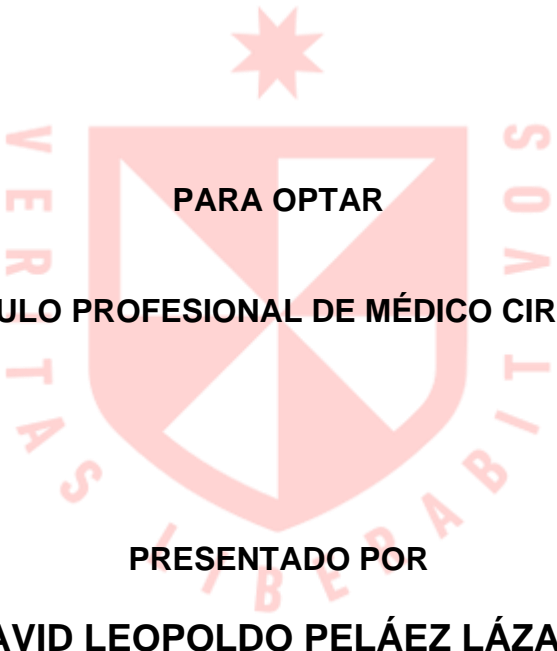


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
DAVID LEOPOLDO PELÁEZ LÁZARO

ASESOR
HUGO ROJAS OLIVERA

LIMA - PERÚ
2023



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

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

DAVID LEOPOLDO PELÁEZ LÁZARO

ASESOR

Dr. HUGO ROJAS OLIVERA

LIMA-PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Johandi Delgado Quispe

Miembro: Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi amada familia, a mi madre, tía y abuela por su apoyo en este trayecto, a mi amada esposa por su amor, paciencia y apoyo incondicional durante estos 7 largos años de carrera. A mis amadas hijas que son mi impulso cada día para sobresalir y poder darles lo mejor. A mis estimados amigos y amigas que siempre me daban palabras de apoyo.

A mis maestros de universidad, y maestros de internado, que a pesar de ser educadores algunos se convirtieron en amigos.

Gracias a todos y cada uno de ustedes.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
INDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	3
Caso clínico N°1	3
Caso clínicos N°2	6
I.2. ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL	10
Caso clínico N°1	10
Caso clínico N°2	15
I.3. ROTACIÓN DE GINECOLOGIA	17
Caso clínico N°1	17
Caso clínicos N°2	20
I.4. ROTACIÓN DE PEDATRÍA	23
Caso clínico N°1	23
Caso clínicos N°2	25
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	30
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	31
III.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	31
III.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	33
III.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA	36
III.4 ROTACIÓN DE PEDIATRIA	39
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFIA	45

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El internado médico, es el último año de nuestra carrera. Tras seis largos años de arduo estudio, el séptimo año corresponde a demostrar todas las habilidades y conocimientos aprendidos a los años previos de la carrera. En este último año nos internamos en una institución de salud con la finalidad de afinar las habilidades y conocimientos aprendidos, aprender el manejo de la atención hospitalaria, la labor asistencial, y el contacto con los pacientes. Al mismo tiempo, aprendemos al trabajo en equipo, asumir responsabilidades de nuestras decisiones y aprender cualidades y aptitudes que nos lleven a ser buenos profesionales.

OBJETIVO: Identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos, quirúrgicos, gineco-obstétricos, pediátricos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.

MATERIALES Y METODOS: Aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes con problemas infecciosos, problemas del aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, ginecológicas, obstétricas y quirúrgicos con respecto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención. El siguiente trabajo muestra las experiencias vividas y algunos casos clínicos realizados en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo de 10 meses de internado médico.

RESULTADOS:

- **Medicina: 1)** Varón de 19 años con diagnóstico de ingreso de síndrome febril en proceso de descartar absceso perianal y diagnóstico definitivo de absceso perianal. **2)** Varón de 46 años con diagnóstico de ingreso de Eritrodermia en proceso de descartar reacción adversa medicamentosa y diagnóstico definitivo de Eritrodermia, hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo II y enfermedad renal crónica en diálisis.
- **Cirugía General: 1)** Varón de 23 años con diagnóstico de ingreso de Trauma Abdominal Abierto por Proyectoil de Arma de Fuego en proceso de descartar perforación de víscera hueca y diagnóstico definitivo de Trauma Abdominal Abierto por Proyectoil de Arma de Fuego con hemoperitoneo más coágulos

organizados. **2)** Varón de 72 años con diagnóstico de ingreso de síndrome doloroso abdominal y diagnóstico definitivo de colecistitis crónica calculosa.

- **Ginecología y obstetricia:** **1)** Paciente mujer de 41 años con diagnóstico de ingreso de Multigesta de 38 semanas por ecografía de primer trimestre descartar preeclampsia severa y diagnóstico definitivo de Síndrome HELLP. **2)** Paciente mujer de 26 años con diagnóstico de ingreso de sangrado vaginal anormal y diagnóstico definitivo de laparotomía exploratoria con tumorectomía uterina y colocación de drenaje Penrose.
- **Pediatría:** **1)** Paciente femenino de 03 años con diagnóstico de ingreso de neumonía adquirida en la comunidad y diagnóstico definitivo de neumonía necrotizante con derrame paraneumónico. **2)** Paciente femenino de 03 meses de edad con diagnóstico de ingreso de síndrome febril a descartar tuberculosis pulmonar y diagnóstico definitivo de Tuberculosis Miliar multisistémica.

CONCLUSIONES: La etapa del internado médico se aprende a convivir y trabajar en conjunto con otros compañeros internos de otras universidades y de otras carreras. La convivencia diaria permite conocer a muchos trabajadores de la institución con años de servicio. Esto permite crear vínculos de amistad para la formación de un agradable ambiente laboral.

PALABRAS CLAVES: Absceso perianal, Eritrodermia, Trauma abdominal, Colecistitis, Síndrome HELLP, Tumorectomía uterina, Neumonía necrotizante, Tuberculosis Miliar.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The medical internship is the last year of our career. After six long years of hard study, the seventh year corresponds to demonstrating all the skills and knowledge learned in the previous years of the degree. In this last year we entered a health institution with the purpose of refining the skills and knowledge learned, learning the management of hospital care, care work, and contact with patients. At the same time, we learn to work as a team, we assume responsibility for our decisions and learn qualities and skills that lead us to be good professionals.

OBJECTIVE: Identify, apply, propose, and judge alternative solutions to medical, surgical, gynecologic-obstetric, pediatric, and ethical problems, considering prevention and health promotion.

MATERIALS AND METHODS: Apply ethical principles and basic concepts of evidence-based medicine in the management of patients with infectious problems, respiratory, cardiovascular, digestive, gynecological, obstetric and surgical problems with respect to the human being, recognizing their rights and duties promoting prevention. The following work shows the experiences and some clinical cases carried out at the María Auxiliadora Hospital during the period of 10 months of medical internship.

RESULTS:

- **Medicine: 1)** 19-year-old male with a diagnosis of febrile syndrome on admission in the process of ruling out perianal abscess and definitive diagnosis of perianal abscess. **2)** A 46-year-old male with a diagnosis of erythroderma on admission in the process of ruling out an adverse drug reaction and a definitive diagnosis of erythroderma, arterial hypertension, type II diabetes mellitus and chronic kidney disease on dialysis.
- **General Surgery: 1)** 23-year-old male with admission diagnosis of Open Abdominal Trauma by Firearm Projectile in the process of ruling out perforation of the hollow viscus and definitive diagnosis of Open Abdominal Trauma by Firearm Projectile with hemoperitoneum plus organized clots. **2)** A 72-year-old male with an admission diagnosis of abdominal pain syndrome and a definitive diagnosis of chronic calculous cholecystitis.

- **Gynecology and obstetrics:** **1)** A 41-year-old female patient with an admission diagnosis of 38-week multigestation by first-trimester ultrasound to rule out severe preeclampsia and a definitive diagnosis of HELLP Syndrome. **2)** A 26-year-old female patient with an admission diagnosis of abnormal vaginal bleeding and a definitive diagnosis of exploratory laparotomy with uterine lumpectomy and placement of a Penrose drain.
- **Pediatrics:** **1)** 03-year-old female patient with a diagnosis of community-acquired pneumonia on admission and a definitive diagnosis of necrotizing pneumonia with parapneumonic effusion. **2)** A 3-month-old female patient with a diagnosis of febrile syndrome on admission to rule out pulmonary tuberculosis and a definitive diagnosis of multisystemic Miliary Tuberculosis.

CONCLUSIONS: During the medical internship stage, you learn to live and work together with fellow interns from other universities and other careers. The daily coexistence allows to know many workers of the institution with years of service. This allows creating bonds of friendship for the formation of a pleasant work environment.

KEY WORDS: Perianal abscess, Erythroderma, Abdominal trauma, Cholecystitis, HELLP Syndrome, Uterine lumpectomy, Necrotizing pneumonia, Miliary Tuberculosis.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO

AUTOR

PELÁEZ LÁZARO, DAVID LEOPOLDO

RECuento DE PALABRAS

14696 Words

RECuento DE CARACTERES

83256 Characters

RECuento DE PÁGINAS

58 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

102.0KB

FECHA DE ENTREGA

Jun 6, 2023 12:44 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 6, 2023 12:45 PM GMT-5**● 16% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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

INTRODUCCIÓN

Las normas establecidas por el MINSA para el internado médico 2022 aún debían respetar las normas que se establecieron por la pandemia del Covid-19. Esto incluía poder realizar el internado en 10 meses dividido en 2 instituciones, 5 meses en hospital y 5 meses en un centro de salud. Sin embargo, en este caso fue particular ya que se obtuvo la oportunidad de poder realizar los 10 meses de internado médico en el Hospital María Auxiliadora con la modalidad de plaza cautiva – Ad Honorem; permitiéndome rotar 2 meses y 15 días por las 4 especialidades asignadas por la curricular de la Universidad San Martín de Porres.

El internado inició el primer día de junio del año 2022, con mucho entusiasmo sin saber con exactitud qué funciones realizar, inicié mi rotación de las 4 especialidades empezando en el servicio de Medicina Interna; Cirugía General; Ginecología y Obstetricia; y Pediatría. Escogí esta institución por tener una infraestructura amplia y moderna. Contar con todas las especialidades de rotación y además subespecialidades. Tener muy buenos profesionales médicos asistentes y médicos residentes que estaban dispuestos a enseñarnos y poder realizar actividades académicas.

Cada rotación contaba con sub-rotaciones, en Medicina Interna se rotaba en Hospitalización y en Emergencia Adultos; en Cirugía General se rotaba en Hospitalización de cirugía general (SOP), Consultorio externo de cirugía, Emergencia de Cirugía General. Hospitalización de Traumatología y Ortopedia (SOP), Emergencia de Traumatología y Ortopedia. Hospitalización de Neurocirugía (SOP). Hospitalización de Cirugía Plástica (SOP), consultorio de procedimientos ambulatorios. Hospitalización de Urología, Consultorio de Procedimientos Urológicos; Ginecología y Obstetricia se rotaba en Hospitalización de Obstetricia (SOP), Hospitalización de Ginecología (SOP), Centro Obstétrico (Sala de parto y Puerperio), Emergencia Gineco-obstétrica; Pediatría se rotaba en Neonatología (Sala de Parto, SOP, alojamiento conjunto, hospitalización referidos, hospitalización prematuros), Hospitalización de Lactantes, Hospitalización preescolares y escolares y Emergencia Pediátricas.

Durante todo ese tiempo logre aprender a realizar historias clínicas, evoluciones médicas, notas médicas, a realizar trámites de referencia, varios procedimientos médicos, técnicas y capacidades de trabajo en equipo con compañeros de otras universidades, y con el resto de trabajadores de salud de la institución. Aprendí a realizar trabajo medico asistencial viendo no solo al paciente como un alguien enfermo, sino viendo al paciente como una persona que necesita ayuda. Además del trabajo asistencial, también se realizaban actividades académicas como exposiciones individuales o en grupo, evaluaciones y exámenes de mitad y fin de rotación con temas relacionados a lo que veíamos en el día a día.

