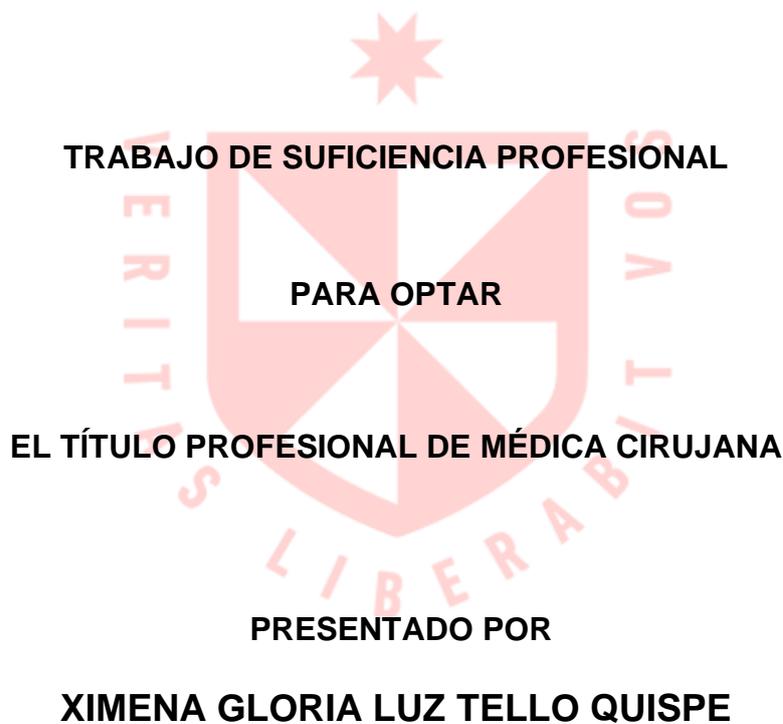


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO, CSMI “EL PORVENIR” Y EL
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ABRIL 2023 –
ENERO 2024**



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

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO, CSMI “EL PORVENIR” Y EL
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ABRIL 2023 –
ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

PRESENTADO POR

XIMENA GLORIA LUZ TELLO QUISPE

ASESOR

DR. MARCO ANTONIO GAMERO ROCA

LIMA – PERÚ

2024

JURADO

Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi familia, por ser mi motivación para culminar estos siete años de carrera, a los médicos docentes que compartieron sus conocimientos y experiencia conmigo, y a mis amigos cercanos los cuales me mostraron su apoyo incondicional durante esta etapa.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTO PROFESIONAL	1
I.1 ROTACIÓN DE PEDIATRIA	1
I.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	5
I.3 ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL	11
I.4 ROTACIÓN DE SALUD COMUNITARIA	16
I.5 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA	19
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	25
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	27
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	433
CAPITULO V: CONCLUSIONES	45
CAPITULO VI. RECOMENDACIONES	47
CAPITULO VII. FUNTES DE INFORMACIÓN	48

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo de suficiencia profesional es el reflejo de la labor del interno, que cursa su último año de carrera universitaria. Donde debe aplicar todo lo aprendido y mostrar su habilidad para captar nuevos conocimientos y técnicas que los profesionales del área de la salud enseñaran. El internado médico equivale a las prácticas preprofesionales, en donde se dará el desarrollo profesional y personal del futuro médico; humanizando, desarrollando valores afectivos, desarrollando la habilidad de trabajar en equipo, liderar un plan de trabajo y aprender a discernir entre riesgo beneficio del paciente. Es un trabajo de constante práctica en el manejo farmacológico como en los procedimientos de emergencia y paliativos para la vitalidad y calidad de vida del paciente. Posteriormente se hace una breve exposición del Hospital Nacional Dos de Mayo, CSMI “El Porvenir” y el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde se mencionan las labores de los internos durante su horario laboral. **Objetivo:** Dar conocimiento de los pasos a llegar para un buen diagnóstico y la elaboración del plan de trabajo para atender y curar al paciente. Acompañado de la experiencia del internado médico.

Metodología: Recolección de casos clínicos, obtenidos de los archivos de historias clínicas, con previo permiso del jefe de servicio.

Resultados: Seis casos clínicos del Hospital Nacional Dos de Mayo divididos en las áreas de Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General. El CSMI “El Porvenir” donde se describirán dos casos clínicos de salud comunitaria y el Instituto Nacional Perinatal, de donde se describirán dos casos clínicos de Gineco-obstetricia.

Conclusiones: Lograr ser capacitados para diagnosticar y tratar las enfermedades más frecuentes del Perú; identificar el pronóstico para dirigirlo a un plan de trabajo ambulatorio, hospitalario o derivado a un nosocomio de mayor nivel.

Palabras clave: Internado médico, experiencia, conocimientos.

ABSTRACT

Introduction: The present work on professional proficiency is the reflection of the work of the intern, who is in his last year of his university degree. Where you must apply everything, you have learned and show your ability to capture new knowledge and techniques that health professionals will teach. The medical internship is equivalent to pre-professional practices, where the professional and personal development of the future doctor will occur; humanizing, developing emotional values, developing the ability to work as a team, lead a work plan and learn to discern between risk and benefit for the patient. It is a work of constant practice in pharmacological management as well as in emergency and palliative procedures for the vitality and quality of life of the patient. Subsequently, a brief presentation of the Dos de Mayo National Hospital, CSMI “El Porvenir” and the National Maternal Perinatal Institute is made, where the work of the inmates during their working hours is mentioned.

