

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO 2023–2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

RAFAEL DAVID LAUREANO DIAZ

ESTEFANY LIDIA LLIUYA MORALES

ASESOR

MARCO ANTONIO GAMERO ROCA

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA

HUMANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO 2023–2024**

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

PRESENTADO POR

**RAFAEL DAVID LAUREANO DIAZ
ESTEFANY LIDIA LLIUYA MORALES**

ASESOR

MC MARCO ANTONIO GAMERO ROCA

LIMA, PERÚ

2024

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
1.1. Rotación en Medicina Interna	10
1.2. Rotación en Cirugía General	21
1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	30
1.4. Rotación en Pediatría	41
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	49
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	50
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
FUENTES DE INFORMACIÓN	60

JURADO

PRESIDENTE: EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ

MIEMBRO: SANDRO YANICK CANO GAMARRA

MIEMBRO: JEFFREE TOVAR ROCA

RESUMEN

Objetivo: Describir y explicar la importancia del internado médico dentro del proceso de formación de un estudiante de medicina al término de su carrera profesional. Así como consolidar los conocimientos y competencias adquiridas en los años de formación de pregrado. **Materiales y métodos:** Estudio llevado a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo, presentando cuatro casos clínicos de las enfermedades más frecuentes por cada una de las rotaciones desarrolladas en el internado. **Conclusiones:** El último año de formación teórica y práctica de la carrera de Medicina Humana es el internado médico en el cual se roto por diversos servicios clínicos y quirúrgicos donde se afianzó la mayoría de los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la carrera profesional.

Palabras clave: Internado médico, Hospital Nacional Dos de Mayo, medicina humana, prácticas preprofesionales.

ABSTRACT

Objective: Describe and explain the importance of the medical internship within the training process of a medical student at the end of their professional career. As well as consolidate the knowledge and skills acquired in the years of undergraduate training.

Materials and methods: Study carried out at the Dos de Mayo National Hospital, presenting four clinical cases of the most frequent diseases for each of the rotations developed at the boarding school. **Conclusions:** The last year of theoretical and practical training of the human medicine degree is the medical internship and, on this occasion, it was carried out in two health institutions of different levels of complexity, a hospital in which the through various clinical and surgical services where most of the theoretical and practical knowledge acquired during his professional career was consolidated.

Keywords: Medical internship, Dos de Mayo National Hospital, human medicine, pre-professional practices.

NOMBRE DEL TRABAJO

INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
2023–2024

AUTOR

RAFAEL DAVID LAUREANO DIAZ

RECuento DE
PALABRAS

14379 Words

RECuento DE CARACTERES

77973 Characters

RECuento DE
PÁGINAS

64 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

93.4KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 13, 2024 11:44 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 13, 2024 11:45 AM GMT-5

● 17% 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
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



ASESOR: Mg MARCO ANTONIO GAMERO ROCA

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1085-3484>

DNI: 20906295

INTRODUCCIÓN

El internado es el último año de aprendizaje como estudiante de la carrera universitaria de Medicina Humana, así como de otras ciencias de la salud, pero a su vez es también el más importante de todo estudiante, esto debido a que confiere un desafío fundamental en varios aspectos, como el académico, psicológico, profesional y social.

En este séptimo año de estudios se llevan a cabo las prácticas preprofesionales que afronta todo estudiante para adquirir los conocimientos y experiencias necesarias y culminar su formación como futuro profesional de la salud. Esto le permite ser un participante de la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes de su institución sanitaria asignada, con la finalidad de adquirir conocimientos y experiencias en la detección de riesgos, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con diversas patologías, pero sobre todo de aquellas más comunes y básicas para su aprendizaje y futura práctica médica, como son la infección respiratoria aguda, neumonía adquirida en la comunidad, asma, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, infección urinaria, apendicitis aguda, obstrucción intestinal, hernias inguinales, obstrucción urinaria, preeclampsia, hemorragia postparto, bronquiolitis, enfermedad diarreica aguda, etc. (1)

En nuestro país, el internado médico es básico para la capacitación de los futuros médicos que van a realizar dentro de un breve lapso el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums); por tal motivo, como parte de su formación integral rotan por las cuatro especialidades médicas de mayor importancia, siendo estas: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría. (2)

El internado médico inició un primero de abril de 2023, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, un nosocomio de alto nivel de complejidad, ubicado en el distrito de la Victoria, perteneciente a la Diris Lima Centro, el cual cuenta con una amplia diversidad de servicios y especialidades médicas que hacen de este una institución de salud de una importante casuística y donde acuden pacientes en su mayoría referidos que requieren de un manejo multidisciplinario. Todo lo antes mencionado, hace de esta sede hospitalaria una beneficiosa opción para realizar prácticas preprofesionales.

Además de rotar por las 4 especialidades más fundamentales de la medicina, realizamos prácticas en diversos servicios como el tópico de Emergencias, Consultorio

Externo, Hospitalización, Cuidados Intermedios, Cuidados Intensivos, etc; haciendo de este año de aprendizaje mucho más enriquecedor y variado de experiencias. En estos servicios se consolida y pone en práctica los conocimientos adquiridos durante los seis años anteriores de estudio, es así como se realizan múltiples procedimientos médicos como: colocación de vías endovenosas, colocación de medicamentos, extracción de muestras biológicas, sutura de heridas, colocación de sondas urinarias, colocación de catéter venosos, paracentesis abdominal, nebulizaciones, atención de partos, atención primaria de recién nacidos, etc. Todo ello y el seguimiento a los pacientes atendidos se plasmó en historias clínicas, en las cuales se redactó minuciosamente todo lo aprendido y realizado, en mentoría constante por parte de los médicos residentes y asistentes, en busca del bienestar bio-psico-social de los pacientes que son asignados a cada interno de medicina.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el paso por el internado médico se pudo culminar satisfactoriamente con el aprendizaje de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para adquirir una completa e integral formación como futuro médico cirujano. Esto debido a una adecuada formación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el cual llegan pacientes provenientes de todo Lima Centro y también referencias a nivel nacional, se rota por los cuatro los cuatro más fundamentales servicios de un hospital, que son: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría.

La gran afluencia de pacientes, la variada casuística y el estar en contacto directo con ellos es una excelente oportunidad para aprender en el día a día cada vez más la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las diversas patologías. Aprender que cada paciente es distinto, con sus diferencias sociales, culturales, económicas, biológicas y psicológicas, hace de esta experiencia algo único y sumamente valiosa.

1.1. Rotación en Medicina Interna

Esta rotación clínica es una de las más complicadas, pero a la vez en la que más aprendizaje teórico y práctico se puede experimentar, se rota por servicios de Emergencia, Cuidados Intermedios y Hospitalización. En Emergencia se realizan guardias médicas en las cuales se aborda a los pacientes que ingresan al hospital por presentar alguna descompensación de sus funciones vitales o bien pueden presentar signos y síntomas de alarma, que nos indiquen que la vida del paciente se encuentra en riesgo. Es el primer abordaje que se le hace al paciente luego de que este haya pasado por triaje diferenciado, se inicia siempre con la toma de sus funciones vitales, se dialoga con el paciente o acompañante para el correcto llenado de la historia clínica, y según el nivel de gravedad de este mismo, se toman exámenes auxiliares y se reevalúa con resultados. Si el paciente presenta un cuadro agudo que puede ser tratado en esa área, se procede con su tratamiento, pero si el paciente necesita mayor estudio, es un caso más complejo o es un cuadro crónico descompensado, se dirige a este mismo al área de Observación para un mejor manejo y en caso sea necesario, solicitar interconsultas a otros médicos especialistas que se encuentren también de guardia como: cardiólogos, endocrinólogos, neumólogos, infectólogos, neurólogos, etc. En el área de Observación los pacientes pueden permanecer por horas o días, hasta la

solución de su problema de salud que, de ser pronta, se da su alta inmediata, pero en caso de que esta sea más compleja, requiera más exámenes auxiliares o la condición clínica del paciente evidencie una evolución desfavorable, se ordena su traslado al área de Cuidados Intermedios, Cuidados Intensivos o servicio de Hospitalización, según la indicación de médico tratante o por sugerencia del especialista que lo haya evaluado.

Caso 1: Mujer de 72 años, que ingresa al servicio de Emergencia, procedente de su domicilio. Acude al hospital por presentar malestar general y marcha inestable, este cuadro clínico lo presenta hace más de 12 horas. Durante su estancia en el servicio, se observa un marcado trastorno del habla y hemiparesia braquial derecha.

Antecedentes personales

- Síndrome depresivo.
- Diabetes *mellitus* tipo 2 con tratamiento discontinuado.
- Hipertensión arterial con tratamiento discontinuado.

Antecedentes familiares

- Padre con hipertensión arterial
- Madre con diabetes *mellitus* tipo 2

Examen físico

- Presión arterial: 152/94 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 80 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 36,8°C
- Saturación de oxígeno: 96%
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15
- Disartria moderada
- Parálisis facial central derecha
- Hemiparesia derecha

Exámenes auxiliares

- Hemograma: LEU 8.000 /mm³ VCM 105. Hb 12,8 gr/dl. VSG 65 mm/h.
- Perfil de coagulación: sin alteraciones.

- Glucosa al azar: 260 mg/dL
- Perfil lipídico:
 - Colesterol total: 251 mg/dL
 - LDL: 166 mg/dL
 - HDL: 54 mg/dL
 - Triglicéridos: 157 mg/dL.
- TAC craneoencefálico: Infarto capsular izquierdo, descrito por presentar una hipodensidad pequeña en región de la cápsula interna izquierda.

Diagnóstico principal

Accidente cerebro vascular: Infarto capsular izquierdo

Diagnósticos secundarios

- Hipertensión arterial
- Hipercolesterolemia
- Diabetes *mellitus* tipo 2

Tratamiento médico

- Dieta hipoglucémica
- Ácido acetil salicílico 300 mg VO cada 24 horas
- Escitalopram 10 mg VO cada 24 horas
- Atorvastatina 40 mg VO cada 24 horas
- Enalapril 10 mg VO cada 12 horas
- Amlodipino 5 mg VO cada 24 horas
- Metformina 850 mg VO VO cada 8 horas
- Insulina glargina 16 UI SC después de la cena
- Enoxaparina sódica 60 mg/0.6 ml SC cada 12 horas
- CFV + OSA

Evolución clínica

Luego de la evaluación por el especialista se decide que la paciente no es candidata para una fibrinólisis, debido que no cumple con los criterios para dicho procedimiento, esto a causa de sus comorbilidades y al accidente cerebrovascular de compromiso leve, se maneja con terapéutica farmacológica consiguiendo una progresiva mejoría del cuadro clínico. Luego de 5 días de su hospitalización y de continuar con el tratamiento

indicado, se evidencia una evolución favorable con marcada recuperación de la fuerza y movilidad del hemicuerpo derecho, sin embargo, persiste levemente la disartria y la parálisis facial, por lo cual se solicita evaluación y seguimiento por el servicio de rehabilitación y terapia física y se da de alta a la paciente. (3)

Caso 2: Varón de 60 años, con cirrosis hepática por alcoholismo crónico diagnosticado hace 1 año, acude por consultorio externo, puesto que requiere paracentesis evacuatoria una vez al mes para mejorar su calidad de vida. Tres días antes de acudir al nosocomio refiere dolor abdominal intenso, malestar general, saciedad precoz, náuseas y astenia. Comenta que hace poco ha recaído en el alcoholismo crónico y ha discontinuado su tratamiento con clometiazol para este mismo.