Logre tener la posibilidad de ver una gran variedad de casos clínicos, el cual se narrarán los casos más relevantes para este trabajo.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En esta nueva etapa ponemos en practica todo lo aprendido de los años anteriores dentro de las aulas de la universidad. Nos enseña a no ver al paciente como una enfermedad que debe ser curada, nos enseña a ver al paciente como un ser humano que necesita ayuda, comprensión y empatía. Pese a que muchas personas ingresan por la misma enfermedad, la manifestación clínica es distinta en cada paciente.

En la etapa de internado medico podemos ver gran variedad de patologías a diario, algunas patologías más frecuentes que otras, gracias a eso se logró adquirir destreza y criterio clínico para poder desenvolvemos en los distintos escenarios dentro del ámbito hospitalario. Nos ayudó a consolidar los conocimientos aprendidos que nos será de utilidad para la vida profesional.

En este trabajo se presentará 2 casos clínicos por cada una de las especialidades, que duraron 2 meses y 15 días cada rotación.

I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

Paciente varón de 19 años procedente de Villa El Salvador – Lima, llegó a emergencia refiriendo haber presentado desde hace 4 días, cefalea a nivel de toda la cabeza, malestar general, los vómitos empezaron en el segundo día que iniciaron los síntomas el día de ingreso a emergencia arrojó hasta en 5 oportunidades, presenta fiebre cuantificado en 39.3°C, paciente refiere haber tomado paracetamol hace 4 horas para tratar la fiebre, pero la temperatura persiste. Indica que todo lo que ingiere lo vomita, en el desayuno ingirió una infusión con pan el cual lo arrojó a los pocos minutos de comer. Niega haber almorzado. Niega haber comido en la calle antes del inicio de los síntomas.

Antecedentes de importancia:

- Niega reacciones adversas a medicamentos
- Colostomía desde el nacimiento por Enfermedad de Hirschsprung

Funciones vitales:

- Presión arterial: 110/60 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 125 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto.
- Temperatura: 39.6° C.
- Saturación: 97%

Examen físico:

- Regular estado general.
- Regular estado de hidratación.
- Regular estado de nutrición.
- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica, leve palidez, no ictericia, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos; mucosa oral poco húmeda.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes, bolsa de colostomía a nivel de flanco derecho ocupada con materia fecal.
- Rectal: Zona eritematosa perianal, se palpa masa dura y dolorosa a horas entre las 3 y 6, no se evidencia salida de secreciones.
- Sistema Nervioso Central: Despierto, lucido, orientado en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos, Escala de Glasgow en 15 puntos.

Diagnósticos presuntivos

- Síndrome febril
- Descartar absceso perianal
- Descartar Infección del Tracto Urinario

Se le solicito exámenes auxiliares de laboratorio con resultados:

- Hemoglobina: 9.8 gr/dL
- Hematocrito: 30 %
- Leucocitos: 12.5 x mm³

- Plaquetas 180 x mm³
- Segmentados neutrófilos: 81%
- Glucosa: 97 mg/dL
- Urea: 34 mg/dL
- Creatinina: 0.79 mg/dL
- pH: 7,40
- Presión parcial del CO₂: 40 mmHg
- Presión parcial de O₂: 95 mmHg
- Saturación de O₂: 98%
- Bicarbonato: 26 mEq/L
- Sodio: 139 mmol/L
- Potasio: 4.2 mmol/L
- Cloro: 96 mmol/L

Se le realizó una tomografía multicorte de abdomen inferior con contraste. Dando como hallazgo:

- Pequeños divertículos en el colon sigmoides sin asociar cambios inflamatorios agudos.
- Absceso perianal caracterizado por colección hipodensa con realce periférico del medio de contraste en su aspecto derecho, en decúbito dorsal, mide 4.4 x 1.1 x 3.9 cm en contacto con el musculo elevador del ano derecho y asocia trayecto fistuloso de 3.5 cm de longitud que se extiende hacia la fosa isquioanal derecha y alcanza el borde derecho del pliegue del Inter glúteo.

Luego de ser evaluado y haberse realizado los exámenes auxiliares se le colocó una vía de acceso venoso para la administración de metamizol (1 gr), tramadol (100 mg) y dimenhidrinato (50 mg). Se le indica al paciente que será hospitalizado para recibir tratamiento antibiótico de amplio espectro endovenoso por lo que pasa al área de observación hasta encontrar cama disponible en el área de hospitalización, por el momento sigue siendo evaluado cada hora hasta evidenciar que la fiebre haya disminuido.

Al segundo día de observación, el paciente pasa a hospitalización del servicio de Medicina Interna, donde inicia tratamiento antibiótico endovenoso con

Ceftriaxona (2 gr) cada 24 horas, metronidazol (500 mg) cada 8 horas, adicionalmente se indica metamizol (1 gr) condicional a proceso febril, tramadol (100 mg) y dimenhidrinato (50 mg) condicional a dolor intenso.

Durante los días de hospitalización el paciente no volvió a presentar los síntomas de náuseas y vómitos, volvió a presentar episodio de picos febriles durante 2 días más hasta que dejó de aparecer a partir del tercer día de hospitalización.

Luego de 14 días de hospitalización con resultados de laboratorios favorables, examen de tomografía indicando disminución de la colección del absceso perianal y mejoría notable del paciente, es dado de alta con indicaciones de control por consultorio externo en los próximos 7 días posteriores al alta.

Caso clínico N°2

Paciente varón de 46 años procedente de Villa María del Triunfo – Lima llegó a emergencia refiriendo haber presentado desde hace 7 días sensación de comezón en todo el cuerpo de baja intensidad, 3 días antes del ingreso refiere que su piel comenzó a ponerse roja y aumento la sensación de picazón, 1 día antes del ingreso paciente comenzó a presentar placas tipo costras a nivel de toda su superficie corporal persistiendo la comezón intensa por lo que decide ingresar por emergencia. Niega náuseas y vómito, niega sensación de alza térmica, niega crianza de animales. Paciente refiere tomar muchos medicamentos referidos hace unas semanas por su médico tratante.

Antecedentes de importancia:

- Niega reacciones adversas a medicamentos.
- Diabetes mellitus hace 10 años.
- Hipertensión arterial hace 8 años.
- Enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis hace 2 años.
- Anemia microcítica – hipocrómica moderada

Funciones vitales:

- Presión arterial: 140/90 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 105 latidos por minuto.

- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Temperatura: 36.6° C.
- Saturación: 97%

Examen físico:

- Mal estado general.
- Regular estado de hidratación.
- Regular estado de nutrición.
- Piel y mucosas: Piel tibia, deshidratada, poco elástica, de aspecto eritematoso descamativo generalizada comprometiendo más del 90 % de la superficie corporal, Escamas gruesas de aspecto blanco amarillentas fácilmente desprendibles con presencia de secreción serosa en espalda y piernas, no ictericia en escleras, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos; mucosa oral poco húmeda.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes.
- Sistema Nervioso Central: Despierto, lucido, orientado en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos, Escala de Glasgow en 15 puntos.

Diagnósticos presuntivos

- Eritrodermia
- Descartar reacción adversa medicamentosa
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus tipo II
- Enfermedad renal crónica en diálisis

Se le solicito exámenes auxiliares de laboratorio con resultados:

- Hemoglobina: 8.8 gr/dL
- Hematocrito: 28 %
- Leucocitos: 8.5 x mm³

- Plaquetas 210 x mm³
- Segmentados neutrófilos: 58%
- Linfocitos: 31%
- Monocitos: 6%
- Eosinófilos 5%
- Glucosa: 145 mg/dL
- Urea: 54 mg/dL
- Creatinina: 1.10 mg/dL
- TGO: 45 U/l
- TGP: 34U/l
- Bilirrubina total: 2.5 mg/dL
- Bilirrubina directa: 1.8 mg/dL
- Bilirrubina indirecta: 0.7 mg/dL
- Fosfatasa Alcalina; 146.6 mg/dL
- Gamma glutamil transpeptidasa: 164.4 mg/dL
- Proteínas totales: 5.1 gr/dL
- Albumina: 3.0 gr/dL
- PCR: 64 mg/dL
- Tiempo de protrombina: 13.1 sec.
- IRN: 0.99
- pH: 7,45
- Presión parcial del CO₂: 45 mmHg
- Presión parcial de O₂: 98 mmHg
- Saturación de O₂: 98%
- Bicarbonato: 24 mEq/L
- Sodio: 153 mmol/L
- Potasio: 5.8 mmol/L
- Cloro: 104 mmol/L
- RPR: Negativo
- HIV: No reactivo
- HBsAg: No reactivo

Luego de ser evaluado y haberse realizado los exámenes auxiliares el paciente es indicado para hospitalización debido al compromiso dérmico mayor al 90% de

la superficie corporal y para reposición de fluidos por la pérdida del material seroso en piernas y espalda, por lo que pasa al área de observación hasta encontrar cama disponible en el área de hospitalización, por el momento se le suspende todos los medicamentos que toma usualmente, se le colocó una vía de acceso venoso para hidratación e inicio de tratamiento con metotrexato (25 mg), clorfenamina maleato vía oral (4 mg), prednisona vía oral (70 mg), captopril vía oral (25 mg) y metformina (500 mg).

Al segundo día de observación, el paciente pasa a hospitalización del servicio de Medicina Interna, donde continúa con su tratamiento prescrito por el momento, adicional se le deja indicado una dieta para paciente diabético e hiperproteica; se envió una interconsulta al servicio de dermatología para que se le brinde un tratamiento específico para descamación de la piel, dermatología recetó una crema a base de urea al 20% con propiedades regenerativa, hidratante y exfoliante con la finalidad de limpiar toda la superficie corporal de las placas costrosas presentes, dermatología hizo su diagnóstico de Dermatitis descamativa por reacción Adversa medicamentosa; al mismo tiempo se envió una interconsulta al servicio de nefrología para que el paciente sea programado al servicio de diálisis y pueda continuar con su tratamiento.

Durante los días de hospitalización el paciente no indicaba molestia alguna, siempre se mantuvo colaborador, comunicativo, amigable, con buen ánimo y buen apetito. Hasta el día 6 de hospitalización por la mañana durante la toma de funciones vitales y examen físico para la evolución del día el paciente comenzó a saturar 93 – 95%, a la auscultación de tórax y pulmones no se auscultaba el murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo, a la percusión se escuchaba mate, sin embargo, el paciente no refería molestia alguna, durante el pase de visita el médico asistente le indicó una radiografía frontal de tórax con la finalidad de corroborar la sospecha de que el paciente haya adquirido una neumonía intrahospitalaria. El examen radiográfico indicaba velamiento de la base pulmonar en hemitórax izquierdo, por lo cual se le prescribe meropenem (1 gr) y vancomicina (1 gr) y continuación del tratamiento anterior.

El día 14 de hospitalización el paciente tenía evolución favorable, las funciones vitales estaban en los rangos normales, cumplía su tratamiento de diálisis, y se mantenía colaborador y con buen ánimo, el eritema había disminuido

considerablemente, el prurito había desaparecido y no se evidenciaba costras en la superficie corporal de la piel, en la radiografía de tórax control aún se evidenciaba velamiento de la base pulmonar en hemitórax izquierdo, por lo que el médico tratante indica realizarle una toracocentesis para la extracción del líquido alojado en el hemitórax izquierdo, pese a la persistencia del derrame pleural el paciente no refería ninguna molestia, se mantenía asintomático; ese mismo día se le consiguió los materiales necesarios para el procedimiento y se le pudo drenar alrededor de 55 centímetros cúbicos de líquido pleural el cual conservaba un aspecto transparente, claro y de color amarillento. Luego del procedimiento, el paciente refirió que sentía mejoría y que podía respirar mejor.