Objective: Provide knowledge of the steps to be taken for a good diagnosis and the development of the work plan to care for and cure the patient. Accompanied by the medical internship experience. **Methodology:** Collection of clinical cases, obtained from medical records files, with prior permission from the head of service.

Results: Six clinical cases from the Dos de Mayo National Hospital divided into the areas of Pediatrics, Internal Medicine, and General Surgery. The CSMI “El Porvenir” where two clinical cases of community health will be described, and the National Perinatal Institute, where two clinical cases of Gynecology-obstetrics will be described.

Conclusions: Be able to be trained to diagnose and treat the most frequent diseases in Peru, identify the prognosis to direct it to an outpatient, hospital work plan or referred to a higher-level hospital.

Key words: Medical internship, experience, knowledge.

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MA YO, CSMI "EL PORVENIR" Y EL INSTIT	XIMENA GLORIA LUZ TELLO QUISPE

RECUENTO DE
PALABRAS
14130 Words

RECUENTO DE CARACTERES
80409 Characters

RECUENTO DE
PÁGINAS
59 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO
185.0KB

FECHA DE ENTREGA
May 14, 2024 10:31 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME
May 14, 2024 10:32 AM GMT-5

● 16% de similitud general

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- bibliográfico Material 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 médico inició el 01 de abril del 2023 en el Hospital Nacional Dos de Mayo, considerado un hospital nivel III-1, localizado en Av. Miguel Grau cuadra 13, frente al parque “Historia de la Medicina Peruana” en el distrito de Cercado de Lima. Esta etapa importante para todo estudiante de medicina, donde pone en práctica y consolida todos los conocimientos aprendidos en estos 6 años, acompañados de valores y habilidades que necesita todo médico; como respeto, humildad, empatía, prudencia y responsabilidad.

El internado médico duro 10 meses, los cuales fueron meses de aprendizaje y desarrollo profesional en 4 especialidades básicas y necesarias para todo médico general. Estas áreas son: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y gineco obstetricia.

La secuencia de las rotaciones es al azar; en mi caso, inicie con el servicio de Pediatría. Esta rotación se divide en hospitalización de pediatría, emergencia pediátrica y el servicio de neonatología. En hospitalización aprendimos el manejo de enfermedades comunes en niños como neumonía y sus diferentes agentes etiológicos, bronquiolitis, asma, infecciones del tracto urinario, diarrea infecciosa aguda, celulitis periorbitarias y abscesos periamigdalinos; como también manejo infantil para intoxicación de mercurio, manejo conjunto con gastroenterología infantil para niños con síndrome de intestino corto por atresias duodenales y manejo conjunto con oncoginecología. En emergencia pediátrica, aprendimos el manejo de rinofaringitis, faringoamigdalitis, terapias de rescate para crisis asmática o bronquiolitis y manejo para deshidratación. Finalmente, en neonatología aprendimos el manejo de sepsis neonatal, traumatismo del parto, encefalopatía hipóxico-isquémica, síndromes de dificultad respiratoria, infecciones como sífilis, citomegalovirus y herpes, hipoglicemia neonatal; por último, enfermedades digestivas como enterocolitis necrotizante y atresia esofágica.

La segunda rotación fue Medicina Interna, donde los doctores y residentes nos enseñaron a realizar una exhaustiva y profunda historia clínica, un buen examen físico y a solicitar exámenes auxiliares dirigidos. Así también a descartar enfermedades de mayor prevalencia en el Perú ante cualquier

síntoma probable, para no complicar a la enfermedad de base. Por otro lado, el servicio nos enseñó a dar un diagnóstico precoz y manejar adecuadamente el medio interno y externo del paciente, ya que la finalidad es dar un tratamiento integral. Las enfermedades más vistas fueron, cetoacidosis diabética, hemorragias digestivas, hiponatremias, neumonías extra e intrahospitalarias, crisis hipertensivas, mielomas múltiples, aplasias medulares, cánceres de hígado, pulmón y próstata, pie diabético, pancreatitis y continuar tratamiento con los pacientes de cuidado intensivos que estabilizados lo trasladaban al servicio.

La tercera rotación fue en el área de cirugía general, nos enseñó a identificar un abdomen agudo quirúrgico, para proceder con el abordaje ya mencionado. Las patologías que lo causaban era apendicitis aguda, obstrucción intestinal, hernia encarcelada, hemorroides trombosadas, colecistitis aguda, entre otras. Además, la preparación previa a la programación quirúrgica, como los riesgos anestesiológicos, cardiológicos y neumológicos principalmente, los cuales se agregaban las sugerencias de otros servicios dependiendo los antecedentes patológicos. También nos enseñaron sobre los cuidados posteriores al acto quirúrgico, los inmediatos que eran en unidad de recuperación, los posteriores en hospitalización del servicio y los cuidados que debía tener en casa. Finalmente, en emergencia nos enseñaron los tipos de puntos de sutura y las ocasiones que se utilizaría dependiendo la solución de continuidad evaluada.

