



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN INSTITUTO  
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS Y  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO  
PRESENTADO POR  
IRIANA SOREL FLORES GARCÍA  
CLAUDIA ALEXANDRA FLORES MONTEZA**

**ASESOR  
RISOLF SOLIS CONDOR**

**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 INSTITUTO  
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS Y HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**IRIANA SOREL FLORES GARCÍA  
CLAUDIA ALEXANDRA FLORES MONTEZA**

**ASESOR**

**MÉDICO ESPECIALISTA RISOLF SOLIS CONDOR**

**LIMA - PERÚ  
2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

**Miembro:** Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

**Miembro:** Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestro asesor y docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, Risof Solís Condor, quien nos acompañó en el desarrollo de nuestro estudio.

Al Hospital Nacional Dos de Mayo y al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por brindarnos el espacio y la confianza de sus pacientes que fueron fuente de información de vital importancia en nuestra formación académica.

A la Universidad San Martín de Porres, por ser parte de nuestro desarrollo como profesionales y personas.

## ÍNDICE

ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	25
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	35
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	37

## RESUMEN

El internado médico es una de las etapas más importante en la preparación de toda persona que aspira ser médico, en el que todos los estudiantes de medicina, durante el último año de su formación académica, tienen que participar de forma activa en las practicas que realizan en cada establecimiento de salud que se les asigne, logrando integrar y consolidar los conocimientos que se han adquirido durante los años anteriores. En Perú, el internado suele comprender cuatro rotaciones exclusivamente hospitalarias: Cirugía, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, que usualmente han contado con un tiempo de duración de 12 meses, los cuales por motivos de la pandemia COVID 19, hubo diversas modificaciones que impactaron en la realización de prácticas hospitalarias, una de las cuales fue la reducción a 10 meses del tiempo del internado. Objetivo: Documentar las experiencias clínicas desarrolladas durante el internado 2022, además de analizar y aplicar los conocimientos aprendidos. Metodología: Se detallarán experiencias clínicas del internado médico realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas mediante el análisis de cada caso clínico descrito, por cada servicio en el cual se realizó la rotación. Conclusiones: La experiencia del internado es tanto necesaria como primordial para nuestra formación como médicos. Puesto que se adquiere experiencia y conocimientos de los pacientes, los cuales son los mejores libros que se pueden tener.

**Palabras clave:** Internado médico, paciente, pandemia, COVID-19

## **ABSTRACT**

The medical internship is one of the most important stages in the preparation of every person who aspires to be a doctor, in which all medical students, during the last year of their academic training, have to participate actively in the practices they carry out. In each health facility assigned to them, managing to integrate and consolidate the knowledge that has been acquired during previous years. In Peru, the internship usually includes four exclusively hospital rotations: Surgery, Pediatrics, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, which have usually had a duration of 12 months, which for reasons of the COVID 19 pandemic, there were various modifications that had an impact on the performance of hospital practices, one of which was the reduction to 10 months of internship time. Objective: Document the clinical experiences developed during the 2022 internship, in addition to analyzing and applying the knowledge learned. Methodology: Clinical experiences of the medical internship carried out at the Dos de Mayo National Hospital and the National Institute of Neoplastic Diseases will be detailed through the analysis of each clinical case described, for each service in which the rotation was carried out. Conclusions: The internship experience is both necessary and essential for our training as physicians. Since you gain experience and knowledge from patients, which are the best books you can have.

**Keywords:** Medical internship, patient, pandemic, COVID-19



NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN INSTITUTO NACIONAL DE ENFERME  
DADES NEOPLÁSICAS Y HOSPITAL NACI  
ON

AUTOR

IRIANA SOREL FLORES GARCÍA CLAUDI  
A ALEXANDRA FLORES MONTEZA

RECuento de palabras

**9873 Words**

RECuento de caracteres

**55427 Characters**

RECuento de páginas

**47 Pages**

Tamaño del archivo

**178.7KB**

Fecha de entrega

**Apr 14, 2023 7:02 PM GMT-5**

Fecha del informe

**Apr 14, 2023 7:03 PM GMT-5**

● **12% de similitud general**

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

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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
- Fuentes excluidas manualmente



ME: RISOF ROLLAND SOLÍS CÓNDOR.  
DNI: 10054641  
Asesor

ORCID: 0000-0002-9770-8085

## INTRODUCCIÓN

Como última etapa de nuestra formación académica se encuentra la realización de prácticas preprofesionales o comúnmente denominado internado médico, es aquí donde podemos llevar a la realidad todos los conocimientos que hemos ido adquiriendo en los 6 años anteriores de nuestra formación.

Cabe resaltar que los establecimientos en los que se realizó el internado médico son considerados como centros de referencia, por ende, la demanda de pacientes y carga laboral es muy elevada. Esto nos ha permitido adquirir ciertas destrezas, no solo a nivel médico sino también para afrontar diversas situaciones tanto en el aspecto laboral como personal.

Según el plan de estudios de la universidad debemos realizar 4 rotaciones en nuestra sede hospitalaria: Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Gineco obstetricia. Durante años anteriores el internado médico tenía como duración 12 meses, sin embargo, debido a la actual coyuntura de la Pandemia por el COVID 19, se ha visto reducido a 10 meses. Iniciando el 1° de abril del 2022 y culminando el 31 de marzo del 2023. A pesar de este y muchos otros cambios más que se realizaron hemos sabido aprovechar cada oportunidad que se nos ha brindado para adquirir y fortalecer nuevas habilidades que serán muy importantes para nuestra futura labor como médicos.

Este trabajo presenta 16 casos clínicos de diversas patologías que se ha podido observar durante la realización del internado médico realizado en dos diferentes establecimientos de salud: el Hospital Nacional Dos de Mayo y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

A continuación, se presentarán 16 casos, 4 por cada rotación realizada en cada servicio durante el internado médico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Hospital Nacional Dos de Mayo.

### **Rotación en el servicio de Medicina Interna**

#### **Caso clínico n.º 1:**

##### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 70 años con diagnóstico: Cáncer de cérvix estadio clínico II, refiere disnea a moderados esfuerzos y palpitations asociado a nauseas, no vómitos. Tiempo de enfermedad: 2 semanas.

##### **Examen físico:**

- Peso: 61 kg Talla: 145 cm IMC: 29.01
- Funciones vitales: PA: 160/60 mmHg FC: 100 x' FR: 20 x'  
Saturación: 96 % ventila espontáneamente.
- Piel: Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez. No edemas.
- Aparato respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no rales.
- Aparato cardiovascular: RCR de baja intensidad, no soplos
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando y depresible, no doloroso.
- Genitourinario: PPL: (-) PRU (-), no globo vesical.
- Neurológico: LOTEPE. ECG: 15/15 puntos, no signos meníngeos.

##### **Exámenes auxiliares:**

EKG: Frecuencia ventricular: 57 PR: 0,16 QRS: 0,16 QT: 0,40

Conclusión: Bloqueo completo de rama izquierda.

Laboratorio: Colesterol total: 7.58, LDL: 3.35, HDL 0.98, triglicéridos: 424

##### **Impresión diagnóstica:**

NM Endocérvix estadio clínico IIB

Hipertensión arterial

Dislipidemia

**Plan de trabajo:**

- Dieta hipograsa, hiposódica.
- Olmersartan medoxomil VO 40 mg
- Amlodipino 5 mg VO cada 24h
- Atorvastatina 20 mg VO cada 24h

**Caso clínico n.º 2:****Anamnesis:**

Paciente mujer de 74 años, con diagnóstico oncológico de cáncer de cérvix, estadio clínico II B, tratada con quimioterapia y radioterapia hace 12 meses.

Familiar refiere cuadro desde hace 10 días con sangrado rectal, malestar general, debilidad, dolor abdominal persistente, por tales motivos acude a emergencia.

**Examen físico:**

- Funciones vitales: PA: 141/45 mmHg FC: 59 x' FR: 20 X' Sat: 99 %  
ECOG: 2, ventila espontáneamente
- Piel: Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Aparato respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax , no rales.
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA (+), blando y depresible, doloroso en mesogastrio.
- Genitourinario: PPL: (-) PRU (-), no globo vesical.
- Neurológico: LOTEP. Escala de Glasgow : 15/15 puntos, no signos meníngeos
- Funciones biológicas: Apetito: Alterado; sueño: alterado; deposiciones: alterado; sed: alterado; orina: alterado; estado de ánimo: alterado

**Exámenes auxiliares:**

Hb: 61 g/L hematocrito: 19.3 %

**Impresión diagnóstica:**

Hemorragia gastrointestinal

Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)

**Plan de trabajo:**

- NPO.

