

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
DURANTE EL PERIODO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARTIN DIEGO ALONSO URIBE CHAMOCHUMBI

ASESOR

JOSÉ LUIS QWISTGAARD ESPINAL

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIAS DURANTE EL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN DURANTE EL PERIODO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

MARTIN DIEGO ALONSO URIBE CHAMOCHUMBI

ASESOR

MGTR. JOSÉ LUIS QWISTGAARD ESPINAL

LIMA-PERÚ

2024

JURADO

Presidente: EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ

Miembro: JEFFREE TOVAR ROCA

Miembro: SANDRO YANICK CANO GAMARRA

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	29
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	39
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	41
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	44

DEDICATORIA

A mis padres, amigos y respetados maestros, por su apoyo inquebrantable a lo largo del camino de la medicina. Su aliento fue fundamental en cada paso, me siento afortunado de contar con personas excepcionales en mi vida.

RESUMEN

Este trabajo aborda vivencias, experiencias clínicas y quirúrgicas durante el internado en el 2023 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, centrándose en el impacto de estas en la formación como médico. **Objetivo:** Exponer y describir las experiencias del internado médico en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2023. **Metodología:** Se desarrollan dos casos clínicos por cada rotación en los servicios pilares de la Medicina Humana: Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, y Cirugía general. **Resultados:** Se describen experiencias del internado médico teniendo en cuenta casos clínicos destacados, contexto, aplicación profesional y reflexión crítica. **Conclusión:** todas las experiencias en este periodo impactan de diferente manera en la trayectoria médica, y es con mayor magnitud los casos clínicos que representan al paciente con su padecimiento, se logran desarrollar y adquirir habilidades que serán de utilidad en la práctica como médico profesional.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, experiencias médicas

ABSTRACT

This work deals with clinical and surgical experiences during my internship in 2023 at the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, focusing on the impact of these experiences on my training as a physician. **Objective:** To expose and describe the experiences of the medical internship at the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen during 2023 period. **Methodology:** Two clinical cases are developed for each rotation in the pillar services of Human Medicine: Pediatrics, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, and General Surgery. **Results:** Medical internship experiences are described taking into account outstanding clinical cases, context, professional application and critical reflection. **Conclusion:** all the experiences in this period have a different impact on the medical trajectory, and it is with greater magnitude the clinical cases that represent the patient with his condition, managing to develop and acquire skills that will be useful in the practice as a professional physician.

Keywords: medical internship, clinical cases, medical experiences.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIAS DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DURANTE ANTE

AUTOR

MARTIN DIEGO ALONSO URIBE CHAM

RECuento de palabras

10034 Words

RECuento de caracteres

60452 Characters

RECuento de páginas

52 Pages

Tamaño del archivo

201.5KB

Fecha de entrega

Mar 15, 2024 9:38 AM GMT-5

Fecha del informe

Mar 15, 2024 9:41 AM GMT-5**● 13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



JOSÉ LUIS QWISTGAARD ESPINAL

DNI: 70192290

<https://orcid.org/0000-0003-2760-3584>

INTRODUCCIÓN

El programa de internado médico implica un paso crucial para el futuro médico cirujano, por lo que en este trabajo se busca abordar puntos destacados de nuestra experiencia en la rotación en cada uno de los cuatro servicios pilares en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, perteneciente al Seguro Social de Salud (EsSalud) considerado como un instituto de salud, categoría III-2 (1), dentro de la Red Asistencial Almenara, como tal tiene capacidad de resolución alta y casuística diversa, lo cual hace que sea una institución ideal para el desenvolvimiento académico y asistencial para la formación de todo profesional de la salud. Específicamente, para el internado médico 2023, el 27 de diciembre de 2022 EsSalud realizó un concurso mediante una prueba de conocimientos, en la cual participaron más de 1300 estudiantes de pregrado, para ocupar 428 vacantes a nivel nacional, proceso realizado posterior a 3 años desde el inicio de la pandemia por COVID-19 (2). Fueron 40 alumnos quienes adjudicaron en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y tras una ceremonia de bienvenida, inició la labor de interno pactada desde el 01 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023, en los servicios de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, y Cirugía general; a la par de orientaciones, charlas de bioseguridad y cursos de reanimación cardiopulmonar.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1. Rotación en Pediatría

1.1. Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente femenino de 2 años, de iniciales MFHG, natural de Lima, proveniente de Ate. Sin antecedentes de importancia. Ingresa por emergencia, madre refiere persistencia de fiebre de inicio aproximado a 7 días previos que remite parcialmente con toma de paracetamol indicado en centro particular, irritabilidad asociada a exantema en espalda y tos seca esporádica.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sueño: disminuido
- Sed: conservada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservadas
- Variación de peso: sin variación

Antecedentes generales

- Vivienda: Material noble. Cuenta con 3 habitaciones y servicios básicos de agua potable, desagüe y electricidad.
- Alimentación: Dieta completa. 3 veces al día.
- Hábitos nocivos: niega
- Viajes recientes: niega
- Crianza de animales: 2 gallinas
- Parto: eutócico, a término en centro hospitalario.
- Desarrollo psicomotor: progresivo y secuencial

Antecedentes patológicos

- Enfermedades: Bronquiolitis a los 11 meses de edad.
- Medicación habitual: paracetamol (inicio reciente)
- Alergia a fármacos: niega
- Transfusiones sanguíneas: niega
- Contacto tuberculosis: niega
- Hospitalizaciones: niega

Antecedentes familiares

- Madre: viva, 32 años. Aparentemente sana.
- Padre: vivo, 31 años. Asma bronquial durante la infancia.
- Hermanos: 1 varón. Aparentemente sano.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial en 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca en 126 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 28 respiraciones por minuto, temperatura en 39 °C, saturación de oxígeno en 97 %, fracción inspirada de oxígeno en 21 %.
- Examen general: Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente regular estado de hidratación (AREH).

Examen regional

- Piel, tejido celular subcutáneo y faneras:
 - o Caliente, hidratada, elástica. Con llenado capilar menor a 2 segundos. Exantema polimorfo en región torácica dorsal. No ictericia, ni cianosis. Tejido adiposo conservado.
- Cabeza

Cráneo: normocéfalo, no se palpan masas

Ojos: conjuntivas levemente eritematosas, no edema palpebral. Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a luz y acomodación.

Nariz: tabique nasal recto, sin rastros de sangrado activo.

Oído: pabellones auriculares normales, conducto auditivo externo permeable, no secreciones. No signos de flogosis.

Boca: mucosa oral hidratada, labio superior con 2 fisuras pequeñas de aproximadamente 0.5 cm
- Cuello: cilíndrico, móvil, no dolor a la flexo-extensión. Tráquea central, no ingurgitación yugular. Se palpa adenopatía cervical izquierda de aproximadamente 1.8 cm.
- Tórax y pulmones

Inspección: patrón respiratorio conservado, elasticidad y ampliación conservada.

Palpación: vibraciones vocales y amplexación conservadas.

Percusión: timpanismo conservado.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

- Aparato cardiovascular

Inspección: no se observa choque de punta. No ingurgitación yugular.

Palpación: no se palpa choque de punta, pulsos periféricos presentes

Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos, no impresiona soplos al momento

- Abdomen

Inspección: móvil a la respiración, no lesiones.

Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes

Palpación: blando, depresible. No dolor a la palpación, no masas, no visceromegalia.

Percusión: timpanismo conservado.

- Aparato genitourinario:

Inspección: genitales externos de acuerdo con edad y sexo.

Puño percusión lumbar: negativo

Puntos dolorosos renoureterales: negativo

Puntos costovertebrales: negativo

Examen neurológico:

Conciencia: escala de coma de Glasgow: 15/15. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Colaboradora al examen físico.

Pares craneales: sin alteraciones.

Sensibilidad: conservada.

Fuerza muscular: conservada

Signos meníngeos: ausentes

Reflejos osteotendinosos: sin alteraciones

Impresión diagnóstica:

- Síndrome febril: mononucleosis infecciosa vs enfermedad de Kawasaki

Plan de trabajo:

- Antipiréticos y analgesia
- Exámenes de laboratorio: hemograma, proteína C reactiva, perfil de coagulación, perfil hepático y perfil renal
- Se solicita radiografía de tórax
- Reevaluación con resultados

1.2. Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente masculino de 6 años, con iniciales VECM, natural de Huancayo, proveniente de Lima. Sin antecedentes de importancia. Ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de aprox. 1 mes, cuadro de inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, fiebre intermitente cuantificada en 38°C, deposiciones líquidas con moco sin rasgos sangre y aspecto oleoso, se agregan vómitos hace 2 días en frecuencia de 3 veces por día.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sueño: conservado
- Sed: aumentada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: líquidas y oleosas.
- Variación de peso: sin variación

Antecedentes generales

- Vivienda: Material noble. Cuenta con 2 habitaciones y servicios básicos de agua potable y desagüe.
- Alimentación: Dieta completa. 3 veces al día.
- Hábitos nocivos: niega
- Viajes recientes: niega
- Crianza de animales: niega
- Parto: cesárea, a término en centro hospitalario.