La cuarta rotación fue atención primaria de salud, por la cual me retiré de la sede principal que era el Hospital nacional dos de mayo, y fui cambiada al centro de salud materno infantil El Porvenir, ubicado en Av. Sebastián Barranca La Victoria. Atender en el primer nivel de atención me permitió aprender a educar a la población, resolver una de sus necesidades básicas como lo es un buen estado de salud lo que permitiría continuar con sus actividades cotidianas; y se consolidó la confianza y la toma de decisiones en el tratamiento de los pacientes.

La quinta y última rotación consistió en ginecología y obstetricia, la rotación fue en hospitalización, centro obstétrico y emergencia. En emergencia evaluábamos a las pacientes e identificábamos si era manejo hospitalario, en

centro obstétrico o por consultorio externo. En hospitalización los doctores nos enseñaron el manejo post operatorio de los partos eutócicos y distócicos, procedimientos como aspiración manual endouterina, legrado uterino, histerectomías parciales y totales, miomectomía, polipectomías; por otro lado, nos enseñaron a controlar y vigilar a las pacientes con hiperémesis gravídica, amenaza de embarazo pre termino, amenaza de aborto, óbitos, embarazo ectópico en cicatriz de cesárea, corioamnionitis, embarazos gemelares por fertilización in vitro como espontáneos, además de complicaciones como infección del sitio operatorio de la cesárea, dehiscencia en las episiorrafias o hemorragias post parto.

En el centro obstétrico nos enseñaron las fases de la atención de parto el manejo y el monitoreo si era primigesta o multigesta, además de identificar el momento el cual se debería optar por cesárea de emergencia. En los consultorios externos se aprende cómo examinar correctamente áreas anatómicas como la mama para de esa forma detectar de forma precoz un posible cáncer de mama, también se realizan PAP que en muchas ocasiones ayuda a detectar cáncer de cérvix en etapas tempranas y de esa forma dar un tratamiento oportuno, y tratar de forma adecuada patologías como vulvovaginitis, infecciones de transmisión sexual, distopías y enfermedad pélvica inflamatoria.

CAPITULO I. TRAYECTO PROFESIONAL

A continuación, se presentarán 10 casos clínicos que fueron de aprendizaje en el diagnóstico y manejo durante las 5 rotaciones. Estas forman parte de las experiencias vividas durante el internado. Las rotaciones de pediatría, medicina -interna y cirugía general fueron realizadas en el Hospital Nacional Dos de Mayo; la rotación de salud comunitaria fue en el CSMI "El porvenir", y ginecología y obstetricia fue en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Todas estas fueron en el periodo de abril 2023 - enero 2024.

I.1 ROTACIÓN DE PEDIATRIA

La primera rotación del internado fue realizada en el Hospital Nacional Dos de Mayo, inició el 01 de abril y culminó el 31 de mayo del 2023. Las rotaciones incluyeron hospitalización y emergencia.

Caso Clínico N°1

Recién nacido a término de 40 semanas grande para edad gestacional masculino, producto de parto cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo, por antecedente ecográfico a las 39 semanas 4 días de feto grande a descartar macrosómico. Peso al nacimiento: 4450 gr (macrosómico). Enfermería reporta pobre succión e hipoactividad a las 3 horas de nacimiento. Antecedente madre diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad hace +- 3 años.

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 136 latido por minuto, frecuencia respiratoria: 57 respiraciones por minuto, Temperatura: 36°C

Al examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar \leq 2 segundos. No apnea. No tirajes.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no visceromegalia.

- Sistema Nervioso Central: Fontanela anterior normotensa, tono disminuido, reactivo a estímulos externos, Moro (+), Reflejo palmo-plantar (+), pobre succión al seno materno.

Plan: Se solicita hemoglucotest a las 2 y 4 horas del nacimiento, Calcio y Magnesio, por riesgo de trastorno metabólico por macrosomía fetal.

- Hemoglucotest 2hrs: 62 g/dl

Diagnóstico presuntivo es:

- Recién nacido a término de 40 semanas Grande para Edad Gestacional Masculino por parto por cesárea
- Macrosómico
- D/C Hipoglicemia neonatal

Plan diagnóstico: se solicita hemoglucotest a las 3 horas por reporte de hipoactividad de parte de enfermería. Resultado: 36.5g/dl

Plan de trabajo: Hospitalizar en UCI neonatal intermedios

Terapia farmacológica:

- NPO
- Dextrosa 10% 9cc EV en bolo STAT (se da 2cc/kg)
- Dextrosa 12% 100ml EV → 13.7cc/h (Valores considerados para manejo: peso: 4450 Volumen total: 80 cc /kg/d, Tratamiento: 6.6 cc/kg/d (Gluconato), Vev: 74 cc/kg/d, VIG: 6.2)
- Gluconato de calcio 4.5mg EV c/8horas, lento, diluido, suspender si frecuencia cardiaca es menor a 100lpm (se da 1mg/kg c/8horas, en caso el volumen endovenoso supere el 50% del Volumen total utilizado)
- Control de funciones vitales + Observación de Signos de Alarma + Balance Hidroelectrolítico
- Hemoglucotest control a la hora de inicio endovenoso, y luego cada 12 horas.
- Reevaluación con resultados

Interpretación de pruebas: Aunque según la literatura, se difiere en un punto de corte para hipoglicemia neonatal algunos señalan <45 mg/dl, otros <47

mg/dl. El HGT del paciente se encontraba bajo. No se solicita glucosa sérica, porque con un HGT bajo y clínica, se debe actuar rápido por las complicaciones propias de la hipoglicemia neonatal y sus repercusiones.