Antecedentes personales

- Alérgico a los AINES.
- Alcoholismo crónico hace más de 15 años.
- Cirrosis hepática hace 1 año.
- Hepatitis B hace 20 años.
- Hiperplasia benigna de próstata.

Antecedentes familiares

- Padre también sufría de alcoholismo crónico y falleció por cáncer hepático.

Examen físico

- Presión arterial: 132/78 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 90 lpm
- Frecuencia respiratoria: 22 rpm
- Temperatura: 36,3°C
- Saturación de oxígeno: 95%
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15
- Piel pálida terrosa con leve ictericia a predominio de escleras.
- Abdomen distendido, globuloso, doloroso a la palpación profunda, con matidez desplazable generalizada, ruidos hidroaéreos nulos.

Exámenes auxiliares

- Glucosa al azar: 96 mg/dL
- Urea: 60
- Creatinina: 1,5
- Albúmina:3,7
- Hemograma: LEU 5300/mm³, Hb 10.5 gr/dL, PLAQ 60.000.
- Perfil de coagulación: INR 1,31, TTPa: 1,05, TP: 15,7.

Diagnóstico principal

Cirrosis hepática: Ascitis a tensión

Diagnósticos secundarios

- Alcoholismo crónico
- Hiperplasia benigna de próstata

Tratamiento médico

- Dieta hiposódica con restricción hídrica
- Atorvastatina 20 mg VO cada 24 horas
- Tamsulosina 0,4 mg VO cada 24 horas
- Clometiazol 192 mg 2 tabletas VO cada 12 horas
- Furosemida 40 mg VO cada 24 horas
- Espironolactona 100 mg VO cada 24 horas
- Paracentesis evacuatoria
- Control de funciones vitales y signos de alarma

Evolución clínica

Luego de la evaluación por el especialista en Medicina Interna se realiza una paracentesis evacuatoria, se procede en primer lugar, indicando al paciente a que miccione antes de llevar a cabo el procedimiento para tener la vejiga vacua y disminuir la tensión abdominal, se coloca al paciente en posición decúbito supino levemente inclinado, se realiza una adecuada higiene de la zona donde se hará la punción (Por lo general, se realiza en la unión entre los dos tercios mediales con el tercio lateral, de una línea imaginaria trazada entre la espina iliaca anterosuperior y el ombligo en ambos lados o sino en la línea alba que es la banda fibrosa en la línea media que se extiende verticalmente desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis púbica, de preferencia 2 cm por debajo del ombligo) y se realiza la técnica de manera estéril y cumpliendo todos las

normas de bioseguridad. Durante la realización del procedimiento diagnóstico y a veces terapéutico como fue en esta ocasión, se compensa la pérdida brusca de líquido con albúmina humana al 20% vía EV a una proporción de 50 ml de albúmina humana por cada litro de líquido ascítico extraído del paciente (en grandes extracciones que superan los 4 L), ya que en la mayoría de los casos se extrae un promedio de 3 a 5 L. Durante todo este procedimiento se monitorizan las funciones vitales del paciente, sobre todo la presión arterial. (4 - 5)

Se realiza dicha técnica en el paciente, extrayéndose un total de 4.5 L de líquido ascítico, refiriendo este un gran alivio inmediatamente luego de culminado el procedimiento, el dolor disminuyó considerablemente y las náuseas desaparecieron, el paciente quedó en observación y luego se dio su alta médica.

Caso 3: Mujer de 38 años que desde hace 3 meses presenta disnea primero a grandes esfuerzos y que ha progresado a disnea a moderados esfuerzos, dolor torácico en hemitórax izquierdo con intensidad de 5/10, de manera intermitente, acentuándose con la ingesta de analgésicos no esteroideos. Dos meses antes de su atención en el hospital, comenzó a presentar disnea a pequeños esfuerzos y agregándole disnea paroxística nocturna, ortopnea, temperatura de 38.8°C de predominio nocturno y exacerbación del dolor torácico, motivo por el cual decide acudir a consulta médica.

Antecedentes personales

- Quirúrgicos: Dos cesáreas sin aparentes complicaciones.
- Alcoholismo: Negativo
- Tabaquismo: Durante seis años y suspendido a los 29 años.

Antecedentes familiares

Niega antecedentes de importancia.

Examen físico

- Presión arterial: 80/60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 130 lpm
- Frecuencia respiratoria: 24 rpm
- Temperatura: 36,5°C
- Saturación de oxígeno: 95%

- Índice de Masa Corporal 19.8 kg/m².
- Piel: húmeda, elástica, palidez de tegumentos +/-+++
- Tórax: mv disminuido, estertores y crepitantes diseminados bilaterales.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, intensidad disminuida, taquicardia, S1 audible, S2 con desdoblamiento fisiológico, S3 audible y S4 no audible.
- Abdomen blando y depresible, con hepatomegalia de 5x2x2cm por debajo del borde costal, sin esplenomegalia palpable.
- Extremidades íntegras y funcionales, con presencia de pulso paradójico.

Exámenes auxiliares

- Hemograma:
 - Hemoglobina: 8.2 g/dL
 - Hematocrito: 30.2%
 - Linfocitos 880 mil/mm³
 - Monocitos 730 mil/ mm³.
- Glucosa: 94 mg/dL
- Creatinina: 0.8 mg/dL
- Urea: 22.8 mg/dL,
- Sodio: 130 mmol/L, Cloro 93 mmol/L, calcio: 8.5 mg/dL
- Bilirrubina total: 1.5 mg/dL
- AST: 38 U/L
- ALT: 28 U/L
- TSH: 1.15 ug/dL, T4: 1.42 ug/dL
- Anti-VIH: no reactivo
- Antiestreptolisinas: 190 UI/m
- VSG: 47 mm/hr
- Factor reumatoide: <10 UI/mL
- B2 Microglobulina: 2.6ng/mL

- Electrocardiograma: Microvoltaje y ondas T invertidas en todas las derivaciones
- Radiografía: Anteroposterior de tórax con imagen de corazón en garrafa, así como radiopacidad heterogénea en el lóbulo superior izquierdo.
- Ecocardiograma

La fracción de expulsión del ventrículo derecho de 52 %, un pericardio engrosado de 12 mm con un derrame importante en su interior, generalizado y cuantificado en 1,200 ml, condiciona datos que indican un compromiso hemodinámico, con variabilidad en el flujo transtricuspidal y transmitral durante el ciclo respiratorio. Ventrículo derecho con diámetros dentro de límites normales, engrosamiento sistólico en reposo que indica hipocinesia generalizada severa, colapso diastólico de la punta y el segmento medio, sin hipertrofia y función sistólica severamente deprimida (desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo 6, onda S tisular 5, cambio fraccional de área 20%). La aurícula derecha está dilatada y sin trombos en su interior, y la pared se ha caído durante la diástole.

Diagnóstico principal

Pericarditis constrictiva tuberculosa

Tratamiento médico

- Pericardiocentesis de emergencia: Se drenan 750 ml de líquido pericárdico cetrino.
- Se inició tratamiento con antituberculosos de primera línea (isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida) por 6 meses y corticoesteroide a base de Prednisona por 11 semanas en dosis de reducción.

Evolución clínica

El paciente se monitorea a través de un consultorio externo de cardiología para garantizar que reciba el tratamiento que necesita.

Se demostró una mejora en la clase funcional II según Nyha y los signos vitales se mantuvieron estables. Por lo tanto, se optó por colocar un catéter de drenaje *in situ*. Durante las siguientes 72 horas, se continuó drenando en promedio 300 ml de líquido

pericárdico diariamente, con las mismas características macroscópicas. Se consideró que el derrame volvió a ocurrir, por lo que se llevó a cabo una pericardiectomía con mejor

Se decidió realizar una nueva pericardiectomía dos meses después, con un FEVI del 38% y signos de pericarditis constrictiva en clase funcional III. La cirugía resultó exitosa y no se registraron más complicaciones. Debido a la mejora en la clase funcional, se continuó el tratamiento hasta que se completó la remisión, siendo evaluada de forma ambulatoria. Se encuentra en clase funcional I y permanece asintomática en este momento. (6)

Caso 4: Varón de 40 años ingresa a servicio de Emergencia, refiriendo que hace 2 meses atrás viene presentando episodios esporádicos de dolor abdominal de aproximadamente 40 minutos en cuadrante superior derecho, tipo cólico, no irradiado, de intensidad 6/10, que cede espontáneamente, niega náuseas, vómitos o fiebre. Menciona que los episodios en su mayoría ocurrían luego de ingerir comidas con alto contenido de grasas. Refiere, además, disminución de apetito debido a los cuadros de dolor. El principal motivo de ingreso es porque hace 24 horas presenta dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho de intensidad 8/10 irradiado hacia el tórax posterior en forma de cinturón, en ese momento no asociado a otros síntomas. Fue atendido y se le indicó analgésicos endovenosos con lo que cede el dolor temporalmente y posterior a ello se le dio de alta, sin realizar exámenes auxiliares. 5 horas antes del ingreso el dolor se intensifica a una escala de 10/10. Se le añade náuseas y vómitos (8 cámaras) y diarrea acuosa sin moco y sin sangre en 2 oportunidades. El paciente niega haber presentado fiebre. Motivo por el cual acude a emergencias nuevamente.

Funciones biológicas

- Apetito disminuido, sed disminuida, orina sin cambios aparentes, disminución de peso (7 kg en 2 meses), sueño disminuido, deposiciones diarreicas en 2 oportunidades.

Antecedentes personales

- Alimentación: Consumo regular de grasas saturadas, alto consumo de carbohidratos y bajo de proteínas animales o vegetales

- Hábitos nocivos: Consumo de alcohol de forma social; 3-4 vasos de ron en reuniones, al menos 1 vez al mes.
- Niega consumo de otras sustancias.
- Alergias: Niega alergias alimentarias o a fármacos.
- Viajes recientes: niega.
- Niega antecedentes patológicos y hospitalizaciones

Antecedentes familiares

- Madre: Diabetes *mellitus* a sus 60 años, controlada.
- Padre. Hipertensión arterial, no controlada.
- Hijos (2) aparentemente sanos y pareja aparentemente sana.

Examen Físico

- Aspecto general: AMEG, AMEH, AMEN.
- Facie: Dolorosa
- PA: 136/84
- FC: 112
- FR: 20
- SatO₂: 98%
- IMC: 32 T°: 38,5
- Tipo constitucional: Pícnico
- Piel y faneras: Seca, tibia, elástica con turgencia conservada. No se observan lesiones en la piel. Ictericia en escleras. Mucosa oral seca. Llenado capilar <2 segundos. No edemas.
- Abdomen: No se observan lesiones en piel. Distensión abdominal, Ruidos hidroaéreos disminuidos (2 en 1 minuto). Timpanismo a la percusión, difuso. Resistencia y doloroso a la palpación superficial y profunda a predominio en hemiabdomen superior. Rebote (-). Signo de Murphy (+). Genitourinario: genitales sin alteraciones. Puño percusión lumbar (+), puntos renoureterales (-)
- Sistema nervioso central: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15.

