciente de 11 meses acude a emergencia acompañado de su madre presentando un tiempo de enfermedad de 3 días, que inicio con rinorrea hialina, 2 días antes de su ingreso se le agregó fiebre cuantificada de 38 grados asociada con irritabilidad, 1 día antes del ingreso se le nota agitado y persiste la fiebre a pesar de que se le administra 12 gotas de paracetamol. Al día del ingreso, paciente presenta mayor dificultad respiratoria y dificultad para la lactancia.

Funciones vitales al ingreso

FC: 140 FR: 62 T:37 SAT: 98 %

Examen físico

Paciente despierto, ventilando espontáneamente, con signos de dificultad respiratoria

Piel y faneras: Tibio, hidratado, elástico, llenado capilar menor a 2 segundos

Cardiológico: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no se ausculta soplos

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, se ausculta crepitantes y sibilantes a predominio de hemitórax derecho, presenta tiraje subcostal

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la

palpación

Neurológico: despierto, reactivo a estímulos externos

Diagnósticos presuntivos

Síndrome de dificultad respiratoria

Bronquiolitis

Plan de trabajo

Paciente pasa a hospitalización

Control de patrón respiratorio

Nebulización con suero fisiológico 9 % cada 2 horas

Aspiración de secreciones a demanda

Radiografía de tórax

Hemograma, PCR, perfil de coagulación

Reevaluación

En su RX de tórax presentó 8 espacios intercostales, se evidencia atelectasia en hemitórax derecho. Con resultados de laboratorio: Leucocitos: 8 544 a predominio de linfocitos 57 % con marcadores inflamatorio como PCR en 11mmg/dl

Al día siguiente de la hospitalización, paciente presenta mejoría del patrón respiratorio, afebril, no presenta vómitos ni ninguna otra intercurencia. Con funciones vitales FC: 130, FR: 40, SAT: 98 %, T: 36.6 Fio2: 21 %. Paciente sale de alta al 3 día de hospitalización, con funciones vitales en valores normales de acuerdo con su edad, con evolución clínica favorable.

Caso clínico 4

Paciente de 1 año y 7 meses de edad acude a emergencia acompañado de su madre refiriendo un tiempo de enfermedad de 4 días, que inicio con lesiones eritematosas con prurito en región de cara y abdomen de aspecto puntiforme, horas después se le añade fiebre cuantificada de 39 grados y lesiones dérmicas se exacerbaron en todo su cuerpo. 3 días antes del ingreso, lesiones eritematosas persisten por lo que acude a su Centro de salud más cercano, en donde, le recetan un antihistamínico. Lesiones dérmicas se vuelven más pruriginosas localizados en su totalidad del cuerpo. Con antecedente de infección por COVID-19 hace 3 semanas.

Funciones vitales al momento:

FC: 103 FR: 33 SAT: 99 % T: 37.5

Examen físico

Piel: lesiones eritematosas, habonosas y pruriginosas en zona de cara, cuello, abdomen, miembros superiores y miembros inferiores

TCSC: Leve edema en miembros inferiores

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se ausculta soplos

Abdomen: Blando/depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes

SNC: Despierto, reactivo a estímulos

Antecedentes

Natales: Recién nacido a término adecuado para la edad gestacional, con peso al nacer 3800gr, talla 51 cm, APGAR: 9/9. Con vacunación completa hasta la edad

Postnatales: Niega hospitalizaciones, operaciones, nebulizaciones previas

Diagnósticos presuntivos

Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19

Exantema urticariforme febril

D/C vasculitis urticaria

Plan

Hemocultivos

I/C a dermatología, infectología

Inmunoglobulinas Ig A, Ig G, Ig M

Perfil TORCH

ANCA, ANA, ENA, anti-DNA

Reevaluación

En hospitalización, paciente presenta resultado de Ig M negativo e Ig G positivo asociado a COVID-19, con hemoglobina disminuida en 10,5 gr/dl y con plaquetas bajas en 117 000m³, el resto de los resultados negativos. Persistió con cuadro febril por 5 días de 38 a 39 grados, con manejo de paracetamol. Con resultados de laboratorio con hemograma en donde se observaba una anemia de 10.5 gr/dl

con plaquetas disminuidas llegando a tener en el 7mo día valores normales; urea, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación en rangos adecuados, con marcador inflamatorio alterado PCR que inicio al día del ingreso en 221, presentando su pico en el 2 día de hospitalización en 280, luego tuvo una caída decreciente hasta alcanzar sus valores normales en el 7.º día de hospitalización. Siendo dada de alta, con mejoría de lesiones eritematosas, sin cuadro febril y con resultados de laboratorio negativos en su totalidad.

I.2. Rotación en Ginecología

Ultima rotación del internado dio inicio el 16 de diciembre de 2022 hasta 28 de febrero de marzo de 2023, para este periodo el hospital ya no pedía pruebas covid para poder hospitalizar a los pacientes ya que los casos habían disminuido notablemente, los consultorios externos trabajaban sin ningún problema y había bastante flujo de pacientes para operar.

Caso clínico 1

Paciente, mujer de 53 años llega consultorio externo de ginecología del Hospital Militar Central EP Crl Luis Arias Schreiber por presentar hace más o menos 1 año sensación de bulto en zona genital que aparece durante el día y desaparece durante la noche. Hace aproximadamente 8 meses antes de su ingreso al hospital refiere un incremento de sensación de bulto y se agrega pérdida de orina de manera involuntaria motivo por el cual acude a consultorio de Ginecología y Obstetricia donde se la programa para cirugía.

Funciones vitales:

T:36.4 FC:90 FR:20 PA:110/85 SatO2:98%

Antecedentes de importancia:

G2P1011:

G1: Aborto

G2: Parto vaginal (1999), RNAT mujer de 3600gr

Examen físico preferencial:

Abdomen: Globuloso a expensas de tejido celular subcutáneo, RHA +, blando depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

GU: PPL negativo, PRU negativo, micción espontánea, vagina hipotrófica

TV: Se palpa en pared anterior de vagina que protruye por introito vaginal a la maniobra de Valsalva

Especuloscopia: Diferido

SNC: Lotep, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica: Prolapso genital total

Plan: Se hospitaliza, preparar para SOP

Paciente una vez hospitalizada se le realiza una junta médica donde se determina que debe ser sometida a una histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior.

Ya estando la paciente en el piso de ginecología se le hace distintos exámenes como un examen de orina completo, hemograma completo entre otros e interconsultas para recibir tratamiento quirúrgico. Además, se prepara a la paciente con enema evacuante.

La paciente cuando ya se encontraba en SOP en posición de litotomía, para realizar procedimiento quirúrgico programado, bajo efectos de anestesia se realiza asepsia-antisepsia, momento en el que realiza deposiciones en 02 oportunidades, motivo por el cual se suspende procedimiento quirúrgico, pasando la paciente a sala de recuperación y reprogramando la cirugía para el día siguiente.