Diagnóstico definitivo

- Recién nacido a término de 40 semanas Grande para Edad Gestacional Masculino por parto por cesárea
- Macrosómico
- Hipoglicemia neonatal sintomática

Seguimiento

- HGT control a la hora: 73mg/dl
- HGT control a las 12 horas: 71mg/dl

Reevaluación: Paciente con mejora en la succión , tono adecuado, reactivo a estímulos Se iniciará reintroducción progresiva con leche materna.

Caso clínico N° 2

Padre ingresa con su hijo refiriendo que hace 5 días aproximadamente él presenta sensación de alza térmica y malestar general. 4 días antes del ingreso presentó fiebre de 38.9 que se controló parcialmente con panadol. Refiere que está asociado a náuseas y vómitos, además de dolor de cabeza, motivo por el cual acude a centro de salud y solo le vuelven a indicar paracetamol para controlar los síntomas. 3 días antes del ingreso presenta dolor en epigastrio y dolor articular. El día de ayer por la noche presenta epistaxis y sangrado al cepillarse los dientes es por lo cual es traído por emergencia del HNDM.

Antecedentes:

- Residen en Iquitos, acuden a Lima hace menos de 2 semanas de visita.
- Familiares: Padre con Diabetes mellitus
- Quirúrgicos: Niega

Funciones vitales: Presión Arterial: 110/85 mmHG, frecuencia cardiaca: 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 97%, Temperatura 37.5C°

Peso:28kg. Talla 130cm

Examen físico:

Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, regular estado de nutrición.

- Piel y faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regular intensidad, no soplos.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no visceromegalia.
- Aparato locomotor: Moviliza cuatro extremidades
- Neurológico: Lucido, orientado, no signos meníngeos, pupilas isocóricas y fotoreactivas

Diagnóstico presuntivo es:

- Dengue con signos de alarma

Plan de trabajo: Hemograma, Perfil hepático y Antígeno NS1

Resultados de laboratorio

- Hemograma: Leucocitos: 6000 Abastionados: 3% Segmentados 84% Linfocitos 12% Plaquetas 80000 Hbn:13.2g/dl
- Perfil hepático: AST:70 ALT:85 Fosfatasa alcalina:130 Bilirrubina total: 1.8 Bilirrubina directa: 1.1
- Antígeno NS1 (+)

Interpretación de pruebas: El hemograma no presenta alteración más que plaquetas, lo cual nos aleja un poco de una posible infección bacteriana al momento. Pero si es indicador de que al haber plaquetopenia esto explicaría el motivo por el cual hay epistaxis y sangrado de encías al momento de cepillarse los dientes. Se solicita Antígeno NS1 (+) el cual nos indica que el paciente presenta dengue y en este caso con signos de alarma.

Diagnóstico definitivo

- Dengue con signos de alarma

Plan de trabajo:

- Dieta líquida y blanda a voluntad
- Dextrosa al 5% 1000cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc → 30ml por hora
- Metilprednisolona 25mg EV c/6 horas
- Paracetamol 1g VO PRN a fiebre
- Control de funciones vitales y observar signos de alarmas
- Seguimiento Epidemiológico de Dengue: al paciente sobre todo por la epidemia que actualmente está dándose en nuestro contexto sociocultural.
- Informar a los familiares del paciente: La única forma de contagio es mediante la picadura de un zancudo y evitar lugares donde haya o abunden ellos. Así que el almacenar agua en un poso aumenta la cantidad de los mosquitos. Se explica a los familiares

I.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La rotación de Medicina Interna fue realizada en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se inició el 01 de junio y culminó el 31 de Julio, la rotación fue en hospitalización.

Caso Clínico N°1

Paciente ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo por referencia de Hospital Regional de Cañete para manejo del servicio de Hematología por el diagnóstico presuntivo de Mieloma Múltiple. Paciente de 56 años con tiempo de enfermedad +-1 mes de enfermedad que evidencia deposiciones oscuras por 3 días posteriormente a ello presenta constipación la cual no es resuelta por tratamiento farmacológico. Esto es acompañado de alza térmica ondulante. 10 días antes del ingreso presenta dolor tipo cólico de gran intensidad, se acompaña de cefalea opresiva en región frontal de intensidad moderada, junto a náuseas, vómitos y sensación de alza térmica. Al ingreso al nosocomio se realizan análisis auxiliares donde se evidencia

lesiones osteolíticas en rx de cráneo y pelvis, anemia (Hb:6.6), trombocitopenia (Pla:14000) y falla renal (Creat 3.2mg/dl).