Diagnóstico principal

Pancreatitis aguda leve

Tratamiento

Manejo inicial

- Dieta: Nada por vía oral en las primeras horas o hasta que amerite según la evolución clínica.
- Fluidoterapia intensa: 5-10 ml/kg/ hora o 250-500 ml/hora durante las primeras 12-24 horas. En este caso fue 500 ml por hora en las primeras 24 horas.
- Analgesia: En este caso por ser dolor intenso se indicó tramadol 100 mg EV cada 8 horas inicialmente; disuelto en NaCl al 0.9% 100 cc.
- Antipirético: paracetamol 1 g cada 8 horas

Manejo posterior

Es importante comenzar lo más pronto posible la tolerancia oral a penas el dolor haya disminuido, haya apetito y estén presentes los ruidos hidroaéreos. En este caso se inició en el día 2, pero al continuar con dolor se suspendió hasta el día 3, en el cual toleró adecuadamente la ingesta de 1 vaso de agua. La dieta fue progresando lentamente de acuerdo a tolerancia, hasta dieta blanda, que fue con la que se mantuvo hasta el día de la transferencia a Cirugía General.

-Fluidoterapia: Se continuó, pero con un volumen menor. Los 3 días posteriores se mantuvo con NaCl 0.9% a XXX gotas por minutos, 2 L diarios. Fue suspendido al 4to día al tolerar líquidos por vía oral. Se continuó con la hidratación por esa vía.

-Analgésicos: Fueron disminuyendo progresivamente. Al momento de la transferencia a cirugía solo tenía indicación de tramadol 50 mg EV condicional. No había utilizado tramadol desde el día 5.

-CPRE: En este caso no se pudo realizar.

-Colecistectomía laparoscópica: Se realizó en los días posteriores a la transferencia a Cirugía General

Evolución clínica

Es importante evaluar la clínica diariamente ya que nos puede determinar si el cuadro se está complicando o si tiene una evolución favorable. Para esto, se debe controlar funciones vitales y examen físico completo, además de indagar sobre síntomas/signos de alarma. En el paciente en los dos días posteriores no se volvió a presentar fiebre ni

vómitos. El dolor abdominal persistía a pesar del tratamiento analgésico en una escala 7-8/10. No había apetito y tampoco había tolerancia oral. El paciente refería que al ingerir 1 o 2 sorbos de agua se aumentaba el dolor abdominal. Al examen físico se encontraban aún disminuidos los RHA (3-4 por minuto) y se mantenía la ictericia en escleras. A las 48 horas del ingreso se realizó nuevamente hemograma y PCR, en el cual los valores de hemoglobina y hematocrito se mantenían igual que al ingreso; la leucocitosis había descendido a 10 mil, pero el valor de PCR había aumentado hasta 220 mg/L. (7)

Debido a esto la vigilancia en las horas posteriores fue más exhaustiva. Se repitió el examen de hemograma y PCR 24 horas después y los valores de leucocitosis habían descendido (9 mil y 90 respectivamente), por lo cual se continuó con el manejo que se tenía hasta el momento. El paciente en el transcurso de los días fue evaluado por Gastroenterología y Cirugía General quienes recomendaron colecistectomía una vez estabilizado el cuadro. 8 días después del ingreso del paciente se repitió los exámenes de laboratorio. El hemograma mantenía valores normales y la PCR se encontraba en 15 mg/L. Fue evaluado nuevamente por Cirugía General y en ese momento indicaron transferencia a su servicio para realizar una colecistectomía. (8)

1.2. Rotación en Cirugía General

La rotación de Cirugía General es una rotación muy práctica, en la cual se pasa mucho tiempo dentro de sala de operaciones, viendo tanto pacientes que acuden por cuadros clínicos agudos para cirugías de emergencia, como aquellos que acuden por cuadros clínicos crónicos para cirugías programadas. Se rota por servicios como: tópicos de Emergencia, Hospitalización y algunas especialidades.

En el tópicos de Emergencia se realizan guardias diurnas y nocturnas en las cuales se atiende a pacientes que acuden por cuadros clínicos agudos o reincidentes de alguna patología crónica, a los cuales se les evalúa clínicamente, se evidencia que sus funciones vitales se mantengan estables (sino son trasladados a Trauma Shock), se dialoga con el paciente o su acompañante para llenar la historia clínica y se procede a pedir exámenes auxiliares en caso sean necesarios para descartar posibles diagnósticos quirúrgicos. Mientras que, en otros casos, se observa que el paciente amerita una intervención quirúrgica ambulatoria y se procede con suturas de heridas,

colocar drenes, colocar sondas, etc; Según sea necesario y según lo haya indicado el cirujano general.

Los pacientes que presentan cuadros crónicos o que necesitan una cirugía, pero no de emergencia, sino programada son hospitalizados para un estudio más detallado de su patología, y pueden ingresar a sala de operaciones de forma programada.

Caso 5: Mujer de 28 años, que acude al nosocomio por servicio de Emergencia por presentar dolor abdominal intenso localizado a nivel de fosa ilíaca derecha, con una evolución de 24 horas, acompañado de náuseas, hiporexia, malestar general y sensación de alza térmica.

Antecedentes personales

- Aborto espontáneo hace 3 años.

Antecedentes familiares

- Madre con diabetes *mellitus* y obesidad.

Examen físico

- Presión arterial: 118/72 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 98 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 38,5°C
- Saturación de oxígeno: 95%
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15
- Abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda difusa, pero a predominio de fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos abolidos. Signo de Mc *Burney* positivo y signo de *Blumberg* positivo.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: LEU 15.000/mm³, NEU 75%, PCR 40

- Ecografía abdominal: Pequeña cantidad de líquido peritoneal derecho e imagen sugestiva de pequeña colección adyacente al colon derecho con imagen en diana sin peristaltismo.
- Test de embarazo: Negativo.

Diagnóstico principal

Abdomen agudo quirúrgico: Apendicitis aguda.

Tratamiento médico

- Metamizol 1 gr EV STAT
- Dimenhidrinato 50 mg EV STAT
- NaCl 0.9% EV a 30 gotas por minuto cada 24 horas.
- Apendicectomía laparoscópica con anestesia general

Evolución clínica

Luego de la reevaluación del especialista en cirugía general al observar la clínica del paciente, los exámenes auxiliares y la respuesta al tratamiento se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente realizando una apendicectomía laparoscópica bajo anestesia general.

Se programa la cirugía de la paciente como una operación de emergencia, se traslada a esta misma a sala de operaciones y se inicia con el procedimiento. Durante el acto operatorio se evidencia una apendicitis aguda retrocecal, subserosa, perforada, con importante síndrome de adherencia de colon derecho y epiplón. Se realiza la apendicectomía con abundante lavado de la cavidad, colocándose 2 sistemas de drenaje tipo *Penrose* en el fondo de saco de Douglas y en lecho apendicular, respectivamente.

La cirugía es exitosa y sin complicaciones, por lo cual culminada esta misma se traslada a la paciente al servicio de Cuidados Postquirúrgicos donde será monitorizada por un par de horas hasta que despierte y sus funciones vitales se mantengan estables. Posteriormente a ello es dada de alta de dicho servicio y pasa al servicio de hospitalización de Cirugía General, donde se le sigue monitorizando, brindando cuidados postquirúrgicos y se le inició dieta de manera progresiva hasta su alta.

Caso 6: Varón de 80 años, que acude al hospital y es ingresado por el servicio de Emergencia hacia el tópico de cirugía por presentar molestias en el abdomen que han ido aumentando en intensidad desde hace 4 días, con dificultad para realizar deposiciones desde hace 5 días, menciona además malestar general, sensación de alza térmica y sensación de un bulto a nivel del abdomen inferior. Refiere también que hace 6 días tuvo una retención urinaria de manera súbita, por lo que acudió a un centro de salud de su jurisdicción y fue diagnosticado de infección del tracto urinario para la cual le prescribieron ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 horas por 1 semana. Por último menciona que, está presentando disnea a mínimos esfuerzos e hiporexia desde hace 1 día.

Antecedentes personales

- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Glaucoma crónico en ambos ojos
- Insuficiencia renal crónica
- Obesidad

Antecedentes familiares

- Mama con glaucoma crónico en ambos ojos y falleció por infarto agudo al miocardio.
- Papa con insuficiencia renal crónica, recibió diálisis por 5 años y falleció por una sepsis punto de partida urinario.

Examen físico

- Presión arterial: 150/82 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 56 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 37,8°C
- Saturación de oxígeno: 94%
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15

- Piel tibia, poco hidratada, elástica, palidez terrosa leve, mucosas poco hidratadas.
- Ruidos cardíacos rítmicos, de disminuida intensidad, soplo sistólico en foco aórtico, no choque de punta.
- Abdomen distendido, globuloso, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y mesogastrio, ruidos hidroaéreos disminuidos, no se palpan masas, no se palpan visceromegalias.
- Tacto rectal con ampolla rectal vacía.

Exámenes auxiliares

- Glucosa al azar: 98 mg/dL
- Urea: 65
- Creatinina: 1.45
- Procalcitonina: 0.01
- PCR: 20
- Ferritina 15
- Examen de orina: Leucocituria y hematuria.
- Hemograma: Leu 9.200/mm³, hb 9.2 g/dL, hto 29, plaquetas en 210.000
- Marcadores hepáticos normales.
- Radiografía de abdomen anteroposterior en bipedestación: Distensión de asas intestinales del hemiabdomen izquierdo, aunado a presencia de varios niveles hidroaéreos a predominio de hemiabdomen izquierdo.

Diagnóstico principal

Abdomen agudo quirúrgico: Obstrucción intestinal

Diagnósticos secundarios

- A descartar cáncer de colon
- Infección de tracto urinario
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Glaucoma crónico en ambos ojos
- Insuficiencia renal crónica
- Obesidad

Tratamiento médico

- NPO
- Dextrosa 5% EV 1.5 L cada 24 horas
- Ceftriaxona 1 gr EV cada 12 horas
- Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas
- Ácido acetil salicílico 100 mg VO cada 24 horas
- Bisoprolol 5 mg VO cada 24 horas
- Enalapril 10 mg VO cada 12 horas
- Atorvastatina 40 mg VO cada 24 horas
- Colocación de sonda nasogástrica
- Laparotomía exploratoria

Evolución clínica

Luego de la reevaluación por el especialista en cirugía general, se decide programar al paciente para ser operado de emergencia previo consentimiento informado y comentándole los riesgos a sus familiares, se plantea realizar una laparotomía exploratoria con anestesia general para corroborar el diagnóstico y brindar tratamiento quirúrgico según lo que se evidencie en el intraoperatorio.

Durante el acto operatorio se evidencia un tumor estenosante en el ángulo esplénico de colón el cual genera una dilatación retrógrada de este mismo con marcada distensión de las asas intestinales a predominio del ciego, no observan signos de necrosis, no signos de carcinomatosis, se realiza una resección colónica de un segmento importante, para luego dejar una colostomía terminal en fosa iliaca izquierda.

Las muestras tomadas son enviadas al servicio de Anatomía Patológica, donde se realiza su estudio y descarte de neoplasia maligna. Culminada la cirugía sin complicaciones, se transfiere al paciente al servicio de Cuidados Postquirúrgicos en el cual se monitorizan sus funciones vitales y signos de alarma hasta que pase el efecto de la anestesia general.

Posteriormente es llevado área de hospitalización de Cirugía General donde permanecerá por unos días para su adecuado control y monitorización, durante su estancia en hospitalización el paciente a los dos días próximos de operado el paciente

presenta un cuadro clínico característico de un íleo paralítico que se resuelve con tratamiento farmacológico, se evidencia un buen funcionamiento de la colostomía y su evolución es favorable, tolerando progresión de dietas con el transcurso de los días.

Caso 7: Paciente varón de 35 años, casado, nacido en Huancayo y vive en Lima hace 20 años. Acude con su familiar a Emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 horas, forma de inicio brusco, curso de enfermedad agudo. Refiere haberse caído en las escaleras. Como síntoma principal presenta dolor punzante de intensidad 8/10 en brazo izquierdo.