Finalmente se opera teniendo como hallazgos útero prolapsado totalmente, cistocele grado III, rectocele grado II, sangrado intraoperatorio 300cc, orina clara 100cc

Procedimiento: Asepsia, antisepsia, colocación de campos estériles, disección de mucosa vesicovaginal, disección de peritoneo. Pinzamiento, corte y ligadura de ligamento de Mackenrodt dejando reparo bilateral, ligadura de arterias uterinas, ligadura y cortes de vasos infundibulospelvicos y ligadura del redondo,

extracción de útero. Cierre de peritoneo, colporrafia anterior y posterior, colposuspensión. Revisión de hemostasia, retiro de instrumental

Paciente queda con indicaciones postcirugía con ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas, ceftriaxona 1gr EV cada 12 horas, sonda Foley que se debe retirar al día siguiente, tapón vaginal igualmente retirar al día siguiente, control de sangrado vaginal y control de funciones vitales

Caso clínico 2

Paciente mujer de 20 años ingresa por emergencia el 11/02/2023 al servicio de ginecología y obstetricia refiriendo que desde hace 6 días presenta sangrado vaginal en regular cantidad que asocia a periodos menstruales. Un día antes del ingreso se agrega dolor pélvico tipo cólico intenso EVA 8/10 por lo que acude al nosocomio.

Antecedentes:

Patológicos: niega UPAP:2022 (negativo)

Quirúrgicos: Niega FURS:30/01/2023

Ginecológicos: FUR (24/12/22) IRS:17 años NPS: 3

G1P0010 Menarquia: 12 años

Métodos anticonceptivos: Niega RC: 5-6/28

Al examen físico preferencial el abdomen tiene ruidos hidroaéreos, está blando depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, a la especulocopia no hay sangrado activo, orificio cervical externo entreabierto.

Al tacto vaginal: Orificio entreabierto, útero aproximadamente 9 cm AP, no dolor a la movilización de cérvix. Se le toma beta HCG con un resultado de 1145.

Impresión diagnóstica: Gestación de 7ss por FUR, a descartar aborto incompleto

Plan: Hospitalización, prequirúrgicos, ecografía transvaginal

Paciente ya hospitalizada, se le indica que se saque una ecografía transvaginal fuera del hospital debido a que no se cuenta con el equipo médico para la realización del examen, el informe refiere que la línea endometrial es de 10mm, habiéndose completado todos los exámenes correspondientes sin ninguna

alteración es sometida a una exploración pélvica bajo anestesia más un legrado uterino por un aborto incompleto. Paciente pasa a sala de recuperación por 6 horas con las indicaciones de control de sangrado vaginal, ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas, más control de funciones vitales.

Ultima rotación del internado en el Hospital Nacional Dos de Mayo que comenzó el 16 de diciembre, culminando el 28 de febrero de 2023, en esta nos permitieron ser parte de varias especialidades como Ginecología, Obstetricia, Ginecología Oncológica, Reproducción. En el que acudimos a los servicios de hospitalización, Centro Obstétrico, consultorio externo. Asimismo, teniendo las facilidades de entrar a sala de operaciones en las diversas especialidades que fueron de ayuda para nuestro aprendizaje

Caso clínico 3

Paciente de 38 años acude a emergencia de Ginecología y Obstetricia refiriendo gestación de 12ss con sangrado vaginal de regular cantidad que comenzó hace 14 horas antes del ingreso, asociado a dolor abdominal localizado en hipogastrio de intensidad 7/10. Niega SAT, niega náuseas y vómitos, niega otras molestias. PA: 110/60 FC: 67 FR: 17 T: 36.7 SAT: 97 %

Antecedentes

Antecedentes ginecológicos y obstétricos

G7P5015

G1: PV AT 3300gr en el año 2001

G2: PV AT 3500gr en el año 2004

G3: PV AT 3300gr en el año 2006

G4: Cesárea AT 2012 en el año 2012

G5: Cesárea AT 3300gr en el año 2016

G6: Aborto en el año 2022 con tratamiento médico

G7: Actual

FUR: 22/10/22

Uso de MAC: Niega

Intervenciones quirúrgicas anteriores: Cesáreas 2012 y 2016

Antecedentes patológicos:

Personales: Niega

Familiares: Niega

Examen físico

Piel y faneras: Tibia/hidratada/elástica, llenado capilar menor a 2seg

Mamas: Blandas, no secretoras

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales

Genitales externos: No sangrado vaginal

Especuloscopia: Huella de sangrado vaginal por OCI

Tacto vaginal: OCI y OCE abiertos

Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15

Diagnósticos presuntivos

D/C aborto incompleto

Cesárea anterior 2 veces

Plan de trabajo

Se solicita ECO TV

Exámenes de laboratorio: bHCG, Hemograma, urea, creatinina, glucosa, perfil de coagulación, examen de orina

Reevaluación

En la ecografía TV: se encuentra un útero de L: 89mm, T: 38mm, AP: 48mm, un endometrio heterogéneo 14mm, anexo derecho: OD 27x16mm, anexo izquierdo: OI: 26x17mm, con presencia de cuerpo lúteo. Fondo de saco de Douglas libre. Con diagnóstico: Endometrio heterogéneo: Aborto incompleto.

Con resultados de laboratorio: Hemoglobina: 8,20, Hto: 25,20, Leucocitos: 6660, Aba:0, Seg: 4109, Plaquetas: 256000, Urea: 24,9, Crea: 0,57, Glucosa: 106,6, bHCG: 2030,70, INR: 1,02, TP: 13,9. Con examen de orina no patológico.

Paciente acude a centro obstétrico donde es reevaluado con tratamiento en NPO, hidratación con NaCl 0.9 % 1000cc con xxx gotas, CFV y CSV. Y es programado para la realización de un AMEU

En el informe operatorio AMEU se evidencia: genitales externos: huellas de sangrado vaginal escaso, cérvix epitelizado: orificios cervicales abiertos, útero AVF 8cm, contenido endouterino de aspecto coriodecidual organizado 10cc sin mal olor, sangrado aproximadamente 10cc, anexos normales.

Plan:

NPO por 2 horas

Doxiciclina 100mg VO cada 12 horas

Reevaluación en 2 horas

Evaluación post- 2 horas: Paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, ventilando espontáneamente, con dolor leve en hipogastrio, con evolución favorable. Motivo por el cual, se da de alta a la paciente con antibioticoterapia más indicaciones.

Caso clínico 4:

Paciente, mujer de 19 años acude a emergencia con 41 semanas de gestación y por presentar cefalea de moderada intensidad 7/10 asociada a edemas. Además, refiere presentar contracciones uterinas esporádicas, percibe movimientos fetales. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido.

Sus funciones vitales al ingreso fueron

PA: 140/90 FC: 86 FR:18 SAT: 97 %

Antecedentes

Antecedentes ginecológicos:

G1 P0000

FUR: 22/03/22

MAC: Inyectables de 1 mes hasta noviembre del 2021

Intervenciones quirúrgicas: Niega

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Al examen físico

Abdomen: Globuloso, ocupado por útero grávido. Altura uterina de 35cm. Feto en cefálico, longitudinal, izquierdo. Latidos cardiacos fetales 130 por minutos.

Genitales externos: No se evidencia sangrado, no perdida de liquido

TV: Cérvix posterior, largo, cerrado Dilatación: 0cm. Incorporación: 0 %. Altura de presentación: -3.

Diagnósticos presuntivos

Primigesta de 40ss 6/7 x Eco I

No trabajo de parto

THE: D/C Preeclampsia

Plan de trabajo

Se solicita Test No Estresante

Hemograma, Perfil de coagulación, urea, creatinina, DHL, perfil hepático, proteinuria.