- Hidratación.
- Protector gástrico.
- Analgésicos: tramadol.
- Antifibrinolítico: ácido tranexámico.
- Control de funciones vitales.
- Transfusión de paquete globular.

### **Caso Clínico n.º 3:**

#### **Anamnesis:**

Paciente refiere que inicia con dolor en ambas rodillas, que se irradia a piernas y talones, asociado adormecimiento, que calmaba con analgésico y antiinflamatorios (paracetamol, diclofenaco). Acudiendo a varios médicos por no encontrar mejoría. Hace 6 meses el dolor iba en aumento, comprometiendo muslos y región inguinal bilateral, generándole debilidad muscular, dificultad para la marcha y para levantar objetos.

Añade que en los últimos días presenta dolor abdominal, estreñimiento, dificultad para miccionar, aumento de volumen de ambas piernas. Por tanto, es visto por urólogo y nefrólogo., quiénes le diagnostican “un cálculo renal”, y le dan tratamiento. Al no encontrar mejoría acude al Hospital Rebagliati, y le sacan análisis, dentro de ellos  $Ca^{+} > 14$ , por lo que es enviado a emergencia de este hospital.

Luego; al pasar a la emergencia, refiere baja de peso: 10 kilos entre los meses de abril y mayo de este año.

#### **Antecedentes:**

Médicos: ERC (hace 1 años), anemia (hace 6 meses), gastritis (mayo 2022), HBP II (agosto 2022), y litiasis renal. (Setiembre 2022)

Hábitos nocivos: Alcohol: hace 1 año: cada 1-2 semanas

Familiares: Padre: fallecido por cáncer de estómago. Madre: HTA y várices.

Hermanos: 3 con DM2. Hijos: aparentemente sanos.

#### **Examen físico:**

- Funciones vitales: PA= 104/68, FC=62Xmin; FR=18Xmin; GLASGOW=15; Sat. O<sub>2</sub>=99 %. T: 36.5 °C

- Piel: Tibio, seco, poco elástico. Palidez en piel y mucosas (+/+++). Ictericia palmo – plantar (+/+++). Llenado capilar < =2´´.
- Faneras: Uñas de coloración marrón en tercio distal y blanco en dos tercios proximales.
- TCSC: Presencia de edemas +++/++++ con fóvea.
- Región oral: Edentulismo parcial
- Cuello: Asimétrico, Tráquea ligeramente desviada a la izquierda. Se palpa masa a nivel de la región supraclavicular derecha, en la región anterior del cuello, por debajo del cartílago de tiroides, de aproximadamente 4 x 3 cm, consistencia dura, indolora, poco móvil. No signos de flogosis. Maniobra de nelson (+).
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Respiratorio: MV pasa bien en AHT. No estertores.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, no IY, no RHY, no S3
- Abdomen: No distendido, plano. RHA presentes. timpánico. Blando, depresible. No visceromegalias, no masas, ni dolor a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: PPL (-), PRU Superior y Medio (-).
- Neurológico: Paciente despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. ECG: 15/15 puntos. No signos meníngeos. Fuerza muscular disminuida (4/5) en miembros superiores. Fuerza muscular disminuida (3/5) en miembros inferiores, y aumento de ROT braquiales bilaterales 3+/4+, y rotulianos bilaterales 3+/4+.

**Exámenes auxiliares:**

Calcio: 16.2, parathormona:3900, urea: 63, creatinina: 1.68 , hemoglobina: 9.9 g/dl.

Ecografía de partes blandas de paratiroides (5/10/22): masa hipoecogénica proyectado en la región posterior del lóbulo tiroideo que puede corresponder a adenoma de paratiroides, se sugiere tomografía con contraste para caracterización

Mielograma (6/10/22): Serie mieloide(hiperplasia leve a moderada), se observa citofagocitosis. Médula ósea con hiperplasia celular Hemosiderina normal.

Citofagocitosis: descartar cuadro infeccioso versus inmune.

Informe citopatológico – biopsia punción aspiración con aguja fina dirigida por ecografía: Negativo para células tumorales malignas. Quiste paratiroideo

Dosaje de parathormona en contenido líquido :4.30 pg/ml, método de quimioluminiscencia.

Dosaje de tiroglobulina en contenido líquido <0.20mg/ml, método de quimioluminiscencia.

Tomografía de cuello con contraste (15/10/22): Lesión sólida heterogénea, parcialmente definida, captadora del contraste, de 43 cc a nivel del espacio visceral del cuello que ejerce efecto de masa sobre estructuras adyacentes, guarda mala interfase con el esófago, hallazgos con relación a adenoma de glándula paratiroidea con el diferencial de adenocarcinoma, se sugiere biopsia.

Múltiples lesiones sólidas hipodensas, definidas, captadoras del contraste, a nivel mandibular y fosa incisiva, considerar tumor pardo del hiperparatiroidismo con el diferencial de metástasis.

### **Impresión diagnóstica:**

Hipercalcemia maligna

Tumor de paratiroides: Adenocarcinoma de Paratiroides

### **Plan de trabajo:**

- NPO
- Colocar sonda nasogástrica
- Bránula salinizada.
- Hidratación NaCl 0.9% XXXX gotas por minuto.
- Furosemida 20 mg EV C/8h
- Requiere cinacalcet 30mg. Iniciar 1 tableta cada 12 horas.

- Intervención quirúrgica: Tiroidectomía derecha + istmectomía + biopsia de mandíbula + colocación de sonda nasogástrica + DPR + dosaje de PTH dentro de sala de operaciones.

#### **Caso clínico n.º 4:**

##### **Anamnesis:**

Paciente que ingresa con tiempo de enfermedad de una hora, que inició con cefalea holocraneana 8/10 de tipo opresiva, que se agravaba al toser y lo levantó durante el sueño, y que, además, conforme aumentaba el dolor, se instauró concomitantemente, hemiparesia izquierda fasciobraquiocrural motivo por el cual es trasladado al hospital. Al ingreso presentó 1 episodio de vómito y náuseas.

##### **Antecedentes:**

Hipertensión arterial, diagnosticada hace 10 años en tratamiento irregular con enalapril 20 mg cada 24 horas.

Familiares: Padre con cáncer de colon y diabetes mellitus tipo 2, madre con stroke isquémico e hipertensión arterias; hermanos, todos con hipertensión arterial.

##### **Examen físico:**

- Funciones vitales: PA= 150/100, FC=67 x min; FR=17x min; sat O<sub>2</sub>=99 %. T: 36.5 ° C, peso: 90 kg, talla 1.78 m. IMC :28.4 kg/m<sup>2</sup>.
- Piel: Tibio, elástico. Palidez leve en piel y mucosas. Llenado capilar < =2´´.
- TCSC: no edemas, tejido adiposo incrementado a nivel centripeto.
- Cuello: No se palpan masas.
- Cabeza: normocéfalo, pupilas CIRLA, región nasal sin alteraciones, borramiento del surco naso geniano izquierdo, asimetría al sonreír.
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Respiratorio: MV pasa bien en AHT. No estertores.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, no IY, no RHY, no S3.
- Abdomen: No distendido, plano. RHA presentes. timpánico. Blando, depresible. No visceromegalias, no masas, ni dolor a la palpación superficial ni profunda.



- Genitourinario: PPL (-), PRU Superior y Medio (-).
- Neurológicos: Escala de Glasgow: 14 pts., somnoliento, asimetría facial, función sensitiva del nervio facial conservada, fuerza muscular miembro superior e inferior izquierdo 1/5 reflejos osteotendinosos izquierdos aumentados.

**Exámenes auxiliares:**

Perfil lipídico: colesterol VLDL: 73, LDL: 210, total: 316 , triglicéridos 363.7

Glucosa:330, Hemoglobina glicada 10.78.

Tomografía: Lesión extensa hiperdensa a nivel de tálamo derecho con irrupción ventricular con un volumen de sangrado de 26.3 cc.

**Impresión diagnóstica:**

ACV Hemorrágico de etiología: Hipertensiva

Localización: Tálamo derecho con irrupción ventricular (ICH 2 puntos mortalidad 26 %).

Síndrome metabólico.

HTA no controlada.

DM2 debut.

Dislipidemia mixta.

**Plan de trabajo:**

- Observación y control de funciones vitales cada 6 horas
- Nacl 0.9% 1000 cc 30 gotas (3 frascos).
- Manitol 20% 500 ml
- Atorvastatina 10 mg vía oral cada 24 horas.
- Insulina R 4 UI subcutáneo STAT.