- Desarrollo psicomotor: progresivo y secuencial

Antecedentes patológicos

- Enfermedades: niega.
- Medicación habitual: niega
- Alergia a fármacos: niega
- Transfusiones sanguíneas: niega
- Contacto tuberculosis: niega
- Hospitalizaciones: niega

Antecedentes familiares

- Madre: viva, 24 años. Aparentemente sana.
- Padre: vivo, 25 años. Aparentemente sano.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial en 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca en 114 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, temperatura en 38 °C, saturación de oxígeno en 98 %, fracción inspirada de oxígeno en 21%.
- Examen general: Irritable, aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente mal estado de hidratación (AMEH).

Examen regional

- Piel, tejido celular subcutáneo y faneras:
Caliente, seca. Llenado capilar menor a 2 segundos. No ictericia, ni cianosis. Tejido adiposo conservado. No se palpan adenopatías.
- Cabeza
Cráneo: normocéfalo, no se palpan masas
Ojos: hundidos, conjuntivas sin alteraciones, no edema palpebral. Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a luz y acomodación.
Nariz: tabique nasal recto, sin rastros de sangrado activo.
Oído: pabellones auriculares normales, conducto auditivo externo permeable, no secreciones. No signos de flogosis.
Boca: mucosa oral seca.

- Cuello: cilíndrico, móvil, no dolor a la flexo-extensión. Tráquea central, no ingurgitación yugular.
- Tórax y pulmones
Inspección: patrón respiratorio conservado, elasticidad y ampliación conservada.
Palpación: vibraciones vocales y amplexación conservadas.
Percusión: timpanismo conservado.
Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
Aparato cardiovascular
Inspección: no se observa choque de punta. No ingurgitación yugular.
Palpación: no se palpa choque de punta, pulsos periféricos presentes
Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos, no impresiona soplos al momento
Abdomen
Inspección: móvil a la respiración, no lesiones.
Auscultación: ruidos hidroaéreos aumentados
Palpación: blando, depresible. Dolor leve a la palpación profunda, no visceromegalia.
Percusión: timpanismo conservado.
Aparato genitourinario:
Inspección: genitales externos de acuerdo con edad y sexo.
Puño percusión lumbar: negativo
Puntos dolorosos renoureterales: negativo
Puntos costovertebrales: negativo
Examen neurológico:
Conciencia: escala de coma de Glasgow: 15/15. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Poco colaborador al examen físico.
Pares craneales: sin alteraciones.
Sensibilidad: conservada.
Fuerza muscular: conservada

Signos meníngeos: ausentes

Reflejo osteotendinoso: sin alteraciones

Impresión diagnóstica:

- Enfermedad diarreica crónica
- Deshidratación moderada

Plan de trabajo:

- Pasa a observación
- Hidratación
- Antipiréticos, antieméticos.
- Exámenes de laboratorio: hemograma, proteína C reactiva, perfil renal, perfil hepático, perfil de coagulación.
- Examen fresco y reacción inflamatoria en heces + coprocultivo

2. Rotación en Medicina Interna

2.1. Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente femenino de 62 años, con iniciales JGCL, natural de Lima, proveniente de Lima. Cuenta con antecedente de gonartrosis bilateral en el año 2023. Ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 semanas de inicio insidioso y curso progresivo, siendo los síntomas principales dolor abdominal y diaforesis. Refiere inicio de dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo punzada, el cual se intensifica 2 días antes del ingreso, refiere intensidad moderada, asociado a sudoración fría. Niega náuseas, niega vómitos, niega fiebre.

Funciones biológicas

- Apetito: aumentado, no come por dolor
- Sueño: aumentado, dificultad para conciliar el sueño por el dolor
- Sed: aumentada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservadas
- Variación de peso: sin variación

Antecedentes generales

- Vivienda: Material noble. Cuenta con 2 habitaciones, convive con hijo y conyugue.
- Alimentación: Dieta completa. 2 a 3 veces al día.
- Consumo de alcohol: niega
- Tabaco: niega
- Consumo de drogas ilegales: niega
- Viajes recientes: niega
- Vacunas contra COVID 19: 3 dosis
- Crianza de animales: 4 gatos

Antecedentes patológicos

- Estado basal: Independiente
- Enfermedades congénitas: niega
- Enfermedades de la infancia: niega
- Enfermedades de la adolescencia, juventud y adultez: Gonartrosis primaria bilateral en 2023
- Medicación habitual: niega
- Alergia a fármacos: niega
- Transfusiones sanguíneas: niega
- Contacto tuberculosis: niega
- Hospitalizaciones: niega

Antecedentes familiares

- Madre: Fallecida a los 80 años. No especifica causa.
- Padre: Fallecido a los 102 años. No especifica causa.
- Hermanos: 6 en total. Aparentemente sanos
- Hijos: 1 hija de 42 años. Aparentemente sana.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial en 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca en 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 16 respiraciones por minuto, temperatura en 36.9 °C, saturación de oxígeno en 99%, fracción inspiratoria de oxígeno en 21%.

- Examen general: Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente mal estado de hidratación (AMEH).

Examen regional

- Piel, tejido celular subcutáneo y faneras:
 - o Tibia, elástica. Con llenado capilar menor a 2 segundos. No ictericia, no cianosis ni lesiones. Ictericia +/-, palidez +/-+. Tejido adiposo conservado, no edemas. No se palpan adenopatías
- Cabeza
 - Cráneo: normocéfalo, no se palpan masas
 - Ojos: conjuntivas levemente ictéricas, no edema palpebral. Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a luz y acomodación.
 - Nariz: tabique nasal recto, sin rastros de sangrado activo.
 - Oído: pabellones auriculares normales, conducto auditivo externo permeable, no secreciones. No signos de flogosis.
 - Boca: mucosa oral seca.
- Cuello: cilíndrico, móvil, no dolor a la flexo-extensión. Tráquea central, no ingurgitación yugular.
- Tórax y pulmones

Inspección: patrón respiratorio conservado, elasticidad y ampliación conservada.

Palpación: vibraciones vocales y amplexación conservadas.

Percusión: timpanismo conservado.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Aparato cardiovascular

Inspección: no se observa choque de punta. No ingurgitación yugular.

Palpación: no se palpa choque de punta, pulsos periféricos presentes

Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos, no impresiona soplos al momento

Abdomen

Inspección: móvil a la respiración, no lesiones.

Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes

Palpación: blando, depresible. Se palpa borde hepático y vesícula biliar incrementada en tamaño. Dolor a la palpación en cuadrante superior derecho. Signo de Murphy positivo.

Percusión: timpanismo conservado.

Aparato genitourinario:

Inspección: genitales externos de acuerdo con edad y sexo.

Puño percusión lumbar: negativo

Puntos dolorosos renoureterales: negativo

Puntos costovertebrales: negativo

Examen neurológico:

Conciencia: escala de coma de Glasgow: 15/15. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Colaboradora a la anamnesis y examen físico.

Pares craneales: sin alteraciones.

Sensibilidad: conservada.

Fuerza muscular: conservada

Signos meníngeos: ausentes

Reflejos osteotendinosos: sin alteraciones

Impresión diagnóstica:

Colecistitis aguda calculosa

Síndrome de Courvoisier-Terrier: descartar NM de vía biliar

Descartar coledocolitiasis

Plan de trabajo:

- Manejo del dolor
- Imágenes: colangiografía
- Laboratorio: hemograma, proteína C reactiva, dosaje de urea y creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático y marcadores tumorales.