Pase a centro obstétrico para evaluación con resultados

Reevaluación

El NST sale reactivo con 9/10 puntos, Hemoglobina: 10,7, Hto: 32.3 %, Plaquetas: 98000, Leucocitos: 9060, TP: 12.5, TTPA: 35,2, BT: 0.71, BI: 0,64, BD: 0,07, TGO: 24,6, TGP: 14,66, Ácido úrico: 5,52, Urea: 31,6, Crea: 0,64, DHL: 221, Proteinuria semicuantitativa: 91,30. Posterior a la obtención de los resultados, se hace el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad debido a la plaquetopenia que presentaba y se le prepara para entrar a una cesárea de emergencia con estricto control de la presión arterial, teniendo presiones similares hasta al ingreso a SOP.

Paciente ingresa a sala de operaciones para una cesárea segmentaria transversa primaria, el RN nace con peso: 3847gr, talla: 51, PC:37cm, Pt: 36cm, EG: 41ss AEG, APGAR: 9/9 y acude a unidad de recuperación postanestésica, se prescribe metildopa para controlar la presión arterial.

Paciente es reevaluada a las 2 horas post-SOP:

Refiere presentar leve dolor en herida operatoria, niega cefalea, tinnitus, escotomas y epigastralgia.

Funciones vitales al momento de la evaluación

PA: 120/80 FC: 74 FR: 17 SAT: 97 %

Al examen físico preferencial:

Mamas: Blandas, secretoras de calostro

Abdomen: Blando/depresible, dolor leve a la palpación profunda en hipogastrio, no signos peritoneales. Útero palpable, contraído a 15cm de la cicatriz umbilical. Herida operatoria cubierta por apósito limpio y seco.

Genitales externos: loquios hemático-escasos, sin mal olor

Sistema nervioso central: LOTEPE, Glasgow 15/15

Paciente en evolución favorable, es pasada a hospitalización, donde no volvió a presentar presiones arteriales elevadas, ni síntomas asociados a preeclampsia, con control de exámenes de laboratorio donde se normalizaron sus plaquetas

con valor de 173000 plaquetas por microlitro, es dada de alta luego de las 48 horas pasada su cesárea.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se realizó en el hospital militar central que fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958, durante el gobierno del presidente Manuel Prado, fue remodelado y ampliado en 1974. De igual manera, se realizó en el hospital Nacional Dos de Mayo con orígenes en su creación en el año 1538 que funcionaba como una institución llamada Hospital Nuestra Señora de Concepción que fue el primer hospital en el Perú, debido a las demandas de la población en 1875 empieza a funcionar el hospital Nacional Dos de Mayo.

Cuentan con las más completas unidades de atención y equipamiento de alta tecnología, ambos están catalogados como un hospital de categoría III-1 (Nivel III de complejidad y Nivel 1 de atención).

Se ubican en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima y al frente del parque Historia de la Medicina Peruana, av. Miguel Grau 13 en el distrito de Cercado de Lima, respectivamente.

Cabe precisar que el Hospital Nacional Dos de Mayo, es un centro histórico para la ciudad de Lima y el desarrollo médico debido a que pasaron grandes médicos, siendo uno de los más representativos Daniel Alcides Carrión considerado héroe nacional y mártir de la medicina peruana al inocularse sangre infectada para investigar la relación de la fiebre de la Oroya y la verruga peruana, hecho ocurrido en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Actualmente, dentro de los servicios que brinda, cuenta con modernas instalaciones para tratamiento, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y cuidado de pacientes post operatorio, así como Unidad de Cuidados Intensivos polivalentes y coronarias. El desarrollo tecnológico ha servido de incentivo para la adquisición de los más modernos equipos médicos en medicina nuclear como es la cámara Gamma en el caso del Hospital Militar Central, que permite obtener imágenes funcionales del cerebro y detectar el diagnóstico de enfermedades tales como Alzheimer, demencia vascular, multiinfarto, depresión, infarto cerebral, entre otros.

Dentro de la función del interno de medicina están la evaluación constante del proceso largo de recuperación de los pacientes hospitalizados, agilizar exámenes, realizar pequeños procedimientos bajo la supervisión del asistente encargado como, por ejemplo, suturar, sacar AGA (análisis de gases arteriales), colocar sondas Foley, vías, sondas orogástricas, etc, además de la parte administrativa como llenar altas, derivar pacientes, recetas entre otros trámites.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Caso clínico 1 en Medicina Interna

El linfoma se divide en dos categorías principales: linfoma de Hodking y linfoma no Hodking. El linfoma de células del manto es uno de aproximadamente 70 subtipos diferentes de primero. La mayoría de los tipos de linfoma de células del manto se originan en la zona del manto, en el interior de un ganglio linfático. Se estimó que habría unos 72 240 casos nuevos de linfoma no Hodking diagnosticados en los Estados Unidos en 2017. Los pacientes con linfoma de células del manto representan aproximadamente el 4 por ciento de todos los pacientes y aproximadamente el 6 por ciento de todos los casos nuevos de linfoma no Hodking en los Estados Unidos (2).

El caso clínico, nos presenta a un paciente que viene con pérdida de apetito asociado a pérdida de peso con fiebre y sudoraciones nocturnas que nos induce a pensar en síntomas B, agregándose una sensación de masa abdominal 1 año antes del ingreso que aumentaba de volumen en forma progresiva. Por la cual, el primer diagnóstico que se plantea es de un Síndrome linfoproliferativo. Posterior, a la realización de análisis, observamos como el de aspirado de medula ósea la presencia de 19.91 % de células linfoides B maduras patológicas con restricción a la cadena ligera kappa, en la que se sugería el estudio de la ciclina D1 para definir el proceso neoplásico. Esta es una proteína que estimula la proliferación celular, asimismo la sobreexpresión del factor de transcripción denominado SOX11 se observa en casi todos los casos de linfoma de células del manto. En la inmunohistoquímica, las células neoplásicas son positivas para CD20, ciclina D1, SOX11, BCL2, Ki67 y son negativas para CD5, CD3 y P53. En el proceso de la hospitalización, el paciente recibió 3 quimioterapias, siendo dosado con los marcadores para el síndrome de lisis tumoral, que es un cuadro clínico producido por la liberación de productos intracelulares hacia la circulación sistémica, en el cual en todos los marcadores no tuvieron ninguna alteración. Dentro estos marcadores tenemos ácido úrico, calcio, potasio, fósforo. Paciente responde favorablemente con tratamiento de quimioterapia y es dado de alta, con controles posteriores y continuación de tratamiento por forma ambulatoria.

Caso clínico 2 en Medicina Interna

El síndrome de Weber es uno de tallo cerebral caracterizado por parálisis ipsilateral del nervio motor ocular común (tercer par craneal) con hemiplejía alterna causada por una lesión intrínseca o extrínseca del mesencéfalo. La etiología más frecuente es de origen vascular isquémico por la oclusión de la arteria cerebral posterior o sus ramas peduncular e interpeduncular, frecuentemente debido a una oclusión embólica (3).

En el caso presentado, el paciente acude a emergencia refiriendo diplopía en el ojo derecho asociado a debilidad braquio crural contralateral. En el examen físico neurológico se observó pupilas anisocóricas con midriasis en el ojo derecho, juntamente con paresia de los rectos superior e interno. En la prueba de índice nariz izquierdo se encuentra lentitud por debilidad, prueba talón rodilla derecha sin alteración. Presenta signo de babinski positivo del lado izquierdo, así como los sucedáneos de babinski como oppenheim, schaffer y chaddock.