Luego de 21 días de hospitalización con evolución y resultados de laboratorios favorables, examen radiográfico de tórax normal, sistema tegumentario en óptimas condiciones y mejoría notable del paciente, es dado de alta con indicaciones de control por consultorio externo en los próximos 7 días posteriores al alta.

I.2. ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL

Caso clínico N°1

Paciente masculino de 23 años, procedente del distrito del Agustino – Lima, llegó en camilla al servicio de Traumashock acompañado del personal de la policía el cual refiere que paciente sufrió agresión por desconocido con proyectil de arma de fuego en abdomen ocasionando sangrado y dolor abdominal; motivo por el cual es traído a este nosocomio.

Dentro del área de Traumashock se le realiza un Ecofast, donde se aprecia compromiso del espacio Hepatorrenal al apreciar imágenes heterogéneas con alteración morfológica renal. El paciente es puesto en monitoreo hemodinámico, se le solicita exámenes prequirúrgicos y se le administra antibioticoterapia, analgesia y vacuna antitetánica. Se le hace la interconsulta al servicio de cirugía general solicitando el pase al servicio con el diagnóstico de trauma abdominal abierto por proyectil de arma de fuego, por lo que se considera entrar a sala de operaciones para una laparotomía exploratoria.

Se da las indicaciones de NPO, Ceftriaxona (2 gr) endovenoso, ketoprofeno (100 mg) endovenoso, metamizol (1gr) condicional a fiebre.

Antecedentes:

- Niega hábitos nocivos.
- Niega enfermedades infectocontagiosas y crónicas.
- Niega reacciones adversas a medicamentos.
- Niego alergias
- Niega cirugías y hospitalizaciones previas.

Funciones vitales:

- Presión Arterial: 96/57 mmHg.
- Frecuencia Cardíaca: 176 latidos por minuto.
- Frecuencia Respiratoria: 28 respiraciones por minuto
- Temperatura: 36.0° C
- Saturación: 92%

Examen físico:

- Mal estado general.
- Regular estado de hidratación.
- Regular estado de nutrición.
- Piel y mucosas: Piel fría, hidratada, elástica, palidez ++, no ictericia, no cianosis, llenado capilar mayor a 2 segundos; mucosa oral húmeda.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: No distendido, orificio de entrada de +/- 0.5 cm a nivel de línea media clavicular con reborde costal derecho, ruidos hidroaéreos disminuidos, abdomen poco blando, poco depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, signo de rebote poco presente, resistencia muscular involuntaria presente.

- Sistema Nervioso Central: Despierto, lucido, orientado en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos, Escala de Glasgow en 15 puntos.

Impresión Diagnóstica

La evaluación del paciente hasta el momento nos da una impresión diagnóstica:

- Trauma Abdominal Abierto por Proyectoil de Arma de Fuego.
- Descartar perforación de víscera hueca.
- Descartar trauma renal.
- Descartar trauma vascular

Se le solicito exámenes auxiliares de laboratorio con resultados:

- Hemoglobina: 11.7 gr/dL
- Hematocrito: 36 %
- Grupo sanguíneo: "O"
- Factor Rh: Positivo

Una vez que el paciente fue estabilizado hemodinámicamente y se haya completado las pruebas pre quirúrgicos se le preparo para ingresar a sala de operaciones donde se le practico; Laparotomía exploratoria + hemicolectomía derecha + resección de Íleo distal + ileostomía de Brooke + nefrectomía derecha + lavado de cavidad abdominal con 3 litros de solución salina con antibiótico + retiro de proyectil de arma de fuego + colocación de drenaje Jackson Pratt.

El Diagnostico Post Operatorio fue; Trauma abdominal abierto por proyectil de arma de fuego + hemoperitoneo + perforación de ángulo hepático del colon + trauma renal grado IV.

Los hallazgos encontrados en la cirugía fueron, secreción fecaloidea escasa, coágulos y hemoperitoneo de aproximadamente 1 litro; perforación en ángulo hepático del colon de +/- 2cm de diámetro; hematoma retroperitoneal en zona II derecha con sangrado activo; trauma renal derecho grado IV con sangrado activo sin lesión del hilo renal; lesiones granulomatosas en vísceras intrabdominales; cuerpo extraño en región lumbar derecha; resto de órganos intrabdominales sin lesiones.

El paciente pasó al área de hospitalización para ser observado en su post operatorio con las indicaciones de:

- Nada por vía oral.
- Dextrosa 5% 1000cc + ClNa 2% 01 ampolla + ClK 20% 01 ampolla en 30 gotas endovenoso cada 24 horas.
- Ceftriaxona (2gr) endovenoso cada 24 horas.
- Metronidazol (500 mg) endovenoso cada 8 horas.
- Ranitidina (50 mg) endovenoso cada 8 horas.
- Metamizol (2 gr) endovenoso cada 8 horas.

En el post operatorio del día 6 paciente curso con taquicardia, aumento del dolor a nivel de herida operatoria, picos febriles de hasta 39° C desde el primer día post operatorio. Al examen físico del abdomen se le encuentra no distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, poco blando, poco depresible, doloroso a la palpación a nivel de herida operatoria, herida operatoria dehiscente en 1/3 inferior con presencia de asa intestinal.

Se le realizó exámenes de laboratorio control donde se encontró:

- Leucocitos: 10 mil x mm³.
- Abastionados: 3%
- Segmentados: 83%.

Se realizó ecografía de abdomen superior a nivel de ángulo hepático evidenciándose colección de aspecto heterogéneo de aproximadamente 100 centímetros cúbicos por lo que se le practica una laparotomía exploratoria por drenaje de absceso, omentectomía, lavado de cavidad abdominal, colocación de drenaje Jackson Pratt y cierre de pared abdominal.

El diagnóstico Post Operatorio fue colección intraabdominal con evisceración grado II.

Los hallazgos fueron, colección a nivel subhepático y de celda renal plastronada por epiplón con secreción purulenta de aproximadamente 120 centímetros cúbicos, adherencias laxas en interasas, dehiscencia total de sutura de pared abdominal.

Las indicaciones post operatorias fueron:

- Nada por vía oral + sonda nasogástrica a gravedad.
- Dextrosa 5% 1000cc + ClNa 20% 01 ampolla + ClK 20% 01 ampolla en 30 gotas endovenoso cada 24 horas.
- Piperacilina tazobactam (4.5 mg) endovenoso cada 8 horas.
- Ranitidina (50 mg) endovenoso cada 8 horas.
- Metamizol (2 gr) endovenoso cada 8 horas.
- Vitamina K 1 ampolla endovenoso cada 24 horas.
- Metoclopramida (10 mg) endovenoso cada 8 horas.
- Reposición de perdidas al 60% por sonda nasogástrica.

En el post operatorio del día 14 de la primera cirugía y en el post operatorio del día 8 de la segunda cirugía, el paciente curso con taquicardia, salida de secreción hemática a través del drenaje Jackson Pratt con un volumen de 150 centímetros cúbicos. Al momento del examen físico se encuentra al paciente con palidez marcada, asténico, con tendencia al sueño, abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, poco blando, poco depresible, doloroso a la palpación superficial a nivel de herida operatoria, herida operatoria se encuentra cubierta por gasa húmeda con secreción serohemática.

Se realizaron exámenes de laboratorio de rutina encontrándose:

- Hemoglobina: 4.9 gr/dL

Se realizó ecografía abdominal donde se evidencio colección organizada compatible con coagulo en el espacio retroperitoneal derecho, liquido laminar en espacio esplenorrenal izquierdo.

El plan fue transfundir 2 paquetes globulares para entrar a sala de operaciones para practicar un taponamiento de retroperitoneo más lavado de cavidad abdominal.

El diagnostico post operatorio fue, hemoperitoneo más coágulos organizados.

Los hallazgos encontrados fueron, hemoperitoneo de 1500 centímetros cúbicos a nivel de lecho renal derecho, con presencia de múltiples coágulos y con gran coagulo organizad; puntos de aponeurosis dehiscentes.

Las indicaciones post operatorias fueron:

- Nada por vía oral más sonda nasogástrica a gravedad.
- Dextrosa 5% 1000cc + ClNa 2% 01 ampolla + ClK 20% 01 ampolla en 30 gotas endovenoso cada 24 horas.
- Piperacilina tazobactam (4.5 mg) endovenoso cada 8 horas.
- Ranitidina (50 mg) endovenoso cada 8 horas.
- Metamizol (2 gr) endovenoso cada 8 horas.
- Vitamina K 1 ampolla endovenoso cada 24 horas.
- Acido tranexámico (1 gr) endovenoso cada 8 horas.

En el día 18 del post operatorio de la primera cirugía y día 4 del post operatorio del taponamiento retroperitoneal, paciente se le encuentro estable con una hemoglobina conservada en 10.5 gr/dL, se le programo a sala de operaciones para retiro de Packing retroperitoneal. La cirugía fue realizada con éxito sin complicación alguna. Al día 21 del post operatorio de la primera cirugía paciente persistía con fiebre, donde fue tratado con metamizol (2 gr).

En el día 32 del post operatorio de la primera cirugía, paciente llevaba 10 días sin presentar fiebre, no refería otras molestias durante su recuperación, hubo buena tolerancia oral empezando con dieta blanda hasta llegar a dieta completa. Ese mismo día paciente completaba su día 14 de tratamiento antibiótico después de su última cirugía, paciente se encontraba en mejor estado, por lo que se le prescribe el alta con indicaciones de paracetamol (500mg) 02 tabletas cada 8 horas, simeticona (60 gotas) vía oral cada 8 horas y control por consultorio externo de cirugía general en 7 días.

Caso clínico N°2

Paciente varón de 72 años, refiere que hace 2 años aproximadamente presenta cuadros de dolor abdominal tipo cólico de intensidad 6/10 a nivel de epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho acompañado de hiporexia, náuseas y en ocasiones vómitos. Paciente refiere que hace 1 mes durante episodio de dolor, acudió a clínica particular donde le realizaron ecografía de abdomen superior donde se evidencio una vesícula biliar de morfología piriforme de 77x31

milímetros, con pared de 3 milímetros de grosor, con contenido homogéneo característico de cuerpos litíasicos de 14x7 milímetros, el cual se llegó a la conclusión de litiasis vesicular. Paciente acude a este nosocomio por consultorio externo donde se le repite el estudio ecográfico y se solicita estudios pre quirúrgicos para ser programado a cirugía electiva.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 110/80 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto.
- Temperatura: 37.1° C.
- Saturación: 98%.

Examen físico:

- Buen estado general.
- Buen estado de hidratación.
- Buen estado de nutrición.
- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica, no palidez, no ictericia, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos; mucosa oral húmeda.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpa masas, no se palpa visceromegalia.
- Sistema Nervioso Central: Despierto, lucido, orientado en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos, Escala de Glasgow en 15 puntos.

Diagnósticos presuntivos

- Síndrome doloroso abdominal
- Colecistitis crónica

Exámenes de Laboratorio:

- Hemoglobina: 15 gr/dL
- Hematocrito: 46.5%
- Leucocitos: 6 400 x mm³
- Neutrófilos abastionados: 0%
- Neutrófilos segmentados: 61%
- Linfocitos: 34%
- Monocitos:5%
- Glucosa: 103 mg/dL
- Urea: 25 mg/dL
- Creatinina: 0.61 mg/dL
- Tiempo de protrombina: 12,5 segundos.
- INR: 1.10
- VIH: No reactivo
- HBsAg: No reactivo
- RPR: Negativo
- Covid-19 RTLamp: Negativo

Paciente acudió a consulta externa con resultados de exámenes prequirúrgicos, contaba también con examen de riesgo quirúrgico por el servicio de cardiología, neumología y anestesiología todos ellos aptos para poder ingresar a sala de operaciones, se plantea el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa por lo que ingresa al área de hospitalización para cirugía electiva de colecistectomía laparoscópica.