Antecedentes personales

- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Glaucoma crónico en ambos ojos
- Insuficiencia renal crónica
- Obesidad

Antecedentes familiares

- Mama con glaucoma crónico en ambos ojos y falleció por IMA.
- Papa con insuficiencia renal crónica, recibió diálisis por 5 años y falleció por una sepsis punto de partida urinario.

Examen físico

- Presión arterial: 130/78 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 56 lpm
- Frecuencia respiratoria: 24 rpm
- Temperatura: 36,8°C
- Saturación de oxígeno: 98%
- Paciente en aparente regular estado general, concordancia edad cronológica y aparente, buen estado de hidratación y regular estado de nutrición.
- Piel: Rosada, tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar mayor de 2 segundos.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos +, dolor en hipocondrio derecho y epigastrio a la palpación superficial, signo de Murphy (-), signo de Mc Burney(-), no signos peritoneales.
- SOMA: En miembro superior izquierdo moderado dolor a la palpación, dificultad para la movilización. No se evidencian signos de inflamación ni herida abierta.
- Sistema nervioso: Alerta, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No signos de focalización. Pupilas isocóricas y foto reactivas

Exámenes auxiliares

- Radiografía de clavícula: La radiografía mostró una luxofractura de clavícula en tercio medio.

Diagnóstico principal

- Fractura de clavícula izquierda con luxación de la articulación acromioclavicular grado I

Diagnósticos secundarios

- Sobrepeso

Tratamiento médico

- Se decide hospitalizar para intervención quirúrgica para reducción de fractura con placas y tornillos
- En emergencia se colocó tramadol 100mg EV + ketoprofeno 100 mg EV + dimenhidrinato 50mg EV
- En la hospitalización se puso al paciente en NPO, NaCl 1000cc EV y cefazolina 2 gr EV como antibiótico profiláctico.

Evolución clínica

Se realizó la intervención quirúrgica. La cirugía duró dos horas donde se aplicó anestesia general, se hizo un abordaje longitudinal, disección por planos y por último la

reducción de la fractura. No hubo ninguna complicación durante el procedimiento. En la evaluación, el paciente en su primer y segundo día postoperatorio no reportó dolor en la herida quirúrgica. Niega fiebre, náuseas y vómitos por lo cual es dado de alta con indicaciones. Al paciente se le da de alta con celecoxib 200 mg cada 12 horas por 3 días. Se recomienda reposo en casa con descanso médico por 1 mes, control por consultorio en 1 semana y se aconseja no realizar actividades físicas. Asimismo, se le indica sacar cita por nutrición para abordar el tema de su sobrepeso. (15 - 16)

Caso 8: Paciente varón de 68 años acude a consulta de Urología por presentar un tiempo de enfermedad de aproximadamente 12 años caracterizado con dificultades para la micción, dolor al miccionar. Niega incontinencia urinaria.

Antecedentes personales

- Tabaquismo crónico
- Hipertensión arterial

Antecedentes familiares

- Padre falleció por cáncer de próstata

Examen físico

- Presión arterial: 124/58 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 71 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 37°C
- Saturación de oxígeno: 99%
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+). No visceromegalias
- Genitales: conservados
- Tacto rectal: paciente se niega
- Sistema nervioso central: alerta, despierto. LOTEP. Glasgow 15/15. No signos de focalización

Exámenes auxiliares

- Hematíes 4.03, leucocitos 17.57, segmentados 82%, plaquetas 262 000, hemoglobina 12.2 y hematocrito 36.3%

- Examen de orina: Sin alteraciones
- PSA: 1,10
- Ecografía renal: Sin alteraciones
- Ecografía prostática: Volumen 20cc. RPM 148/375cc
- Uroflujometría: Q max 10
- Cistoscopia: Anillos múltiples en uretra anterior que permiten paso del equipo en camiseta 19 FR con dificultad. Estrechez pre bulbar. Obstruccion 90%

Diagnóstico principal

- Hiperplasia benigna de próstata

Diagnósticos secundarios

- Estrechez ureteral

Tratamiento médico

Se decide realizar una prostatectomía transuretral. Se extrajo adenoma de próstata.

Evolución clínica

Paciente toleró acto quirúrgico y estuvo hospitalizado durante 3 días porque presentó leve cefalea y hematuria leve por la sonda Foley. Asimismo, en su segundo día operatorio presentó un vómito. Exámenes post operatorios indican hemoglobina de 12.1 y creatinina de 1.08. Al tercer día se aprecia mejoría clínica y se da de alta con indicaciones. (17 – 18)

1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

La rotación de Ginecología y Obstetricia es una experiencia única en el internado médico, ya que durante esta rotación puedes participar en el nacimiento de un nuevo ser humano y todo lo por menores que implica esta experiencia. La mayoría de las pacientes que acuden a un centro de salud u hospital al consultorio de obstetricia lo hacen para sus controles prenatales, en los cuales se realizan el control de salud de la madre y del feto en formación, en cuanto a la madre se controlan sus funciones vitales, con preocupación especial en la presión arterial, presencia de signos o síntomas de alarma y evolución normal del embarazo. Sin embargo, cuando se evidencia alguna

alteración en el curso normal de la gestación es el especialista en ginecología y obstetricia, quien debe hacerse cargo de la evaluación de la paciente, en la cual solicitara diversos exámenes auxiliares como exámenes de sangre, exámenes de orina, ecografías, monitoreo fetal, etc; para dar con el diagnóstico oportunamente y salvaguardar la salud de la madre y del feto.

El aprendizaje más importante en esta rotación es la correcta atención de un parto eutócico o distócico, la función del médico en el parto es fundamental, por ello la importancia de que el interno de medicina asista a la mayor cantidad de partos en este periodo de aprendizaje y perfeccionamiento de la técnica correcta para una adecuada atención y el saber cómo debe actuar ante las posibles complicaciones que se puedan presentar antes, durante y después del parto.

En esta rotación las guardias no son una excepción, se realizan guardias en las cuales principalmente acuden pacientes con patologías como: Amenazas de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, entre otros diagnósticos que son los más comunes que se pueden observar, pero sin duda alguna el cuadro que más se atiende en las guardias de este servicio son las gestantes que ya iniciaron trabajo de parto y acuden en fase latente o fase activa de trabajado de parto para su monitoreo y hospitalización según la evaluación del médico especialista en labor conjunta con el personal de obstetricia.

El trabajo en conjunto con el personal de obstetricia en esta rotación es trascendental, tanto el personal médico como el personal obstetra forman un equipo de trabajo para velar por la salud y bienestar del binomio madre – hijo, y es por ello por lo que en esta rotación se aprende a trabajar en equipo de manera coordinada y cada uno cumpliendo sus roles específicos.

Caso 9: Gestante de 38 años con 36 semanas de gestación por fecha de última regla, acude por el servicio de Emergencia por presentar náuseas, epigastralgia y valores de la presión arterial elevados según su autocontrol con tensión digital en el hogar (valores reportados de: 148/88, 152/86 y 142/92). Niega otros signos y síntomas de alarma, refiere sentir movimientos fetales con normalidad y niega presencia de dinámica uterina.

Antecedentes personales

- G: 3 P: 2 0 0 2
- Anemia ferropénica
- Preeclampsia leve a sus 2 anteriores gestaciones
- Cesareada 2 veces
- Dislipidemia
- Obesidad antes y durante la gestación
- Colectomía por litiasis vesicular hace 10 años

Antecedentes familiares

- Madre con diabetes *mellitus* tipo 2 y obesidad.

Examen físico

- Presión arterial: 154/92 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 90 lpm
- Frecuencia respiratoria: 16 rpm
- Temperatura: 36,8°C
- Saturación de oxígeno: 95%
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15
- Piel tibia, hidratada, elástica, aumento de tejido subcutáneo, con palidez leve, no ictericia, no edema en miembros inferiores.
- Abdomen grávido, cicatrices de cirugías previas, leve dolor a la palpación profunda en epigastrio, AU: 34 cm, DU: ausenté, MF: presentes, LCF: 146 lpm, RHA: presentes.
- Tacto vaginal evidencia cérvix posterior y cerrado.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 6.200/mm³, hemoglobina con 10.2 g/dL, hematocrito en 28 y plaquetas en 110.000
- Glucosa al azar: 106 mg/dL
- Urea: 34 mg/dL
- Creatinina: 0.7 mg/dL
- Perfil hepático: BT 0.6 mg/dL, LDH 220, TGO 32, TGP 22
- Examen de orina: proteinuria ++

- Registro cardiotocográfico sin alteraciones.
- Ecografía obstétrica: Feto único, longitudinal cefálico izquierdo, movimientos fetales presentes, placenta insertada con normalidad, líquido amniótico en cantidad normal, pozo mayor de 70 mm, peso fetal estimado de 3220 gr.

Diagnóstico principal

- Enfermedad hipertensiva del embarazo: Preeclampsia

Diagnósticos secundarios

- Anemia ferropénica
- Dislipidemia
- Obesidad

Tratamiento médico

- NaCl 0.9% EV a 40 gotas por minuto.
- Sulfato de magnesio 20% 5 ampollas + NaCl 0.9% 50 mL EV administrar 4 gr por cada 20 minutos y luego 1 gr por cada hora.
- Ácido acetilsalicílico 100 mg VO cada 24 horas.
- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas.
- Colocación de sonda Foley + bolsa colectora.
- Control estricto de diuresis.
- CFV + OSA

Evolución clínica

Luego de la evaluación por el médico especialista se decide su hospitalización al servicio de Ginecología y Obstetricia

a la unidad de alto riesgo obstétrico, en el cual se realizó el adecuado control de funciones vitales materno-fetales y observación de signos de alarma cada 30 minutos por el personal de obstetricia. Se solicita una nueva batería de exámenes de laboratorio control para luego de 6 horas y se planifica una reevaluación con resultados o llamado del personal de obstetricia.

Luego de transcurrida 9 horas se acude para reevaluación con resultados, el personal de obstetricia menciona que la paciente refiere aumento de náuseas, inicio de cefalea

leve, aumento de la epigastralgia y presión arterial de 162/98 mmHg. Aunado a ello se observa en los exámenes auxiliares lo siguiente:

- Hemograma: Leucocitos 6.500/mm³, hemoglobina 10 g/dL, Hematocrito 28, Plaquetas 98.000
- Urea: 38 mg/dL
- Creatinina: 0.8 mg/dL
- Perfil hepático: BT 0.6 mg/dL, LDH 280, TGO 44, TGP 26
- Examen de orina: Proteinuria +++
- Registro cardiotocográfico sin alteraciones.

Es por ello por lo que con la reevaluación del médico especialista se confirma el diagnóstico de preeclampsia severa y se plantea intervención quirúrgica para cesárea por emergencia. Se programa dicha cirugía por necesidad en sala de operaciones, la cual se realiza con éxito y sin interurrencias, obteniéndose un recién nacido vivo de 37 semanas por Test de Capurro, de sexo femenino, con un peso al nacer de 3330 gr, un valor en Test de Apgar de 9¹⁹⁵, aparentemente sano. Durante la cesárea se realizó también una ligadura de trompas uterinas con consentimiento informado de la paciente y de su pareja.

Durante el puerperio se continúa con el control estricto de funciones vitales y observación de signos de alarma y se evidencia una mejora progresiva de los valores de exámenes auxiliares, una disminución de síntomas que presentaba la paciente y una disminución de los valores de presión arterial hasta la normalidad. Luego de 4 días la paciente es dada de alta con su menor hijo y acudirá para sus controles por consultorio externo de Ginecología y Obstetricia.