El paciente ha desarrollado un desorden vascular oclusivo que compromete al III par craneal derecho constituyendo a un síndrome alterno de Webber por un infarto lacunar mesencefálico. Con hallazgos de lesiones focales en la resonancia magnética ubicadas en el pedúnculo cerebral derecho de 11x7mm.

Existen otros síndromes alternos con localizaciones diferentes como a nivel del puente con vía corticoespinal contralateral afectada, en ellas se encuentran el Síndrome de Millard Gubler y el de Raymond, si se ve afectado a nivel del bulbo se encuentran el Síndrome Dejerine o el de Wallenberg. No obstante, el de Weber no es el único que representa como localización afectada el mesencéfalo, también se encuentran el de Claude y el de Benedikt.

Así mismo, la etiología isquémica es la que está más frecuentemente asociada a este síndrome, sin embargo, la hemorragia espontánea del mesencéfalo puede presentarse en forma de un evento agudo, subagudo o crónico causando patología oftalmológica como sintomatología principal (4).

Caso clínico 3 en Medicina Interna

La diabetes *mellitus* (DM) es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina(5). Dentro de las complicaciones

metabólicas tenemos al estado hiperosmolar hiperglucémico y la cetoacidosis diabética y esta última es una de las más serias complicaciones metabólicas agudas de la diabetes *mellitus* causada por un déficit relativo o absoluto de insulina, y un incremento concomitante de las hormonas contrainsulares. Se caracteriza por un marcado disturbio catabólico en el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos, presentándose clásicamente con la tríada: hiperglicemia, cetosis y acidosis(6).

El caso narra el ingreso de un varón de 58 años que dejó hace 4 semanas su tratamiento para diabetes, dos semanas antes de su ingreso refirió debilidad, malestar general, aumento de sed y aumento de volumen de orina, un día antes de su ingreso sintió que se “desvanecía” acompañado de náuseas y boca seca, como el paciente es usuario de metformina y sitagliptina se sospechó de diabetes descompensada además que los síntomas eran compatibles con la enfermedad. Se procedió a realizarle exámenes auxiliares donde se observó glucosa: 441, Ph 7.2 y HCO₃: 7.8, cetonas +1 en tira reactiva de orina, valores compatibles con cetoacidosis diabética, complicación más frecuente de diabetes *mellitus* tipo 1 algo curioso porque tiene el diagnóstico de tipo 2 y la complicación más frecuente en este caso es el estado hiperosmolar hiperglucémico. Se procedió a aplicarle infusión de insulina 100UI en 200ml de NaCl según la ADA si la hiperglicemia se encuentre en más de 220mg/dl se administra entre 2 – 4 UI/h y en caso de cetoacidosis diabética 0.1 UI/kg/hora, se pasó el medicamento por 30 minutos debido a que cada unidad de insulina rápida disminuye 50mg/dl y el paciente pesaba 90kg, una vez estabilizado fue trasladado a piso, se le realizó interconsulta con endocrinología donde el médico le indica tratamiento insulinoterapia dándole de alta después de unos días(7).

Caso clínico 4 en Medicina Interna

La pancreatitis es un proceso inflamatorio agudo del tejido pancreático que puede comprometer tejido peri pancreático y órganos a distancia(8).

Dentro de las causas de pancreatitis aguda son diversas, dentro de la mayoría de los casos tenemos la litiasis que representa aproximadamente entre el 40 a 70 %, entre un 25 a 30 % está relacionada al consumo crónico de alcohol, también existe casos en los que no se encuentre origen y se les conoce como idiopática(9). En el caso del paciente se le llega a diagnosticar pancreatitis aguda

de etiología más común que es la litiasica ya que se le realizó una ecografía abdominal donde se observa barro biliar, microlitisis además de tener valores de enzimáticos elevados 3 veces por encima de su valor normal de amilasa, lipasa y tener una clínica clásica que es el dolor en epigastrio que se irradia en la espalda conocida como en cinturón.

En el caso del dolor es atribuido a inflamación pancreática a menudo se irradia al tórax o a los flancos, y causa espasmos reflejos de la musculatura de la espalda, que aparecen como consecuencia de la convergencia del sistema nervioso somático con aferentes viscerales en el asta medular dorsal(10). Por ese motivo, el paciente recibió intervención analgésica basada en la administración IV de AINES y opioides. Adicionalmente también existen intervenciones analgésicas de mayor complejidad o invasivas como es el caso del bloqueo peridural lumbotorácico. Para evaluar el pronóstico en el paciente se le pidió una tomografía y poder hacer el score Balthazar que clasifican la pancreatitis aguda en cinco grados (A-B-C-D-E) en función del tamaño, contorno, densidad y existencia de enfermedad inflamatoria peripancreática con o sin la presencia de una o más colecciones liquidas. El índice de severidad de la tomografía combina los criterios de Balthazar con el porcentaje de necrosis de la glándula pancreática, se clasifico según el porcentaje de la glándula afecta en 3 grupos: 1) Menor al 30 % 2) Menor al 50 % 3) Mayor o igual al 50 %, se asignó un puntaje a cada grado de la clasificación clásica y a cada grupo de necrosis, estos se suman obteniéndose el índice de severidad en tomografía que se clasifica en bajo (0 a 3puntos), medio(4 a 6 puntos), alto(7 a 10 puntos)(11). En el caso del paciente obtuvo un Balthazar C ya que el páncreas era anormal con inflamación peripancreática con una puntuación de 2 y en el índice de necrosis 0 % equivalente a una puntuación 0; sumando sale un total de 2 puntos dando un índice de severidad bajo, debido a que el cuadro no era de riesgo se procedió a canalizar una vía e hidratar al paciente además de monitorizarlo hemodinámicamente, también se le indicó nutrición enteral (vía) porque la literatura menciona que los 3 o 4 primeros días mejora el balance nitrogenado y disminuye la paciente también recibió omeprazol 20mg EV c/24 h x 9 días, tramadol 100mg/2ml EV C/24h x 5 días y el tratamiento para sus enfermedades de base, después de observa una mejoría en 9 días se le indicó el alta con indicaciones médicas y reevaluación por gastroenterología.

Caso 1 en Cirugía General

La lesión de la vía biliar es una complicación de una cirugía biliar en donde su incidencia mundial es relativamente baja presentando entre 0.1 % hasta 0.5 %. Siendo más frecuente en las colecistectomías laparoscópicas que en las abiertas. Se define como una obstrucción parcial o total de la vía biliar principal o de conductos aberrantes que drenan un sector o segmento hepático(12). Existen varias clasificaciones para distinguir la localización de las lesiones de la vía biliar siendo las más usadas las de Strasberg, Bismuth o Wherry. En cuanto la clasificación de Bismuth lo divide en V estadios; siendo el I lesión más de 2cm de la confluencia de los conductos hepáticos, el II lesión a menos de 2cm de la confluencia de los conductos hepáticos, el III lesión que coincide con la confluencia de los conductos hepáticos, el IV destrucción de la confluencia, conducto hepático derecho e izquierdo separado, el V compromiso solo de la rama sectorial derecha o en el colédoco. En cuanto la clasificación de Strasberg toma la de Bismuth para la subdivisión de E1-E5, en cuanto la de tipo A: fuga del muñón del conducto cístico o fuga del canalículo en el lecho hepático, el B: Oclusión de una parte del árbol biliar, C: Transección sin ligadura del conducto hepático derecho aberrante, D: Daño lateral a un conducto hepático común.