## **Rotación en el servicio de Cirugía**

### **Caso clínico n.º 1:**

#### **Anamnesis:**

Paciente varón de 51 años, sin algún antecedente de importancia, con tiempo de enfermedad de 5 meses, caracterizado por dolor en miembros inferiores bilaterales esporádica, retención urinaria, estreñimiento y fatiga, por lo que acude a otra institución en donde le realizan resonancia magnética de columna lumbosacra la cual muestra lesión de partes blandas de aspecto neoproliferativo en el canal raquídeo, a la altura de S2 a S4, con infiltración a la musculatura y a los cuerpos vertebrales adyacentes, se asocian plastrones ganglionares pélvicos y retroperitoneales de aspecto maligno. Con estos hallazgos acude a INEN, donde se le realiza tomografía que reporta: compromiso retroperitoneal, metástasis ósea y biopsia transperianal (adenocarcinoma acinar de próstata, Gleason 7/10). Gammagrafía ósea: Enfermedad metastásica multifocal. PSA: 116 ng/ml. Paciente inicia su quimioterapia con docetaxel, 6 cursos y hormonoterapia: Triptorelina. Cuenta con nuevo PSA de 249, con estos resultados se dispone que es tributario a manejo quirúrgico.

#### **Examen físico:**

- Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 80 x', FR: 20 x', Sat: 97 %  
Diuresis: 1700cc.
- ECOG: 2 en silla de ruedas. AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.
- Piel: Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosa oral húmeda. Úlcera por presión en talón derecho.
- Aparato respiratorio: MV pasa en AHT, no estertores.
- Aparato cardiovascular : RCR, regular intensidad, no soplos.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: PPL: (-) PRU (-), No globo vesical. Escroto sin hematomas
- Miembros inferiores: Edema de miembro inferior izquierdo. ++/+++
- Neurológico: LOTEPE. ECG: 15/15 puntos, no signos meníngeos.

**Impresión diagnóstica:**

Neoplasia maligna de próstata estadio clínico IV de alto volumen por metástasis retroperitoneal ganglionar y ósea.

**Plan de trabajo:**

- Orquiectomía bilateral.

**Caso clínico n.º 2:****Anamnesis:**

Paciente varón de 63 años, con antecedente de Diabetes mellitus tipo 2 e HTA; acude con tiempo de enfermedad de 4 meses caracterizado por lesión verrucosa en extremo distal del pene con incremento progresivo de tamaño. Ingresa a la institución por el servicio de emergencia por presencia de miasis en región del pene asociado a dolor oncológico por el cual indican tratamiento antibiótico (clindamicina 300mg VO cada 8h) y antiinflamatorios, el cual ya culminado es tributario de tratamiento quirúrgico por lo que se hospitaliza.

**Examen físico:**

- Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg, FC: 78 x', FR: 20 x', SatO<sub>2</sub>: 96 %
- ECOG:1, AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.
- Piel: Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosa oral húmeda.
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa en AHT, no estertores.
- Aparato cardiovascular: RCR, regular intensidad, no soplos.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: PPL: (-) PRU (-), No globo vesical.
- Genitales externos: Lesión verrucosa de más o menos 7 cm con áreas necróticas y hemorrágicas en extremo distal del pene, no se palpa ganglios en región inguinal.
- SNC: LOTEPE. ECG: 15/15 puntos, moviliza extremidades, no signos meníngeos.

-

**Impresión diagnóstica:**

Tumor de pene a descartar neoplasia maligna.

**Plan de trabajo:**

- Amputación total de pene + neomeato perineal.

**Caso clínico n.º 3:****Anamnesis:**

Paciente varón de 63 años, ingresa con un tiempo de enfermedad de 5 días refiriendo dolor abdominal tipo cólico 8/10 a predominio de hipocondrio derecho, dolor no cede con analgésicos; concomitantemente, 2 días antes del ingreso se agrega fiebre hasta en 3 ocasiones de 38.5 ° C. Añade que no realiza reposiciones hace 4 días a pesar de haberse administrado laxantes, presenta flatulencias.

**Antecedentes:**

Quirúrgicos niega

Médico: litiasis vesicular, úlcera gastrointestinal, actualmente medicándose con omeprazol 20 mg c/24h

Familiares: niega

Niega alergias.

**Examen físico:**

- Funciones vitales: PA= 130/80, FC=94 xmin; FR=20 xmin; satO2=99 %. T: 36.6 °C
- Piel: Tibio, elástico. No palidez en piel y mucosas llenado capilar < =2´´.
- TCSC: no edemas, tejido adiposo incrementado a nivel centrípeto
- Cuello: No se palpan masas.
- Cabeza: normocéfalo, pupilas CIRLA, región nasal sin alteraciones,
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Respiratorio: MV pasa bien en AHT. No estertores.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, no IY, no RHY, no S3

- Abdomen: RHA presente, poco depresible, timpánico, signo de Murphy positivo, Blumberg negativo. No visceromegalias, no masas, dolor a la palpación a nivel de hipocondrio derecho.
- Genitourinario: PPL (-), PRU superior y medio (-).
- Neurológico: Escala de Glasgow: 15 pts., LOTEP

#### **Exámenes auxiliares:**

Ecografía abdominal: vesícula biliar de 10x4 mm, pared engrosada de hasta 7 mm. Se evidencia imagen litiásica de 30 mm localizada en bacinete.

Laboratorio: Leucocitos 9100, bastionados 0 %, segmentados 78 %, hemoglobina: 13.1, bilirrubina total: 1.6 mg/dl, GGT: 232.4, fosfatasa alcalina: 175.10, amilasa: 30 lipasa 47, PCR:74.4, urea: 31.3, creatinina: 0.84, glucosa 90.8, TP: 15.5, TTPA: INR: 1.15, fibrinógeno: 901 mg/dl.

#### **Impresión diagnóstica:**

Colecistitis aguda litiásica.

#### **Plan de trabajo:**

- NPO.
- NaCl 0.9% 1000cc XLV gotas (3 frascos).
- Metamizol 2gr EV cada 8 horas.
- Hioscina 20 mg EV c/8horas.
- Ranitidina 50 mg EV c/8horas.
- Programar para SOP: colecistectomía laparoscópica.

#### **Caso clínico n.º4:**

##### **Anamnesis:**

Paciente de 80 años, que ingresa con un tiempo de enfermedad de 3 días por presentar dolor abdominal, localizado en fosa iliaca derecha, asociado a náuseas y vómitos en repetidas ocasiones. Además, no elimina flatos ni realiza deposiciones.

##### **Antecedentes:**

Quirúrgicos: niega

Médico: Hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino (media tableta)10mg cada 24 horas.

Familiares: Hermanos con HTA .

Niega alergias.

**Examen físico:**

- PA= 120/75, FC=76xmin; FR=18xmin; SAT O2=96 %. T: 36.6° C.
- Piel: Tibio, elástico. No palidez en piel y mucosas. Llenado capilar < =2''.
- TCSC: no edemas, tejido adiposo incrementado a nivel centrípeto.
- Cuello: No se palpan masas.
- Cabeza: normocéfalo, pupilas CIRLA, región nasal sin alteraciones
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Respiratorio: MV pasa bien en AHT. No estertores.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, no IY, no RHY, no s3
- Abdomen: Globuloso, RHA ausentes, blando, timpánico, Blumberg negativo. No visceromegalias, no masas, dolor a la palpación difuso. Se palpa masa inguinal derecha, indurada, dolorosa al tacto.
- Genito urinario: PPL (-), PRU superior y medio (-).
- Neurológico: Escala de Glasgow: 15 pts., LOTEP.

**Exámenes auxiliares:**

Tomografía: se observa dilatación de asas intestinal, además de hernia inguinal derecha incarcerada.

Laboratorio: Leucocitos 10002 abastionados 0%, segmentados 83.59 %  
hemoglobina: 12.71, Glucosa: 175.7 mg/dL, TP:15.5seg., TTPA: 33.0 seg., INR: 1.00  
DHL: 400, potasio: 5.4 mmol/L

**Impresión diagnóstica:**

Hernia inguinal complicada (incarcerada).

Obstrucción intestinal.

**Plan de trabajo:**

- NPO.
- Colocar sonda nasogástrica a gravedad.
- NaCl 0.9% 1000 cc, 500cc a chorro luego 45 gotas por minuto.
- Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas.

- Metamizol 2gr EV cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2g EV cada 24 horas.
- Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas.
- Programar para SOP (laparotomía exploratoria).