Antecedentes:

- Lumbalgia crónica

Funciones vitales:

- Presión arterial: 110/80 mmHg, frecuencia cardiaca: 61 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 97%, Temperatura: 36 C°
- Examen físico:
 - Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. Palidez marcada. Se palpa hematoma de +-16cm en brazo y antebrazo derecho, hematoma de fovea 2+
 - TCSC: Edema bimaleolar ++/+++ Múltiples nódulos de 1 a 2cm móviles de consistencia blanda y algunas induradas, disperso en tronco y miembros superiores e inferiores, algunos de aspecto angiomatosos distribuidos en trayecto lineal en cara interna de muslo izquierdo. Nódulo adherido de aproximadamente 4cm a nivel de 8va costilla derecha
 - Linfático: Se palpa ganglio cervical de aproximadamente 2 x 2 cm de consistencia aumentada, con bordes definidos y móvil.
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos.
 - Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados.
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas.
 - Genito urinario: puño percusión lumbar negativo, punto renoureteral negativo. No globo vesical
 - Sistema nervioso central: Despierto, LOEP, EG:15/15. Pupilas CIRLA. No signos de focalización ni meníngeos. Obedece ordenes simples y complejas

Diagnostico presuntivo

- Gammapatia monoclonal: Mieloma Múltiple
- Síndrome mielodisplásico
- Mieloptisis
- Déficit de vitamina B12

Plan de trabajo:

- Diagnóstico: Rx Lumbar, cráneo y pelvis. Inmunoglobulinas cuantitativas (IgG, IgA, IgM). Hemograma completo, Perfil carencial (Fe sérico, Vitamina B12, Ferritina, Reticulocitos, ácido fólico) y Na⁺ K⁺ Ca⁺. Creatinina, albumina, Proteinuria 24 horas. Proteína C reactiva. Ecografía vesico prostática. Interconsulta con hematología y dermatología.
- Desfocalización: Interconsulta con odontología y Otorrinolaringología. Bk de orina, heces y esputo.

Resultados de laboratorio

- IgA:27.2 IgG:4.19 (ligeramente disminuido) IgM:19.6(disminuido)
- Cadena lambda libre:1460 (aumentada)
- Beta 2-microglobulina: 19.76 (elevada)
- Hemograma: Leucocitos: 1760 (mm³), Plaquetas: 11800 (mm³), Hb: 6.2
- Urea: 71.8 (mg/dL) 19,0 - 43,0
- Creatinina 2.80 (mg/dL) 0,66 - 1,25
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina: 16.1 (seg), Control de protrombina 13,6 (seg), Tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) 34,3 (seg), INR 1,02
- Sodio sérico 146,5 (mml/L) 137,0 - 145,0
- Calcio sérico corregido 8.88 (mmol/L) 8.5 - 10.2
- Proteína C reactiva: 50,2 (mg/L) 0,0 - 10,0
- Proteinuria: 2.8 (mg/dl) 0 – 14mg/dL

Resultado de imagen

- Rx lumbar, cráneo y pelvis: Se evidencian lesiones osteolíticas difusas.

Respuestas de interconsulta

- Hematología: Solicita aspirado de medula ósea donde se evidencian células plasmáticas compatibles con mieloma múltiple; citometría de flujo se encuentran 54% de células plasmáticas.
- Dermatología: Solicita biopsia de nódulos: plasmocitomas subcutáneos.
- Odontología y Otorrinolaringología: no se evidencian puntos de infección. Apto para iniciar tratamiento oncológico si fuera necesario.

Diagnósticos definitivos

- Mieloma Múltiple de cadenas ligeras LAMBDA: plasmocitomas subcutáneos
- Enfermedad Renal Crónica estadio II
- Adenopatía cervical
- Hemorragia digestiva alta

Tratamiento

- Dieta blanda a tolerancia con líquidos a voluntad
- Dexametasona 40mg + NaCl 100cc EV en 1 hora c/24h x 5 días
- Talidomida 100mg VO c/24h
- Eritropoyetina 20000 + NaCl 100cc EV en una hora c/7días
- Ranitidina 300mg VO c/24h
- Transfundir 5 unidades de plaquetas condicional a sangrado activo y/o cefalea.
- Alta con indicaciones: Asistir a sus controles por consultorio externo de hematología, para futuro tratamiento con bortezomib y filgrastim.

Caso Clínico N°2

Familiar refiere que hace +-18 horas durante un viaje interprovincial de Lima a Cusco, el paciente de 75 años presentó de manera brusca disartria, decaimiento de rostro en lado derecho, hemiparesia derecha, por lo cual lo traen al Hospital Nacional Dos de Mayo por emergencias. Además refiere que hace dos días presento dolor de pecho el cual cedió al reposo.

Antecedentes

- Hipertensión Arterial hace 12 años.
- Operado por hernia complicada con peritonitis en el año 2020
- Padre fallecido por Ca de páncreas
- Madre fallecida de ACV hemorrágico

Funciones vitales:

Presión arterial: 160/90 mmHg, frecuencia cardiaca: 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 98%, Temperatura: 36.5 C°

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas.
- Genito urinario: puño percusión lumbar negativo, punto renoureteral negativo
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, Escala Glasgow 15/15 (evalúa el nivel de conciencia), pupilas isocóricas fotoreactivas, hemiparesia derecha, disartria, fuerza 1/5, Reflejos osteotendinosos +1. Escala NIHSS:11 (escala clínica inicial sobre gravedad neurológica en ACV isquémico)

Diagnostico presuntivo

- Síndrome de Focalización: Descartar Accidente Cerebro Vascular isquémico vs Hemorrágico.