En el caso de la paciente, tuvo antecedente de hace 6 días postoperada de una Colelap convertida, llegó al servicio de cirugía por presentar dolor abdominal localizado preferentemente en el cuadrante superior derecho asociado a ictericia. Se puede ver en los exámenes de laboratorio un perfil hepático alterado con fosfatasa alcalina y GGT elevados, asimismo, los marcadores hepáticos TGO y TGP elevados. En la tomografía, nos orientaba un diagnóstico probable de lesión de vías biliares E2: con lesión circunferencial a menos de 2cm del hilio. En el diagnóstico postoperatorio: Peritonitis biliar generalizada + biliorrafia del conducto hepático derecho y lecho vesicular hepático por lesión vía biliar E2

Las complicaciones más frecuentes que pueden sufrir estos pacientes son estenosis de la vía biliar, fugas biliares, colangitis, peritonitis y fistulas. La cirugía de elección es la hepaticoyeyunostomía siendo el método más utilizado y el más seguro dependiendo donde está localizada la lesión, realizándole una anastomosis latero-lateral para la mejor preservación de la vascularidad, recomendado siendo en la porción extrahepática del conducto hepático

izquierdo(13).

Caso 2 en Cirugía General

La clínica de los pacientes que presentan hidatidosis va a ser variada dependiendo del órgano en que se verá afectado. Por ejemplo, en el caso clínico tenemos a una paciente que previamente había presentado una hidatidosis pulmonar por lo que fue tratado quirúrgicamente con una parasitometomía pulmonar de lóbulo superior izquierdo + resección en cuña de lóbulo superior izquierdo. Posteriormente, acudió al servicio de Cirugía, presentando dolor abdominal inespecífico localizado preferentemente en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos ocasionales. Asimismo, se puede presentar fiebre, masa palpable, ictericia, tos, hemoptisis. Otro porcentaje de pacientes pueden ser asintomáticos y son diagnosticados por esta patología accidentalmente por algún examen imagenológico. Aproximadamente el 90 % se va a encontrar localizado en el pulmón y en el hígado.

El diagnóstico de la hidatidosis se basa en los antecedentes epidemiológicos, el examen físico, el diagnóstico por imágenes y las pruebas serológicas. Se debería sospechar hidatidosis ante la presencia de una masa quística, especialmente ubicada en el abdomen o tórax, asociada a antecedentes epidemiológicos(14).

En el caso de hidatidosis hepática, el método de elección será la ecografía y según las características ecográficas entrará de acuerdo con una clasificación de la OMS de las etapas evolutivas del quiste. Se va a dividir en 5 clasificaciones siendo la primera de ellas CE1 correspondiente a quiste hialino, CE2 multivesicular, CE3 membrana desprendida, CE4 quiste heterogéneo, CE5 quiste calcificado. En el caso presentando, ecográficamente se observaba una imagen quística correspondiente a CE3, aunque en el postoperatorio se clasificó como un CE4 que correspondía al segmento VI y VII.

El tratamiento va a depender del tamaño del quiste, del tipo de clasificación que se encuentre y si el paciente se encuentra sintomático o asintomático. CE1 y CE2 son quistes en estado activo, el CE3 se encuentra en estado de transición y el CE4 más el CE5 son estados de quiste inactivos. Por lo que se realizó un estrechamiento de quiste hidatídico + DPN.

Caso 3 en Cirugía General

La fístula es una comunicación anormal entre dos superficies epiteliales. En la fístula perianal existe una comunicación (trayecto fistuloso) entre algún punto del canal anal (orificio fistuloso interno) y la piel que rodea el ano (orificio fistuloso externo). Cuando existe un único orificio fistuloso se denomina sinus. La mayoría de las fístulas de ano son consecuencia de la abertura espontánea o quirúrgica de un absceso. Más raramente son secundarias a otras enfermedades con patrón fistulizante, como la enfermedad de Crohn o enfermedades granulomatosas(15).

En el presente caso, el paciente se realiza los exámenes preoperatorios para que lo intervengan quirúrgicamente, pero por los problemas coyunturales producto del COVID-19, en el año 2020, no llegó a ser operado, así que trató la enfermedad de forma incorrecta hincando la tumoración, limpiándolo con alcohol, sin usar guantes incrementando el riesgo de infección por no respetar el procedimiento de asepsia.

Al ingreso al hospital en lo que es el examen físico se encuentra un orificio fistuloso con signos de flogosis y supuración purulenta por lo que se procede a drenarlo y posteriormente dar antibiòticoterapia de amplio espectro EV ciprofloxacino c/12h x 7 días, metronidazol 500mg c/8h x 7 días para que ingrese a sala de operaciones.

El procedimiento de elección fue la fistulotomía, este tiene casi el mismo porcentaje de recidiva que la fistulectomía, pero el tiempo de cicatrización es más breve con la primera y al lesionar menos fibras esfinterianas ocasiona un menor número de incontinencias; según la bibliografía la más frecuente es la perianal, pero en el hallazgo quirúrgico se encontró una fístula interesfinteriana (16).

Posterior a la intervención quirúrgica se le dio tratamiento antibiòtico y analgésico más control de funciones vitales por 2 días, fue dado de alta asintomático y con indicaciones.

Caso 4 en Cirugía General

Por definición, una hernia es una protrusión de un órgano u otra estructura anatómica a través de la pared del tronco que normalmente lo contiene. Las hernias de la región inguinal se pueden clasificar en inguinales (directas o indirectas) y femorales(17).

En el caso que se describe, el paciente comenzó tener un leve dolor en la región inguinal izquierda y a la palpación sintió una masa pequeña, síntomas clásicos de una hernia inguinal, con la sospecha de la enfermedad se procedió a la comprobación de la existencia de protrusión a nivel inguinal mediante la aplicación de maniobras de esfuerzo abdominal y toser (maniobra de Valsalva) y flujometría doppler, obteniendo así una impresión diagnóstica de hernia inguinal izquierda(18).

El paciente contaba con antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2 motivo por el cual recibió metformina 850mg 1 tab c/12h, atorvastatina 20mg 1 tab c/24h y ciprofibrato 100mg 1 tab c/24h, una vez que el paciente fue evaluado prequirúrgicamente ingreso a sala, el procedimiento que se le realizó fue la hernioplastia laparoscópica cirugía indicada por las ventajas que ofrece, además de las propias de los procedimientos laparoscópicos y la excelente visión de la cara posterior de la pared abdominal que se obtiene, ofreciendo la posibilidad de utilizar dicho plano para una reparación más anatómica, con menos necesidad de fijación de la malla, y menos trauma tisular en lo que a herida respecta, con la consiguiente mejora en cuanto a dolor postoperatorio(19).En los hallazgos quirúrgicos se encontró un defecto herniario de 3 x 2 cm en región inguinal izquierda directa, la cirugía no tuvo complicaciones y se le dio de alta a las 24 horas citado por consultorio externo e indicaciones.

I.5. Rotación en Ginecología

Caso 1 en Ginecología y Obstetricia

El prolapso uterovaginal o distopia genital es el descenso de un órgano (útero, vejiga, intestino y el recto) a través del canal vaginal, debido a un relajamiento de las estructuras de soporte del suelo pelviano(20). Esta enfermedad está íntimamente asociada a la multiparidad, factor de riesgo que no contaba la paciente, pero si tenía obesidad grado 1.