## **Rotación en el servicio de Pediatría**

### **Caso clínico n.º 1:**

#### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 4 años; con tiempo de enfermedad de 3 meses, caracterizada por distensión abdominal progresiva asociada a dolor abdominal que aumenta progresivamente, 11 días antes del ingreso se torna insoportable por lo que acude a INSN donde se le realiza ecografía abdominal en donde se evidencia gran tumoración dependiente de polo inferior de riñón izquierdo. Es evaluada por tele consulta por la Institución y se acepta referencia con posibilidad quirúrgica.

#### **Examen físico:**

Funciones vitales: PA: 100/58 mmHg, FC:109 x min, FR:20 x min, SatO<sub>2</sub>: 100 % T: 36.5° C, AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.

Piel: Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa en AHT, no estertores.

Aparato cardiovascular: RCR, regular intensidad, no soplos.

Abdomen: RHA (+), masa palpable en hemiabdomen izquierdo desde hipocondrio izquierdo hasta flanco izquierdo.

Genitourinario: orina espontánea.

Neurológico: LOTEPE. ECG: 15/15 puntos.

#### **Exámenes auxiliares:**

Tomografía tórax abdomen y pelvis: riñón izquierdo con gran tumoración heterogénea con áreas de necrosis que mide aproximadamente 120 x 99 x 93 mm dependiente de polo inferior no se ve que pasa la línea media, a nivel pulmonar no se evidencian signos de secundarismo.

Laboratorio: niveles de urea y creatinina en rango normal.

**Impresión diagnóstica:**

Tumor de Wilms izquierdo.

**Plan de trabajo:**

- Dieta completa a tolerancia.
- Balance hidroelectrolítico mantener en cero o +/- 200 cc/24 horas.
- Se solicita exámenes preoperatorios con posibilidad de nefrectomía radical izquierda + quimioterapia neoadyuvante.

**Caso clínico n.º 2:****Anamnesis:**

Paciente varón de 17 años; con tiempo de enfermedad de 4 meses, caracterizado por aumento de volumen progresivo de rodilla izquierda, dolor 7/10 localizado en la rodilla izquierda.

**Examen físico:**

- Funciones vitales: PA: 90/80 mmHg FC:70 x' FR:20 x' SATO2: 99 %
- ECOG: 2, AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.
- Piel: Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez (+/+++)
- Aparato respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores.
- Aparato cardiovascular: RCR, regular intensidad, no soplos.
- ABD: RHA (+), blando, depresible, no doloroso.
- Genitourinario: orina espontánea.
- Neurológico: LOTEPE. ECG: 15/15 puntos.
- SOMA: tumoración a nivel de rodilla izquierda de 51 cm, caliente, dolorosa a la palpación superficial. No moviliza miembro inferior izquierdo por tumoración.

**Exámenes auxiliares:**

Laboratorio: Hb 12.4 mg/dl, leucocitos 9.3 (linfocitos:19 %, segmentados: 71 %), plaquetas: 237 000.

TEM de tórax, abdomen y pelvis: nódulos pulmonares secundarios en lóbulo medio y lóbulo inferior bilateral.



TEM de rodilla: lesión neoformativa de dependencia ósea de la diáfisis, epífisis distal del fémur izquierdo asociado a un componente de partes blandas extenso.

Biopsia de fémur distal: osteosarcoma convencional de alto grado.

**Impresión diagnóstica:**

Osteosarcoma primario de fémur izquierdo estadio clínico IV por metástasis pulmonar.

**Plan de trabajo:**

- Hospitalización.
- Alcalinización + gastro protección.
- Programar tratamiento sistémico bajo esquema MAP.
- Se solicita evaluación por ortopedia y medicina del dolor.

**Caso Clínico n.º 3:**

**Anamnesis:**

Madre refiere inicio de enfermedad (lesiones) 4 días antes del ingreso, donde aparecieron lesiones pustulosas a nivel de zona nasogeniana, que causaban escozor a su menor de 5 años. Menciona que al transcurrir de los días las lesiones fueron aumentando en cantidad y extensión hasta región frontal y en ocasiones eran sangrantes; para lo cual, utilizó una crema en dichas lesiones, sin obtener mejoría alguna. Refiere notar aumento de volumen y enrojecimiento en región peri orbitaria derecha. Acude al hospital por que su hija refiere tener dificultad para la visión y permanencia de síntomas.

**Antecedentes:**

Prenatales: 6 controles prenatales

Natales: Parto vaginal, sin complicaciones. Alta conjunta al día siguiente del parto

Postnatales: Inmunizaciones completas hasta los 8 meses, niega patologías previas.

**Examen físico:**

- FC=74x/min; FR=24x/min; satO<sub>2</sub>=97 %. T: 36.5° C; Peso: 15.8 kg.
- Piel: Tibio, elástico. No palidez en piel y mucosas. Llenado capilar < =2'', presencia de lesiones papuloeritematosas (conglomeradas) en zona frontal

de la cara y en región naso geniana. Además de región eritematosa, con aumento de temperatura en zona periorbitaria derecha.

- TCSC: no edemas.
- Cuello: No se palpan masas.
- Cabeza: normocéfalo, pupilas CIRLA
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Respiratorio: MV pasa bien en AHT. No estertores.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos,
- Abdomen: Plano, blando, depresible, no dolor a la palpación.
- Genito urinario: PPL (-), PRU superior y medio (-).
- Neurológico: Despierta, escala de Glasgow 15/15.

#### **Exámenes auxiliares:**

Laboratorio: leucocitos 16161, abastionados 0 %, segmentados 72.09 % (11650.5 mm<sup>3</sup>), hemoglobina 14.15 g/dL, PCR: 45.

#### **Impresión diagnóstica:**

Absceso cutáneo.

Celulitis preseptal.

#### **Plan de trabajo:**

- Dieta completa y liquido a voluntad.
- Bránula salinizada.
- Oxacilina 590 mg EV cada 6 horas (150 mg/kg/día).
- Clindamicina 210 mg EV cada 8 horas (40 mg/kg/día).
- Mupirocina tópica aplicar cada 8 horas.
- Metamizol 390 mg EV condicional a T°>= 38 °C.

#### **Caso Clínico n.º 4:**

##### **Anamnesis:**

Madre refiere que hace 10 días antes del ingreso su menor hijo de 5 meses, inició cuadro con fiebre, por lo que le administró paracetamol en gotas. Así mismo, refiere “roncos en pecho” por lo que acude a centro de salud donde le indican salbutamol y ambroxol en jarabe y paracetamol en gotas por 5 días. Al transcurrir los días,

síntomas mejoran hasta 1 día antes del ingreso que refiere fiebre y tos que induce vómito, roncus en pecho que altera el sueño y lactancia en disminución por que acude al hospital.

**Antecedentes:**

Prenatales: más de 6 controles prenatales

Natales: Parto vaginal, sin complicaciones. Alta conjunta al día siguiente del parto, peso al nacer de 3300 gramos.

Postnatales: Inmunizaciones completas hasta la edad, niega patologías previas, niega contactos TBC y COVID- 19. Abuela con asma bronquial

**Examen físico:**

- FC=140 xmin; FR=48 xmin; SAT O2=97 %. T: 37.5 °C; Peso: 9 kg.
- Piel: Tibio, elástico. No palidez en piel y mucosas. Llenado capilar < =2, no cianosis.
- TCSC: no edemas.
- Respiratorio: MV pasa bien en ambos hemitórax. Sibilantes espiratorios, moviliza abundantes secreciones, subcrepitos basales y tirajes subcostales.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Plano, blando, depresible, no dolor a la palpación, no visceromegalia.
- Genito urinario: sin alteraciones.
- Neurológico: Despierta, escala de Glasgow 15/15, moviliza extremidades.

**Exámenes auxiliares:**

Laboratorio: leucocitos 13829, abastionados 0 %, segmentados 72.09 % (7669.6 mm<sup>3</sup>), hemoglobina 11.85 g/dL, PCR: <5.

Radiografía de tórax: aumento de trama bronquial, atelectasia laminar, broncograma aéreo.

**Impresión diagnóstica:**

Bronquiolitis complicada.

Neumonía adquirida en la comunidad.

**Plan de trabajo:**

- Lactancia materna vigilada + ablactancia.
- Ceftriaxona 350 mg EV cada 12 horas.
- Dexametasona 1 mg EV cada 8 horas.
- Nebulización con suero fisiológico 0.9% 5cc más salbutamol 6 gotas cada 6 horas.
- Paracetamol 120 mg / 5mL, 5 mL condicional a temperaturas  $\geq 38^\circ \text{C}$ .
- Aspiración de secreciones a demanda

## **Rotación en el servicio de Ginecología y Obstetricia**

### **Caso clínico n.º 1:**

#### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 54 años, acude por presentar sangrado vaginal muy escaso en una oportunidad. Fue evaluado por médico de su localidad quien le realiza biopsia de cérvix informada como: Carcinoma invasor de células escamosas.