Caso 10: Gestante de 21 años con 38 semanas 5 días de gestación por FUR, procedente de Amazonas, no presenta atenciones previas en el centro de salud materno infantil, acude acompañada de su madre por presentar contracciones uterinas que han ido aumentando de intensidad progresivamente desde hace más de 6 horas y pérdida abundante de líquido por la región vaginal hace más de 3 horas. Niega sangrado vaginal, niega otros signos de alarma, refiere que solo tuvo 5 controles prenatales en centro de salud en Amazonas.

Antecedentes personales

- G: 2 P: 1 0 0 1
- Anemia ferropénica
- Obesidad
- Parto distócico hace 3 años (no especifica tipo de distocia)

Antecedentes familiares

- Madre con hipotiroidismo y obesidad.

Examen físico

- Presión arterial: 108/72 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 82 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 36,3°C
- Saturación de oxígeno: 98%
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15
- Piel tibia, hidratada, elástica, aumento de tejido subcutáneo, con palidez leve, no ictericia, no edema en miembros inferiores.
- Abdomen grávido, AU: 38 cm, DU: 4 en 10 min / +++ de intensidad / 40" de duración, MF: presentes, LCF: 150 lpm, RHA: presentes.
- Tacto vaginal evidencia cérvix centrado, blando, incorporado al 80%, dilatación de 8 cm, altura de presentación de -1, membranas ovulares rotas, con presencia de líquido amniótico, sin sangrado, pelvis ginecoide.

Exámenes auxiliares

- Glucosa al azar: 98 mg/dL
- Hb: 10.2 mg/dL
- RPR: No reactivo
- VIH: No reactivo
- Examen de orina sin alteraciones.
- Registro cardiotocográfico evidencia feto reactivo, línea basal en 130 lpm, buena variabilidad, presencia de ascensos y sin deceleraciones, dinámica uterina presente y regular.

Diagnóstico principal

- Fase activa de trabajo de parto.

Diagnósticos secundarios

- Anemia ferropénica
- Obesidad

Tratamiento médico

- NaCl 0.9% EV a 30 gotas por minuto.
- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas.
- Monitoreo materno – fetal
- CFV + OSA

Evolución clínica

Luego de la evaluación por el médico ginecólogo obstetra se decide hospitalizar a la paciente en sala de partos por encontrarse en fase activa del trabajo de parto para la atención oportuna de su parto con posibilidad de ser vía vaginal.

Una hora después desde transcurrido su ingreso, la gestante refiere sensación de pujo intenso por lo cual es reevaluada por el personal de obstetricia quienes observan lo siguiente:

- Tacto vaginal evidencia cérvix centrado, blando, incorporado al 100%, dilatación de 10 cm, altura de presentación de 0, membranas ovulares rotas, con presencia de líquido amniótico, con tapón mucoso con sangre, pelvis ginecoide.

Se inicia atención de trabajo de parto con todo el personal correspondiente, tras 20 minutos de pujos dirigidos sale la cabeza del feto y se observa una retracción hacia el pubis, conocida como el signo de la tortuga, por lo cual pasa a dirigir el parto como principal el médico especialista. Se activa inmediatamente el protocolo para partos distócicos con presentación de hombros. (21)

Se procedió a realizar la maniobra de *Mc Roberts* por parte de una obstetra, mientras que el médico realizaba la tracción axial durante varios minutos, sin lograr ningún resultado. Como consecuencia se procedió a realizar conjuntamente presión suprapúbica durante varios intentos, lográndose el nacimiento de un recién nacido vivo de 39 semanas por Test de Capurro, de sexo masculino, con un peso al nacer de 3510 gr, un valor en Test de Apgar de 5¹⁸5⁹10¹⁰, observándose con cierta dificultad respiratoria,

FC de 130 lpm, FR de 50 rpm, SatO₂ de 92%, motivo por el cual es retirado por enfermería para su evaluación más detallada y efectivamente se le realiza presión positiva, secado energético y aspiración de secreciones.

Finalmente, se realizó un alumbramiento dirigido con 10 UI de oxitocina IM. A los 5 minutos, la placenta salió espontáneamente y las membranas parecían completas. Después de la revisión del canal, se encuentra un desgarramiento de II grado que se sutura. Luego, la paciente se traslada al área de puerperio para monitorear sus funciones vitales y ver los signos de alarma en las puérperas hasta su respectiva alta. (22)

Caso 11: Paciente mujer de 31 años, natural de Arequipa quien radica hace 10 años en Lima acude con 40 semanas de gestación por Emergencia presentando contracciones de moderada intensidad desde hace 3 horas. Indica que percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido y niega otras molestias.

Antecedentes personales

- G: 1 P: 0 0 0 0
- FUR: 21/11/2022
- FPP: 28/08/ 2023
- EG: 40ss X FUR
- Apendicectomía hace 15 años
- Hernioplastia hace 20 años

Antecedentes familiares

- Niega antecedentes de importancia.

Examen físico

- Presión arterial: 90/60 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 75 lpm
- Frecuencia respiratoria: 19 rpm
- Temperatura: 36,6°C
- Saturación de oxígeno: 99%
- LOTEPE
- E. Glasgow: 15

- Piel tibia, hidratada, elástica, Llenado capilar mayor de 2 segundos, no edema en miembros inferiores.
- Mamas: blandas, sensibles
- Abdomen ocupado por útero grávido, feto único, AU: 34cm, SSP: LCD, LCF: 124 lpm.
- Tacto vaginal D:1, B: 80%, AP: -3, membrana planas.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 8.130/mm³, hemoglobina 11.1 g/dL, hematocrito 33.3 y plaquetas en 285.000.
- Examen de orina: Negativo
- Ecografía obstétrica: Feto único, longitudinal cefálico izquierdo, movimientos fetales presentes, placenta insertada con normalidad, líquido amniótico en cantidad normal, pozo mayor de 70 mm, peso fetal estimado de 3220 gr.

Diagnóstico principal

- Primigesta de 40 semanas por FUR en trabajo de parto fase latente

Diagnósticos secundarios

- Gestación única activa

Tratamiento médico

- Se decide hospitalizar para monitoreo de la madre y el feto, monitorización del avance del trabajo del parto de evolución espontánea. Se decide reevaluar cada 3 horas.
- CFV + OSA

Evolución clínica

Paciente luego de 16 horas de encontrarse en trabajo de parto fase latente prolongada con un examen físico de latidos cardíacos fetales en 142 lpm y con dinámica uterina cada 2-3 min al tacto vaginal en dilatado 4 cm, borramiento de 80%, altura de presentación de -3, con membranas íntegras. Se decide el término de embarazo por medio de cesárea. Se solicitan los exámenes necesarios para intervención quirúrgica, se indica cefazolina como antibiótico profiláctico, se añade dimenhidrinato, tramadol, metoclopramida y ranitidina por la ingesta de alimentos previos. Durante la cesárea la

paciente presenta atonía uterina, por lo cual se le aplica ergometrina, por continuar el sangrado se decide realizar maniobra de *B-Lynch*. Además, se encuentran focos endometriósicos en cara anterior y posterior de útero. Se realiza electrofulguración de los mismos. Luego de ello, durante la recuperación se extraen 150cc de coágulos y se realiza masaje uterino por 1 hora. Pasada la hora se reevalúa a la paciente y se indica pasar a piso con medicación: ácido tranexámico 1 g EV cada 8 horas, ergometrina 0.2mg cada 8 horas, hidratación con dextrosa 5% 45 gotas/min + CLNa + CIK Paciente es dada de alta a los 2 días de la cesárea, durante su estancia no presentó signos de alarma.

Caso 12: Paciente mujer de 32 años puérpera de 5 días por cesárea de emergencia por trabajo de parto disfuncional. Refiere que 4 días post cesárea presentó dolor en herida operatoria asociada a sensación de alza térmica y cambios dérmicos (eritema, calor), motivo por el cual acude a Emergencia.

Antecedentes personales

- Antecedentes quirúrgicos: Cesárea 2 veces (1era hace 8 años)
- Alergias: Niega

Antecedentes familiares

- Madre con diabetes *mellitus* tipo 2 hace 5 años
- Hermanos: dos de ellos diabetes *mellitus* tipo 2

Funciones Biológicas

El paciente tiene el apetito disminuido, sed normal, sin cambios en las deposiciones ni la orina. El sueño disminuye en los últimos días.

Examen físico

- Presión arterial: 104/80 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 79 lpm
- Frecuencia respiratoria: 17 rpm
- Temperatura: 36,6°C
- Saturación de oxígeno: 98%
- LOTEF
- E. Glasgow: 15

- Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar mayor de 2 segundos, no edema en miembros inferiores.
- Mamas: Blandas, sensibles
- Abdomen: Blando, depresible, levemente doloroso a la palpación a nivel de herida operatoria, eritema y calor que abarca toda la extensión de la herida operatoria, 4 cm hacia arriba, hacia abajo hasta labios mayores, a predominio de lado derecho que llega hasta pliegue inguinal ipsilateral y hacia región de crestas ilíacas en banda. Se observa solución de continuidad en 1/3 externo izquierdo. Además, salida de escasa secreción serohemática.
- Genito urinario: Escaso sangrado, no maloliente

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 8.130/mm³, hemoglobina 11.1 g/dL, hematocrito 33.3, plaquetas 285.000
- Examen de orina: Negativo
- Ecografía obstétrica: Feto único, longitudinal cefálico izquierdo, movimientos fetales presentes, placenta insertada con normalidad, líquido amniótico en cantidad normal, pozo mayor de 70 mm, peso fetal estimado de 3220 gr.

Diagnóstico principal

- Postoperada 5 por cesárea
- Infección de herida quirúrgica obstétrica

Diagnósticos secundarios

- Anemia moderada

Tratamiento médico

- Dieta completa
- Clindamicina 900 mg EV cada 8/h
- Oxacilina 2 G EV c/6h
- Paracetamol 1G VO c/8 hora
- Maltofer 1 ampolla bebible cada 24h
- Curación de herida diaria.
- CFV + OSA

Evolución clínica

Se realiza curación diaria 2 veces al día con clorhexidina, se enjuaga con cloruro de sodio 0.9% 1000 cc, se coloca alginato de plata y se procede a cubrir herida. Paciente estuvo por 7 días con tratamiento antibiótico y curaciones de herida, se le llegó a aplicar alginato de calcio y se llega a lograr por el cirujano. Al octavo día de hospitalización, paciente es dada de alta con tratamiento antibiótico vía oral por 2 días más y cita control por consultorio de Ginecología y Obstetricia en una semana. (26)

1.4. Rotación en Pediatría

La rotación de Pediatría es fundamental y muy académica, implica mucho trabajo, paciencia y dedicación ya que el brindar atención médica a pacientes pediátricos implica que aún no pueden comunicarse, muchas veces el padre o apoderado es quien brinda toda la información necesaria para tener un mayor entendimiento del problema de salud, sin embargo en los casos de menores de edad que ya hablan y se comunican con independencia es importante saber utilizar los términos médicos más sencillos y adecuados para saber interrogar y obtener la información necesaria para conocer más sobre su dolencia. Por ende, esta rotación implica mucha paciencia, pero sobre todo saber que estamos brindando atención a seres humanos con un sistema inmunológico en proceso de maduración, los cuales están muy propensos a enfermarse y que a su vez están en proceso de desarrollo psicológico, biológico y social.