La paciente refiere que hace un 1 año tiene sensación de bulto en zona genital y hace 8 meses se exacerbó la molestia además de que se agrega la pérdida de orina de manera involuntaria, el diagnóstico de POP (prolapso de órganos pélvicos), es estrictamente clínico mediante maniobra de Valsalva y especuloscopia; sin embargo, existe la posibilidad de utilizar resonancia magnética nuclear, la clasificación de esta patología va del 1 al 4 siendo esta última un prolapso total, particularmente en este caso no fue necesario la especuloscopia y menos el uso de RMN debido a que la paciente tenía un prolapso de grado 4(21). Ingresó a sala operatoria, el procedimiento que le realizaron fue histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior, debido al menor porcentaje de recidiva y complicaciones además del beneficio de la reducción del riesgo de desarrollo de cáncer de ovario, enfermedad presente en los antecedentes familiares de la paciente(22). Después del procedimiento fue dada de alta con indicaciones médicas.

Caso 2 en Ginecología y Obstetricia

El aborto es la interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr o una longitud cráneo caudal menor de 25cm(23) Paciente acude a emergencia el 11/02/2023, porque desde hace 6 días tuvo sangrado vaginal en regular cantidad y un día antes se agregó dolor pélvico tipo cólico intenso motivo por el cual acude al nosocomio, debido a que la paciente refiere que su FUR fue el 30/01/2023 se sospechó que esta o estaba embarazada de 7ss, se procedió a realizar la especuloscopia hallando el orificio cervical externo entreabierto por lo cual podríamos estar frente a un aborto consumado o aborto en curso, este último, lamentablemente, podría durar hasta 3 o 4 semanas, también se procedió a dosar beta HCG, hormona que se sintetiza en los tejidos embrionarios por lo tanto se eleva en la gestación, la literatura menciona que una vez producido el alumbramiento o caso contrario una pérdida (aborto, óbito, rotura uterina, etc.) esta disminuye sus valores pasado las tres o cuatro semanas(24).El diagnóstico definitivo de aborto consumado se realiza con ecografía transvaginal donde se observa la ausencia de latidos cardíacos fetales y no se visualiza el embrión o

feto, además se puede observar la línea endometrial si es menor 5mm el diagnóstico es aborto completo pero si es de mayor de 15mm es indicativo de incompleto, en el presente caso el informe de ecografía menciona que la línea endometrial es de 10mm, últimos estudios mencionan que si la línea endometrial es menor de 10mm es muy probable que no exista presencia de vellosidades coriales; por lo tanto, no se necesitaría un procedimiento para retirar restos del aborto, pero se optó por proceder a realizarle un legrado pese a que la literatura indica que el tratamiento en caso de tener un aborto incompleto menor de 12ss sería el AMEU (aspiración manual endouterina) debido a que el legrado es un procedimiento más traumático, que en algunos casos puede provocar sinequias (síndrome de Asherman) por eso mismo se prefiere una aspiración, se decide usar el procedimiento de legrado por razones de que en el HMC no se cuenta con el equipo de AMEU(25).

Caso 3 en Ginecología y Obstetricia

El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal(26). Otra definición es la Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr(23).

Existen distintos tipos de aborto que va a depender si el OCI se encuentra cerrado como las amenazas de aborto o aborto frustrado; si el OCI se encuentra abierto con rotura de membrana como el aborto inevitable o sin ruptura de membrana como el aborto inminente, también debemos observar si existe eliminación total del contenido uterino como el aborto completo o eliminación parcial del contenido uterino como el aborto incompleto.

El aborto será frecuentemente asociado a malformaciones genéticas, luego es producto de infecciones sistémicas o por deficiencia hormonal. Existen factores de riesgo asociado, como en nuestro caso que nos presentan a una gestante añosa mayor de 35 años, gran múltipara en su embarazo actual número 7.

Presenta al ingreso sangrado vaginal asociado a dolor en hipogastrio, en donde ya lo catalogamos como hemorragia del I trimestre, en donde se encuentran otras patologías tales como embarazo ectópico, mola hidatiforme, rotura uterina, cuerpo lúteo hemorrágico.

Al examen físico, la paciente presenta a la especuloscopia OCI dilatado con sangrado escaso, por lo que se le realiza una ecografía TV que se observa un endometrio heterogéneo de 14mm, que nos hace pensar que aún existen restos y nos acerca al diagnóstico de aborto incompleto.

En el examen de laboratorio, presentó bHCG 2030, con Hg:8,20, por lo que podríamos agregarle al diagnóstico anemia moderada, con resto de exámenes en valores normales. Es una gestante de 12ss x FUR, con plan de realización de AMEU que por tamaño del útero acorde a la edad gestacional que presenta y su estado hemodinámico se recomienda su utilización. Paciente es reevaluada 2 horas post-AMEU, en evolución favorable por lo que es dada de alta del servicio.

Caso 4 en Ginecología y Obstetricia

Existen 4 tipos de clasificaciones que están dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo: hipertensión gestacional, preeclampsia, hipertensión crónica y la hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida. Para poder hacer el diagnóstico de una gestante hipertensa primero tenemos que saber la definición de ella, en que consiste, gestante a quien se le haya encontrado la PA sistólica mayor a 140 mmHg y/o la diastólica mayor o igual a 90 mmHg, tomado por lo menos en 2 oportunidades con un intervalo mínimo de 4 horas(27).

La preeclampsia se define como trastorno del embarazo que se presenta luego de la semana 20, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria. En ausencia de proteinuria, puede ser diagnosticada con otros criterios como: trombocitopenia, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar, disturbios visuales y cerebrales.

También existe una clasificación de la preeclampsia que se divide en sin signos de severidad y con signos de severidad. En el caso que presentamos nuestra paciente tiene el diagnóstico con signos de severidad porque cumple con la definición de gestante hipertensa con edad gestacional mayor de las 20 semanas y que presenta proteinuria semicuantitativa positiva que se encuentra mayor a 30 mg, además de estar asociado a trombocitopenia menor a 100,000 mm³, que es uno de los criterios de severidad.

Otros criterios de severidad son la presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg y la diastólica mayor o igual a 110 mmHg, deterioro de la función hepática con el TGO aumentado mayor de 3 veces su valor normal, creatinina mayor a 1,1 mg/dl, edema pulmonar y trastornos visuales y cerebrales.

Por lo que el plan es la culminación del embarazo, teniendo una mejoría clínica post-SOP. Con normalización de la plaquetopenia y con control de la presión arterial con metildopa que se indica como tratamiento de primera línea, logrando mantenerlo en rangos adecuados.

I.6 Rotación en Pediatría

Caso 1 en Pediatría

La gastroenteritis aguda (GEA) infecciosa es una patología frecuente y de alto impacto, especialmente en niños menores de cinco años y adultos mayores. En nuestro medio, la causa más frecuente es viral (rotavirus y norovirus) seguido de *Salmonella*, *Shigella*, *E. Coli diarreogénicas* y *Campylobacter*(28).