Antecedentes oncológicos: ninguno.

Antecedentes gineco obstétricos: menarquia: 15 años. fur: 40 años, hijos:8 , abortos: 0, primera relación sexual: 20 años, andría: 1

#### **Examen físico:**

Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg FC: 90 x' FR: 20 x' Sat: 98 %

ECOG:1, AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente

Piel: Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosa oral húmeda.

Aparato respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores

Aparato cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Globuloso, blando, depresible, no se palpan masas.

Genitourinario: PPL: (-) PRU (-), No globo vesical.

Genitales externos: Genitales normales, vagina mediana. Cérvix empotrado, pequeño, cilíndrico con orificio cervical externo entreabierto con pequeño ectropión.

Colposcopia: adecuada, ZT, se aprecia epitelio aceto blanco grueso en pequeñas zonas de ectropión a predominio de labio anterior que a la aplicación de Lugol no capta yodo. En labio posterior: zona erosiva central pequeña sangrante al roce.

Tacto rectal: parametrios libres.

Neurológico: LOTEPE. ECG: 15/15 puntos, moviliza extremidades, no signos meníngeos.

### **Impresión diagnóstica:**

LIE de alto grado descartar lesión mayor.

### **Plan de trabajo:**

- Se toma biopsia.
- Tributaria de cono frío diagnóstico.
- Se solicita exámenes preoperatorios.

### **Caso clínico n.º 2:**

#### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 38 años, acude con tiempo de enfermedad de 3 meses, caracterizado por tumoración de crecimiento rápido y progresivo en mama izquierda.

#### **Antecedentes:**

Antecedentes oncológicos: abuela materna fallecida por cáncer de mama, tía materna fallecida con cáncer de mama, mama fallecida por cáncer de pulmón, tíos maternos fallecidos por cáncer de pulmón.

Antecedentes gineco obstétricos: menarquia: 11 años. Fecha de última regla: hace 2 meses, hijos: 2, abortos: 1, primer embarazo: 16 años

#### **Examen físico:**

- Funciones vitales: PA: 120/80 mmHg FC: 88 x' FR: 20 X' Sat: 96 %.
- ECOG 1, AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente, afebril.
- Linfáticos: no se logra palpar adenopatías axilares

- Mama izquierda: Tumoración de 15 x 16 cm móvil, dura sin compromiso de piel ni del pezón, doloroso a la palpación.
- Piel: turgencia, elasticidad conservada, llenado capilar menor a 2 segundos
- Aparato respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores.
- Aparato cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, no se palpan masas.
- Genitourinario: PPL: (-) PRU (-), No globo vesical.
- Neurológico: LOTEPE. ECG: 15/15 puntos, moviliza extremidades, no signos meníngeos.

#### **Exámenes auxiliares:**

Biopsia anatomopatológica: Carcinoma infiltrante de mama, RE: -, RP: -, HER2:-, Ki: 80 – 90 %.

Tomografía axial con contraste de tórax – abdomen y pelvis: No enfermedad a distancia.

Gammagrafía ósea: no metástasis.

#### **Impresión diagnóstica:**

Cáncer de mama izquierda triple negativo localmente avanzado.

#### **Plan de trabajo:**

- Paciente es tributario de quimioterapia ac dosis densa.
- Adriamicina 60 mg/m<sup>2</sup>: 120 mg día 1.
- Ciclofosfamida 600 mg/m<sup>2</sup>:1200 mg día 1.

#### **Caso Clínico n.º 3:**

##### **Anamnesis:**

Paciente femenina de 14 años, que refiere presentar contracciones uterinas desde hace 4 horas antes del ingreso, niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido vaginal. Percibe movimientos fetales.

##### **Antecedentes:**

Gineco-obstétricos: G1P0000 FUR: No recuerda, 2 controles prenatales, pelvis estrecha.

Quirúrgicos: niega

Médico: Fractura de cúbito derecho

Familiares: niega

**Examen físico:**

- Presión arterial= 116/68, FC=68 xmin; FR=18 xmin; SAT O2=98 %. T: 36.6
- Piel: Tibio, elástico. No palidez en piel y mucosas. Llenado capilar < =2''.
- TCSC: no edemas, tejido adiposo incrementado a nivel centrípeto.
- Cuello: No se palpan masas.
- Cabeza: normocéfalo, pupilas CIRLA, región nasal sin alteraciones.
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Respiratorio: MV pasa bien en ambos hemitórax. No estertores.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, no IY, no RHY, no S3.
- Abdomen: Distendido ocupado por útero grávido, RHA presente, blando, no dolor a la palpación. Altura uterina de 33 cm, dinámica uterina de 3 contracciones en 10 minutos de 30 segundos de duración, regular intensidad. Feto en longitudinal cefálico izquierdo con latidos cardiacos en 142 por minuto.
- Tacto vaginal: Cérvix dilatado en 3 cm, centralizado y blando, incorporado en 90%, altura de presentación -3. Membranas integras.
- Mamas: blandas, no lesiones, pezones simétricos, formados
- Genito urinario: PPL (-), PRU superior y medio (-).
- Neurológico: Escala de Glasgow: 15 pts., LOTEP.

**Exámenes auxiliares:**

- Ecografía abdominal: Gestación única activa de 38 ss. 0 días.
- Laboratorio: leucocitos 5210, abastionados 0 %, segmentados 83.59 % hemoglobina. 8.3 g/dL PCR: 74.4, urea: 15.2 mg/dL, creatinina: 0.53 mg/dL, Glucosa 75.5 mg/dL, TP:13.6 seg., TTPA: 31.8 seg., INR: 0.93
- Serológicos: VIH (-); VHB (-), RPR (no reactivo).

**Impresión diagnóstica:**

- Primigesta de 38 0/7 semanas por ecografía de tercer trimestre.

- Trabajo de parto en fase latente.
- Adolescente.
- Controles prenatales insuficiente.
- Pelvis Estrecha.

**Plan de trabajo:**

- NPO.
- Nacl 0.9 % 1000 cc EV 30 gotas por minuto.
- Control de funciones vitales y monitoreo materno fetal.
- Cesárea de emergencia.

**Hallazgo operatorio:** útero ocupado por feto vivo cefálico. Placenta anterior de +- 500 gramos, cordón umbilical +- 50 cm con 2 arterias y 1 vena. Líquido meconial espeso +- 100cc. Desgarro cervical hacia debajo de ángulo derecho de segmento uterino de 4 cm, con sangrado de +- 500 cc.

**Recién nacido:** pequeño para la edad gestacional de 38 semanas, peso 2300 gramos, talla 47 cm, perímetro cefálico de 33.5 cm, Apgar de 1 al minuto y 3 a los 5 minutos.

**Caso Clínico n.º4:**

**Anamnesis:**

Paciente femenina de 21 años, refiere cursar con sangrado vaginal desde hace 7 horas asociado a dolor pélvico moderado, niega fiebre, niega gestación.

**Antecedentes:**

Gineco-obstétricos: G1P0000, FUR en marzo, sin controles prenatales, pelvis estrecha.

Quirúrgicos: niega

Médico: niega

Familiares: niega

**Examen físico:**

- Presión arterial= 114/68, FC=75 xmin; FR=17 xmin; SAT O2=99 %. T: 36.6° C
- Piel: Tibio, elástico. No palidez en piel y mucosas. Llenado capilar < =2''.



- TCSC: no edemas, tejido adiposo incrementado a nivel centrípeto.
- Cuello: No se palpan masas.
- Cabeza: normocéfalo, pupilas CIRLA, región nasal sin alteraciones.
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Respiratorio: MV pasa bien en ambos hemitórax. No estertores.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, no IY, no RHY, no S3.
- Abdomen: No distendido, blando, depresible, RHA presente, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.
- Tacto vaginal: orificio cervical externo e interno abierto, sangrado vaginal activo por orificio cervical externo.
- Mamas: blandas, no lesiones, pezones simétricos, formados.
- Genito urinario: PPL (-), PRU superior y medio (-).
- Neurológico: Escala de Glasgow: 15 pts., LOTEPE.

#### **Exámenes auxiliares**

Ecografía transvaginal: útero anteroversoflexo de 120 x 71 x 63 mm, endometrio engrosado de 31 mm heterogéneo.

BHCG en orina: positivo.

#### **Impresión diagnóstica:**

Aborto incompleto.

#### **Plan de trabajo:**

- NPO.
- NaCl 0.9% 1000 cc EV 30 gotas por minuto.
- Evacuación endouterina (AMEU).