En esta rotación los pacientes en su mayoría acuden por el servicio de Emergencia por lo antes explicado, en la guardia de emergencia se atienden en su gran mayoría a paciente pediátricos de 1 mes hasta 8 años, sin embargo, se siguen considerando pacientes que deben de ser atendidos en este servicio hasta los 14 años. Las patologías más frecuentes que acuden son por lo general de etiología viral, pudiendo ser infecciones respiratorias agudas o infecciones diarreicas agudas, sobre todo en lactantes y niños.

Los cuadros más complejos y que no mejoran con la atención brindada en emergencia se hospitalizan para su mejor diagnóstico y manejo multidisciplinario en el servicio de Pediatría. Sin embargo, hay casos en los cuales las funciones vitales son críticas y más aún cuando presenta signos o síntomas de alarma, en estos casos es trasladado a

unidades como la de Cuidados Intermedios o incluso a la de Cuidados Intensivos Pediátricos de ser necesario.

No obstante, también hay patologías que mejoran y son dadas de alta, para luego ser tratadas por consultorio externo es aquí donde tanto en el hospital como en el primer nivel de atención se dan seguimiento y atención a las patologías crónicas y relativamente sencillas de los pacientes pediátricos.

Caso 13: Lactante varón de 5 meses que ingresa por Emergencia por cuadro de dificultad respiratoria desde hace 2 días, secreción de moco hace 3 días y tendencia a la hipoactividad. La madre del menor refiere que en las últimas 6 horas ha empeorado, puesto que presenta quejido al respirar, aumento de la dificultad respiratoria e hiporexia.

Antecedentes personales

- Prematuro de 32 semanas
- Hospitalizado en Unidad de Cuidados Neonatales durante 15 días al nacer por sepsis neonatal
- Vacunas completas

Examen físico

- Presión arterial: 96/64 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 140 lpm
- Frecuencia respiratoria: 50 rpm
- Temperatura: 38,2°C
- Saturación de oxígeno: 94%
- Piel tibia, hidratada, elástica, con palidez leve, no cianosis central ni periférica.
- Aparato respiratorio con amplexación aumentada, aleteo nasal, tiraje subcostal e intercostal, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, subcrepitantes y sibilantes escasos en ambos hemitórax.

Diagnóstico principal

- Bronquiolitis

Diagnósticos secundarios

- Anemia ferropénica leve

- Prematuridad

Tratamiento médico

- NPO
- Oxigenoterapia de alto flujo
- Lavados nasales

Evolución clínica

A las 18 horas después de su ingreso el lactante aumenta su distrés respiratorio y disminuye su saturación de oxígeno a 92% motivo por el cual se inicia oxigenoterapia de alto flujo por cánula nasal a un FiO₂ de 23% – 25%, siempre y cuando se mantenga una saturación de oxígeno por encima de 94%, realizándose lavados nasales y aspiración de secreciones de manera constante.

A los 2 días se ve una mejoría de los parámetros respiratorios con una disminución importante de la dificultad respiratoria, motivo por el cual se inicia el destete de oxígeno de manera progresiva, lográndose dicho objetivo a los 3 días y se reinicia la alimentación por vía oral con fórmula materna + lactancia materna.

Caso 14: Niño de 4 años y 8 meses acude por el área de Emergencia Pediátrica debido a que desde hace 5 días presenta lesiones dérmicas vesiculares y papulosas, además desde hace 3 días se le sumó a ello irritabilidad, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos, por último, desde hace 1 día padres refieren que han notado a su hijo hipoactivo, letárgico y confuso.

Antecedentes personales

- Alergia alimentaria a los lácteos.
- Vacunas completas.

Examen físico

- Presión arterial: 98/66 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 120 lpm
- Frecuencia respiratoria: 30 rpm
- Temperatura: 39°C
- Saturación de oxígeno: 95%

- Piel tibia, deshidratada, elástica, no cianosis central ni periférica, no ictericia, lesiones vesiculares y papulosas a predominio de miembros superiores, dorso y cara. Lesión pustulosa en hombro izquierdo con edema circundante y leve aumento de volumen.
- Sistema nervioso con escala de Glasgow de 11/15, somnoliento, reflejos osteotendinosos presentes.

Diagnóstico principal

- Encefalitis aguda

Diagnósticos secundarios

- Varicela complicada

Tratamiento médico

- Paracetamol 300 mg VO cada 8 horas por 3 días.
- Dimenhidrinato 50 mg media tableta VO cada 8 horas x 3 días
- Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 10 días.

Evolución clínica

Después de la evaluación del pediatra, se indicó que se realizarían los exámenes de laboratorio necesarios para confirmar el diagnóstico de varicela complicada con encefalitis aguda por virus de varicela *Zoster*. Además, se obtuvo una muestra con hisopo de las lesiones cutáneas y su contenido para cultivo, lo que permitió confirmar el diagnóstico previo.

El paciente es trasladado al área de Cuidados Intermedios para un control más riguroso de los síntomas. Una vez que llega, realizan nuevas extracciones sanguíneas para realizar pruebas de PCR para herpes, así como extracciones de líquido cefalorraquídeo para estudios de PCR y serológicos. (29)

El paciente es evaluado nuevamente y se decide comenzar con un tratamiento específico para el virus de varicela *Zoster*. Después de 48 horas de comenzar el tratamiento, se observa una disminución significativa de los síntomas y un control de las funciones vitales, lo que lleva a continuar el tratamiento durante 10 días hasta lograr una reversión completa del cuadro neurológico. (30)

Caso 15: paciente varón de 8 años de edad es traído a Emergencia por su madre con un tiempo de enfermedad de 2 semanas. Madre indica que presenta tos con flema asociada a fiebre. Refiere que estuvo dándole un antibiótico, sin lograr mejoría. Por la persistencia de la tos y la continuidad de la fiebre a pesar de medicación acude a la emergencia

Antecedentes personales

- Nacido por cesárea.
- Paciente con vivienda propia de material noble y no tiene mascotas.
- Refiere uso a los 2 años de salbutamol por aerocámara.
- Niega antecedentes familiares y quirúrgicos.
- Niega alergias medicamentosas.

Examen físico

- Presión arterial: 96/64 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 160 lpm
- Frecuencia respiratoria: 22 rpm
- Temperatura: 36°C
- Saturación de oxígeno: 96%
- Piel tibia, hidratada, elástica, con palidez leve, no cianosis central ni periférica.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados. Espiración prolongada
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación
- Sistema nervioso central: Alerta, despierto. LOTEP. Glasgow 15/15. No signos de focalización

Exámenes auxiliares

- Hematíes: 4.47, leucocitos:28.06, segmentados: 80%, plaquetas:468, hemoglobina: 12.3, hematocrito: 36.3%
- PCR: 2.4
- Examen de orina: Sin alteraciones

- Radiografía de tórax: Radiopacidad en base de hemitórax izquierdo que tiende a confluir y adopta aspecto de alvéolo parenquimal . Aumento de trama bronquial. Horizontalización de costillas indicativo de atrapamiento aéreo.

Diagnóstico principal

- Neumonía infantil

Tratamiento médico

- Por el amplio tiempo de enfermedad y los hallazgos de los exámenes se decide hospitalizar al paciente para tratamiento médico.
- Hidratación con dextrosa al 5% 500cc/hora
- Ceftriaxona
- Ranitidina
- Metamizol condicional a fiebre.
- Control de funciones vitales y signos de alarma

Evolución clínica

Paciente estuvo hospitalizada durante 4 días en la clínica para tratamiento antibiótico, evolucionó favorablemente al tratamiento. Se le indicó el alta con cita control precoz por consultorio de pediatría.

Caso 16: Menor de edad de 11 años, nacida en Lima. Actualmente escolar de 6to grado de primaria, es traída por madre a la emergencia quién refiere que hace 5 días inició fiebre elevada de hasta 39.5°C que no ceden con antipiréticos (paracetamol). Refiere que se asocia a cefalea intensa, hiporexia y malestar general. En vista de que los síntomas han persistido durante estos días es traída a emergencia.

Antecedentes personales

- Paciente vive con padres y una hermana mayor en vivienda propia de material noble y no tienen mascotas.
- Niega antecedentes personales y familiares de importancia.

- Refiere que hermana mayor presentó dengue hace 1 semana y estuvo hospitalizada.

Funciones Biológicas

Presenta apetito disminuido, sed sin alteraciones, deposiciones y orina sin alteraciones, sueño disminuido y sudoración sin alteración.

Examen físico

- Frecuencia cardiaca: 110 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 38°C
- Saturación de oxígeno: 98%
- Paciente con AREG, ABEH y ABEN.

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, no ictericia.

- Sistema nervioso central: Alerta, despierta. Glasgow 15/15. No signos de focalización ni de irritación meníngea.

Exámenes auxiliares

- Hemograma:
 - o Hematíes: 4.95
 - o Leucocitos: 2.31
 - o Plaquetas: 88
 - o Hemoglobina: 13.8 g/dL
- AST: 468U/L
- ALT: 287 U/L
- Dengue Virus Antígeno NS1 cualitativo: Reactiva

Diagnóstico principal

- Fiebre del Dengue sin signos de alarma

Diagnósticos secundarios

- Síndrome febril
- Leucopenia

- Trombocitopenia

Tratamiento médico

- Se le indica a la paciente hospitalización para manejo de hidratación y sintomático, además por la trombocitopenia y los antecedentes de su hermana que estuvo hospitalizada.
- En la hospitalización se le dio una dieta completa.
- Dextrosa al 5% a 70cc por hora
- Paracetamol condicional a fiebre (810 mg EV)
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Dimenhidrinato condicional a náuseas y/o vómitos (50mg EV)
- Control de funciones vitales y signos de alarma

Evolución clínica

Paciente estuvo hospitalizada 2 días con mejoría clínica y en laboratorio, aumentó de plaquetas. La fiebre se mantuvo controlada y no se llegó a manifestar signos de alarma. Presentó un descenso del dolor abdominal y de la cefalea, por lo cual es dada de alta. Se le indicó acudir en 5 días por consultorio externo para reevaluación, de igual forma, se les explicaron a los padres los signos de alarma para tener en cuenta. La paciente acudió ya con sintomatología mínima, con evolución favorable. (34 – 36)

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El presente informe se desarrolla en base las experiencias llevadas a cabo en El Hospital Nacional Dos de Mayo, un nosocomio del Minsa ubicado en el distrito de La Victoria, siendo un hospital catalogado como centro de referencia a nivel nacional, que a la actualidad cuenta con una gran variedad de servicios como: Medicina, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Infectología, Endocrinología, Neumología, Cardiología, Gastroenterología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Pediátrica, Traumatología, Anatomía Patológica Epidemiología, entre muchos más. Dicho hospital es emblemático en la ciudad de Lima, por ser uno de los más antiguos y grandes de esta ciudad, el cual pertenece hoy en día a la Diris Lima Centro y por ende recibe pacientes referidos de otros hospitales de menor complejidad y centros de salud de esta jurisdicción. Se pueden ver también en este hospital pacientes referidos provenientes de otros departamentos como: Ica, Huancayo, Ayacucho, Huancavelica, etc; así como también muchos pacientes provenientes de provincias de Lima. En la actualidad, por la gran demanda de pacientes referidos a dicho nosocomio y el contexto sanitario generado a consecuencia de la pandemia del COVID-19 este se encuentra constantemente en condiciones de hacinamiento en servicios como el de Emergencias médicas y en llenos todos los aforos en su capacidad de hospitalización en muchos servicios como el de Medicina Interna.