2.2. Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente masculino de 94 años, con iniciales ATS natural de Lima, proveniente de Lima. Cuenta con antecedente de hipertensión arterial, portador de marcapasos y anemia de larga data. Ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de aproximadamente 10 horas de inicio brusco y curso progresivo, siendo los síntomas principales hematemesis, melena, astenia y náuseas. Refiere que, durante horas de la mañana, previo al desayuno y posterior a la toma de medicación antigripal presenta cuadro de hematemesis en volumen aproximado de 1 taza. Horas después de asocia a astenia, persistencia de náuseas y melena en 3 oportunidades que se tornan rojo rutilante, por lo que acude a la emergencia.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sueño: conservado
- Sed: aumentada
- Diuresis: aumentada
- Deposiciones: aspecto negro
- Variación de peso: sin variación

Antecedentes generales

- Vivienda: Material noble. 4 habitaciones. Convive con hijas y nietos.
- Alimentación: Dieta completa. 3 veces al día.
- Consumo de alcohol: Sí, en eventos sociales.
- Tabaco: niega
- Consumo de drogas ilegales: niega
- Viajes recientes: refiere viaje a Ica y San Bartolo en los últimos 3 meses.
- Vacunas contra COVID 19: 4 dosis
- Crianza de animales: 1 perro y 1 gato.

Antecedentes patológicos

- Estado basal: Independiente
- Enfermedades congénitas: niega
- Enfermedades de la infancia: niega
- Enfermedades de la adolescencia, juventud y adultez:

Amigdalectomía a los 30 años

Hipertensión arterial desde los 50 años

Portador de marcapasos desde hace 11 años, recambio hace 3 años.

Anemia diagnosticada hace 4 años aproximadamente.

- Medicación habitual: Losartán 50 mg vía oral cada 24 horas, amlodipino 5 mg vía oral cada 24 horas, paracetamol 1 g condicional a síntomas gripales.
- Alergia a fármacos: niega
- Transfusiones sanguíneas: refiere 2 paquetes globulares durante su estancia en la emergencia
- Contacto tuberculosis: niega
- Hospitalizaciones: niega

Antecedentes familiares:

- Madre: fallecida los 102 años, no refiere motivo.
- Padre: fallecido a los 62 años, refiere "derrame cerebral".
- Hermanos: 7 hermanos, 2 fallecidos no refiere motivo. Resto aparentemente sanos.
- Hijos: 4 hijos: una mujer de 68 años, un varón de 67 años, un varón de 60 años y una mujer de 53 años.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial en 140/70 mmHg, frecuencia cardíaca en 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 16 latidos por minuto, temperatura en 36.8 °C, saturación de oxígeno en 96%, fracción inspirada de oxígeno en 21%.
- Examen general: aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente regular estado de hidratación (AREH). Colaborador al examen físico.

Examen regional

- Piel, tejido celular subcutáneo y faneras:
Tibia, hidratada, elástica. Con llenado capilar menor a 2 segundos. Palidez ++/+++, no ictericia, no cianosis ni

lesiones. Tejido adiposo conservado, no edemas. Se palpa implante de marcapasos subdérmico en zona pectoral izquierda. No se palpan adenopatías.

Cabeza:

Cráneo: normocéfalo, no se palpan masas,

Ojos: conjuntivas pálidas, no edema palpebral. Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a luz y acomodación.

Nariz: tabique nasal recto, sin rastros de sangrado activo.

Oído: pabellones auriculares normales, conducto auditivo externo permeable, no secreciones. No signos de flogosis.

Boca: mucosa oral húmeda, sin lesiones.

- Cuello: cilíndrico, móvil, no dolor a la flexo-extensión. Tráquea central, no ingurgitación yugular.

- Tórax y pulmones:

Inspección: patrón respiratorio conservado, elasticidad y ampliación conservada.

Palpación: vibraciones vocales y amplexación conservadas

Percusión: timpanismo conservado.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Aparato cardiovascular:

Inspección: no se observa choque de punta. No ingurgitación yugular.

Palpación: no se palpa choque de punta, pulsos periféricos presentes

Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos, no impresiona soplos al momento

Abdomen:

Inspección: móvil a la respiración, no lesiones.

Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes

Palpación: blando, depresible. No dolor a la palpación superficial, ni profunda. No masas

Percusión: timpanismo conservado.

Aparato genitourinario:

Inspección: genitales externos de acuerdo con edad y sexo.

Puño percusión lumbar: negativo

Puntos dolorosos renoureterales: negativo

Examen neurológico:

Conciencia: escala de coma de Glasgow: 15/15. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Colaborador a la anamnesis y examen físico.

Pares craneales: sin alteraciones.

Sensibilidad: conservada.

Fuerza muscular: conservada

Signos meníngeos: ausentes

Reflejos osteotendinosos: sin alteraciones

Impresión diagnóstica

- Hemorragia digestiva alta no activa: lesión subepitelial ulcerada en cuerpo gástrico: a descartar tumor de estroma gastrointestinal
- Anemia severa en resolución
- Enfermedad renal crónica vs Injuria renal aguda
- Hipertensión arterial
- Portador de marcapaso por antecedente

Plan de trabajo

- Hidratación con 1000 cc de cloruro de sodio al 0.9% endovenoso, a velocidad de 40 cc/hora.
- Protector gástrico: omeprazol 80 mg endovenoso y 40 mg endovenoso cada 12 horas, sucralfato 5 cc vía oral cada 6 horas.
- Control de hemoglobina – hematocrito, urea y creatinina
- Evaluación por gastroenterología para posibilidad de endoscopia digestiva alta.

3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

3.1. Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Gestante de 42 años, con iniciales RMHJ, natural de Lima, proveniente de El Agustino. Sin antecedentes patológicos de importancia. Profesa religión: testigo de Jehová. Ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 semana de inicio insidioso y curso progresivo, refiere malestar general, mialgias, dolor retro ocular, polaquiuria, sensación de ardor al orinar, con temperatura cuantificada en 37.6 °C en casa. Percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sueño: conservado
- Sed: aumentada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservadas
- Variación de peso: sin variación

Antecedentes generales

- Vivienda: Material noble. 3 habitaciones. Convive con cónyuge
- Alimentación: Dieta completa. 3 veces al día.
- Consumo de alcohol: niega.
- Tabaco: niega
- Consumo de drogas ilegales: niega
- Viajes recientes: Chosica
- Vacunas contra COVID 19: 3 dosis
- Crianza de animales: 1 perro

Antecedentes patológicos

- Estado basal: Independiente
- Enfermedades congénitas: niega
- Enfermedades de la infancia: niega
- Enfermedades de la adolescencia, juventud y adultez: niega

- Medicación habitual: Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 24 horas y ácido fólico.
- Transfusiones sanguíneas: niega
- Contacto tuberculosis: niega
- Hospitalizaciones: niega

Antecedentes gineco-obstétricos

- G3P3003. 3 partos vaginales.
- Fecha de última regla: 23/01/2023. Ecografía del primer trimestre 16.3 semanas (18/05/2023)

Antecedentes familiares:

- Madre: viva con 71 años, sin antecedentes de importancia
- Padre: vivo con 74 años, hipertensión arterial
- Hijos: 3 varones de 11, 6 y 4 años.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial en 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca en 95 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 18 respiraciones por minuto, temperatura en 38 °C, saturación de oxígeno en 98%, fracción inspirada de oxígeno en 21%.
- Examen general: aparente mal estado general (AMEG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente regular estado de hidratación (AREH). Colaboradora al examen físico.

Examen regional

- Piel, tejido celular subcutáneo y faneras:
 - Caliente, hidratada, elástica. Con llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez, no ictericia, no cianosis ni lesiones. Tejido adiposo conservado, no edemas. No se palpan adenopatías.
- Cabeza:

Cráneo: normocéfalo, no se palpan masas,

Ojos: conjuntivas adecuadas, no edema palpebral. Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a luz y acomodación.

Nariz: tabique nasal recto, sin rastros de sangrado activo.

Oído: pabellones auriculares normales, conducto auditivo externo permeable, no secreciones. No signos de flogosis.

Boca: mucosa oral húmeda, sin lesiones.

- Cuello: cilíndrico, móvil, no dolor a la flexo-extensión. Tráquea central, no ingurgitación yugular.

- Tórax y pulmones:

Inspección: patrón respiratorio conservado, elasticidad y ampliación conservada.

Palpación: vibraciones vocales y amplexación conservadas

Percusión: timpanismo conservado.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Aparato cardiovascular:

Inspección: no se observa choque de punta. No ingurgitación yugular.

Palpación: no se palpa choque de punta, pulsos periféricos presentes

Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos, no impresiona soplos al momento

Abdomen:

Grávido, no doloroso a la palpación.

Movimientos fetales (+/+++), longitudinal podálico izquierdo.

Altura uterina de 30 cm. Latidos Frecuencia cardíaca fetal en 144 latidos por minuto.