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ubicado en avenida Angamos Este 2520, Surquillo esta categorizado con la más alta clasificación en nivel de atención que es dado por el Ministerio de Salud (categoría III-2). Esta categoría realza la eficiencia y alta especialización que el instituto provee para la prevención y tratamiento del cáncer en nuestro país. El INEN acoge alrededor de 16 000 pacientes nuevos y brinda atención a aproximadamente 54 000 pacientes (nuevos y continuadores) cada año.

Nace como un Instituto Nacional del Cáncer un 4 de diciembre de 1939, debido al avance de la tecnología posteriormente es reconocido como Instituto de Radioterapia, por los provechosos resultados que se obtenían con esta técnica de tratamiento. Finalmente, en 1952 es reconocido como Instituto de Enfermedades Neoplásicas mediante un decreto supremo.

La organización de los servicios se hace a través de diferentes departamentos y unidades responsables de diversas patologías según regiones anatómicas.

La dirección de medicina incluye a los departamentos de oncología médica, oncología pediátrica, especialidades médicas y medicina crítica. A su vez la dirección de cirugía se subdivide en los departamentos de tórax, mamas y tejidos blandos, urología, neurocirugía, cabeza y cuello, abdomen y ginecología. Como internos de medicina hemos sido capaces de realizar prácticas preprofesionales en los diferentes departamentos que se mencionó anteriormente (1).

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **Rotación en el servicio de Medicina Interna**

#### **Caso clínico n.º 1**

Según ENDES, en nuestro país existen más de 5 millones de personas que sufren de hipertensión arterial. Esta patología no se manifiesta con síntomas específicos pero muchas veces los pacientes refieren cefalea, zumbido en los oídos o visión borrosa. En este caso la paciente se trata de un adulto mayor con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como la hipertensión arterial y dislipidemias que deben recibir un manejo adecuado para evitar futuras complicaciones. La asociación de estas dos patologías tiene ciertas implicancias terapéuticas, ya que puede existir ciertas interacciones farmacológicas entre los medicamentos utilizados. Por eso es de vital importancia una buena selección de fármacos acompañada de la modificación de los estilos de vida (2).

#### **Caso clínico n.º 2**

La hemorragia digestiva baja es aquella pérdida sanguínea por el ano. Su origen incluye al ángulo de Treitz hasta el ano. El caso presentado se trataría de un sangrado rectal crónico lo cual llevaría a un estado de anemia grave con una Hb de 5 g/dl de la paciente. En este caso la causa del sangrado se ve asociado a la radioterapia que recibió el año anterior. La proctitis por radiación es un efecto adverso muy común que se observa en los pacientes que hayan recibido alguna modalidad de radioterapia en la región pélvica como manejo del cáncer de próstata, recto, endometrio, cérvix, entre otros órganos. La causa del sangrado debe a la formación de vasos intramucosos aberrantes, llevando a los pacientes a una rectorragia frecuente y la necesidad de transfusiones de sangre (3).

#### **Caso clínico n.º3**

El cáncer de paratiroides es una entidad sumamente rara, con una incidencia menor a 1 en 1 millón, representando 1% de las causas de Hiperparatiroidismo Primario (4), el cual, especialmente, cursa con clínica de hipercalcemia asociado a tumoración a nivel de región cervical. En el caso presentado, el paciente curso con

un tiempo de enfermedad de aproximadamente 12 meses con manifestaciones de hipercalcemia (dolor óseo y muscular, parestesias a nivel de MMII, paresia en MMSS y MMII, estreñimiento, dolor abdominal, pérdida de lámina dentaria asociados a anemia y litiasis renal), pérdida de peso de aprox. 10 kg, poliuria, polidipsia y todo esto asociado a una tumoración sólida, no móvil, adherido a planos profundos a nivel de la región supraclavicular derecha, en la región anterior del cuello. En un inicio, se plantearon los diagnósticos de Hipercalcemia maligna ( $\text{Ca}^{++}$  en 18 mg/dl), debido presuntivamente por HPT 1 por Tumor de paratiroides, Mieloma Múltiple o Síndrome Paraneoplásico, por lo que se manejó inicialmente con Hidratación energética, Diurético de asa y Bifosfonatos; después de controlada la hipercalcemia, se le realizaron dosaje de calcio urinario, Aspirado de Medula Ósea y estudios de imagen: Ecografía de partes blandas en cuello, Radiografía de Tórax, Cráneo y Columna dorsal y lumbar y TEM cervical, además de una BAAF en la región del tumor, obteniendo como resultado Adenoma Paratiroideo; el cual, sin embargo, fue programado para Tiroidectomía derecha y se confirma, a través de la Anatomía Patológica, que lo que presentaba el paciente era Adenocarcinoma de Paratiroides que infiltraba región prevertebral cervical y esófago.

#### **Caso clínico n. °4**

El Ictus Hemorrágico es una emergencia médica, el cual representa el 20% de todos los accidentes cerebrovasculares, causado por la ruptura de algún vaso sanguíneo del cerebro, cuya clasificación puede ser según su ubicación (Intracerebral, Subaracnoideas, Subdurales y Epidurales), o por su etiología (Traumáticas y No Traumáticas) (5). con relación al paciente presentado, podemos observar, que se trata de una persona con antecedentes de importancia como la HTA, tratada de forma irregular, obesidad, y hábitos nocivos como alcoholismo, que curso de forma brusca con toda la sintomatología orientándonos a un síndrome piramidal de primera motoneurona; el cual se le realizó una TEM cerebral donde se evidencio sangrado a nivel intraparenquimal con irrupción ventricular. Por lo que, de este caso clínico, podemos evidenciar que resulta indispensable identificar la sintomatología de un ACV, el tiempo y la forma de instauración de la clínica neurológica, para un

rápido diagnóstico, teniendo en cuenta los demás diagnósticos diferenciales, y para un manejo oportuno y lograr disminuir el impacto de las secuelas neurológicas.

## **Rotación en el servicio de Cirugía**

### **Caso clínico n° 1**

El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente en la población masculina de nuestro país y no solo eso, sino que también es la causa de muerte más común. Existen varios factores de riesgo, dentro de los cuales los más importantes son: la raza negra, edad mayor a 50 años y los antecedentes familiares. Es de vital importancia que se realice una detección oportuna para el correcto manejo de la enfermedad. Sin embargo, el caso que presentamos aquí se trata de un paciente con un estadio clínico muy avanzado con metástasis a cadenas linfáticas y estructuras óseas. En la actualidad para el manejo de estos casos avanzados se recomienda la castración quirúrgica o médica lo cual reduce la progresión de la enfermedad y otras posibles complicaciones(6),

### **Caso clínico n° 2**

El cáncer de pene es una neoplasia no tan frecuente, generalmente aparece entre los 60 – 70 años. En este caso vemos un varón de 63 años que acude con miasis genital la cual fue manejada con antibioticoterapia, para su posterior resección y biopsia. El diagnóstico de egreso fue un NM de pene estadio clínico III (7).

### **Caso clínico N° 3**

La colecistitis aguda refiere a la inflamación de la pared de la vesícula que mayormente se encuentra relacionada a la causa litiásica (>90 %) y esto es debido a una alteración del vaciamiento, obstrucción o por edema de la mucosa del conducto cístico. La sintomatología presente abarca desde dolor en la región subcostal derecha, muchas veces se confirma con el signo de Murphy positivo; además de fiebre (8).

Entre las indicaciones para realizar una colecistectomía se encuentran diversas patologías, entre las cuales se encuentra la colecistitis aguda hasta la presentación de cáncer de la vesícula biliar (9).

En el presente caso podemos ver que era un paciente que ya había sido previamente diagnosticado de litiasis vesicular, en el cual tenía intermitentemente cólicos biliares, por lo cual lo más conveniente hubiese sido programar una cirugía electiva en una de sus consultas a cirugía y no esperar a que complique a una colecistitis. Si bien el paciente no presentó una colecistitis con criterios de severidad, este fue evaluado por el cirujano donde indicó programarlo para sala de operaciones para una colecistectomía laparoscópica encontrándose la pared anterior de la vesícula necrosada. Esta sintomatología pudo ser enmascarada por el manejo del dolor antes del ingreso.

#### **Caso clínico N° 4**

La hernia inguinal es un abultamiento del contenido que puede ser grasa o intestino delgado a través de un punto débil en la parte inferior de la pared abdominal y esto puede ocurrir a nivel de la ingle, por los canales inguinales. El tratamiento definitivo de esta entidad es la operación que dependerá de si se encuentra por dentro o por fuera de los vasos epigástricos (hernia directa o indirecta). La probabilidad de presentarla aumenta con la edad y con la exposición a ciertos factores de riesgo como son la multiparidad, el estreñimiento crónico, el sobrepeso, entre otros. Estas pueden complicarse y encancerarse o estrangularse causando muchas veces isquemia a nivel u obstrucción intestinales de causa mecánica(10).