Plan de trabajo: Hemograma, Urea, Creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático, perfil lipídico, glucosa, encefalograma, TEM cerebral.

Resultados de laboratorio

- Hemograma: Leucocitos: 10026 (mm³), Plaquetas: 268400 (mm³), Hb: 14.20

- Urea: 36,3 (mg/dL) 19,0 - 43,0
- Creatinina 0,97 (mg/dL) 0,66 - 1,25
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina: 15,3 (seg), Control de protrombina 13,6 (seg), Tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) 32,7 (seg), INR 1,13
- Perfil hepático: Bilirrubina Total: 0.6, Bilirrubina Directa: 0.10, Bilirrubina Indirecta: 0.5, Albumina: 3.8, Globulina: 4.10
- Perfil lipídico: Triglicéridos: 210, Colesterol 263, HDL: 42, LDL: 116
- Glucosa 101,4 (mg/dL) 70 - 100
- Sodio sérico 139,5 (mmol/L) 137,0 - 145,0
- Cloro sérico 102,0 (mmol/L) 98,0 - 107,0
- Proteína C reactiva 12,2 (mg/L) 0,0 - 10,0

Resultado de prueba de imagen

- TEM cerebral sin contraste: STROKE isquémico ACM izquierda. se evidencia infarto antiguo región frontal derecha.

Diagnósticos definitivos

- Infarto cerebral isquémico
 - o Topografía: Cerebral medio izquierda
 - o Etiología: Aterosclerosis
 - o Secuela: Hemiparesia lado derecho.
- HTA controlada

Tratamiento:

- Dieta hiposódica
- Atorvastatina 80mg Vo c/24h
- Acido acetil salicílico 100mg c/24h
- Enalapril 10mg Vo C/24h
- Ranitidina 300mg VO c/24h
- Alta con indicaciones: Asistir a sus controles por consultorio externo de cardiología. Acudir a terapias de rehabilitación física y ejercicios para fortalecimiento muscular. Tratamiento preventivo, dieta y farmacológico, pues un accidente cerebro vascular transitorio es un

aviso importante de posibilidad de posteriores accidente cerebro vascular.

I.3 ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL

La rotación de Cirugía General fue realizada en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se inició el 01 de agosto y culminó el 31 de Setiembre, la rotación fue en hospitalización y emergencia

Caso Clínico N°1

Paciente ingresa refiriendo dolor en zona inguinal izquierda. Refiere que nota una masa en esa zona hace aproximadamente 1 mes que protruye al hacer algún tipo de esfuerzo. Niega algún otro síntoma.

Antecedentes:

- Diabetes mellitus desde 1993
- Apendicetomía (2013)
- Colectomía abierta (2018)
- Hernioplastia umbilical (2019)

Funciones vitales: Presión Arterial: 110/75 mmHg. Frecuencia cardiaca:78 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria:16 respiraciones por minuto. Temperatura: 37.1°C

Peso:73kg Talla:165cm IMC:26.5

Examen Físico

- Piel y Musculo esquelético: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.
- TCSC: No edemas
- Cardiovascular: RCR, no soplos,
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Linfático: No ganglios linfáticos palpables.
- Abdomen: B/D no doloroso a la palpación. No visceromegalia. No distendido. RHA +

- Locomotor: Moviliza 4 extremidades. Fuerza disminuida en MMII izq 3/5. Homans (-).
- Neurológico: Paciente lucido, orientado, Escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, pupilas isocóricas y fotoreactivas.
- Inguinal: Piel de caracteres habituales, al realizar maniobra de Valsalva se define dilatación del anillo inguinal profundo, con presencia de saco herniario de contenido graso en lado izquierdo.

Diagnostico diferencial:

- Hernia inguinal indirecta

Plan de trabajo: Hemograma, Perfil hepático, grupo y factor, perfil de coagulación, urea, creatinina, glucosa seriada por antecedentes de diabetes. Ecografía abdominal-pélvica.

Resultados de laboratorio:

- Hemograma: Hemoglobina: 13.5g/dl Hematocrito:40%
Leucocitos:6890 Abas:0 Segmentados:60.9% Plaquetas:322000
- Perfil hepático: Bilirrubina total:0.80 bilirrubina directa: 0.22 Bilirrubina indirecta: 0.58 Albumina 4.60 TGO:26.5 TGP 25.4 GGT:20.8 FA:130.70
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina: 13.7 INR:1.01
TTPA:30.9 Fibrinogeno:360
- Urea: 30 Creatinina:0.80
- Glucosa seriada:
 - o 2:00 pm: 110
 - o 22:00pm: 121.7
 - o 06:00 am: 98.7
 - o 11:00 am: 95.8

Interpretación de exámenes: Se le toman laboratorios de control al paciente como prequirúrgicos. Se solicita en especial glucosa seriada por el antecedente de diabetes del paciente previo sala de operaciones.