- Aparato genitourinario:

A la especuloscopia no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, se aprecia secreción blanquecina adherida a paredes.

Tacto vaginal: cérvix posterior, blando y cerrado

Examen neurológico:

Conciencia: escala de coma de Glasgow: 15/15. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Colaboradora a la anamnesis y examen físico.

Pares craneales: sin alteraciones.

Sensibilidad: conservada.

Fuerza muscular: conservada

Signos meníngeos: ausentes

Reflejos osteotendinosos: sin alteraciones

Impresión diagnóstica

- Gestante de 33 semanas y 1 día: feto en podálico
- Síndrome febril: descartar foco abdominal vs. hematógeno
- Vulvovaginitis

Plan de trabajo

- Hidratación parenteral
- Antibioticoterapia empírica + antipirético
- Ecografía obstétrica + testeo no estresante (NST)
- Exámenes de laboratorio: hemograma, proteína C reactiva, perfil de coagulación, perfil renal y perfil hepático. Prueba de antígenos COVID-19. Antígeno NS1.
- Examen de orina + urocultivo

3.2. Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Gestante de 24 años, con iniciales LMRT, natural de Ica, proveniente de Lima. Sin antecedentes patológicos de importancia. Ingresa por emergencia asintomática, refiriendo ser derivada del Hospital de Emergencias Grau por hallazgos de ecografía particular sugestivos de arritmia cardíaca fetal y oligohidramnios. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, niega sensación de alza térmica y percibe movimientos fetales.

Funciones biológicas

- Apetito: conservado
- Sueño: conservado
- Sed: conservada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservadas
- Variación de peso: sin variación

Antecedentes generales

- Vivienda: Material noble. Departamento con 2 habitaciones.
Convive con cónyuge
- Alimentación: Dieta completa. 3 veces al día.
- Consumo de alcohol: niega.
- Tabaco: niega
- Consumo de drogas ilegales: niega
- Viajes recientes: niega
- Vacunas contra COVID 19: 2 dosis
- Crianza de animales: niega

Antecedentes patológicos

- Estado basal: Independiente
- Enfermedades congénitas: niega
- Enfermedades de la infancia: niega
- Enfermedades de la adolescencia, juventud y adultez: niega
- Medicación habitual: Gestavit 1 tableta vía oral cada 24 horas.
- Transfusiones sanguíneas: niega
- Contacto tuberculosis: niega
- Hospitalizaciones: niega

Antecedentes gineco-obstétricos

- G1P0010. Aborto completo en 2020.
- Fecha de última regla: 03/01/2023. Ecografía del primer trimestre 12.2 semanas (30/03/2023)

Antecedentes familiares:

Madre: viva con 53 años, diabetes *mellitus* 2.

Padre: vivo con 50 años, aparentemente sano.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial en 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca en 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 20 respiraciones por minuto, temperatura en °37 °C, saturación de oxígeno en 97%, fracción inspirada de oxígeno en 21%.
- Examen general: aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente

regular estado de hidratación (AREH). Colaboradora al examen físico.

Examen regional

- Piel, tejido celular subcutáneo y faneras:

Tibia, hidratada, elástica. Con llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez, no ictericia, no cianosis ni lesiones. Tejido adiposo conservado, no edemas. No se palpan adenopatías.

Cabeza:

Cráneo: normocéfalo, no se palpan masas,

Ojos: conjuntivas adecuadas, no edema palpebral. Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a luz y acomodación.

Nariz: tabique nasal recto, sin rastros de sangrado activo.

Oído: pabellones auriculares normales, conducto auditivo externo permeable, no secreciones. No signos de flogosis.

Boca: mucosa oral húmeda, sin lesiones.

Cuello: cilíndrico, móvil, no dolor a la flexo-extensión.

Tráquea central, no ingurgitación yugular.

Tórax y pulmones:

Inspección: patrón respiratorio conservado, elasticidad y ampliación conservada.

Palpación: vibraciones vocales y amplexación conservadas

Percusión: timpanismo conservado.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

- Aparato cardiovascular:

Inspección: no se observa choque de punta. No ingurgitación yugular.

Palpación: no se palpa choque de punta, pulsos periféricos presentes

Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos, no impresiona soplos al momento

Abdomen:

Útero grávido, no doloroso a la palpación.

Movimientos fetales (++)/+++), longitudinal cefálico izquierdo. Altura uterina 34 cm. Frecuencia cardíaca fetal en 155 latidos por minuto.

Aparato genitourinario:

A la especuloscopia no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

Tacto vaginal: cérvix posterior, cerrado y largo.

Examen neurológico:

Conciencia: escala de coma de Glasgow: 15/15. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Colaboradora a la anamnesis y examen físico.

Pares craneales: sin alteraciones.

Sensibilidad: conservada.

Fuerza muscular: conservada

Signos meníngeos: ausentes

Reflejos osteotendinosos: sin alteraciones

Impresión diagnóstica

- Gestante de 37 semanas y 3 días. No trabajo de parto.
- Oligohidramnios
- Feto pequeño para la edad gestacional.
- Descartar arritmia fetal

Plan de trabajo

- Hospitalización para monitoreo materno-fetal
- Inicio de hidratación endovenosa posterior a toma de muestras
- Ecografía obstétrica + Doppler
- Test no estresante
- Exámenes de laboratorio: hemograma, proteína C reactiva, perfil de coagulación, perfil hepático y perfil renal.
- Se solicita riesgo quirúrgico

4. Rotación en Cirugía General

4.1. Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente masculino de 53 años, con iniciales JVC natural de Apurímac, proveniente de Lima. Cuenta con antecedente de

hiperplasia benigna de próstata fractura maxilofacial hace 34 años y asma bronquial en la infancia. Ingresa por consulta externa, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 meses, sintomatología de rectorragia asociada a baja de peso cuantificada en 5 kg, leve dolor al realizar deposiciones, y mareos al realizar esfuerzo como subir escaleras.

Funciones biológicas

- Apetito: conservado
- Sueño: conservado
- Sed: conservada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservadas. Bristol 1.
- Variación de peso: disminución de 5 kg.

Antecedentes generales

- Vivienda: Material noble. 2 habitaciones.
- Alimentación: Dieta completa. 3 veces al día.
- Consumo de alcohol: Sí, en ocasiones especiales.
- Tabaco: niega
- Consumo de drogas ilegales: niega
- Viajes recientes: niega
- Vacunas contra COVID 19: 4 dosis
- Crianza de animales: niega.

Antecedentes patológicos

- Estado basal: Independiente
- Enfermedades congénitas: niega
- Enfermedades de la infancia: asma bronquial
- Enfermedades de la adolescencia, juventud y adultez:
 - o Hiperplasia benigna de próstata
 - o Fractura maxilofacial hace 34 años.
- Medicación habitual: Tamsulosina 0.4 mg vía oral cada 24h.
- Alergia a fármacos: niega
- Transfusiones sanguíneas: niega
- Contacto tuberculosis: niega
- Hospitalizaciones: hace 34 años por fractura maxilofacial

Antecedentes familiares:

- Madre: fallecida hace 12 años, neoplasia maligna de colon.
- Padre: fallecido durante la infancia, no refiere motivo.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial en 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca en 74 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 16 respiraciones por minuto, temperatura en 36.7 °C, saturación de oxígeno en 99%, fracción inspirada de oxígeno en 21%.
- Examen general: aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente regular estado de hidratación (AREH). Colaborador al examen físico.

Examen regional

- Piel, tejido celular subcutáneo y faneras:
 - Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez. No cianosis.
- Cabeza:
 - Cráneo: normocéfalo
 - Región orbitaria: conjuntivas normales, pupilas isocóricas.
 - Región nasal: orificios nasales permeables
 - Región oral: mucosa oral hidratada, no lesiones.
 - Orofaringe: no congestiva, no exudados
 - Cuello: cilíndrico, móvil, no dolor a la flexo-extensión.
 - Tráquea central, no ingurgitación yugular.
 - Tórax y pulmones:
 - Inspección: patrón respiratorio conservado, elasticidad y ampliación conservada.
 - Palpación: vibraciones vocales y amplexación conservadas
 - Percusión: timpanismo conservado.
 - Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular:

Inspección: no se observa choque de punta. No ingurgitación yugular.

Palpación: no se palpa choque de punta, pulsos periféricos presentes

Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos, no impresiona soplos al momento

Abdomen:

Inspección: móvil a la respiración, no lesiones.

Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes

Palpación: blando, depresible. No masas a la palpación superficial, ni profunda.

Percusión: timpanismo conservado.

Aparato genitourinario:

Inspección: genitales externos de acuerdo con edad y sexo.

Puño percusión lumbar: negativo

Puntos dolorosos renouretrales: negativo

Examen neurológico:

Conciencia: escala de coma de Glasgow: 15/15. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Colaborador a la anamnesis y examen físico.

Pares craneales: sin alteraciones.

Sensibilidad: conservada.

Fuerza muscular: conservada

Signos meníngeos: ausentes

Reflejos osteotendinosos: sin alteraciones

Impresión diagnóstica

- Neoplasia maligna de recto superior
- Hiperplasia benigna de próstata en tratamiento

Plan de trabajo

- Exámenes prequirúrgicos restantes: hemograma, perfil de coagulación, perfil renal, perfil hepático, marcadores tumorales.
- Interconsulta a Cardiología para riesgo quirúrgico cardiovascular

4.2. Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente masculino de 51 años, con iniciales LAVY. natural de Piura, proveniente de Lima. Cuenta con antecedente de apendicectomía. Ingresa por consulta externa, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 años, sintomatología de inicio insidioso y curso progresivo. Refiere reflujo, y sintomatología agregada hace 2 meses de disfagia cervical, progresiva a sólidos, asociado a halitosis y baja de peso. Cuadro se exacerba con tos seca posterior a ingesta de alimentos y posición en decúbito dorsal.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sueño: conservado
- Sed: conservada
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservadas.
- Variación de peso: disminución 3 kg aprox.

Antecedentes generales

- Vivienda: Material noble. 2 habitaciones.
- Alimentación: Dieta completa. 3 veces al día.
- Consumo de alcohol: Sí, en ocasiones especiales.
- Tabaco: niega
- Consumo de drogas ilegales: niega
- Viajes recientes: niega
- Vacunas contra COVID 19: 3 dosis
- Crianza de animales: 1 gato y 1 perro.

Antecedentes patológicos

- Estado basal: Independiente
- Enfermedades congénitas: niega
- Enfermedades de la infancia: niega
- Enfermedades de la adolescencia, juventud y adultez:

Apendicitis abordada con apendicectomía abierta hace 15 años en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

- Medicación habitual: niega
- Alergia a fármacos: niega
- Transfusiones sanguíneas: niega
- Contacto tuberculosis: niega
- Hospitalizaciones: hace 15 años por apendicitis.

Antecedentes familiares:

- Madre: viva con 78 años, artritis reumatoide y cataratas.
- Padre: fallecido hace 4 años por neumonía.

Examen físico

- Funciones vitales: presión arterial en 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca en 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 14 latidos por minuto, temperatura en 36.8 °C, saturación de oxígeno en 97%, fracción inspirada de oxígeno en 21%.
- Examen general: aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente regular estado de hidratación (AREH). Colaborador al examen físico.

Examen regional

- Piel, tejido celular subcutáneo y faneras:
 - Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez. No cianosis.
- Cabeza:
 - Cráneo: normocéfalo
 - Región orbitaria: conjuntivas normales, pupilas isocóricas.
 - Región nasal: orificios nasales permeables
 - Región oral: mucosa oral hidratada, no lesiones.
 - Orofaringe: no congestiva, no exudados
- Cuello: cilíndrico, móvil, no dolor a la flexo-extensión. Tráquea central, no ingurgitación yugular.
- Tórax y pulmones:
 - Inspección: patrón respiratorio conservado, elasticidad y ampliación conservada.

- Palpación: vibraciones vocales y amplexación conservadas
- Percusión: timpanismo conservado.
- Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular:
 - Inspección: no se observa choque de punta. No ingurgitación yugular.
 - Palpación: no se palpa choque de punta, pulsos periféricos presentes
 - Auscultación: ruidos cardíacos rítmicos, no impresiona soplos al momento
- Abdomen:
 - Inspección: móvil a la respiración, no lesiones.
 - Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes
 - Palpación: blando, depresible. No masas a la palpación superficial, ni profunda.
 - Percusión: timpanismo conservado.
- Aparato genitourinario:
 - Inspección: genitales externos de acuerdo con edad y sexo.
 - Puño percusión lumbar: negativo
 - Puntos dolorosos renoureterales: negativo
- Examen neurológico:
 - Conciencia: escala de coma de Glasgow: 15/15. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Colaborador a la anamnesis y examen físico.
 - Pares craneales: sin alteraciones.
 - Sensibilidad: conservada.
 - Fuerza muscular: conservada
 - Signos meníngeos: ausentes
 - Reflejos osteotendinosos: sin alteraciones

Impresión diagnóstica

- Divertículo de Zenker

Plan de trabajo

- Exámenes prequirúrgicos restantes: hemograma, perfil de coagulación, perfil renal, perfil hepático, marcadores tumorales.
- Interconsulta a Cardiología para riesgo quirúrgico cardiovascular

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, es designado desde el 2015 como Instituto de Salud Especializado III – 2. Fue fundado el 10 de febrero de 1941 bajo el nombre de Hospital Mixto de Lima, localizado en las proximidades de, en ese entonces, llamado como el Barrio Obrero de La Victoria, frente a la Avenida Grau y de la Facultad de Medicina “San Fernando” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (3). Su propósito inicial consistía en brindar atención a la población asegurada de la clase obrera tanto en Lima como en el Callao. Posteriormente, en 1981, a la par de la fundación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), el hospital fue rebautizado con su nombre actual, en honor y memoria al Doctor Guillermo Almenara, quien fue su primer director y principal impulsor (3). Actualmente es un hospital reconocido como uno de los principales centros de referencia y alta especialización en el Perú. Para el año 2019 contaba con más de 50 servicios de medicina especializada, con más de 1000 camas de hospitalización, de cuidados intensivos y de emergencia. Además, cuenta con una torre de Consulta Externa, que alberga más de 130 consultorios, más de 40 salas de procedimientos disponibles para la atención de pacientes en diversas especialidades (4).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en Pediatría

Caso clínico n° 1

La paciente menor ingresa con posibilidad diagnóstica de enfermedad de Kawasaki versus mononucleosis infecciosa. Los exámenes auxiliares solicitados durante su estancia en la emergencia, estos resultaron en leucocitosis marcada (16 500), PCR en 65 e hipertransaminasemia, por lo cual se decide hospitalizar para manejo específico y descarte de mononucleosis infecciosa. Debido a que el diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki es clínico, y esta paciente cuenta con criterios como la fiebre por más de 5 días asociada a inyección conjuntival, labios fisurados, exantema y linfadenopatía cervical (5). Paralelo a la solicitud de panel de virus de Epstein-Barr (VEB), se inicia inmunoglobulina en dosis de 26 g endovenosa en infusión por 12 horas y ácido acetilsalicílico en dosis de 250 mg cada 6 horas. Se emplea inmunoglobulina endovenosa 2g/kg + ácido acetilsalicílico 80 – 100 mg/kg/día en el manejo de la enfermedad de Kawasaki (6), esta pauta tiene los objetivos de reducir la inflamación, daño a las arterias y ayudar a prevenir las posibles trombosis. Durante la hospitalización la paciente permanece estable, se solicita interconsulta a Cardiología para valorar afectación coronaria con ecocardiografía, necesario para determinar severidad y posterior reducción de dosis de ácido acetilsalicílico (6). Paciente evoluciona clínicamente con escasos picos subfebriles con tendencia a la normalidad, permaneciendo irritabilidad aparentemente debida al exantema. El estudio de VEB descartó la posibilidad de mononucleosis. En los siguientes días, se descartó compromiso coronario con la ecocardiografía, se disminuyó gradualmente la dosis de ácido acetilsalicílico. En el transcurso de completar la pauta y controles necesarios, la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con controles por pediatría y reumatología pediátrica.