En las indicaciones del post operatorio se le prescribe cobertura antibiótica con ceftriaxona (2 gr) endovenoso cada 24 horas, tramadol (50mg) endovenoso cada 8 horas, dimenhidrinato (50mg) endovenoso cada 8 horas, omeprazol (40mg) endovenosa cada 24 horas.

En el segundo día del post operatorio, paciente no presento fiebre, no presento molestia, por lo cual se le prescribió el alta con indicaciones de paracetamol (500 mg) condicional a dolor y control por consultorio externo de cirugía general en los próximos 7 días.

I.3. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 41 años, llega a emergencia sin hoja de referencia, refiriendo dolor tipo contracción uterina y dolor en epigastrio, refiere sentir movimientos fetales, niega perdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal. Niega sensación de alza térmica.

Antecedentes ginecológicos:

- Fecha de ultima regla: 09/01/2022
- Menarquia: 15 años.
- Numero de parejas sexuales: 01
- G6 P5005

Antecedentes patológicos:

- Niega reacciones adversas a medicamentos.
- Niega alergias.
- Refiere diabetes mellitus tipo 2 hace 2 años en tratamiento con insulina.
- Niega cirugías previas.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 180/90 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 88 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Temperatura: 36.8° C
- Saturación: 98%

Examen físico:

- Regular estado general.
- Regular estado de hidratación.
- Regular estado de nutrición.
- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica, no palidez, no ictericia, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos; mucosa oral húmeda.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: globuloso por útero grávido, altura uterina de 33 cm, dinámica uterina 2/10/20", movimientos fetales ++/+++, Latidos Cardiacos Fetales: 148 latidos por minuto
- Tacto Vaginal: cérvix dehiscente, altura de presentación en -3 cm, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, no encajado, rotación ++/+++.
- Sistema Nervioso Central: Despierto, lucido, orientado en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos, Escala de Glasgow en 15 puntos.

Diagnósticos presuntivos

- Multigesta de 38 semanas por ecografía de primer trimestre
- Presentación longitudinal podálico
- Diabetes mellitus tipo II
- Preeclampsia severa: probable Síndrome HELLP

Se le solicitó examen de laboratorio:

- Hemoglobina: 14 gr/dL
- Hematocrito: 40%
- Leucocitos: 6.93 x mm³
- Neutrófilos abastionados: 0%
- Neutrófilos segmentados: 42%
- Linfocitos: 51%
- Plaquetas: 168 x mm³
- Glucosa: 263 mg/dL
- Urea: 22 mg/dL
- Creatinina: 0.85 mg/dL
- Fosfatasa Alcalina: 347 U/L
- Proteínas totales: 6.4 gr/dL
- Albumina: 3.0 gr/dL
- TGO: 342 U/L
- TGP: 259 U/L
- DHL: 1198 U/L

- Grupo Sanguíneo: "O"
- Factor Rh: Positivo

La paciente paso reevaluación con los resultados de laboratorio donde sus diagnósticos presuntivos fueron:

- Multigesta de 38 semanas con ecografía de primer trimestre
- Presentación longitudinal podálico
- Diabetes mellitus tipo II
- Preeclampsia severa: Probable Síndrome HELLP
- Inminencia de ruptura hepática
- Riesgo de muerte materna.

Se le envió interconsulta al servicio de Cirugía General por la sospecha de ruptura hepática donde se le solicito una Laparotomía exploratoria, paciente fue programada para sala de operaciones donde se le practico cesárea segmentaria transversa primaria más laparotomía exploratoria.

En la cesárea se halló recién nacido de sexo masculino con Apgar 6' 8', líquido amniótico claro, en la laparotomía exploratoria se halló, equimosis hepática en segmento VII y VIII, no se palpo ni se visualizaba hematoma, no se evidenciaba sangrado activo. Después de las cirugías la paciente queda a cargo del área de UCIN para su monitoreo.

Indicaciones Post Operatorias

- Nada por vía oral
- Observación de signos de alarma y control de funciones vitales
- Balance hidroelectrolítico
- ClNa 0.9% 1000 cc + oxitocina 30 u
- Dextrosa 5% 1000cc + oxitocina 30 u + ClNa 20% 01 ampolla.
- Ranitidina (50 mg) endovenoso cada 8 horas.
- Metoclopramida (10mg) endovenoso cada 8 horas.
- Metamizol (1 gr) endovenoso cada 8 horas.
- Nifedipino (10 mg) vía oral condicional a presión arterial >160/110 mmHg.
- Nifedipino (30 mg) vía oral cada 24 horas
- Metildopa (1 gr) vía oral cada 8 horas.

- Ceftriaxona (1 gr) endovenoso cada 24 horas

En el día 7 del post operatorio paciente no presento complicaciones ni molestia, no hubo fiebre, el dolor era escaso y la presión arterial estaba controlada por lo que fue dada de alta del servicio de UCIN y paso al servicio de ginecología y obstetricia donde continuo en observación. El día 14 del post operatorio la paciente evidenciaba una mejoría significativa los controles de laboratorio se encontraban en rangos normales, no había picos febriles, paciente no refería dolor, ni molestia por lo que se le prescribe el alta con indicaciones de control por consultorio externo de ginecología y obstetricia en los próximos 7 días.

Caso clínico N°2

Paciente mujer de 26 años, llegó a emergencia con hoja de referencia de un centro de salud en Lurín, por presentar sangrado vaginal con 1 día de evolución acompañado de dolor tipo cólico en abdomen inferior a nivel de fosa iliaca derecha de intensidad 7/10 que se asocia a vómitos de hasta 4 episodios y diarrea de hasta 3 cámaras.

Antecedentes ginecológicos:

- Fecha de ultima regla: 09/12/2022
- Menarquia: 13 años
- Número de parejas sexuales: 04
- GOP0000.

Funciones vitales:

- Presión Arterial: 110/60 mmHg.
- Frecuencia Cardiaca: 76 latidos por minuto.
- Frecuencia Respiratoria: 16 respiraciones por minuto
- Temperatura: 36.4° C
- Saturación: 98%

Examen físico:

- Mal estado general.
- Regular estado de hidratación.

- Regular estado de nutrición.
- Piel y mucosas: Piel fría, hidratada, elástica, palidez +, no ictericia en escleras, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos; mucosa oral húmeda.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación profunda a nivel de fosa iliaca derecha e izquierda, signo de Mc Burney (+), Blumberg (-).
- Sistema Nervioso Central: Despierta, lucida, orientada en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos, Escala de Glasgow en 15 puntos.

Diagnósticos presuntivos

- Sangrado Vaginal Anormal
- Descartar embarazo ectópico
- Descartar proceso neoplásico
- Descartar apendicitis aguda

Se le solicito exámenes de laboratorio en cual los resultados fueron:

- Hemoglobina: 10.1 gr/dL
- Hematocrito: 31%
- Leucocitos: 18.5 x mm³
- Plaquetas: 216 000 x mm³
- Neutrófilos abastionados: 6%
- Neutrófilos segmentados: 69%
- Urea: 26 mg/dL
- Creatinina: 0.82 mg/dL
- Beta HCG: Negativo

La paciente paso la noche en observación donde se realizó una interconsulta al servicio de Cirugía General para ser evaluada y descartar la posibilidad de que sea un cuadro de apendicitis aguda. Se le solicita ecografía de abdomen inferior

donde indica que no hay proceso inflamatorio a nivel de apéndice cecal, por lo que rechaza el diagnóstico de apendicitis aguda.

La paciente es reevaluada en la mañana siguiente por el servicio de ginecología donde se evidencia que hay presencia de sangrado moderado a nivel vaginal, por lo que realiza una hemoglobina control evidenciándose que la hemoglobina disminuyó de 10.1 a 7.5 gr/dL, se le realiza una ecografía pélvica evidenciando la presencia de una masa de aspecto sólido con líquido libre abundante.

En la reevaluación del examen físico se logra apreciar el abdomen en tabla, presencia de signos peritoneales, Blumberg (+), dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, palpación de masa sólida, el cual se propuso como abdomen agudo quirúrgico y se planteó realizar una laparotomía exploratoria.

Previo al ingreso a sala de operaciones, se le transfundió 2 paquetes globulares a la paciente. El reporte de sala de operación fue: laparotomía exploratoria + tumorectomía uterina + colocación de drenaje Penrose, posterior a la cirugía se inició tratamiento con Clindamicina (600 mg) por vía endovenosa cada 8 horas, Gentamicina (80 mg) vía endovenosa cada 8 horas, metoclopramida (10 mg) por vía endovenosa cada 8 horas, ranitidina (50 mg) endovenosa cada 8 horas, ketoprofeno (100 mg) por vía endovenosa cada 8 horas.

Se le realizó exámenes de laboratorio control a las 48 horas con resultados:

- Hemoglobina: 10.8 gr/dL
- Hematocrito: 30.6%
- Leucocitos: 10.2 x mm³
- Abastionados Neutrófilos: 1%
- Segmentados Neutrófilos: 65%

Paciente tuvo una evolución favorable, no presentó molestia alguna en el postoperatorio. Los días de hospitalización fue para completar el tratamiento antibiótico que los recibió durante 5 días. Al ver mejoría y no presentar complicaciones, se le prescribe el alta con indicaciones de control por consultorio externo en los próximos 7 días.

I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRIA

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 3 años, es traída por emergencia en compañía de su madre por presentar hace 7 días sensación de alza térmica no cuantificada el cual madre refiere que trató con paracetamol, náuseas, vómito e inapetencia. Madre refiere que paciente no evacua hace 4 días. Por los que decide traerla a este nosocomio. Al ingreso paciente se encuentra con temperatura elevada y muy irritable.

Funciones vitales:

- Frecuencia cardiaca: 135 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 56 respiraciones por minuto.
- Temperatura: 39.5° C
- Saturación: 97%

Examen físico:

- Regular estado general
- Regular estado de hidratación
- Regular estado de nutrición
- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica, palidez +, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosa oral hidratada.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho, hemitórax izquierdo pasa bien el murmullo vesicular. No se ausculta ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se ausculta soplo.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, no dolor a la palpación superficial ni profunda.
- Sistema Nervioso Central: Despierta, reactiva a estímulos, irritable, poco colaboradora.

Diagnósticos presuntivos

- Síndrome Febril
- Constipación

Se le solicitó Rayos X de abdomen para el descarte de constipación, al evaluar la placa se apreciaba que todo el colon descendente y mitad del colon transverso estaba lleno de materia fecal, sin embargo, la placa también mostraba el tórax donde se podía apreciar que todo el hemitórax derecho estaba radiopaco, mostrando una especie de caverna a nivel del lóbulo inferior del pulmón derecho. Por lo que se volvió a evaluar a la paciente enfocándose en el sistema respiratorio, sin embargo, la paciente no aparentaba sintomatología respiratoria, no desaturaba y se podía escuchar el murmullo vesicular en ese hemitórax.

Se le solicito exámenes de laboratorio cuyos resultados fueron:

- Hemoglobina: 10.2 gr/dL
- Hematocrito: 31%
- Leucocitos: 16.8 x mm³
- Neutrófilos segmentados: 86%
- Neutrófilos abastionados: 3%
- Linfocitos: 10%
- Monocitos 1%
- PCR: 10,6 mg/dL

Después de ser evaluada, se la diagnostico como:

- Neumonía adquirida en la comunidad
- Derrame paraneumónico
- Anemia leve

La paciente pasa al área de observación donde se le informa la madre sobre el estado de la paciente y que debe ser hospitalizada a la brevedad. Paciente al día siguiente pasa al área de UCI pediátrica con el Diagnostico de Neumonía necrotizante donde se le realiza toracocentesis extrayéndole aproximadamente 20 centímetros cúbicos de liquido purulento, acto seguido se le coloco tubo de drenaje torácico para continuar con la evacuación del derrame pleural. Paciente permanece en la UCI pediátrica alrededor de 8 días en tratamiento con vancomicina evolucionando favorablemente por lo que es transferida al área de preescolares en la hospitalización de pediatría.