El contexto post pandemia del COVID-19 ha generado que las labores de salud en las instituciones sanitarias de diversos niveles de atención en el país vayan recuperando poco a poco su eficiencia y productividad, así como sus funciones previas a la pandemia. Sin embargo, las funciones del interno de medicina siguen siendo limitadas en la coyuntura actual, cumpliendo siempre con toda la nueva normatividad de bioseguridad que se ha generado como aprendizaje de la pandemia.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En el presente capítulo busca contrastar y discutir el método de atención a los pacientes que se atienden en las instituciones de salud en mención en comparación con las normas técnicas, guías de práctica clínica y bibliografía disponible:

3.1. Rotación en Medicina Interna

El primer caso presentado habla de la enfermedad cerebrovascular (ECV), una enfermedad neurológica que comienza de manera aguda y súbita y generalmente es causada por lesiones en una región neuronal, lo que provoca una disminución o interrupción completa de la circulación en un área del cerebro. Los eventos isquémicos y hemorrágicos forman parte de los subtipos de enfermedad cerebrovascular, aunque en menor número también se presentan los de origen venoso, conocidos como trombosis de senos venosos cerebrales. (3)

Esta patología aumenta notablemente en adultos mayores y en personas con factores de riesgo cardiovascular como dislipidemias, hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, entre otros. Es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial y una de las causas más importantes de discapacidad, según la epidemiología. (3)

El segundo caso presentado trata sobre una de las complicaciones de la cirrosis hepática. La cirrosis hepática es considerada por muchos expertos como la fase final de varias enfermedades hepáticas. La mayoría de las veces se desarrolla sin síntomas y solo se detecta cuando surgen complicaciones. La progresión de la hipertensión portal (HTP) y la insuficiencia hepatocelular están relacionadas con el desarrollo clínico de la cirrosis hepática. Se presenta con mayor frecuencia en varones adultos y adultos mayores a partir de los 40 años.

Es posible que la causa de esta enfermedad sea diversa, pero se estima que entre el 40 y el 60 % de los casos en el mundo son causados por el alcoholismo crónico e hígado graso, mientras que el 25-30 % son causados por infecciones por los virus de la hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC). Además, existen otras causas menos frecuentes, como la hepatitis autoinmune, la colangitis biliar primaria, la colangitis

esclerosante primaria, los medicamentos, la hemocromatosis, la enfermedad de Wilson y la deficiencia de alfa-1 antitripsina.

La ascitis, síndrome hepatopulmonar, hidrotórax hepático, síndrome hepatorenal, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva alta, peritonitis bacteriana espontánea, carcinoma hepatocelular, miocardiopatía cirrótica e infecciones son algunas de las complicaciones de esta enfermedad, que suele ser crónica y persiste a largo plazo. (4)

La complicación más frecuente de la cirrosis hepática es la ascitis, que se desarrolla debido a un compromiso significativo causado por la hipertensión portal. La ascitis es el resultado de una fisiopatología cíclica en la cirrosis hepática que incluye vasodilatación de las arterias esplénicas, disminución del volumen circulante efectivo, vasoconstricción que resulta en la retención de sodio y, finalmente, retención de líquido extracelular. La inflamación sistémica empeora la hipertensión portal, fomenta el desarrollo de ascitis y empeora el pronóstico. (5)

3.2. Rotación en Cirugía General

Uno de los casos mencionados menciona la enfermedad de la apendicitis aguda, la cual es muy común en los servicios de emergencia de las instituciones médicas de cualquier nivel de atención. Cerca de una de cada diez personas en todo el mundo tienen una probabilidad de ser intervenidas quirúrgicamente con una apendicectomía a lo largo de su vida. Por lo tanto, los especialistas en esta entidad quirúrgica deben dominar tanto el método diagnóstico como el tratamiento de esta enfermedad, que generalmente es quirúrgico de emergencia. El síntoma más común de la apendicitis aguda es un dolor abdominal que se encuentra en la fosa ilíaca derecha cuando se coloca el apéndice correctamente. El dolor comienza rápidamente y aumenta gradualmente; sin embargo, puede comenzar a nivel del epigastrio antes de extenderse hacia la fosa ilíaca derecha. En la posición del apéndice, el dolor es más intenso. Puede presentar síntomas funcionales como náuseas o trastornos del tránsito (diarrea o estreñimiento), así como hiporexia, malestar general y fiebre. (9)

El diagnóstico puede incluir pruebas de laboratorio e imágenes. Las pruebas de laboratorio más comunes consisten en el hemograma completo y la concentración de la proteína C-reactiva (PCR). Estas pruebas buscan la presencia de un cuadro inflamatorio, que se evidencia al encontrar leucocitosis con desviación izquierda y

una elevación de la PCR. El descarte de gestación es una prueba de rutina para descartar diagnósticos diferenciales en mujeres en edad fértil. (10)

La escala de Alvarado y la escala de Andersson son las escalas más estudiadas para el diagnóstico de apendicitis aguda. (11)

Dentro de los exámenes de imágenes, sabemos que la tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste es la prueba de oro estándar porque tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 93%. En el caso de las gestantes o las personas que tienen alergia al contraste, la ecografía abdominal se utiliza en su lugar. (11 - 12)

Otro de los casos expuestos habla de obstrucción intestinal, una enfermedad potencialmente mortal que se caracteriza por un bloqueo a nivel intestinal ya sea parcial (incompleto) o total (completo), sin interferencia vascular. No es el caso de la obstrucción intestinal estrangulada, en el que ya hay una interferencia vascular causada por necrosis y/o gangrena.

Esta enfermedad se clasifica de varias formas según su origen (intraluminal, intramural o extrínseco), su ubicación (proximal o distal), su progresión (simple o estrangulada) y su tiempo de inicio.

Los síntomas varían según la región donde se produce la obstrucción, pero los más significativos son los siguientes: Dolor abdominal, vómitos, ausencia de gases y heces y distensión abdominal. (13)

La historia clínica y el examen físico son esenciales para realizar un diagnóstico adecuado de esta enfermedad, ya que ambos pueden revelar la gravedad evolutiva, el estado de hidratación, la fiebre y la presencia de taquicardia.

La base del tratamiento es la corrección de los trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos, la descompresión intestinal precoz y la evaluación del tratamiento médico en comparación con el quirúrgico. Los pacientes reciben siempre una sonda nasogástrica que tiene como objetivo descomprimir el estómago, lo que reduce el dolor abdominal y evita la broncoaspiración. Antes de ingresar a la sala de operaciones o cuando se sospecha isquemia, se administran antibióticos.

Los antibióticos tienen como objetivo proteger contra los patógenos gramnegativos y anaerobios. Si hay una obstrucción en el intestino delgado que incluye peritonitis, isquemia o una obstrucción completa, se inicia antibioticoterapia y se realiza una laparotomía. Si la obstrucción es parcial, se trata con tratamiento médico oral o endovenoso y sonda nasogástrica. Si no hay mejoría, se realiza una laparotomía

exploratoria, pero si el tratamiento funciona, se modifica la dieta y se sigue el tratamiento médico. (14)

3.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Uno de los casos mencionados menciona la preeclampsia, que es la aparición de hipertensión durante el embarazo (según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP) en 2014), que se caracteriza por una presión arterial sistólica/diastólica alta persistente de al menos 140/90 mm Hg y una proteinuria de al menos 300 mg durante 24 horas. En mujeres sin antecedentes de hipertensión arterial o alteraciones en la presión arterial, esta patología del embarazo aparece después de 20 semanas de gestación. De acuerdo con una nueva recomendación emitida en 2013 por el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la proteinuria no siempre está asociada con la preeclampsia, por lo que su ausencia no implica un descarte del diagnóstico. (19)

Esta enfermedad está estrechamente relacionada con disfunciones y alteraciones materno-fetales, como insuficiencia renal aguda, complicaciones hepáticas, neurológicas o hematológicas, disfunción uteroplacentaria, restricción del crecimiento fetal y muerte intrauterina.

Los siguientes son factores de riesgo relacionados con la preeclampsia: antecedentes de hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, obesidad, baja estatura, malnutrición, preeclampsia en gestaciones previas, preeclampsia en la familia, enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos), mola hidatidiforme, embarazos múltiples, macrosomía fetal, nuliparidad, (20)

En otro caso mencionado se menciona la atonía uterina, la cual es sin duda la complicación más común en el tercer trimestre del embarazo, debido a la retracción inadecuada del útero, lo que resulta en una hemorragia importante.

Algunos factores de riesgo, como el parto acelerado o prolongado, la gran multiparidad, la alteración uterina, la macrosomía fetal, el embarazo múltiple, el polihidramnios, la distensión vesical, las infecciones (corioamnionitis, endometritis y sepsis), los miomas uterinos y la exposición farmacológica (anestésicos generales halogenados, oxitocina, sulfato de magnesio, etc.), pueden estar asociados a la atonía uterina. (23)

En pacientes con atonía uterina que han tenido un parto vaginal o cesárea, el primer abordaje es el tratamiento médico. No obstante, en aquellos casos en los que esta opción no es efectiva, la laparotomía suele ser la última opción para intervenciones médicas poco invasivas. En la evaluación de pacientes, la laparotomía quirúrgica de la línea media es la más frecuente, mientras que, en casos de cesárea, se extiende la incisión existente para un mejor y más rápido tratamiento. (24)

La ligadura de las arterias útero-ováricas y uterinas puede reducir significativamente el sangrado uterino de manera rápida y oportuna. El útero y la función reproductiva no se ven afectados por este procedimiento quirúrgico de ligadura de arterias. En caso de que el taponamiento con balón o el tratamiento médico anterior no produzcan una respuesta adecuada, se pueden utilizar suturas de compresión externa, como las suturas B-Lynch o Hayman. La técnica de sutura B-Lynch consiste en envolver y comprimir al útero, de forma similar a la compresión manual constante del útero, y ha demostrado un alto porcentaje de éxito en controlar la hemorragia postparto causada por la atonía uterina cuando otros métodos han fallado. (25)

3.4. Rotación en Pediatría

Una historia sobre la bronquiolitis, una enfermedad que se considera la principal causa de ingreso hospitalario por enfermedades respiratorias agudas en pacientes menores de un año. Esta afección aparece con mayor frecuencia en los primeros dos años de vida y el diagnóstico se basa principalmente en signos y síntomas del paciente, así como en el relato cronológico de la enfermedad. (27)

Se han propuesto varias opciones farmacológicas, como la administración de broncodilatadores, corticosteroides y antivirales. No obstante, la evidencia científica sobre el beneficio de estas terapias antes mencionadas suele ser insuficiente. Actualmente, el tratamiento de la bronquiolitis es principalmente de apoyo y no existen tratamientos específicos efectivos. Los métodos de administración de oxígeno que se centran en la tasa de flujo y la monitorización, así como la evidencia sobre los umbrales de uso de oxígeno, han surgido como intervenciones potencialmente efectivas para reducir la duración de la admisión hospitalaria y prevenir el aumento de la gravedad de los pacientes con esta enfermedad. (28)

En otro caso, se menciona la neumonía infantil, una infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Los alvéolos están llenos de pus y líquido, lo que dificulta la

respiración y reduce la absorción de oxígeno. Esta enfermedad es la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo, causando la muerte de 740.180 niños menores de 5 años en 2019, lo que representa el 14% de todas las defunciones de menores de 5 años a nivel mundial. (31)

La neumonía infantil puede ser vírica o bacteriana en la mayoría de los casos, con síntomas similares. La tos, los problemas respiratorios, la fiebre, la taquipnea y el tiraje subcostal son los síntomas más frecuentes en menores de cinco años. Los lactantes pueden experimentar hiporexia, irritabilidad, hipoactividad, hipotermia e incluso convulsiones.