El caso clínico narra el ingreso de un niño de 1 año por presentar 3 días de diarrea y vómito, se le realizaron diversos exámenes: reacción inflamatoria en heces, PCR y hemograma, donde no tuvieron hallazgos significativos, con estos exámenes se llega al diagnóstico de diarrea aguda infecciosa, la etiología de esta patología es causada en un 70 – 90 % por virus y con menor frecuencia (20 – 10%) por bacterias y en menor porcentaje (5 %) por parásitos tales como *cryptosporidium*, guardia y *E. Histolytica*, siendo la etiología bacteriana más frecuente en países de bajo y medianos ingresos, mientras que la etiología viral es más frecuente en países de altos ingresos. El diagnóstico se obtiene a través de una anamnesis adecuada y un examen físico completo, se explora los síntomas, signos y se determina el grado de deshidratación, en la descripción del caso le realizaron diferentes exámenes complementarios siempre pensando en la posibilidad de una etiología bacteriana, pese a tener resultados negativos se procedió a darle antibioticoterapia una práctica muy frecuente de parte del personal médico en el diagnóstico de gastroenteritis, Los pacientes que presentan algún grado de deshidratación deben recibir terapia de rehidratación con solución de SRO siguiendo el plan B y el paciente debe ser reevaluado permanentemente por el lapso de dos horas, por tener una edad de 1 año y un

peso de 8kg según la “guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico” se procedió aplicarle 800ml de suero fisiológico en 4 horas además de ondasetrón 1.3mg PRN condicional a vómitos, después de eso al cabo del tratamiento antibiótico y mejoría se le dio la (29)alta sin ninguna sintomatología(29).

Caso 2 en Pediatría

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad frecuente en todas las edades. Los agentes “atípicos” *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae* y *Legionella pneumophila* constituyen un grupo de bacterias con características microbiológicas y clínicas particulares que se deben conocer para lograr un diagnóstico oportuno y un tratamiento antibiótico adecuado(30).

Paciente ingresa al servicio de pediatría por tener episodios de tos seca, congestión nasal y dos días antes del ingreso expectora flema verdosa, un día antes del ingreso se añade distrés respiratorio con saturación de 93 % y sensación de alza termina no cuantificada, la etiología de la neumonía es muy variada puede ir desde bacterias como el estreptococos beta hemolítico del grupo B, *escherichia coli*, *haemophilus influenzae* hasta virus como influenza A,B; citomegalovirus, rinovirus inclusive en caso especiales como inmunosuprimidos y diabéticos se han aislado hongos como la cándida, los agentes etiológicos varían por la edad. Si bien es cierto no existe un síntoma patognomónico, pero en todos los grupos etarios la presencia de fiebre, taquipnea y tos son sugerentes de neumonía mientras que la hipoxemia es el signo más específico para neumonía, en el presenta caso se sospechó de neumonía atípica debido a la sintomatología compatible como por ejemplo tos seca y en el examen físico no se encontró fiebre, se procedió a realizarle diversos exámenes como PCR, hemograma completo pese a que en la “guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños” se sugiere que en mayores de 28 días y menores de 12 años de edad con sospecha de neumonía, no se recomienda el uso rutinario de exámenes auxiliares de laboratorio para el diagnóstico, tales como hemograma completo, PCR, VSG y procalcitonina debido a que sus resultados y parámetros no tienen mayor significancia después de esto se llegó al diagnóstico de neumonía atípica, el tratamiento aquí consta básicamente del uso de macrolidos como eritromicina,

claritromicina y azitromicina en caso del paciente le dieron azitromicina 500mg 1 tab c/24h x 5 días y además le administraron ceftriaxona 1gr EV c/24h x 3 días, el paciente se recuperó al cabo del término del tratamiento y le dieron de alta sin indicaciones médicas(31).

Caso 3 en Pediatría

La bronquiolitis se define como el primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, procedido de rinitis aguda o catarro por 3 a 5 días en los niños menores a 2 años(32).

Esta patología está asociada comúnmente al virus sincitial respiratorio, con los subgrupos A y B mayormente. Aunque, también puede estar asociado con otras etiologías como el rinovirus, parainfluenza, metapneumovirus, influenza, adenovirus y coronavirus.

En este caso, nos llega una paciente de 11 meses de edad, sin antecedentes de hospitalizaciones previas ni uso de nebulizaciones. Presentado su primer cuadro de sibilancias procedido de un cuadro catarral. Ingresa presentando dificultad respiratoria a la ectoscopia, presentando tirajes subcostales marcados, con espiración prolongada y frecuencia respiratoria aumentada. En el examen físico, se ausculta sibilancias y crepitantes a predominio de hemitórax derecho. Usando el score de severidad de la bronquiolitis aguda tendría 8 puntos con sibilancias en toda la respiración (2), crepitantes en un campo pulmonar (1), con tiraje subcostal (1), relación I/E simétrico (1), FR: 62 (2), FC: 140 (1), por lo que requiero hospitalización, pero sin necesidad de pasar a cuidados intensivos

Según los criterios de internamiento sacado de la Guía clínica de bronquiolitis del Minsa, la paciente tendría dificultad respiratoria como tirajes o taquipnea e inadecuada tolerancia oral a líquidos a favor para hospitalizarse. Para continuar según el flujograma la administración de fluidos orales y/o endovenosos, nebulización con suero fisiológico cada 20 minutos 3 veces al día y aspiración de secreciones a demanda.

Para el tratamiento está recomendado el uso de oxigenoterapia si es que el paciente presenta una saturación menor a 92 de acorde a nivel del mar. Medicaciones como corticoides o uso de broncodilatadores no recomendados por no tener beneficio en esta patología.

En sus exámenes complementarios, mantiene en rangos normales salvo el PCR que se encuentra en 11 mg/dl en su primer día de hospitalización, que fue normalizado al 3 día de ingreso. En su Rx de tórax, podemos observar una complicación frecuente de la bronquiolitis como es la atelectasia. Paciente en su tercer día, con funciones vitales normales con mejoría de su patrón respiratorio sale del alta del servicio de pediatría.

Caso 4 en Pediatría

Las manifestaciones del SARS-CoV-2 en niños son, generalmente, menos frecuentes y graves. Sin embargo, en abril de 2020 surgieron informes en Estados Unidos y Reino Unido, de un cuadro agudo inflamatorio multisistémico en niños que conducía a falla multiorgánica y *shock*. Este cuadro presentaba similitudes con la Enfermedad de Kawasaki (EK) y el Síndrome de *Shock* Tóxico (SST)(33).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como caso a menores de 19 años con fiebre ≥ 3 días, marcadores inflamatorios elevados, evidencia de infección por SARS-CoV-2 y ninguna otra etiología microbiana; con afectación de al menos 2 sistemas: dermatológico (rash, conjuntivitis no exudativa, inflamación mucocutánea), hemodinámico (hipotensión, *shock*), cardíaco (disfunción de miocardio, pericardio, valvular o coronario), hematológico (coagulopatía), digestivo (vómitos, diarrea, dolor abdominal)(33).

En el caso, se nos presenta un paciente de 1 año con 11 meses que acude a emergencia por un cuadro febril persistente asociado a lesiones dérmicas comenzando por el tronco y exacerbando por todo el cuerpo asociado a prurito. Con resultados de laboratorio evidenciándose una bicitopenia con un cuadro anémico + plaquetopenia. Ig G +, Ig M – asociado al COVID-19. Con restos de exámenes de laboratorio negativos. Por lo que tenemos la definición de un paciente menor a 19 años con fiebre que persiste más de 3 días, con marcador inflamatorio elevado, en este caso, el PCR que llegó en el primer día hospitalaria de 211, con hemocultivos y urocultivo negativos, con afectación de 2 sistemas que sería dermatológico y hematológico. Llegó a recibir tratamiento con inmunoglobulina humana 5 % y con evolución favorable.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico emprendió sin ningún problema, el personal de internado comenzaba generalmente sus actividades dependiendo de la rotación en la cual se encontraba a las 7:00 a. m. hasta las 4 p. m., excepto cuando tenían programado guardias con una duración de 12 horas de 7 a. m. a 7 p. m.