Resultados de ecografía

Region inguinal izquierda: Piel de caracteres habituales tos de caracteres habituales. Tras la maniobra de valsalva se define dilatacion del anillo inguinal

profundo de hasta 21x11mm a nivel de la region inguinal con presencia de saco herniario de 60x11x9mm de contenido graso. Estructuras vasculares de calibre y trayecto conservado.

Diagnóstica definitivo:

- Hernia inguinal indirecta izquierda

Tratamiento:

- Hernioplastia inguinal izquierda (Técnica de Lichtenstein).
- Analgesia
- Alta con indicaciones : Uso de faja que cubra zona donde sucedió el reparo anatómico por un mes. Dieta alta en fibra y que no provoquen estreñimiento por el riesgo de pujo o esfuerzo que podría causar una hernia recidiva.

Caso Clínico N°2

Paciente ingresa refiriendo dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio de intensidad moderada 7/10, asociado a náuseas y vómitos de 4 horas de evolución. No tolera alimentos. Refiere haber tomado una pastilla para su gastritis, niega fiebre, niega algún otro síntoma.

Antecedentes:

- Gastritis crónica (hace 8 años)
- Niega antecedentes quirúrgicos

Funciones vitales: Presión Arterial:110/75 mmHg. Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto.

Peso:59kg Talla:154cm

Examen Físico

- Piel y Musculo esquelético: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.
- Cardiología: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en bien en ambos hemitórax. Sibilantes inspiratorios y espiratorios. Subcrepitos bibasales, tirajes subcostales e intercostales.
- Linfático: No ganglios linfáticos palpables.
- Abdomen: B/D doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. No
- visceromegalia. No distendido. Ruidos hidroaéreos presentes. Signo Murphy positivo.
- Aparato locomotor: Moviliza 4 extremidades.
- Neurológico: Paciente lucido, orientado, Escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, pupilas isocóricas y fotoreactivas

Diagnostico diferencial:

- Colecistitis aguda
- Colelitiasis
- Pancreatitis

Plan de trabajo: Hemograma, Perfil hepático, perfil de coagulación, grupo y factor, urea y creatinina, PCR, amilasa y lipasa. Prueba rápida COVID. Ecografía abdominal.

Resultado de laboratorio:

- Hemograma: Hemoglobina: 11.6 Hematocrito: 34.34 Leucocitos: 5893 Abastoados: 0% Segmentados: 59.79% Plaquetas:492700
- Perfil hepático: Bilirrubina total: 0.3 Bilirrubina directa: 0.13 Albumina: 4 Globulina:4.7 TGO: 39.5 TGP:23.5 GGT:65.1 FA: 173.2
- Perfil de coagulación: Tiempo de protrombina:12.6 INR:0.92 TTPA:33.0 Fibrinógeno: 289
- Urea: 17.1 Creatinina:0.49 Glucosa:105 PCR: 14.1 Amilasa: 76.8 Lipasa: 61.2

Interpretación de exámenes de laboratorio: Sin alteraciones, lo cual nos aleja de una posible infección al momento u obstrucción colestásica.

Resultados de ecografía:

Hígado de forma, situación, movilidad normal. Ecoestructura homogénea y Ecogenicidad moderadamente incrementada. No lesiones ocupantes de espacio. Vías biliares intrahepáticas no dilatadas. LHD: 121.9 mm Vena Porta de: 8.5mm Colédoco de: 4.2 mm. Vesícula Biliar de bordes irregulares mide aproximadamente 99.1 mm x 43.4 mm. Pared delgada de 3.1 mm, en su interior se evidencian 6 imágenes hiperecogénicas, que dejan sombra acústica posterior, midiendo 23.9 X 15.1 mm la de mayor tamaño. Sugestivas de litiasis. Páncreas: Cabeza: 22mm. Cuerpo: 11.6 mm Cola: 13.7mm. Ecogenicidad conservada. Marco colónico con presencia de abundante patrón gaseoso a predominio de epigastrio.

Conclusión: Esteatosis hepática de grado moderado y Litiasis vesicular múltiple.

Diagnóstico definitivo:

- Litiasis vesicular
- Esteatosis Hepática Moderada

Tratamiento

- Colelaparoscopia + Colangio intraoperatoria por colecistitis subaguda.

Hallazgo operatorio: Vesícula biliar de 8x4 cm, paredes engrosadas acartonadas, empotrada en lecho hepático, plastronada por epiplón. Bilis fluida con detritus, múltiples litios, el mayor de +/- 14 mm. conducto cístico corto, arteria cística única. CIO: conducto cístico corto, colédoco de aproximadamente 5 mm de diámetro. No imágenes de sustracción. vía biliar intra y extrahepática no dilatadas.

Tratamiento postoperatorio:

- Deambulacion
- Analgesia
- Retirar puntos de sutura en 7 a 10 días en su centro de salud más cercano a su vivienda.
- Alta con indicaciones: dieta hipograsa, reposo por una semana y evitar ejercicio físico donde intervenga el esfuerzo durante 3 meses.

I.4 ROTACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

La rotación de Medicina Interna fue realizada en el Centro de Salud Materno Infantil, se inició el 1 de octubre y culminó el 30 de noviembre, la rotación fue en consultorio externo.