En el caso podemos observar que el paciente llegó con dolor abdominal agudo asociado a constipación para lo cual se usó la hidratación y la colocación de sonda nasogástrica como medida de descompresión, además de control de los vómitos. Además, al ser evaluado por el médico tratante este observó en la tomografía realizada la complicación de la hernia como causa de la obstrucción para lo cual programo cirugía de emergencia en donde se realizó una laparotomía exploratoria, tratamiento de elección, con el fin de evitar la extensión de la isquemia intestinal. Para lo cual realizó una resección a nivel del íleon, seguidamente realizando una anastomosis termino terminal, dejándolo con antibioticoterapia por manipulación de asas intestinales. No hubo complicación alguna tanto en el intra como en el

postoperatorio. Dejándolo al paciente en recuperación por 3 días en donde se probaba tolerancia oral a partir del segundo día.

## **Rotación en el servicio de Pediatría**

### **Caso clínico n.º 1**

El nefroblastoma es la neoplasia maligna que más se ve durante la infancia, alrededor de los 3 años principalmente, llegando a representar hasta un 7%. Su localización es predominantemente sobre la corteza renal y puede llegar a extenderse a través de la capsula renal. Su presentación clínica incluye: dolor abdominal, fiebre, hematuria, hipertensión arterial. La cirugía es el tratamiento de elección que se ve favorecida por una detección oportuna mejorando la supervivencia de los pacientes. En este caso después de haber realizado los estudios de estadiaje se determinó que el tratamiento debería iniciar con cursos de quimioterapia para disminuir el tamaño del tumor y posteriormente sea tributario de una resección quirúrgica (11).

### **Caso clínico n.º 2**

Las neoplasias malignas óseas son raras, pero estos suelen presentarse en pacientes en la segunda década de vida, siendo de mal pronóstico.

Su manifestación clínica más frecuente es el dolor localizado de esfuerzo de predominio nocturno mas la palpación de masa y pérdida de función de la articulación ósea. El tratamiento actualmente se basa en la quimioterapia neoadyuvante, logrando alcanzar hasta un 70 % una supervivencia a los 5 años(12).

### **Caso clínico n.º 3**

Las infecciones de la piel son un motivo frecuente en el área de dermatología pediátrica. Muchas de ellas pueden ser superficiales o en lo contrario pueden ser profundas y comprometer la vida. Entre la causa más frecuente se tiene a el Staphylococcus aureus y Streptococcus pyogenes. El tratamiento es casi siempre empírico puesto que el diagnóstico es mayormente clínico, siendo pocas las veces en las cuales se realiza confirmación microbiológica. El tratamiento esta basado en cremas tópicas o en algunos casos en donde hay afectación sistémica, se

recomienda tratamiento antibiótico y si fuese posible drenaje quirúrgico en casos de formación de abscesos (13).

El paciente pediátrico fue atendido con antibioticoterapia sistémica doble debido a la extensión de celulitis facial en la que se encontraba, a fin de evitar futuras complicaciones que puedan comprometer la vida, como la trombosis del seno cavernoso, meningitis, entre otras.

#### **Caso clínico n.º 4**

Las infecciones del tracto respiratorio son las más frecuentes a nivel pediátrico, debido a que el menor se encuentra en proceso de maduración de su sistema inmune para combatir futuras infecciones. El lactante se encuentra en la etapa de crecimiento, el cual se ve favorecido por la lactancia materna, factor que si se ve interrumpido por la ablactancia antes del tiempo correcto puede hacer más propenso a la adquisición de múltiples enfermedades. Entre los procesos respiratorios más frecuentes en menores de 5 años se encuentra el asma, la bronquiolitis (en menores de 2 años), la rinofaringitis y la neumonía. La bronquiolitis, es una enfermedad obstructiva bronquial causada por el virus sincitial respiratorio, el cual se da en menores de 2 años, que, está caracterizada por inflamación aguda, edema y necrosis de células epiteliales además de aumento de producción de mucosidad. A diferencia de esta, la neumonía es un proceso alveolar, representa el 7-10 % de los cuadros infecciosos y que en su mayoría se encuentra en las edades de 1 a 5 años. La causa más común es el *Streptococcus pneumoniae*, siendo en el caso de los niños más frecuente los virus y algunas bacterias atípicas como *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydomphila pneumoniae*(14).

El paciente era un lactante de 5 meses, quien había iniciado ablactancia antes de cumplir 6 meses según lo referido por la madre. Se pudo observar que a pesar del tratamiento prescrito en los días anteriores con salbutamol se notó una recaída, por lo que, a su ingreso a emergencia se le realizó las nebulizaciones con suero fisiológico y se solicitó los exámenes necesarios para descartar una neumonía por una bronquiolitis recurrente. Al realizarle el índice predictor del asma (IPA), el menor solo tenía el factor de contar con un familiar asmático, siendo así negativo. Al recibir los exámenes se halló aumento de la trama bronquial, broncograma aéreo y una



alteración a nivel laboratorial, con lo que se pudo concluir el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad e iniciar antibioticoterapia endovenosa por lo que fue internado hasta culminar el tratamiento y reportar mejoría.

### **Rotación en el servicio de Ginecología y Obstetricia.**

#### **Caso clínico n.º 1**

El cáncer de cérvix tiene una fase precursora bastante amplia, esta puede durar hasta más de 10 años. Es durante esta fase que se debe realizar un diagnóstico oportuno para poder ofrecer un tratamiento curativo definitivo. Las lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado representan un riesgo para la evolución hacia un carcinoma in situ o un carcinoma invasor. Existen diversos factores de riesgo para esta enfermedad, pero se debe resaltar el rol del virus del papiloma humano en el desarrollo de esta condición. En el caso de nuestra paciente posterior a la realización del cono frío y con los resultados de la biopsia se determinó que se trataba de un cáncer de cérvix estadio clínico Ib1 por lo que como manejo definitivo se indicó una histerectomía radical(15).

#### **Caso clínico n.º 2**

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar de las neoplasias más frecuentes en la población femenina de nuestro país. Existen factores de riesgo asociados como la edad mayor de 50 años, mutaciones genéticas BRCA1 y BRCA2, antecedentes personales o familiares de cáncer de mama o de ovario y una mayor exposición hormonal. En el caso de esta paciente vemos que existe un alto componente de antecedentes familiares, por lo que se recomienda en casos como estos que el tamizaje inicie a una edad más temprana. En la clasificación inmunohistoquímica del cáncer de mama se describe a los subtipos Luminal A y B, HER 2 + y al triple negativo que se refiere a aquel subgrupo que es negativo para receptores de estrógeno, progesterona y HER2. Los pacientes triples negativo al no ser hormono sensibles solo pueden ser tributarios de la terapia convencional con quimioterapia, como es el caso de la paciente del caso presentado que recibió 6 cursos de quimioterapia durante 2 meses, se observó una respuesta clínica favorable por lo

cual la paciente fue tributaria de mastectomía total + biopsia de ganglio centinela (16).

### **Caso clínico n.º 3**

El embarazo adolescente es uno de los problemas de salud pública que se encuentra en aumento en la última década. Esto varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. El embarazo, en esta edad, conlleva a mayor riesgo de aborto, preeclampsia y embarazos ectópicos por lo que es importante el enfoque en la educación sexual (17).

La realización de los controles prenatales es importante durante esta etapa puesto que ayuda a prevenir complicaciones materno-perinatales, por lo que se debería tener > 6 controles prenatales en las 40 semanas, además la OMS añade que “una atención prenatal resulta fundamental para las madres primerizas, pues determinará cómo la utilizarán en embarazos futuros” (18).

La evaluación de esta madre adolescente tuvo muchos factores que la dificultaron. Al no tener el conocimiento suficiente, no permitía la realización de los tactos vaginales, el cual era importante por el dato que ella refería de tener pelvis estrecha que era dudoso puesto que solo se había realizado 2 controles prenatales. Según ello se podía decidir el plan de continuar un parto natural o por cesárea, sin poner en riesgo la vida del feto. A pesar de ello se decidió el parto por cesárea en donde se encontró, al momento de la ruptura de membranas, líquido meconial espeso; que ocasionó sufrimiento fetal agudo en el neonato, teniendo al minuto 1 punto y a los 5 minutos 3 puntos. Además, la cesárea se complicó por desgarro uterino teniendo un sangrado de 500 cc, siendo resuelta con histerorrafia. La paciente toleró el procedimiento y actualmente se encuentra estable, el neonato permanece en la UCI neonatal.