CONCLUSIONES

El internado médico es el último segmento de la carrera de medicina humana muy indispensable y fundamental ya que como estudiante y futuro galeno se debe obtener la mayor cantidad de práctica real con los pacientes, en años anteriores solo veíamos teoría sobre todo los 3 primeros de carrera; esto nos permite consolidar todo lo aprendido en los años anteriores sirvió para brindar una atención de calidad en nuestro SERUMS

En la etapa del internado es muy importante saber relacionarse con el personal no solo médico sino administrativo, enfermería y técnico ya que tiene que tomar la función de líder en el equipo para poder hacer un trabajo sistémico, ordenado y así podemos producir un buen ambiente laboral y sobre todo un efecto positivo en la comunidad donde se realice.

Esta pandemia del COVID-19 en general hizo que el internado sea atípico en comparación con años atrás ya que se reforzó el aspecto de uso de medidas preventivas como el EPP (equipo de protección personal) y también el buen lavado de manos fundamental para evitar la propagación del contagio en general de cualquier infección.

El hecho de haber aceptado hacer el internado en una pandemia donde hubo una gran cantidad de fallecidos por problemas en el sistema de salud como la falta de camas, ventiladores entre otros insumos, crea conciencia, compromiso, carácter, valor y da a entender que no toda persona puede llegar a ser médico ya que esta carrera se necesita bastante humanidad y empatía con los pacientes.

RECOMENDACIONES

Principalmente se recomienda a los próximos alumnos que ingresen al internado tener compromiso con el paciente, interés por aprender más, ya que si los asistentes notan todas estas virtudes les van a enseñar con gusto y les van a permitir realizar procedimientos.

Se sugiere poder ampliar el internado por un periodo de 1 año, como era en un inicio, debido a la importancia en cuanto a aprendizaje que tiene sobre el futuro médico y que será aplicado en el SERUMS como en toda su vida profesional. De igual manera, aumentar las actividades académicas que se otorgan dentro del centro hospitalario en todas las rotaciones, ya que enriquece al interno de medicina a nivel teórico y sobre como es el manejo de los pacientes en los diferentes casos que se ha visto para que pueda replicarlos correctamente en los próximos pacientes.

Asimismo, que nuestros tutores en los hospitales tengan una mayor cercanía y que se pueda coincidir con sus guardias porque te facilitan y te enseñan cualquier duda que puedas tener en la rotación.

También sería ideal que en los hospitales existan ambientes adecuados, con buena estructura, y decentes donde se puedan repasar los conocimientos teóricos y descansar luego de una guardia saturada de pacientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. RM-351-2022-MINSA.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
2. FS4S_SP_MCL_Facts_Rev.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.ils.org/sites/default/files/file_assets/FS4S_SP_MCL_Facts_Rev.pdf
3. Serra Valdés MA, Serra Ruíz M, Comas Valdespino R. Infarto isquémico mesencefálico: síndrome de Weber. Rev Cuba Med. septiembre de 2018;57(3):43-9.
4. MarcosMC P, TrinaMC N, KarenMC M, YussepiMC F, Mc FF, Mc PM. Síndrome de Weber hemorrágico: a propósito de un caso. 2012;7.
5. Guia Peruana de Diagnóstico Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2008.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.endocrinoperu.org/sites/default/files/Guia%20Peruana%20de%20Diagn%C3%B3stico%20%20Control%20y%20%20Tratamiento%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus%202008.pdf>
6. CECSATI_-_Cetoacidosis_diabetica.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.sati.org.ar/images/guias/GuiasCapituloEnfermeriaMedioInterno/CECSATI_-_Cetoacidosis_diabetica.pdf
7. La Asociación Americana de la Diabetes Publicó los Estándares de Cuidados para Diabetes para Guiar la Prevención, el Diagnóstico y Tratamiento para Personas con Diabetes | ADA [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://diabetes.org/newsroom/comunicado-de-prensa/2022/La-asociaci%C3%B3n-americana-de-la-diabetes-public%C3%B3-los-est%C3%A1ndares-de-cuidados-para-diabetes-para->

guiar-la-prevenci%C3%B3n-el-diagn%C3%B3stico-y-tratamiento-para-personas-con-diabetes

8. RD-076-2020.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://209.45.95.139/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-076-2020.pdf>
9. RD-351080917.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-351080917.pdf>
10. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda.
11. Schwaner C J, Rivas B F, Cancino N A, Torres R O, Briceño C C, Riquelme P F. Pancreatitis aguda: índice de severidad en TC. evaluación de complicaciones y hospitalización. Rev Chil Radiol [Internet]. 2003 [citado 9 de marzo de 2023];9(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Segovia JR, Barrios Escubilla F, Ruiz M, Segovia JR, Barrios Escubilla F, Ruiz M. Lesión quirúrgica de la vía biliar: experiencia en el Hospital José Ramón Vidal de Corrientes. Rev Argent Cir. diciembre de 2020;112(4):480-9.
13. Ruiz Gómez F, Ramia Ángel JM, García-Parreño Jofré J, Figueras J. Lesiones iatrogénicas de la vía biliar. Cir Esp. 1 de octubre de 2010;88(4):211-21.
14. Pinto G. PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. Rev Chil Cir. enero de 2017;69(1):94-8.
15. Cao IA, Ourense C, Antelo JS, Bouzán RV, Vigo PH, Calvo AP, et al. Manual GGCP de proctología para atención primaria.
16. tsetentaynueve.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tsetentaynueve.pdf>

17. Vacca, Jr. VM. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión. Nurs Ed Esp. marzo de 2018;35(2):26-33.
18. Hernia inguinal: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hernia-inguinal>
19. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. Hernia. febrero de 2018;22(1):1-165.
20. 3319.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3319.pdf>
21. RD_430-2019-HCH-DG.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_430-2019-HCH-DG.pdf
22. Miranda MJ, Romero M, Miralles RM, Flor M de la. Revisión y comentarios del tratamiento quirúrgico del prolapso genital a propósito de una serie de 609 casos clínicos. Clínica E Investig En Ginecol Obstet. 1 de abril de 2014;41(2):71-6.
23. 852_IMP198.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
24. Velázquez N. La hormona gonadotrofina coriónica humana: Una molécula ubicua y versátil. Parte I. Rev Obstet Ginecol Venezuela. junio de 2014;74(2):122-33.
25. Morikone JAS. Para optar el grado académico de maestro en medicina con mención en Ginecología y Obstetricia. 2017;
26. Aborto | Williams. Obstetricia, 24e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100458184>

27. de Lima C. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -.
28. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de mayo de 2014;25(3):463-72.
29. de Lima C. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años - Versión extensa -.
30. Inostroza E, Pinto R. Neumonía por agentes atípicos en niños. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de enero de 2017;28(1):90-6.
31. 4931.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
32. 4930.pdf [Internet]. [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
33. Rivera-Díaz M, Rodríguez-Herrera R. Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 en niños y adolescentes. Rev Latinoam Infectol Pediátrica. 2020;33(3):115-8.