Caso clínico n°. 2

El paciente durante su estancia en sala de observación en la emergencia cursa con intolerancia y mayor irritabilidad, los exámenes evidenciaron PCR en niveles >90 sin otra alteración. El diagnóstico de deshidratación moderada se incluye por la presencia de irritabilidad, mucosa oral seca, y ojos hundidos (7). Para lo cual ya se había iniciado hidratación endovenosa a razón de 1200

cc en 4 horas y antiespasmódicos con antieméticos. El informe preliminar del examen en fresco de heces reporta presencia de trofozoítos de *Giardia lamblia*. Para la reevaluación se informa a la madre sobre la posible causa de la enfermedad, pues la sintomatología referida es compatible en cuadros de giardosis, ya que el paciente presentó deposiciones acuosas y grasosas en gran cantidad, náuseas con vómitos y dolor abdominal (8). Es importante explicar que se adquieren de forma fecal-oral, muy probablemente por ingesta de alimentos o agua contaminados (8). Debido a la persistencia de intolerancia oral parcial, se prolongó la estancia. Se inició metronidazol a dosis de 200 mg endovenoso cada 8 horas, este tratamiento se describe como la alternativa de primera línea y efectiva, debiendo cumplirse entre 5 a 7 días (9). Transcurriendo un día desde el inicio de la terapia dirigida, la evolución clínica es favorable disminuyendo las náuseas y mejorando la tolerancia oral. La administración de la terapia pasa a vía oral con sales de rehidratación oral y metronidazol vía oral. Al alta se explica a madre del paciente sobre los signos de alarma, la importancia de la higiene, destacando el lavado de manos previo a la toma, previo a la preparación de alimentos y después de hacer deposiciones. Dentro del relato del presente caso se destaca el diagnóstico y manejo oportuno de la deshidratación.

Rotación en Medicina interna

Caso clínico n° 1

Al ingreso de la paciente al servicio, se procede a efectivizar el plan propuesto, la analítica solicitada evidenció hiperbilirrubinemia a predominio directo, patrón obstructivo biliar e hipertransaminasemia. De los marcadores tumorales, el CA 19.9 se halló elevado (en 584). Durante la hospitalización comienza a presentar tinte icterico progresivo en escleras y piel. El informe de la colangioresonancia concluye en colecistopatía litiásica reagudizada complicada, a descartar neoplasia maligna de vesícula biliar, presencia de adenopatías múltiples en hilio, dilatación irregular de vías biliares intrahepáticas, a descartar colangitis esclerosante. Es evaluada por servicio de Cirugía de Hígado y Vías Biliares, apreciación diagnóstica de colecistopatía crónica calculosa, absceso perivesicular y síndrome icterico obstructivo. Por lo que se propone drenaje biliar externo por radiología intervencionista. Ante la propuesta de diagnósticos nuevos, se inicia terapia antibiótica con

ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas. Se realiza colecistostomía percutánea bajo guía ecográfica con hallazgo de bilis purulenta de aproximadamente 100 cc, dejando dren. Siendo evaluada por infectología, sugiere inicio de piperacilina/tazobactam.4.5 g endovenoso cada 6 horas por 5 días y reevaluación con cultivo de bilis e idealmente con BT en descenso. Posterior a cultivo negativo para gérmenes comunes, radiología intervencionista reevalúa con nuevas imágenes de resonancia magnética y tomografía, hallándose afectación multisegmentaria, y concluyendo en no colocación de catéter por alta probabilidad de disfunción de este a largo plazo debido a la infiltración tumoral. Por lo cual en conjunto se decide transferencia al servicio de Cirugía de Hígado y Vías Biliares para realizar laparotomía de estadificación + biopsia de epiplón.

Caso clínico n° 2

Al ingreso por emergencia de este paciente, se obtuvieron resultados de la analítica solicitada mostró niveles de hemoglobina en 6.8, por lo cual se decide transfusión de 2 paquetes globulares, niveles de creatinina en 1.9 y urea en 112, se plantea ERC vs injuria renal aguda. Al interconsultar al servicio de Gastroenterología se procede a la endoscopia digestiva alta donde se aprecia en cuerpo distal sobre curvatura mayor hacia cara anterior presencia de gran lesión de aspecto subepitelial con ápice ulcerado sin sangrado activo de aproximadamente 40 mm x 30 mm. Es hospitalizado para continuar soporte y estudios adicionales. Durante su hospitalización, se mantiene estable con terapéutica basada en continuación de protector gástrico y medicación habitual; se profundiza estudio con marcadores tumorales y caracterización de compromiso renal, dosaje de hormona paratiroidea, calcio, fosforo, magnesio, albuminuria y control de hemoglobina seriado. Ecografía renal: nefropatía bilateral crónica con quiste simple en riñón derecho y relación cortico-medular disminuida. Niveles de hemoglobina se mantienen en rango de 9 a 10 g/dL Resto analítica en parámetros adecuados. Concluyendo en agregarse diagnóstico de enfermedad renal crónica. Posteriormente es reevaluado por gastroenterología y cirugía, se concluye en realizar estudios de imágenes, se acota sobre que biopsia gástrica no aportaría por ser lesión subepitelial, el manejo debe ser quirúrgico con pase al servicio de Cirugía de Esófago y Estómago. La importancia del caso presentado esta en el manejo

inicial de soporte de la hemorragia digestiva alta, ya que es una condición con alta morbimortalidad (10), la cual se debe al gran riesgo de llegar a shock hipovolémico por pérdida sanguínea. La causa más frecuente suele ser una úlcera péptica activa, seguida de las várices esofágicas sangrantes (11), sin embargo por la característica subepitelial descrita en la endoscopia se consideró desde el inicio como un posible tumor del estroma gastrointestinal o GIST por sus siglas en inglés; este tipo de tumor es raro, se origina en las células intersticiales de Cajal que tienen la función de la regulación de la peristalsis; suelen ser asintomáticos y ser diagnosticados incidentalmente o mostrar sintomatología correspondiente a ulceración como este caso (12).

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n° 1

El planteamiento inicial de síndrome febril conlleva a tener que hallar la causa obligatoriamente. Desde su estancia en la emergencia se determina que tiene criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), por lo cual se debe iniciar de inmediato manejo de soporte y observación (13). Se reevalúa paciente con resultados de la analítica solicitada, que evidenció PCR en 84.4, aumento de transaminasas TGO 170 y TGP en 93, hemoglobina en 10.6 y examen de orina con 15-20 hematíes por campo, resto de analítica sin alteraciones. Ecografía obstétrica con feto único activo en longitudinal podálico izquierdo, frecuencia cardíaca fetal en 144 latidos por minuto, placenta fúndica grado II, líquido amniótico adecuado (EVM 5.2 cm). Ponderado feral 2057 +/- 309 g (p55). NST categoría I Se decide hospitalización en Alto Riesgo Obstétrico (ARO) para estudio de síndrome febril, hipertransaminasemia y monitoreo materno-fetal. Paralelamente se profundiza en la anamnesis, donde paciente agrega haber presentado cuadro de constipación, luego de ello toma leche entera seguidamente las heces cambian de consistencia compatible con escala Bristol 6 de coloración verdosa y moco. Durante hospitalización paciente persiste con malestar general con picos febriles hasta 39°C que cede con administración de paracetamol. Se solicitan nuevos exámenes de laboratorio, hemocultivos, coprocultivo, perfil TORCH y además es evaluada por gastroenterología debido al aumento de transaminasas, sugieren ecografía abdominal, dosaje de ácidos biliares, de marcadores virales y de autoinmunidad. En este punto

del desarrollo del caso clínico, destaca la importancia que el gastroenterólogo indique ciertos exámenes auxiliares con el fin de descartar colestasis intrahepática gestacional, hepatitis viral o enfermedad autoinmune. De los exámenes solicitados se halló leucocitosis con desviación izquierda, aumento de transaminasemia, aumento de niveles de PCR hasta 228, se observaron estadios evolutivos de *Blastocystis hominis*, trofozoítos de *Giardia lamblia* y quistes de *Escherichia coli*, demás resultados no contributorios. Con los resultados, es evaluada por infectología, quienes sugieren continuar ceftriaxona, iniciar metronidazol 250 mg vía oral cada 8 horas por 7 días, además de valorar el inicio de amikacina y solicitar prueba VIH. Posteriormente paciente refiere epigastralgia irradiada a dorso y polipnea, se hallaron valores de amilasa y lipasa normales, radiografía de tórax sin alteraciones. Para fecha posterior resultado de hemocultivo I positivo para bacilos gran positivos cortos: *Listeria monocytogenes*.

La listeriosis en gestantes suele ser una infección rara, causada por consumo de lácteos no pasteurizados, carnes y/o vegetales contaminados, implica mayor morbilidad fetal con pérdidas de aproximadamente 35% de casos (14). Se decide realizar junta médica, concluyente en la notificación del caso a inteligencia sanitaria, inicio de cobertura antibiótica con ampicilina 2g endovenoso cada 6 horas (tratamiento de elección) + gentamicina 240 mg cada 24 horas + clindamicina 900 mg cada 8 horas, comunicar a neonatología sobre el caso, amniocentesis para gram y cultivo de líquido amniótico (Imagen 1), culminación de la gestación por vía cesárea, punción lumbar en el post parto para estudio de compromiso del sistema nervioso central, y realizar interconsulta a anestesiología para conocimiento del caso debido a religión de paciente: no desea uso de paquetes globulares.