### **Caso clínico n.º 4**

El aborto espontáneo es uno de los problemas de salud pública que prevalece durante años. Se define como aborto a la pérdida del producto de la concepción, antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa 500 gramos o menos. La gran mayoría de causas está asociada a anomalías cromosómicas fetales o en

menor proporción a enfermedades maternas. El aborto incompleto se define como una evacuación parcial en donde se encuentra el endometrio alterado >15 mm (19).

El manejo de esta paciente inicio con la detección del embarazo, del cual no se tenía conocimiento, puesto que, en cualquier mujer en edad fértil con presencia de sangrado se debe pensar en un aborto. Al tener el diagnóstico confirmado de embarazo se procedió a realizar la ecografía transvaginal, que con los resultados obtenidos se decide pasar a paciente a sala de observación para reevaluación y programación para evacuación endouterina, en este caso de AMEU. La paciente toleró el procedimiento, se procedió a explicarle sobre los métodos anticonceptivos y decidió el uso de implante subdérmico por 3 años.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El 01 de abril del 2022 con los lineamientos aprobados se dio inicio al internado médico, con fecha de término del 31 de marzo del 2023. Con una duración de 10 meses el internado médico fue propuesto de tal forma que se realizaran actividades en hospitales de alta complejidad y en una segunda fase en centros de atención de primer nivel.

Debido al contexto de la pandemia por el COVID 19, muchos aspectos de nuestro internado se vieron modificados, sin embargo, cabe resaltar la correcta acción de las instituciones en las que se realizó el internado médico, ya que nos brindaron equipo de protección personal durante todo el tiempo que estuvimos rotando por los diferentes servicios, asimismo se nos tomaba pruebas moleculares para COVID 19 periódicamente, demostrando así cierto interés por nuestra salud.

Esta última etapa de nuestra formación como médicos es una oportunidad para aplicar todos nuestros conocimientos y acomodarnos con el sistema de salud de nuestro país, que ha ido evolucionando a lo largo de los años.

Los horarios de ingreso y salida de nuestras sedes eran muy variables, dependía mucho del servicio por el que estabas rotando y muchas veces de tu habilidad para agilizar ciertas tareas. El rol del interno de medicina es muy variado, incluye tareas que van desde hacer tramites administrativos hasta la oportunidad de poder participar en un procedimiento quirúrgico. Esto es lo que nos forma como profesionales y nos ayuda a formar nuestro carácter como futuros médicos.

## CONCLUSIONES

La experiencia del internado es tanto necesaria como primordial para nuestra formación como médicos.

Es cierto que el último año de nuestra formación es el más demandante y sacrificado por las largas jornadas que debemos tener en nuestros establecimientos de salud, a pesar de esto, podemos afirmar que la experiencia ha sido muy satisfactoria y provechosa.

Se concluye además que faltó asesoría por parte de los tutores para poder reforzar los conocimientos aprendidos en cada rotación.

La rotación por el nivel de atención primaria es fundamental para la prevención y promoción de salud en la población.

El internado es el año en el que más prácticas clínicas realizas, te vuelves más humano y conoces de cerca la realidad de la salud y enfermedad. Es necesaria para adquirir experiencia y aplicar todos los conocimientos teóricos y prácticos en los pacientes.

El retorno al internado medico presencial fue una experiencia y proceso de adaptación nuevo para los internos, puesto que por el contexto de la pandemia en el que nos encontrábamos , partíamos de una educación virtual.

## RECOMENDACIONES

Se debe buscar implementar sesiones académicas presenciales de retroalimentación semanal, en donde se discutan los casos clínicos más relevantes tratados durante cada rotación.

Las evaluaciones constantes y la revisión de guías son fundamentales para la actualización y medición de nuestros conocimientos en el transcurso de nuestras rotaciones, por lo que, se recomienda su realización en conjunto con los tutores o residentes a cargo que puedan resolver nuestras dudas.

Si bien en cada rotación del internado tiene a cargo un tutor, sería correcto un mayor compromiso de su parte para con los internos, puesto que en muchas oportunidades se encuentran ausentes o no proponen estrategias académicas para el avance del alumno.

Se deberán de brindar el máximo de oportunidades para que el interno realice las prácticas adecuadas en todos los servicios, que le servirán en las etapas del ENAM, SERUMS , entre otras.

Los 10 meses de internado realizado en nuestros hospitales han sido de gran provecho, sin embargo, su realización durante 12 meses es favorable debido a que cada día es una nueva oportunidad para conocer y aprender algo diferente dejando de lado la limitación del tiempo que se pueda tener.

La etapa del internado médico puede llegar a ser muy demandante por lo cual se debería proporcionar sesiones de apoyo para nuestra salud mental. Buscando evitar que los niveles de estrés muy elevados no nos permitan desarrollar o trabajar el 100 % nuestras capacidades.

Se debe enfatizar la educación en la atención primaria, por lo que se recomienda el reforzamiento y la continuidad de las rotaciones en dichos centros de salud, ya que

es el servicio más próximo a la comunidad y con más acceso poblacional. Si bien no cuenta con muchos recursos, nos ayuda a adquirir la experiencia y a iniciar desde este nivel la prevención y promoción de salud.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Reseña histórica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
2. Velayos R, Suárez C. Hipertensión y dislipidemia. Hipertens Riesgo Vasc. 2001;18(9):418-28.
3. Bejarano HL, Bolaños FB, Bardales GS, Leonardo DV. Proctitis crónica hemorrágica por radioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú, 2011-2013.
4. Balmaceda Chaves Marcela. Carcinoma de paratiroides: como causa de muerte. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 Dec [cited 2023 Apr 12]; 34(2): 118-124. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000200118&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000200118&lng=en).
5. Introducción a los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos (derrames cerebrales o ictus hemorrágicos) - Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas - Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares-hemorr%C3%A1gicos-derrames-cerebrales-o-ictus-hemorr%C3%A1gicos>
6. Heidenreich A, Aus G, Bolla M, Joniau S, Matveev VB, Schmid HP, et al. Guía de la EAU para el Cáncer de Próstata (\*). ACTAS Urol Esp
7. Medina-Villaseñor EA, Ibáñez-García AO, Martínez-Macías R, Barra-Martínez R, Quezada-Adame I, Pérez-Castro JA, et al. Cáncer de pene. Revisión de las características clínico-patológicas. Gac Mex Oncol. 2010;9(6):282-96.
8. Yokoe M, Takada T, Strusberg. Colecistitis aguda [Internet]. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos).



- [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/compendio/social/chapter/B34.II.6.3>.
9. Enríquez-Sánchez Luis Bernardo, García-Salas José Daniel, Carrillo-Gorena Javier. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. *Cir. gen* [revista en la Internet]. 2018 Sep [citado 2023 Abr 13] ; 40( 3 ): 175-178. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992018000300175&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000300175&lng=es).
  10. Hernia inguinal - NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/hernia-inguinal>.
  11. Gómez-Piña, Juan Jose. Tumor de Wilms. *Med Int Méx*. 2019;35(1):177-82.
  12. López Roldán P, Álvarez Gómez S, González Pulido JL. Actualización del osteosarcoma para el médico de familia. *Med Fam SEMERGEN*. 2011;37(1):22-9.
  13. Conejo-Fernández AJ, Moraga-Llop FA. Enfermedades bacterianas de la piel [Internet]. *Pediatriaintegral.es*. [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/04/n3-179-188\\_FdoMoraga.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/04/n3-179-188_FdoMoraga.pdf).
  14. Pérez Villena A., García Ruiz S., Sánchez-Bayle M.. Bronquiolitis y neumonía. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2010 Dic [citado 2023 Abr 13] ; 12( 48 ): 575-581. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322010000600002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000600002&lng=es).
  15. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado del cuello uterino.
  16. Vilagran Fraguell M, Sentís Crivillé M, del Riego Ferrari J, Andreu Navarro FJ, Dalmau Portulàs E, Planas Roquerols J, et al. Carcinoma de mama triple negativo. Heterogeneidad inmunofenotípica y en el comportamiento farmacocinético. *Radiología*. enero de 2016;58(1):55-63.

17. Díaz Angélica, Sanhueza R Pablo, Yaksic B Nicole. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2002 [citado 2023 Abr 12] ; 67( 6 ): 481-487. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600009>.
18. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
19. Durán B de, Izzedin R. Aborto espontáneo. Liberabit [Internet]. 2012 [citado 12 de abril de 2023];18(1):53–8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-48272012000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272012000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)