Durante el procedimiento de la toracocentesis, se envió una muestra del líquido extraído para cultivo y antibiograma. El resultado fue, *Streptococcus pneumoniae*.

En el día 10 de hospitalización desde su ingreso, se le agrega meropenem al esquema de tratamiento. En el día 14 de hospitalización se envía interconsulta al servicio de cirugía de tórax y cardiovascular solicitando evaluación para posible retiro del tubo de drenaje. El servicio de cirugía de tórax y cardiovascular acudió a la interconsulta indicando que la paciente estaba en condiciones para el retiro del tubo de drenaje, por lo que se le retiró el tubo, no hubo complicaciones posteriores. Paciente continuaba con su tratamiento antibiótico hasta completar los 21 días de vancomicina y 14 días de meropenem.

En el día 20 de hospitalización se le solicitó radiografía de tórax frontal control, donde evidenciaba el hemitórax derecho radiolúcido, no había signos de derrame para neumónico. Por lo que la paciente indicaba mejoría clínica y se encontraba en mejor estado de ánimo. Por lo que en su día 22 de hospitalización es dada de alta con indicaciones de acudir a consultorio externo en los próximos 7 días.

Caso Clínico N°2

Paciente mujer de 03 meses, procedente de Villa María del Triunfo con padres de nacionalidad venezolana residentes en Perú. Es traída a emergencia por madre que refiere que paciente desde hace 5 días presenta cuadros febriles cuantificados hasta en 39.5° C con dos episodios febriles por día, en cual madre trató con paracetamol. Madre refiere que 2 días antes del ingreso, paciente inicia con tos no productiva; 1 día antes del ingreso, madre refiere que observó que su menor hija presentaba dificultad para respirar, la veía muy agitada, irritada y notaba que el abdomen se le hundía al igual que las costillas. Por lo que decide traerla a este nosocomio.

Antecedentes patológicos de importancia

- Niega hospitalizaciones previas
- Niega operaciones previas

- Nacida de parto eutócico a término
- Niega reacción alérgica a medicamentos
- Niega alergias
- Paciente lloro al nacer.

Antecedentes familiares y sociales

- Madre sin patologías, aparentemente sana.
- Padre sin patologías, aparentemente sano.
- Madre refiere que vive en un departamento de 3 habitaciones, cada uno ocupado por una familia diferente de compañeros venezolanos y todos comparten un único baño, refiere que hace 2 semanas, uno de sus compañeros se la pasaba tosiendo la mayor parte del día.
- Madre también refiere que es indocumentada, no cuenta con SIS y es de muy bajos recursos económicos.

Funciones vitales:

- Frecuencia Cardíaca: 145 latidos por minuto.
- Frecuencia Respiratoria: 65 respiraciones por minuto
- Temperatura: 39.2° C
- Saturación: 93%

Examen físico:

- Mal estado general
- Regular estado de hidratación
- Regular estado de nutrición
- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica, palidez +, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosa oral hidratada.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, se ausculta subcrepitos a nivel de ambas bases pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se ausculta soplo.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda, se palpa visceromegalia en

hígado a 7 cm por debajo del reborde costal derecho y esplenomegalia a 4 cm por debajo del reborde costal izquierdo

- Sistema Nervioso Central: Despierta, reactiva a estímulos, irritable, poco colaboradora.

Diagnósticos presuntivos

- Síndrome febril
- Descartar tuberculosis pulmonar
- Hepatoesplenomegalia
- Descartar hepatopatía viral
- Descartar hepatopatía parasitaria
- Descartar hepatopatía tuberculosa

Además, se le solicito exámenes de laboratorio con resultados:

- Hemoglobina: 10.3 gr/dL
- Hematocrito: 29%
- Leucocitos 10.4 x mm³
- Neutrófilos segmentados: 55%
- Monocitos: 7%
- Linfocitos: 38%
- Plaquetas en 285 000 x mm³
- PCR: 55 U/L
- TGO: 65 U/L
- TGP: 72U/L
- Fosfatasa Alcalina 176 U/L
- Proteínas totales: 5.1 mg/dL
- Albumina:2.8 mg/dL

Adicionalmente se solicitó una radiografía de tórax frontal donde se observó opacidades pulmonares redondeadas, de dimensiones de aproximadamente 3mm de diámetro, con tamaño uniforme distribuidos de manera difusa en todos los segmentos pulmonares. Se realizó un estudio ecográfico de abdomen superior, donde evidencia hepatomegalia y esplenomegalia, no se evidencia liquido libre en cavidad abdominal.

Madre de la paciente fue informada que su menor hija necesitaba ser hospitalizada para un estudio más profundo, paciente pasa al área de observación donde se le coloca cánula binasal a presión de 2 litros de O₂. Paciente es canalizada con vía endovenosa para hidratación. Al día siguiente es hospitalizada pasa al sexto piso de pediatría en el área de lactantes. Se le realiza toma de muestra de contenido gástrico y es enviado a laboratorio de CENEX para baciloscopia y prueba de Genexpert para Tuberculosis, al día siguiente que se recoge los resultados, la baciloscopia salió positivo 2+ para *Mycobacterium tuberculosis* sensible a rifampicina. Se envió interconsulta al servicio de neumología pediátrica, donde se le prescribe esquema alternativo de tratamiento antituberculoso con amikacina, meropenem y ciprofloxacino, ya que el primer esquema del tratamiento antituberculoso propuesto por el MINSA los medicamentos como Isoniacida, rifampicina y etambutol son medicamentos hepatotóxicos que podrían causar más daño al hígado de la paciente el cual ya se encontraba cursando hepatopatía tuberculosa.

Paciente cursando su 6 día de hospitalización, muestra mejoría saturando 97% a ½ litro de O₂. Sin embargo, se le aprecia que empieza a edematizarse a nivel del rostro y de los miembro inferiores y superiores. Se le tomaron exámenes controles donde se encontró:

- Hemoglobina: 10.4 gr/dL
- Hematocrito: 31%
- Grupo Sanguíneo: B
- Factor Rh: Positivo
- Proteínas totales: 4.8 mg/dL
- Albumina: 2.4 mg/dL

Al evidenciar la hipoproteinemia y la hipoalbuminuria se plantea transfundirle 2 unidades de plasma fresco congelado. Y administrarle furosemida endovenosa. Paciente tolera bien la furosemida, logra disminuir el edema, al día siguiente se toma la muestra control de las proteínas y albumina, dando como resultado; proteínas totales en 6.4 mg/dL y albumina en 3.6 mg/dL.

En el día 11 de hospitalización se tomaron exámenes controles de perfil hepático donde los resultados fueron:

- TGO: 60 U/L
- TGP: 85 UL
- Proteínas totales: 5.7 mg/dL
- Albumina: 3,0 mg/dL
- Fosfatasa Alcalina: 188 U/L

En el día 14 de hospitalización paciente empieza a desaturar llegando hasta 91% de saturación, se procedió a la colocación de la cánula binasal con 2 Litros de O₂. Se envió interconsulta a neumología pediátrica para posible cambio de tratamiento usando el primer esquema. Neumología pediátrica acude al llamado, donde se le cambió el tipo de tratamiento alternativo al tratamiento convencional. En el segundo día con primer esquema antituberculoso, se le pudo observar a la paciente que sus escleras y su facie adquirirían un tono icterico leve. Por lo que se volvió a mandar interconsulta a neumología pediátrica. Como respuesta del llamado se decidió volver al esquema alternativo ya que el primer esquema antituberculoso estaba deteriorando el hígado de la paciente, al tomar exámenes controles de perfil hepático se observó:

- TGO: 69 U/L
- TGP 83 U/L
- Proteínas totales: 4.9 mg/dL
- Albumina 2.7 mg/dL

Las proteínas volvieron a disminuir, sin embargo, no había alteración significativa con las transaminasas. Paciente vuelve a desaturar por lo que se le compensa con O₂ con cánula binasal,

En el día 17 paciente se descompensa, presentaba frecuencia respiratoria en 65 respiraciones por minuto, saturando 91% con FiO₂ de 28%, se la observa compromiso del sensorio, no lacta. Se le hizo interconsulta al servicio de UCI pediátrica para el pase de la paciente a su servicio. UCI pediátrica acepta a la paciente en donde se la transfirió a su servicio.

En el día 21 de hospitalización y día 4 en UCI Pediátrica, se le informa a la madre sobre el fallecimiento de su menor hija.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se realizó en el Hospital María Auxiliadora durante el tiempo de 10 meses continuos desde el 01 de junio del 2022 hasta el 31 de marzo del 2023.

El Hospital María Auxiliadora se ubica en la Avenida Miguel Iglesias 968, a la altura de la estación María Auxiliadora del tren eléctrico, distrito de San Juan de Miraflores, departamento de Lima. Mediante el Decreto Supremo de Ley N°20708, el 27 de agosto de 1974 se financia la construcción y equipamiento del futuro hospital Materno Infantil “María Auxiliadora” que será dirigido por el Ministerio de Salud. El 24 de abril de 1977 mediante el Decreto de Ley N°21852, se declara hospital General.

La institución se inauguró como tal un 29 de diciembre de 1983, actualmente opera como un hospital nivel de atención III-1, perteneciendo a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur.

El hospital tiene como visión *“ser hospital acreditado de tercer nivel con reconocimiento nacional e internacional en la atención integral y especializada con excelencia en los servicios de salud, líder en formación de recursos humanos contribuyendo a la ciencia con investigación científica en salud”*.

Y como misión *“prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural”*.

Durante la pandemia del covid-19 el hospital implemento el protocolo de emergencia al igual que todos los hospitales bajo el mando del MINSA, que consistía en suspender la atención de consultorio externo, cancelar las cirugías electivas e implementar la atención por tele consultas.

Durante el estado de emergencia de la pandemia la Institución paso de ser un hospital general a un hospital para la atención de pacientes con Covid-19. La atención se priorizo a toda persona que ingresaba con síntomas respiratorios tanto en emergencia netamente Covid-19, como emergencia Covid-19 quirúrgica o Covid-19 ginecológica. Sin embargo, se implementó un área en cada servicio

aislado para pacientes no Covid-19. Adicional se implementó el área de toma de muestra para pruebas de descarte de Covid-19. Todo paciente que ingresaba con síntomas respiratorios o era caso sospechoso de Covid-19 se le realizaba el hisopado nasofaríngeo para la detección propia del virus.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Este servicio corresponde a una de las principales especializaciones que requiere de amplios cuidados y el trabajo multidisciplinario hacia los pacientes hospitalizados. Este servicio hospitalizaba pacientes que necesitaban atención por otras especialidades como gastroenterología, dermatología, neumología, neurología, infectología, nefrología, entre otras.

Durante esta rotación se demostró la importancia de realizar una buena historia clínica muy detallada y completa, al mismo tiempo se aprendió a realizar procedimientos médicos básicos como colocación de sondas vesicales, sondas nasogástricas, paracentesis, punción lumbar, toracocentesis, curaciones de úlceras por presión y curaciones de pie diabético. De igual manera se realizaron guardias en el área de emergencia donde se logro atender y aprender de diferentes casos desde los mas sencillos hasta los más complejos que requerían observación constante.

Un punto importante de considerar sobre este servicio a diferencia de otros servicios es la estadía prolongada de algunos pacientes hospitalizados, donde se aprendió a tener una comunicación adecuada tanto con los pacientes como con sus familiares con la finalidad de brindarles tranquilidad y consuelo.