Figura 1. Muestra de líquido amniótico de aspecto turbio, obtenida por amniocentesis bajo guía ecográfica.

A este punto del caso clínico, se destaca el manejo en conjunto con demás especialidades para adecuado control del caso, prevenir shock séptico-clave amarilla y posibles compromisos de otros órganos (13). Se realiza cesárea sin complicaciones, con recién nacido vivo y líquido amniótico turbio. Paciente cursó con evolución favorable durante el puerperio, epigastralgia en disminución y parámetros laboratoriales con tendencia a normalidad, pero debió completar pauta iniciada de ampicilina por 14 días previo al alta. Se educó a la paciente sobre higiene en lavado de manos, lavado y conservación de alimentos; se recomendó que evite productos lácteos que no fueron pasteurizados (14).

Caso clínico n.º 2

Se describe caso de gestante a término asintomática, sin embargo, con alto riesgo de perder la vida de su hija, debido a una posible cardiopatía que condiciona arritmia fetal. Paciente es reevaluada con los resultados, se corrobora en barrido ecográfico líquido amniótico disminuido 1.9 cm pozo único, placenta fúndica grado III, ponderado fetal 2376 +- 356 g (p4), impresiona presencia de extrasístoles frecuentes y taquicardia fetal con desaceleraciones variables. Concluyendo en diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, se explica diagnósticos, riesgos y complicaciones a paciente. Se programa cesárea de urgencia por pérdida de bienestar fetal. Reporte operatorio sin interurrencias, recién nacido vivo de sexo femenino, pasa a servicio de neonatología para descartar cardiopatía. Puérpera de cesárea

segmentaria transversa primaria, cursa con evolución favorable. Control por consulta externa de obstetricia al alta médica. Las arritmias fetales suelen ser benignos o relacionarse a infecciones, patología tiroidea materna y fármacos (15). Sin embargo, existen algunos tipos que pueden provocar miocardiopatía y muerte súbita, como el bloqueo de rama, prolongación del intervalo QT y *torsade de pointes*, además de complicar con hidropesía fetal o disfunción cardíaca (16). Es por lo mencionado que debe lograrse un diagnóstico sólido y precoz para tomar decisiones adecuadas. en este caso, por la pérdida aguda de bienestar fetal y estado a término de la gestación se decidió la vía más rápida que es la cesárea.

Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

El paciente presenta síntomas que en conjunto con el examen físico pueden descartar otras causas no propuestas en la impresión diagnóstica; el examen abdominal descarta una posible emergencia quirúrgica abdominal aguda, el examen neurológico es normal, lo que sugiere que los mareos se presentan por otra causa. Se agrega que el paciente cuenta con exámenes imagenológicos y anatomopatológicos, solicitados en otras consultas, previo al ingreso:

Resonancia magnética de pelvis sin contraste (24 de octubre del 2023): lesión neoproliferativa semicircunferencial en transición rectosigmoidea, por encima y por debajo del repliegue peritoneal con compromiso del mismo, asociado a múltiples linfonodos con sospecha de infiltración secundaria, en relación a T4aN2bMx. Correlacionar con hallazgos tomográficos.

Tomografía de pelvis con contraste (10 de octubre del 23): no secundarismo, engrosamiento de las paredes del recto medio y superior. No informan presencia de ganglios.

Colonoscopia (20 de setiembre del 2023): válvula ileocecal, ciego, colon ascendente, transverso, descendente de aspecto conservado. En sigmoides se observa orificios diverticulares en numero 7 pequeño no erosionado. Mucosa de recto desde los 8 cm hasta los 13 cm del margen anal se observa lesión ulcerada de bordes proliferativos, irregular, lecho con detritus, que abarca 60% de la luz, no genera estenosis, se toman biopsias. Canal anal sin

lesiones. Impresión: diverticulosis en sigmoides. lesión ulcerada en recto descartar NM.

Biopsia (21 de setiembre del 2023): adenocarcinoma invasivo de recto. Grado histológico bajo. Tipo histológico: usual/NOS. Vienna 5.0. Revisión de lámina (11 de octubre del 2023): adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado infiltrante y ulcerado.

El diagnóstico muchas veces se realiza en consultorio, partiendo de la anamnesis, con la sintomatología referida junto con exámenes auxiliares para estadificación. En este caso, lo más probable es que la lesión tumoral ulcerada implique el sangrado crónico y consecuente anemia. Además, cuenta con factores de riesgo: tiene más de 50 años y madre con antecedente de neoplasia maligna de colon (17). Es importante estadificar la lesión tumoral, siendo T4aN2bMx, dada la extensión local del tumor y posible infiltración ganglionar, se puede concluir se es una etapa avanzada de enfermedad.

El tipo de cirugía propuesta para este tipo de casos, es la resección abdominoperineal del recto, implica la resección del recto y ano, seguida de colostomía permanente (18), inclusive es probable que requiera terapia oncológica adyuvante con radioterapia y quimioterapia, con el fin de reducir el riesgo de recurrencia (18).

Caso clínico n.º 2

El paciente fue evaluado en consulta externa, teniendo síntomas compatibles con el divertículo de Zenker, siendo reflujo, disfagia progresiva, halitosis y baja de peso (19). Estos divertículos son resultados de la protrusión mucosa posterior en zona del triángulo de Killiam (debajo del músculo constrictor faríngeo inferior y encima del músculo cricofaríngeo) (20). En este caso la sospecha se planteó desde la consulta con la sintomatología referida, por lo cual se solicitó hospitalización para completar estudios como el tránsito baritado (esofagograma), siendo el más útil para el diagnóstico (19), para determinar el tamaño, capacidad de retención del contraste, y excluir ulceraciones (21). Entonces se planteó diverticulectomía en conjunto con el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, la cual se realizó sin complicaciones, describiéndose divertículo esofágico de 5x5 cm que se clampa a nivel del cuello del mismo y se realiza sección fría y se procede a rafia con PDS 4/0 surget continuo doble plano, colocación de drenaje Jackson-Pratt a nivel de

herida operatoria hacia zona de rafia. El paciente evoluciona sin complicaciones, pese a la inevitable comorbilidad que implica la edad avanzada (21), con tolerancia oral adecuada en los siguientes días y prueba de azul de metileno negativa.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Previo al internado médico, se requirió de esfuerzo y estudio constante los últimos meses del sexto año de la carrera, con el objetivo de alcanzar una plaza EsSalud. La adjudicación al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se inició el 1 de enero del 2023 en el servicio de Pediatría, específicamente en el tópico de emergencia, donde apoyamos con respectivos turnos y guardias recibiendo múltiples casos, los cuales, pese a ser un hospital de alta capacidad resolutive, fueron en proporción no despreciable casos leves, que se resolvieron exitosamente. El rol del interno en el tópico de emergencias pediátricas consta en la elaboración de anamnesis, examen físico y proponer posibilidades diagnósticas, en lo posible brindar terapéutica adecuada, bajo supervisión de los residentes y asistentes de turno. En el área de hospitalización de Pediatría, la responsabilidad destacada es la elaboración de la historia clínica, evoluciones de cada paciente y apoyar con el plan de trabajo, sea solicitud de exámenes de laboratorio, imagenológicos, entre otros. La rotación en Neonatología fue interesante porque se pudo apreciar el trabajo en conjunto con Obstetricia, la gran mayoría de veces en sala de operaciones y sala de partos, donde tanto asistentes como enfermeras me enseñaron a profundidad sobre la atención inmediata del recién nacido. Otros ambientes de Neonatología donde pude apoyar y aprender fueron el área de Intermedios y la Unidad de Cuidados Intensivos, en este servicio he presenciado como se salvan vidas de neonatos con sepsis, neonatos inmaduros, insuficiencia respiratoria, entre otras patologías. Paralelamente a lo descrito, las actividades y trabajos académicos formaron parte esencial para reforzar lo aprendido.