Los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad incluyen malnutrición o desnutrición, inmunodeficiencia, falta de lactancia materna, infección por VIH, exposición a biomasa, hacinamiento y padres que fuman en el hogar. (32)

La amoxicilina es el antibiótico principal para neumonías bacterianas, pero si se sospecha que hay resistencia bacteriana, se solicitará un cultivo para recetar un antibiótico más específico y de mayor espectro. Se aconseja la internación sólo en situaciones extremas, después de ser evaluadas por un médico especialista. (33)

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El objetivo del internado es aplicar todos los conocimientos adquiridos durante los seis años anteriores de estudio y lograr la maduración profesional necesaria para que luego pueda desempeñarse de manera efectiva en el campo laboral del sector salud.

Primero comenzamos con la rotación de Pediatría en la cual se atendió a pacientes pediátricos como son los lactantes, niños y adolescentes. Los cuales fueron atendidos a veces en el servicio de emergencia, así como también en hospitalización, los casos más complicados o críticos, eran trasladados a las unidades de Cuidados Intermedios Pediátricos y Cuidados Intensivos Pediátricos. Los docentes en esta rotación toman suma importancia por la adecuada capacitación que debe de tener el personal en general que rota por su servicio.

La segunda rotación fue la de Medicina Interna en la cual se atendió a pacientes adultos y adultos mayores, los cuales en muchos de los casos tienen ya una variedad de comorbilidades y acuden al hospital por consultorio externo o emergencia. De igual manera los casos más complicados o críticos están en el servicio de Cuidados Intermedios y Cuidados Intensivos. Las guardias que se realizan en el tópico de medicina son las experiencias más enriquecedoras puesto que se aprende de los pacientes que llegan con diversas patologías presentando los signos y síntomas característicos de estas mismas.

La tercera rotación fue la de Cirugía General en la cual se atendió a pacientes adultos y adultos mayores, los cuales acudían al hospital por emergencia o por consultorio externo, en el caso de los que acudían por emergencia por cuadros agudos que en muchos casos necesitaban ser sometidos a cirugías de emergencia lo antes posible, mientras que los que acudían por consultorio externo eran por cuadros crónicos que eran solucionados mediante cirugías programadas. El aprendizaje más importante en esta rotación fue la experiencia de entrar a sala de operaciones y asistir a diversas cirugías cada una con un diferente nivel de complejidad y duración.

La cuarta y última rotación fue la de Ginecología y Obstetricia en la cual se atendió a pacientes mujeres con patologías ginecológicas, así como a pacientes gestantes con

patologías propias de la gestación, se atendieron partos y cesáreas, y se atendieron a las puérperas durante su etapa postparto. Las pacientes acudían en su gran mayoría por tóxico de emergencia, con signos o síntomas de alarma para toda gestante durante su embarazo, motivo por el cual eran hospitalizadas en su mayoría para una adecuada monitorización y diagnóstico oportuno, de ser necesario de interrumpir el embarazo lo antes posible mediante una cesárea indicada por el especialista.

Todo este proceso de rotaciones se llevó a cabo con capacitaciones constantes tanto por parto de los docentes de la universidad, así como también de los residentes y médicos asistentes del hospital y centro de salud en los cuales se realizó el internado médico, la experiencia ganada, los conocimientos adquiridos y el prestigio profesional generado en esta etapa, hacen del internado médico una experiencia única en la vida del estudiante de Medicina Humana.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es la etapa más importante en la formación profesional del estudiante de Medicina Humana debido a su interacción constante con los pacientes y la atención de los problemas de salud de estos mismos.
2. El internado médico que se realiza en un hospital nacional genera un aprendizaje más amplio e integral que el generado en un centro de salud, debido a la casuística de sus pacientes, así como al grado de docencia que se imparte en un nosocomio.
3. El internado médico post pandemia del COVID-19 ha ido mejorando año tras año, sin embargo, aún falta ampliar el tiempo de realización y aumentar la cantidad de horas de docencia dentro del mismo internado.
4. El internado médico en el primer nivel de atención es de suma importancia para la formación de estudiante de medicina que está a puertas de ser un médico cirujano más y afrontar el Serums.
5. El internado médico permite al estudiante de medicina conocer un poco más sobre todas las especialidades médicas y quirúrgicas que tiene su profesión, para en un futuro próximo si este desea realizar su residentado médico en la especialidad que le haya impactado más durante el internado médico.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda ampliar la cantidad de horas y meses en las cuales se lleva a cabo el internado médico, siempre dentro de lo que la ley estipula, pero que se llegue a un año completo de formación.
2. Se recomienda ampliar el número de sedes hospitalarias para que los internos de medicina puedan realizar su internado en diferentes niveles de atención y hospitales de diferentes niveles de complejidad.
3. Se recomienda brindar siempre los adecuados equipos de protección para que se puedan cumplir las normativas de bioseguridad que se especifican en toda institución sanitaria.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. *Investigación en educación médica*. 2017 Mar;6(21):65-6.
- 2) Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. In *Anales de la Facultad de Medicina* 2016 Jan (Vol. 77, No. 1, pp. 31-38). UNMSM. Facultad de Medicina.
- 3) Silva MA, Sandoval DE, Duran JP. Caracterización de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica aguda. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2020 Nov 13;29(3):173-8.
- 4) Martínez Leyva L, Palomino Besada AB, Quesada Meneses E, Oliva Rey JC, Yanes Cicard A, Descalzo García Y. Características epidemiológicas y clínicas de pacientes con cirrosis hepática. *Revista cubana de medicina militar*. 2021 Dec;50(4).
- 5) Tsochatzis EA, Gerbes AL. Diagnosis and treatment of ascites. *Journal of hepatology*. 2017 Jul 1;67(1):184-5.
- 6) Tapia O. Pericarditis constrictiva tuberculosa: reporte de un caso y revisión de la literatura. *International Journal of Morphology*. 2012 Jun;30(2):696-700.
- 7) Pérez F, Valdes EA. Pancreatitis aguda: artículo de revisión. *Revista Médico Científica*. 2020 Oct 4;33(1):67-88.
- 8) Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, Feuerstein J, Flamm S, Gellad Z, Gerson L, Gupta S. American Gastroenterological Association Institute guideline on initial management of acute pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018 Mar 1;154(4):1096-101.
- 9) Collard M, Maggiori L. Tratamiento de la apendicitis aguda del adulto. *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo*. 2024 Feb 1;40(1):1-5.

- 10) Arvieux C, Mutter D, Varlet F. Appendicitis: Rapport présenté au 119e congrès français de chirurgie. John Libbey Eurotext; 2017.
- 11) Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Martínez DR, Ferrer Magadán CE, Méndez Jiménez O. Evaluación de la escala de Alvarado como herramienta diagnóstica en la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. 2020 Jun;59(2).
- 12) Flores-Mena MD. Apendicitis Aguda. Diagnóstico. 2020;59(4):213-7.
- 13) Silva RA. Obstrucción intestinal. Revista Médica Sinergia. 2016;1(10):3-7.
- 14) Baldassari EX, Portilla AP, Criollo LM. Obstrucción intestinal. Tesla Revista Científica. 2021.
- 15) Abarca C, Rojas OD, Soler IE, Sagues AC, Fuentes S, Castillo GR, Castillo DR. Revisión de técnicas quirúrgicas para tratamiento de luxación acromioclavicular aguda. Revista Confluencia. 2021 Dec 31;4(2):92-5.
- 16) Portilla VT, Segarra JL, Arias MG. Luxación acromioclavicular: tratamiento conservador. Recimundo. 2020 Feb 14;4(1):267-76.
- 17) Devlin CM, Simms MS, Maitland NJ. Benign prostatic hyperplasia—what do we know?. BJU international. 2021 Apr;127(4):389-99.
- 18) Miernik A, Gratzke C. Current treatment for benign prostatic hyperplasia. Deutsches Ärzteblatt International. 2020 Dec;117(49):843.
- 19) Nirupama R, Divyashree S, Janhavi P, Muthukumar SP, Ravindra PV. Preeclampsia: Pathophysiology and management. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. 2021 Feb 1;50(2):101975.
- 20) Yang Y, Le Ray I, Zhu J, Zhang J, Hua J, Reilly M. Preeclampsia prevalence, risk factors, and pregnancy outcomes in Sweden and China. JAMA Network Open. 2021 May 3;4(5):e218401-.
- 21) Valenti EA, Almada R, Rey AG. Distocia de hombros. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón—2011 [fecha de acceso 10 diciembre 2013]. <http://www.redalyc.org/articulo.oa>. 1996.
- 22) Nogales Lora F, Aguilar Díaz E, Ballesteros Quinto I. Distocia de hombros en paritorio: a propósito de un caso.

- 23) Bilqees Ara DZ, Ara F, Kakar P, Salam A, Aslam M. Atonic Uterus.
- 24) Miller HE, Ansari JR. Uterine atony. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2022 Apr 1;34(2):82-9.
- 25) Yilmaz MP. Uterine atony and associated hemorrhages. *Current approaches in obstetric hemorrhages*. 2022:417.
- 26) Ramírez Salinas Y, Zayas Illas A, Infante del Rey S, Ramírez Salinas YM, Mesa Castellanos I, Montoto Mayor V. Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016 Mar;42(1).
- 27) Silver AH, Nazif JM. Bronchiolitis. *Pediatrics in review*. 2019 Nov 1;40(11):568-76.
- 28) Kirolos A, Manti S, Blacow R, Tse G, Wilson T, Lister M, Cunningham S, Campbell A, Nair H, Reeves RM, Fernandes RM. A systematic review of clinical practice guidelines for the diagnosis and management of bronchiolitis. *The Journal of infectious diseases*. 2020 Nov 1;222(Supplement_7):S672-9.
- 29) Kennedy PG, Gershon AA. Características clínicas de la infección por el virus de la varicela-zóster. *laboratorio*.;1:20.
- 30) Liborio-Neto AO. Encefalitis aguda como complicación de varicela en niño. *Revista mexicana de pediatría*. 2019 Jun;86(3):119-22.
- 31) Ketenci A, Gochicoa-Rangel L, Yilmaz Ö. Pneumonia in Children. *Pediatric ENT Infections*. 2022:953-63.
- 32) de Benedictis FM, Kerem E, Chang AB, Colin AA, Zar HJ, Bush A. Complicated pneumonia in children. *The Lancet*. 2020 Sep 12;396(10253):786-98.
- 33) Mena Galviz LS, Carreño Almanzor FR, Cala Vecino LL. Etiological diagnosis of pneumonia: a problem of pediatric clinical practice. *Medicas UIS*. 2020 Apr;33(1):39-52.
- 34) Wu T, Wu Z, Li YP. Dengue fever and dengue virus in the People's Republic of China. *Reviews in Medical Virology*. 2022 Jan;32(1):e2245.
- 35) Bagcchi S. Dengue outbreak in Peru affects adults and children. *The Lancet Infectious Diseases*. 2023 Sep 1;23(9):e339.

36) Luque N, Cilloniz C, Pons MJ, Donaires F, Albornoz R, Mendocilla-Risco M, Espinoza M. Clinical-epidemiological characteristics of deaths due to dengue during an outbreak in northern Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2023 Jun 23;40:67-72.