Caso clínico N°1

La Enfermedad de Hirschsprung o conocido también como enfermedad del megacolon congénito. Es una patología caracterizada por la ausencia de inervación de tejido nervioso a nivel del recto y/o colon sigmoides. A nivel del colón el tejido nervioso lleva el nombre de células Ganglionares. La Ausencia de

estas células a nivel del plexo mientérico y submucoso impide el proceso de contracción del musculo liso del colón, lo cual evita la movilización de materia fecal, produciendo estreñimiento crónico y/o impactación fecal. (1)

La Enfermedad de Hirschsprung por lo general es diagnosticado en los primeros meses de vida, el cuadro inicia evidenciándose un estreñimiento en edad neonatal, seguido por la eliminación tardía del meconio (mayor a 24 horas). En algunos casos esta patología se asocia a otras patologías de origen genético como el Síndrome Down. La incidencia de esta patología es de 1:5000 nacidos vivos, predominando en el sexo masculino 4:1 con respecto al femenino en la etapa neonatal, sin embargo, cuando el diagnóstico es tardío y los pacientes llegan a la etapa adulta, predomina en el sexo femenino 2:1. (2)

Aquellos pacientes que llegan a la adultez con esta patología, tienen antecedentes de constipación crónica refractaria desde la etapa infantil con presencia de dolor tipo cólico y distensión abdominal con frecuencia. También indican dentro de sus antecedentes el uso regular de medicamentos con efecto laxante y/o uso de enemas evacuantes. (1) (2)

El presente caso trata sobre un paciente varón de 19 años que tiene como antecedente ser portador de bolsa de colostomía por ano imperforado y tener la Enfermedad de Hirschsprung. El paciente fue hospitalizado por presentar un absceso perianal posterior a cirugía de un neo-ano.

Los abscesos perianales se clasifican en primarios o inespecíficos cuando son de origen criptoglandular y secundarios o específicos cuando su origen tiene relación con otras enfermedades como las cirugías ano-rectales. Uno de los síntomas característicos es el dolor intenso al sentarse o a la marcha, puede aparecer supuración transanal y algunos casos rectorragia. (3)

Una de las consecuencias de los abscesos perianales es la formación de fistulas debido a que es una complicación de los procedimientos quirúrgicos. Los abscesos perianales se clasifican en perianal, isquiorrectal, postanal profundo, interesfintariano y supraelevador. (3) (4)

Caso clínico N°2

La reacción adversa a medicamentos ocurre posterior a la ingesta de medicamentos utilizado en el tratamiento de una enfermedad específica, algunos síntomas característicos son cefalea, náuseas y prurito. Sin embargo, en un 5% de los casos las complicaciones pueden ser severas comprometiendo el tejido tegumentario. (5)

La Eritrodermia se da como respuesta a un proceso inflamatorio severo con punto de partida dérmico que se caracteriza por la descamación de epidermis y el eritema característico de esta enfermedad. La respuesta inflamatoria puede deberse a diversas causas, siendo la reacción adversa medicamentosa la principal causa de esta patología, seguida por las enfermedades cutáneas preexistentes ya sea de origen autoinmune o adquiridas; y en menos frecuencia las enfermedades malignas. (6)

Esta patología logra afectar hasta el 90% de la superficie corporal, aparece en forma de eritema difuso que al pasar los días inicia un proceso de descamación de aspecto blanquecina acompañado de prurito muy intenso que a lo largo conlleva a liquenificación de la piel. (7)

La Eritrodermia suele predominar en hombres con frecuencia en mayores de 50 años, por lo que es común la presencia de ectropión y/o alopecia en diferente grado. (8)

La enfermedad renal crónica, se considera una enfermedad no transmisible y un factor de riesgo para otras patologías, epidemiológicamente la incidencia es mayor en países con ingresos bajos, ya que se relaciona a otras enfermedades crónicas no transmisibles como Diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares entre otras. (9)

La enfermedad renal crónica se clasifica en cinco estadios que van en proporción a la disminución de la tasa de filtración glomerular, la hemodiálisis actúa como tratamiento de terapia de reemplazo para aquellos pacientes que se encuentran en estadio V de la enfermedad. Llegar a este procedimiento los pacientes padecen diferentes complicaciones como anemia, alteraciones hidroelectrolíticas, desnutrición y remodelación ósea. (9)

III.2. ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL

El servicio de cirugía se compone por cirugía general, traumatología, urología, cirugía plástica, cirugía de tórax y cardiovascular; y neurocirugía. El área de cirugía general fue el área donde se roto por mas tiempo, esta especialidad requería mucha demanda de tiempo, puesto que la carga laboral era abundante, en mi opinión, nos preparo para ser buenos internos de medicina, nos enseñó disciplina y a contribuir con la recuperación de los pacientes.

La especialidad de cirugía general contaba con el área de hospitalización donde los internos tenían la función de preparar al paciente (completando los análisis preoperatorios y cumpliendo con pedir a los familiares de los pacientes los materiales y medicinas que el SIS no cubría o no tenían en stock) y atenderlos en el postoperatorio que en su mayoría de casos consistían en colecistectomías, apendicectomías, hernioplastias, entre otras; también se contaba con el área de consultorio externo, donde se encargaba de realizar curaciones, retiros de puntos, programar las cirugías electivas y solicitar a los pacientes todos los análisis preoperatorios y pruebas adicionales que se requerían para poder programar las cirugías a los pacientes; y por último se contaba con el área de emergencia donde se podía realizar procedimientos menores como suturas, curaciones de mordeduras de perro, atención de pacientes quemados, colocación de sondas vesicales, colocación de férulas o bota/guate de yeso permanente y programación de cirugías de emergencia por apendicitis entre otros.

La programación de la sala de operación era diaria debido a la gran cantidad de pacientes que se atendía diariamente, gracias a esa gran afluencia de pacientes se logró participar en diferentes cirugías donde los residentes en conjunto con los asistentes permitían que el aprendizaje sea completo.

Caso clínico N°1

El trauma abdominal generado por proyectil de arma de fuego, ocasiona una herida penetrante con alta probabilidad de morbilidad y mortalidad. Actualmente a nivel global las heridas por arma de fuego llegan a tener una probabilidad de 88% de mortalidad. Siendo los adultos jóvenes entre 15 y 34 años la población más frecuente en estos casos representando el 50% de mortalidad. (10)

Dentro de las estructuras dañadas que generan mayor importancia en el trauma abdominal, son las estructuras vasculares; las lesiones por proyectil de arma de fuego a nivel de los vasos sanguíneos podrían llevar a cualquier paciente a tener un desenlace fatal. Cerca del 90 al 95% de las heridas asociadas a trauma abdominal penetrante comprometen vasos sanguíneos intraabdominales y lesiones multiorgánicas. (10)

Los pacientes que ingresan al servicio de shock trauma, por herida por proyectil de arma de fuego, ingresan en estado de choque debido a la pérdida excesiva de sangre. (11)

Las estructuras comprometidas durante un impacto por proyectil de arma de fuego son: intestino delgado, intestino grueso, hígado, vena cava inferior, arteria mesentérica superior, vena mesentérica superior, arteria hepática común, vena porta. (12)

El abordaje diagnóstico y tratamiento están influenciados por el lugar de lesión, el estado de conciencia y el estado hemodinámico del paciente. Todo esto son criterios que el médico tratante toma en cuenta para tomar la decisión de realizar una laparotomía inmediata o mantener en observación al paciente. (13)

Caso clínico N°2

En la actualidad los cálculos biliares se han vuelto una de las enfermedades crónicas más frecuentes a nivel mundial. Se conoce como litiasis biliar a la presencia de masas sólidas de consistencia muy dura que se originan en la vesícula biliar o en los conductos biliares. La mayor incidencia de presentación de los cálculos biliares es en la vesícula biliar esto debido a la gran concentración de cristales constituido por diversos componentes que son almacenados en este órgano. Los cálculos pueden estar constituido por cristales de colesterol, cristales de bilirrubina y/o mixtos. Siendo los cálculos de colesterol los más frecuentes de encontrar, esto se debe al aumento de los niveles de colesterol en el organismo, provocando el aumento de los cristales de colesterol en la bilis, esto con el tiempo junto a otros factores como obesidad, edad avanzada y personas de sexo femenino facilitan la formación de grumos dentro de la vesícula logrando con el tiempo la formación de cálculos. (14)

Los cálculos en el colédoco principalmente son consecuencia de los cálculos preexistentes de dimensión pequeña alojados en la vesícula, que logran pasar a través de los conductos hasta atascarse en los conductos más estrechos. Usualmente estos litos no causan síntomas en los pacientes, no impiden que una persona pueda cumplir con sus actividades, pueden permanecer asintomáticos por muchos meses hasta años. Los síntomas pueden iniciar con dolor tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho que irradia a epigastrio con un tiempo prolongado de duración, conforme una persona lleve muchos años con litiasis biliar, la frecuencia de aparición de los cólicos y la intensidad del dolor será mayor cada vez. (15)

Los cólicos también reflejan el proceso inflamatorio que se origina en la misma vesícula ocasionando la colecistitis. En otros escenarios también se produce la obstrucción de las vías biliares esto sucede cuando los cálculos de menor diámetro comienzan a salir de la propia vesícula biliar y quedan obstruidos ocasionada coledocolitiasis, una de las mayores complicaciones es la infección de las vías biliares producto de la obstrucción de los conductos por el cual la bilis actúa como un caldo de cultivo para los microorganismos existentes ocasionando la colangitis o en el peor de los casos ocasionar pancreatitis. El diagnóstico se puede realizar mediante técnicas ecográficas de abdomen superior ante la presencia de molestias digestivas. (15) (16)

El tratamiento no es necesario en pacientes que no presenten síntomas y/o molestias, sin embargo, cuando comienzan aparecer los cólicos biliares, el dolor puede ser tratado con espasmolíticos. El tratamiento definitivo para la eliminación de los cólicos biliares es la extirpación de la vesícula. Actualmente se usa la cirugía por laparoscopia el cual ha sido descrita como una de las mejores técnicas quirúrgicas con buenos resultados en recuperación y estéticos. (17)

Actualmente se busca mejorar la técnica tratando de disminuir el número de instrumentos o el diámetro de estos. Este procedimiento depende mucho de la preparación del paciente en el preoperatorio, y depende también del operador en su destreza para manipulación de los instrumentos, durante la cirugía, el cirujano debe cambiar un espacio virtual por un espacio real dentro de la cavidad

abdominal esto se logra con la realización artificial de un neumoperitoneo con insuflación controlada usando CO₂. (18) (19)

III.3. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

El servicio de ginecología y obstetricia es otro de los servicios con mayor demanda e importancia para la atención del público femenino. El servicio de ginecología donde se atendía pacientes con patologías no ginecológicas, el servicio de obstetricia donde se atendía gestantes desde el inicio de su embarazo hasta el momento del parto o cesárea.

El hospital donde se realizó el internado contaba con el área de consultorio externo donde se brindaba atención a las pacientes con casos ginecológicos y pacientes gestantes con embarazos de alto riesgo donde realizaban sus controles prenatales. El área de emergencia que en su mayoría eran casos obstétricos como inicio de labor de parto, parto en expulsivo, amenazas de aborto. Toda gestante que se encontraba en un proceso avanzado de la labor de parto era ingresada al servicio de centro obstétrico, lugar donde las gestantes que no presentaban complicaciones en el embarazo ingresaban para completar su trabajo de parto hasta el nacimiento del nuevo ser. En esta área se logró aprender diversas pruebas como los test estresantes y no estresantes, el perfil biofísico, monitoreo de latidos fetales y la toma de ecografía obstétricas y ginecológicas. En caso de que el parto se complicara o aparecieran indicios de sufrimiento fetal, se programaba para cesárea de emergencia.

El hospital es una institución de alta complejidad, puesto que solo se atendía embarazos de alto riesgo, cesáreas o embarazos adolescentes. Toda gestante que ingresaba por emergencia iniciando su labor de parto y durante el examen físico no mostraba ningún signo de embarazo de alto riesgo era referida al centro materno de su localidad para que complete su trabajo de parto.

Este servicio al contar con un área de procedimientos quirúrgicos, se contó con la oportunidad de poder ingresar a sala de operaciones para ayudar y aprender de las técnicas quirúrgicas en procedimientos como cesáreas, histerectomías, ligamiento de trompas de Falopio, corrección de prolapso uterino, polipectomía histeroscópica, entre otros procedimientos.