En el mes de abril inició la rotación en el servicio de Medicina Interna, específicamente en Medicina Interna 2 correspondiente a Inmunología y alergias, sin embargo, se encuentra casuística diversa. Cuenta con 24 camas para pacientes en general, 10 en intermedios y 8 en delicados. Por supuesto una de las rotaciones más exigentes, por asignación de un mayor número de pacientes, visitas enfocadas en el debate, plan de trabajo extenso, guardias en diversas áreas de la emergencia y múltiples exposiciones de casos clínicos. Las guardias en medicina son las más demandantes desde mi punto

de vista, debido a la cantidad enorme de pacientes por atender, hecho que fue noticia en su momento. A diferencia de hospitalización, sería bueno que durante las guardias en la emergencia se oriente más sobre el rol en las salas de observación, debido a que muchas veces no hallaba al especialista. Esto no sucedía en las demás áreas, donde si tuve la guía necesaria e incluso participación en procedimientos de especialidad.

En el mes de julio, se empieza la rotación en los servicios de Ginecología y Obstetricia, donde se tuvo mayor presencia en sala de operación para asistir en su gran mayoría cesáreas y legrados uterinos. Debido al nivel de complejidad del hospital no es usual recibir una gestante para un parto eutócico, por lo cual solo tuve la oportunidad de atender este tipo de partos en escasas oportunidades. En esta rotación las necesidades más comunes atendidas fueron la supervisión del parto, que la inmensa mayoría fueron vía quirúrgica, por lo que es indispensable obtener los documentos y estudios prequirúrgicos; además de la atención durante el parto, el cuidado postparto donde es importante vigilar signos de alarma.

En octubre, inició la última rotación en los servicios asignados de Cirugía de Hígado y Vías Biliares, Cirugía de Colon, Ano y Recto, y Cirugía de Esófago y Estómago del departamento de Cirugía General. En esta etapa final, el interno más experimentado en sus responsabilidades y conociendo los recursos con los que dispone, se le permite intervenir mucho más para afinar la destreza manual, y ser partícipe de discusiones de casos clínicos. Fue la rotación donde pude apreciar más la definición del manejo agudo en pacientes que lo ameriten.

Es interesante apreciar, en general, cuanto se beneficia la atención de pacientes de las tecnologías dispuestas, ya que el sistema de atención electrónico permite ahorrar mucho tiempo al momento de registrar datos, elaborar recetas, realizar interconsultas, descansos médicos, corroborar resultados de laboratorio e incluso tener antecedentes a mano, permite ahorrar tiempo de espera al paciente durante su estancia en el hospital.

CONCLUSIONES

1. Durante este año, cada caso clínico explicado, y por supuesto todos en los que se pudo participar, aportaron al desarrollo de lo mencionado, por lo cual causaron gran impacto en la trayectoria médica del autor.
2. Se reafirma que el internado médico sea la etapa fundamental para la formación, desenvolvimiento y consolidación de los conocimientos del estudiante de medicina. Vivir esta etapa en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, permitió una transición que implica la práctica directa en ambiente hospitalario e interacción con pacientes reales provenientes de distintas partes del Perú después del contexto de la pandemia por COVID-19 que distanció la práctica hospitalaria
3. También se desarrollaron habilidades clínicas, ser capaz de tomar decisiones acertadas bajo presión, desarrollar habilidades comunicativas (transmitir de manera comprensible, clara y empáticamente a los pacientes) y fortalecer el sentido de trabajo en equipo mediante la colaboración interdisciplinaria con profesionales de diversas especialidades médicas mediante interconsultas, con el fin de lograr atención integral al paciente.
4. Todos los conocimientos y habilidades adquiridas serán de gran utilidad para el próximo paso en la trayectoria médica, el Serums y contar con una sólida base para aspirar a ser especialista en cualquier materia.

RECOMENDACIONES

1. El internado médico es una etapa exigente, el interno además de su rol académico y asistencial en el ambiente hospitalario, debe estar en constante aprendizaje teórico y reforzar conocimientos previos, los cuales permitirán tener un desempeño óptimo en el Examen Nacional de Medicina (ENAM), pases de visita y rondas de preguntas satisfactorias. Por lo cual se sugiere una organización temprana de tiempos libres, entre estudio y descanso.
2. Para el futuro interno de medicina que tiene o es proclive a tener problemas de salud mental, como la depresión y/o ansiedad, es necesario entender que es una etapa dura pero enriquecedora, se puede encontrar apoyo en nuevas amistades y sobre todo con fortaleza en uno mismo. Prioriza el autocuidado, terapia, ejercicio físico y en lo posible, ajustes de la carga laboral.
3. Continuar el cumplimiento de protocolos de bioseguridad y uso adecuado de los equipos de protección personal, ya que aún se observan casos de COVID-19 y tuberculosis respiratoria incluso en personal sanitario.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. EsSalud W. Hospital Almenara de EsSalud fue categorizado a Instituto de Salud Especializado | EsSalud [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/hospital-almenara-de-essalud-fue-categorizado-a-instituto-de-salud-especializado/>
2. El Peruano. EsSalud realizó con éxito examen de ingreso para el internado médico 2023 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/199911-essalud-realizo-con-exito-examen-de-ingreso-para-el-internado-medico-2023>
3. Fernández Arribasplata M. Huellas digitales - Archivo histórico El Comercio. 2013. El hospital de los trabajadores del Perú cumple 72 años. Disponible en: <https://elcomercio.pe/blog/huellasdigitales/2013/02/el-hospital-de-los-trabajadore/>
4. EsSalud. Presidente Humala inauguró Torres de Consulta Externa del Hospital Almenara | EsSalud [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/presidente-humala-inauguro-torres-de-consulta-externa-del-hospital-almenara/>
5. Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki. *Aeped*. 2020;2:213-24.
6. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association | *Circulation* [Internet]. [citado 18 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.000000000000484?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
7. Ministerio de Salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>

8. Dunn N, Juergens AL. Giardiasis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 19 de enero de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513239/>
9. Metronidazole (systemic): Drug information - UpToDate [Internet]. [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/metronidazole-systemic-drug-information?search=giardia%20&topicRef=9646&source=see_link#F8771168
10. Proaño Bautista CX, López Maldonado MC, Rivera Chiliquina JA, López Mier RD. Hemorragia digestiva alta, etiología, diagnóstico y tratamiento: un artículo de revisión. Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional. 2024;9(1 (Enero 2024)):1128-39.
11. EL Hajj W, Nahon S. Hemorragia digestiva alta. EMC - Tratado de Medicina. 1 de diciembre de 2022;26(4):1-9.
12. Gupta SK, Rateria N. Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST): an Overview. Indian J Surg. 1 de agosto de 2021;83(3):647-53.
13. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. INMP; 2018.
14. Keng MM, Marín EP, Cedeño VS. Listeriosis en el embarazo. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2 de junio de 2022 [citado 12 de febrero de 2024];7(06). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?ldarticulo=105583>
15. Veduta A, Panaitescu AM, Ciobanu AM, Neculcea D, Popescu MR, Peltecu G, et al. Treatment of Fetal Arrhythmias. Journal of Clinical Medicine. enero de 2021;10(11):2510.
16. Strasburger JF, Eckstein G, Butler M, Noffke P, Wacker-Gussmann A. Fetal Arrhythmia Diagnosis and Pharmacologic Management. J Clin Pharmacol. septiembre de 2022;62 Suppl 1(Suppl 1):S53-66.
17. Lombana LJ, Vargas Rubio RD, Rúgeles Quintero SJ, Ariza Gutiérrez A. Cáncer de recto: tendencias y cambios en el manejo. Conceptos para el gastroenterólogo y el cirujano. Rev colomb Gastroenterol. 15 de marzo de 2022;37(1):66-77.
18. Wilkinson N. Management of Rectal Cancer. Surgical Clinics. 1 de junio de 2020;100(3):615-28.

19. Divertículos de la faringe, el esófago, el estómago y el intestino delgado - ClinicalKey [Internet]. [citado 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491139492000263?scrollTo=%23hI0000260>
20. Brown S. Divertículo de Zenker: Diverticulotomía endoscópica asistida por grapas. JOMI [Internet]. 10 de marzo de 2022 [citado 19 de enero de 2024];2022(2). Disponible en: <https://jomi.com/article/275/zenker's-diverticulum:-endoscopic-staple-assisted-diverticulotomy>
21. Porziella V, Zanfrini E, Tabacco D, Pogliani L, Vita ML, Petracca-Ciavarella L, et al. Surgical treatment of Zenker diverticula. Annals of Esophagus [Internet]. 25 de marzo de 2023 [citado 19 de enero de 2024];6(0). Disponible en: <https://aoe.amegroups.org/article/view/6218>