Dentro del servicio, también se encontraba un área de gran importancia, que era el área de planificación familiar, área donde brindaba consejería y asesoramiento a las puérperas y todo paciente que necesitaba conocer sobre los métodos anticonceptivos, salud reproductiva, entre otros temas.

En este servicio al igual que el servicio anterior, se realizaban temas de docencia mediante exposiciones semanales que lograban complementar el aprendizaje, reforzando los temas que se podían apreciar en cada área que se rotaba con la supervisión de los médicos residentes.

Caso clínico N°1

La preeclampsia es una patología con carácter progresivo y estadio irreversible, pudiendo afectar múltiples órganos, es responsable de un gran porcentaje de muertes maternas y perinatales. (20)

La preeclampsia se puede manifestar en estadio leve o severo, es importante lograr hacer el diagnóstico en estadio leve, ya que la patología puede progresar en pocos días de leve a severa. En algunas gestantes la patología puede progresar hasta ser fulminante llegando a una preeclampsia severa o eclampsia en cuestión de horas. (21)

Se debe de considerar los criterios diagnósticos necesarios como la hipertensión y proteinuria. La presión arterial sistólica igual a 140 mmHg o mayor a esta debe ser considerado como un signo de alerta, al igual que la presión arterial diastólica igual a 90 mmHg o mayor a esta. Ambos criterios requieren una vigilancia rígida. (22)

En cuanto a la proteinuria se define como la eliminación de proteínas por la orina con un valor mayor o igual a 0,3 gr en una muestra recolectada por un periodo de 24 horas. Otros criterios para complementar el diagnóstico de preeclampsia es el recuento de plaquetas, estas no deben ser menor a 100 000/microlitro; el aumento de las transaminasas hepáticas, el doble del valor normal de estas enzimas debe ser consideradas de importancia clínica; y el aumento de la creatinina en sangre mayor a 1,1 mg/dL. Y entre algunas manifestaciones clínicas de importancia a vigilar tenemos al edema pulmonar; alteración en el

sistema nervioso central, síntomas visuales y dolor intenso o persistente al nivel de abdomen superior. (23)

El Síndrome HELLP es la complicación más severa durante el embarazo, este síndrome presenta alta mortalidad materno-fetal iniciando por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución severa de las plaquetas, El Síndrome HELLP está asociado a insuficiencia renal y hematoma hepático espontaneo, en caso muy severos se puede presentar ruptura hepática, los trastornos de la coagulación como la coagulopatía intravascular diseminada es inminente por la plaquetopenia severa. Toda gestante que presente este síndrome debe culminar el embarazo a la brevedad. En caso que la asociación materno – fetal estén estables y el cuello uterino este en buenas condiciones se puede optar por el parto eutócico, caso contrario se podría proceder a una cesárea de emergencia. (22) (23)

Caso clínico N°2

Entre las patologías ginecológica que se caracterizan por presentar sangrado vaginal anormal, están los tumores del miometrio, estas tumoraciones se originan de las fibras musculares lisas que constituye el muro del miometrio. Estas tumoraciones pueden ser benignas conocidos como *Leiomioma* o maligna como los *Leiomiosarcoma*. (24)

El *Leiomioma* en la población femenina es considerado la tumoración más frecuente, es muy sensible a estrógenos, esto facilita su aparición en mujeres en edad fértil, suelen crecer durante la etapa gestacional logrando causar efecto de masa impidiendo el desarrollo normal del embrión; y pueden hacer regresión cuando la paciente llega a la menopausia etapa en que estos tumores pasar de ser benignos a ser malignos. (24)

Esta tumoración es generalmente asintomática y suelen aparecer en grupos, el sangrado que causan va a depender de su ubicación donde estén localizados, el aspecto es característico en forma de nódulos redondos con tamaño variable, circunscritos blanquecinos y de consistencia fibroelástica al momento del corte;

su localización es variable, pueden aparecer a nivel submucoso, intramural o subseroso en la pared uterina. (24) (25)

El *Leiomioma*, es una tumoración muy infrecuente, suele aparecer en primera instancia a diferencia del *Leiomioma* que se vuelve maligno al sufrir la regresión, el leiomioma es maligno desde el inicio. Esta tumoración por lo general es única, de gran tamaño, de consistencia más carnosa, puede adquirir características polipoides y confundirse con un pólipo endometrial de gran tamaño. (25)

III.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

En el servicio de Pediatría se divide en dos especialidades, la especialidad de Neonatología y la especialidad de Pediatría propiamente dicha. El servicio de Neonatología contaba con el área de emergencia para la atención inmediata de los neonatos, el área de hospitalización, el área de alojamiento conjunto y el área de consultorio externo. El servicio de Pediatría, comparte el área de emergencia con el servicio de Neonatología, el área de hospitalización donde se dividía en Lactantes, preescolares y escolares; y el área de consultorio externo.

Este servicio contaba con un gran flujo de pacientes que en la mayoría de casos ingresaban al servicio de emergencia por temas menores como procesos febriles, síndromes eméticos y crisis asmáticas. Que en la mayoría de veces la resolución del problema era inmediato y los pacientes se iban de alta el mismo día, sin embargo, también llegaban pacientes que requerían pasar a hospitalización por cuadros de deshidratación moderado, crisis asmáticas moderadas a severas y neumonías. Por el lado de Neonatología la afluencia de pacientes que llegaban a la emergencia era reducida, llegaban casos por ictericia persistente o cuadros febriles; los casos de deshidratación moderada o poca ganancia de peso eran hospitalizados para su tratamiento y seguimiento.

Caso clínico N°1

El absceso pulmonar a causa de la Neumonía Necrotizante se origina por infecciones de etiología bacteriana, esta enfermedad clásicamente se consideraba como consecuencia de la aspiración orofaríngea con material infectado. Por lo general en mayor prevalencia de microorganismos anaerobios, aunque también se pueden encontrar microorganismos mixtos con agentes de origen aerobio compuestos por microorganismos Gram Negativos. (26)

Otra causa de forma de infección es por vía Hematógena, linfática o por contigüidad, con frecuencia son microorganismos Gram negativos aerobios y el *Staphylococcus aureus*. (26)

Esta patología se manifiesta por una o múltiples lesiones cavitarias llenas de contenido purulento, aunque es indistinto el numero de cavidades ya que son expresiones de la misma patología. (27)

El tratamiento en primer ataque son antibióticos empíricos que cubran flora orofaríngea, en caso de que fracase el tratamiento antibiótico, se podría recurrir al drenaje percutáneo, en casos que fallen las opciones anteriores se puede precisar de cirugía. (28)

Caso Clínico N°2

La tuberculosis es una infección de origen bacteriano producida por el agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*, es considerado la infección más importante del mundo. El órgano principalmente afectado es pulmón, aunque puede extenderse a otros órganos. (29)

El contagio se genera por vía aerógena a través de pacientes potencialmente infectados, que liberan los bacilos a través de las microgotas que se genera al estornudar o con la tos. En pacientes que presentan Tuberculosis miliar, hay formación de lesiones de aspecto granulomatoso de tamaño muy pequeño que logran diseminarse por vía hematológica y/o linfática logrando alcanzar a diferentes órganos inclusive llegar hasta la médula ósea. (29)

A nivel macroscópico de la zona afectada por este microorganismo se puede observar materia con aspecto grumoso de color blanquecino y nódulos entre 2 y 4 mm de diámetro. (30)

A nivel microscópico por técnicas histológicas se logra observar procesos inflamatorios con aspecto granulomatoso crónico que contiene una zona central con aspecto de necrosis caseosa, rodeado de múltiples células gigantes de Langhans, células epitelioides y linfocitos de origen TCD8. (29) (30)

CAPÍTULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La primera rotación con la que se inicio el internado fue en el servicio de Medicina Interna el 01 de junio hasta el 15 de agosto del 2022, lugar en el que se experimentó por primera vez el trabajo intrahospitalario, la responsabilidad de tener pacientes bajo nuestro cuidado. En esta primera etapa, fue el momento de poner en practica lo aprendido en los años previos de formación, entendimos que la elaboración de una buena historia clínica y un examen físico exhaustivo son herramientas muy importantes para hacer un correcto diagnóstico. En esta rotación se aprendió el manejo multidisciplinario para la recuperación de los pacientes hospitalizados, se pudo presenciar por primera vez, cómo algunos pacientes en estado critico llegaron al final de sus días, así como también, tuvimos la oportunidad de realizar procedimientos invasivos menores; apoyar y consolar a los pacientes en estado de abandono en el área de hospitalización.

La segunda rotación fue en el servicio de Cirugía General iniciando el 16 de agosto hasta el 31 de octubre del 2022, esta rotación fue inicio de constante práctica, con ayuda de los residentes se logró aprender técnicas quirúrgicas menores, suturando pacientes que llegaban al servicio de emergencia, se adquirió agilidad y destreza al usar herramientas de sutura. Se tuvo la oportunidad de poder ingresar por primera vez a una sala de operaciones para observar como son los procedimientos y las técnicas quirúrgicas y el trabajo en equipo multidisciplinario a la hora de iniciar una cirugía. En esta rotación se pudo rotar por las demás especialidades quirúrgicas como cirugía plástica, traumatología, urología y neurocirugía. Donde se aprendió a inmovilizar lesiones

traumáticas en extremidades mediante el uso de yeso de uso médico, a realizar cambio de sondas vesicales a los pacientes con problemas en vías urinarias.

La tercera rotación correspondió al servicio de Ginecología y Obstetricia iniciando el 01 de noviembre del 2022 hasta el 15 de enero del 2023, el cual nos enseñó la atención y manejo de las gestantes en iniciar la labor de parto, aprendimos las maniobras para poder realizar un correcto examen físico obstétrico, se aprendió el procedimiento correcto para poder atender un parto vaginal, se logro ingresar a sala de operaciones para poder participar en las cesáreas electivas o de emergencia. Se pudo realizar el seguimiento de las gestantes desde que ingresan a hospitalizarse hasta que salen de alta del alojamiento conjunto. Del mismo modo se pudo presenciar procedimientos ginecológicos y se aprendió a realizar el seguimiento en las pacientes post cesareadas que tuvieron complicaciones durante su cirugía.

La última rotación fue en el servicio de Pediatría y Neonatología iniciando el 16 de enero hasta el 30 de marzo del 2023, en este servicio se experimento por primera vez la atención a los recién nacidos, dándoles las primeras atenciones medicas desde su nacimiento ya sea por parto vaginal o cesárea. Se aprendió que la evaluación a todo recién nacido debe ser muy minuciosa dedicándose a encontrar alguna alteración de manera oportuna. En el área de lactantes y preescolares, se logró aprender la atención de los pacientes que ingresan por procesos asmáticos o procesos respiratorios virales. Se aprendió a como manejar los procesos febriles y a poder conversar con los padres para lograr hacer una buena historia clínica y a la vez poder educarlos para que puedan colaborar en la recuperación de su menor hijo y prevenir futuras enfermedades.

CONCLUSIONES

El séptimo año de la carrera de Medicina Humana está enfocado en la realización de las practicas medicas preprofesionales, es la última etapa para culminar con toda nuestra formación académica. A esta altura el estudiante de medicina debe poner en marcha los conocimientos teóricos y practicas adquiridas durante los años previos de estudio, a la vez se aprende la forma correcta de trabajar en equipo con los demás profesionales de la salud.

La etapa del internado medico se aprende a convivir y trabajar en conjunto con otros compañeros internos de otras universidades y de otras carreras. La convivencia diaria permite conocer a muchos trabajadores de la institución con años de servicio. Esto permite crear vínculos de amistad para la formación de un agradable ambiente laboral.

En esta ocasión por cuestiones del estado de emergencia debido a la pandemia del Covid-19, el periodo de rotación dentro del hospital fue de 10 meses, 2 meses menos que el tiempo habitual antes de la pandemia. Sin embargo, el tiempo fue suficiente para poder aprender lo necesario en cada servicio rotado.

A pesar de que en el año que se llevó a cabo el internado ya no estábamos sumergidos en el estado de emergencia a causa del Covid-19, aún prevalecían las medidas de protección tales como el uso permanente de mascarilla dentro de la institución, ya sea paciente o personal de salud. El descarte de Covid-19 mediante el uso de las pruebas rápidas o moleculares. Todas estas medidas nos recordaban la importancia de la bioseguridad en el ambiente donde estábamos para prevenir y detectar a tiempo infecciones a causa de la pandemia vivida.

Esta experiencia de vivir en el hospital, de tener una vida bajo nuestro cuidado nos ayuda a comprender la gran responsabilidad que nosotros estamos aceptando tener en nuestras manos con la finalidad de ayudar a toda persona que llega por ayuda. Todas las enseñanzas y experiencias ganadas durante este tiempo fueron reforzadas con las actividades académicas programadas cada semana por los tutores de nuestra universidad y los residentes; muy aparte de las actividades académicas propias de la misma universidad que se llevaba a cabo todas las semanas de manera virtual y junto con las evaluaciones y el examen de fin segmento.

RECOMENDACIONES

La recomendación para los futuros internos de medicina es que tengan la noción adecuada que es un momento que no se volverá a repetir nunca más en sus vidas. Que es el momento de pulir los conocimientos, momento de ganar experiencia, momento de ganar carácter y sobre todo momento de elegir si de verdad está en el camino que quiere seguir, ya que a groso modo 365 días podrán verse eternos, pero mientras más se va aprendiendo, más corto te resulta la estadía en el servicio donde estas.

Se debería promulgar una ley donde todos los hospitales brinde un espacio adecuado para el descanso de los internos que se quedan más de 24 horas dentro de la institución cumpliendo con las guardias programadas o internos que desean quedarse por tener un caso interesante del cual se puede aprender algo nuevo.

También se debería implementar una ley donde todo hospital este en la obligación de velar por la nutrición de sus estudiantes, si bien los internos de medicina ingresamos a nuestro servicio cuando aún es de madrugada y salimos al anochecer. Muchas instituciones no dan ningún tipo de alimento, en la mayoría de casos corre por cuenta del estudiante, pero no todos los estudiantes cuentan con los medios económicos para alimentarse todos los días fuera de su hogar.

Se debe mantener a todo costo las actividades académicas, exposiciones y discusiones de casos tanto dentro del hospital como por parte de la misma universidad. Puesto que es una forma de reforzar lo aprendido durante las practicas diarias y por último, dentro del internado se debe aprovechar al máximo las oportunidades que llegan a tu servicio, de poder aprender o de poder hacer algo nuevo y siempre tratar a los pacientes con el mismo respeto como uno quisiera ser tratado. Entender que hay personas en situaciones muy difíciles que solo buscan ayuda con su enfermedad o simplemente quieren ser escuchados. Lograr establecer un vínculo con el paciente ayudara mucho en poder comprenderlo y se le puede brindar la ayuda correspondiente. También es importante formar vínculos de amistad con nuestros coordinadores o nuestro educador ya que de esa forma podremos ganar la oportunidad de realizar diversos procedimientos y poder mejor cada día como profesionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Boschini Páez M, Vargas Hernández M, Miranda Solis L. Enfermedad de Hirschsprung: actualización en diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Sinergia* Vol.5 Num,7, Julio 2020.
2. Delgado Monge Anabet. Enfermedad de Hirschsprung: Diagnóstico y manejo en niños y adultos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXXIII (620) 687 - 691, 2016.
3. Cañas G. Inés, Alcaide L. Miriam, Santoyo V. Julio, Mirón P. Benito. Shock séptico secundario a fascitis necrotizante abdominal tras drenaje de absceso interesfintérico perianal. *Rev. cirugía.* 2022 junio [citado 2023 Jun 04]; 74 (3): 300-302.
4. González Salazar Esteban, Cano Busnelli Virginia, Mentz¹ Ricardo. Retroperitonitis secundaria a absceso perianal interesfintérico. *Medicina (B. Aires).* 2020 agosto [citado 2023 Jun 04]; 80 (5): 577-577.
5. Ferreira Iago Gonçalves, Bueno Jéssica Lurdes, Dupont Letícia, Luzzatto Laura, Duquia Rodrigo Pereira. Sarna Crostosa: Uma Causa de Eritrodermia a ser Lembrada. *Medicina Interna.* 2023 marzo [citado 2023 Jun 04]; 30 (1): 21-26.
6. Maldonado García C A, Orozco Anahuati A P. Abordaje diagnóstico de la eritrodermia en el adulto. Ciudad de México, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(3):353-60.
7. Veliz A, Cheli S, Territoriale O, Burguesser V. Dermatitis Perforante Adquirida (Enfermedad de Kyrle). *Rev. argent. dermatol.* 2021 diciembre [citado 2023 junio 04]; 102(4): 31-40.
8. Míguez-Martín Laura, Higuelmo-Gómez Helena, Gómez-Farpón Ángela, Álvarez-Caro Francisco. Delayed aminopenicillin reaction associated to human herpes virus 6 infection mimicking DRESS syndrome. *Rev. alerg. Méx.* 2019 septiembre [citado 2023 Jun 04]; 66 (3): 375-378.
9. Marín Prada M, Gutiérrez García F, Martínez Morales M, Rodríguez García C, Davalos Iglesias J. Mortalidad de los enfermos renales crónicos en edad laboral en Cuba. *Rev cubana med* vol.60 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2021.
10. Cantú-Alejo Daniel R., Reyna-Sepúlveda Francisco, García-Hernández Saúl, Sinsel-Ayala Jessica, Hernández-Guedea Marco, Pérez Rodríguez Edelmiro

et al. Presentación, manejo y evolución de pacientes con herida por proyectil de arma de fuego en el abdomen. Una década de violencia en México. 2021 febrero [citado 2023 junio 04]; 89 (1): 39-45.

11. Hernández-García Adriana, Trueba-Lozano Demian, Vázquez-Minero Juan C. El costo de la atención de las lesiones vasculares abdominales por proyectil de arma de fuego. Su impacto en el paciente, su familia y el hospital. Cir. 2020 agosto [citado 2023 junio 04]; 88 (4): 467-472.
12. Cantú-Alejo Daniel R., Cantú-Kawas Arturo, Guevara-Charles Asdrúbal, Hernández-Guedea Marco A., Muñoz-Maldonado Gerardo E., Pérez-Rodríguez Edelmiro et al. Pronóstico de mortalidad y evolución en trauma pancreatoduodenal en pacientes con herida por proyectil de arma de fuego. Cir. 2020 febrero [citado 2023 junio 04]; 88 (1): 82-87.
13. Cerutti Clara N. M., Lorenzetti Yamile, Basa Exequiel A., López José M., Trevisan Sergio O. Abordaje laparoscópico del traumatismo abdominal. Experiencia en un hospital de trauma. Rev. argent. cir. 2022 septiembre [citado 2023 junio 03]; 114(3): 214-224.
14. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. EsSalud. Lima – Perú marzo 2018.
15. Bolívar-Rodríguez Martín Adrián, Cázarez-Aguilar Marcel Antonio, Fierro-López Rodolfo, Morales-Ramírez Cristian. Colecistitis hemorrágica: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev. cir. 2019 [citado 2023 junio 04]; 71 (1): 70-74.
16. Torres R, Marecos MC, Vallejos Pereira G: Generalidades de la cirugía laparoscópica. Equipamientos e instrumental. En Galindo F y col. Enciclopedia Cirugía Digestiva 2020; Tomo I-116: pág. 1-33.
17. Esquivel Braulio P, Obonaga Junior E, Meza Angélica M, Sayous Natalia L, Gutiérrez Diana M, Bustamante Laura M. Vesícula biliar gigante. Rev. argent. cir. 2018 diciembre [citado 2023 junio 04]; 110 (4): 218-219.
18. Enríquez-Sánchez Luis Bernardo, García-Salas José Daniel, Carrillo-Gorena Javier. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. Cir. gen. 2018 septiembre [citado 2023 junio 04]; 40(3): 175-178.
19. Montiel Roa Arnaldo, Aguilera Maidana Domingo, Masi Miranda Alma, Fernández Pereira Celso. Colecistitis Crónica Xantogranulomatosa como

- hallazgo histológico posterior a una Colectomía. Rev. Cir. Parag. 2018 abril [citado 2023 junio 04]; 42(1): 36-37.
20. Segovia Vázquez María Raquel, Álvarez Carmen. Criterios de severidad de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Rev. Nac. (Itauguá). 2018 dec [cited 2023 June 04]; 10(2): 105-120.
 21. Zapata Díaz Betsy Micol, Orestes Ramírez Cabrera Juan. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. 2020 ene [citado 2023 mayo 16]; 66 (1): 57-65.
 22. García de la Torre José Ignacio, González-Cantú Gerardo, González-Robles Arnoldo, Soto-Zatarain Jorge L. Ácido tranexámico: una alternativa terapéutica en pacientes con síndrome de HELLP. Ginecol. obstet. Méx. 2018 [citado 2023 junio 04]; 86 (3): 165-173.
 23. Bracamonte-Peniche Jimena, López-Bolio Vanesa, Mendicuti-Carrillo María, Ponce-Puerto José María, Sanabrais-López María José, Méndez-Domínguez Nina. Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. Rev. biomédica. 2018 [citado 2023 junio 04]; 29(2): 33-41.
 24. Colín Mejía Daryl Haydeé, Romo Aguirre Catalina. Correlación entre el diagnóstico clínico de un sangrado uterino anormal y el resultado anatomopatológico. Acta méd. Grupo Ángeles. 2020 marzo [citado 2023 junio 04]; 18(1): 7-10.
 25. Ramírez-López Patricia, Pérez-López José Del Carmen, Mandujano-Álvarez Gabriel Juan, Martínez-Hernández Clara Magdalena, Noris-Martínez Aziru, Romero-Soto María De Guadalupe. Quiste gigante de Naboth como diagnóstico diferencial de los tumores anexiales. Reporte de un caso. Ginecol. obstet. Méx. 2020 [citado 2023 junio 04]; 88 (2): 118-122.
 26. Lovera Dolores, Amarilla Sara, Galeano Fernando, Martínez de Cuellar Celia, Apodaca Silvio, Arbo Antonio. Neumonía en lactantes de 6 meses de edad y menores. Pediatría. 2020 aug [cited 2023 junio 04]; 47 (2): 74-80.
 27. Andrés Martín A, Asensio de la Cruz O, Pérez Pérez G. Complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad: derrame pleural, neumonía necrotizante, absceso pulmonar y pnoneumotórax. Protoc diagn ter pediatri. 2017;1: 127-146.
 28. Machaín Gustavo Miguel, Zelada Ismael Isaac, Agüero Angel Luis, Glocker Acosta Ingrid, Páez Larissa Inés. Manejo quirúrgico del empiema mediante

Decorticación Pleural en pacientes del Hospital de Clínicas por el Departamento de Cirugía de Tórax (2016-2019). An. Fac. Cienc. Méd. 2021 abril [cited 2023 junio 04] ; 54(1): 77-82.

29. Ticlia-Agreda José Luis, Concepción-Urteaga Luis Alberto, Aguilar-Urbina Edi William, García-Tello Angélica Victoria, Silva-Ocas Isabel, Hilario-Vargas Julio. Tuberculosis miliar y meningitis multidrogorresistente (MDR) en paciente pediátrico: Reporte de un caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. 2022 enero [citado 2023 junio 04]; 15(1): 145-147.
30. Hernández Moreno L, Pino Alfonso P, Vega Rodriguez I. Tuberculosis miliar. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana. Cuba. Revista Cubana de Medicina. 2021(Jul-Sept).