Caso clínico 1

Paciente masculino de 23 años acude a tópico del centro de salud, porque hace media hora fue atacado por perro a nivel de la pierna derecha, sin dueño aparente.

Funciones vitales: Presión Arterial:100/60 mmHg. Frecuencia cardiaca: 69 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto.

Peso:70kg Talla:166cm

Examen Físico

- Piel y Faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.
- Cardiología: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Linfático: No ganglios linfáticos palpables.
- Abdomen: B/D no doloroso a la palpación. No visceromegalia. No distendido. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Aparato locomotor: Moviliza 4 extremidades. Solución de continuidad de +-4cm en región lateral y en región medial +-2cm. Ambas sangrantes con eritema en bordes. No se evidencia exudado ni aumento de temperatura loca.
- Neurológico: Paciente lucido, orientado, Escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, pupilas isocóricas y fotoreactivas.

Diagnóstico definitivo:

- Mordedura de Perro

Plan: Control de hemorragia. Limpieza de la herida con clorhexidina. Inspección de lesiones vasculares. Completar ficha epidemiológica

Rp:

1. Inmunoglobulina antitetánica 250UI Intramuscular Dosis Única
2. Amoxicilina + Acido Clavulánico 500mg+125mg Tableta Vía oral cada 8 horas por 5 días
3. Indicaciones en casa: lavar herida diariamente con agua y jabón.
4. Acudir por emergencia si presenta: fiebre, cefalea, náuseas, vómitos, agitación, hiperactividad, sensación de punzadas en sitio de mordedura.
5. Alta y volver por consultorio externo en 5 días para control.

Caso clínico 2

Paciente varón de 72 años, acude por consultorio externo de medicina, por antecedente de acudir a tópico del centro de salud al presentar dolor de cabeza intenso, visión borrosa y nauseas.

Peso: 88kg Talla:165cm IMC:32

Antecedentes familiares:

- Madre: Hipertensión arterial.
- Padre: Hipertensión arterial.

Funciones vitales: Presión arterial: 180/120mmHg. Frecuencia cardiaca: 115 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.
- Tejido celular subcutáneo: No edemas.
- Tórax y Pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No se auscultan ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruido cardiaco rítmico de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Aumento de tejido adiposo en circunferencia abdominal. Blando depresible no doloroso. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Aparato locomotor: Movimiento de las 4 extremidades.

- Sistema nervioso central: Paciente lucido, orientado, Escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos, pupilas isocóricas y fotoreactivas.

Diagnóstico definitivo:

- Crisis Hipertensiva

Plan: Disminuir la presión arterial y posterior a ello monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial por tópicos mañana y tarde. Se solicita: Perfil lipídico y Glucosa en ayunas.

Manejo de emergencia

Se administra captopril 25mg sublingual y a la reevaluación en 30 minutos presión arterial en descenso. Se mantiene en observación 1 hora y su presión arterial de control fue 160/110mmHg y sin presencia de síntomas. Se le recomienda sacar cita por Medicina General para evaluación y se le indica captopril 25mg sublingual en caso de síntomas de irritación cortical, el cual si no cedía a los 30 minutos acudir a tópicos de centro de salud. Actualmente sin síntomas de irritación cortical.

Rp:

1. Captopril 25mg vía sublingual condicional a cefalea o visión borrosa o PA mayor igual a 190/110mmHg
2. Monitoreo de Presión arterial por una semana
3. Reevaluación por consultorio externo

Resultados de laboratorio: Glucosa:100mg/dl Colesterol:253mg/dl
LDL:98mg/dl HDL:35mg/dl Triglicéridos:183mg/dl

Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA)

	7/10	8/10	9/10	11/10	12/10	13/10	14/10
Mañana	140/90	145/85	145/80	155/85	145/80	160/85	150/90
Tarde	150/90	145/90	150/90	150/85	165/90	145/90	145/85

Paciente acude por reevaluación por medicina interna.

Diagnostico:

- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Prediabetes
- Obesidad Tipo I

Tratamiento:

- Dieta mediterránea
- Losartan 50mg tableta vía oral cada 24 horas
- Captopril 25mg tableta vía sublingual condicional a síntomas de irritación cortical y/o PA mayor igual 190/110
- Atorvastatina 20mg tableta vía oral cada 24 horas (todas las noches)
- Gemfibrozilo 600mg tableta vía oral cada 12 horas (media hora antes de cada comida)
- Se solicita evaluación cardiología en Hospital de referencia, en un mes iniciado tratamiento.

I.5 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA

La rotación de Ginecología y Obstetricia fue realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se inició el 01 de diciembre y culminó el 31 de enero, la rotación fue en hospitalización, tópico emergencia y centro obstétrico.

Caso clínico 1

Paciente mujer de 36 años menciona que desde hace 2 años presenta dolor a nivel pélvico y sangrado de tipo vaginal que aumenta con los años, usa 4 paños al día. Presenta sangrado hace 4 meses diariamente. Uso de paños diarios no cesa hasta el momento.

Antecedentes:

- Ginecológicos: G0 P0 Menarquia: 11 años RC: 15/irregular
- FUR: Hace 4 meses
- Dismenorrea : ++
- IRS: - NPS: -
- PAP: nunca
- Uso MAC: si (3m en tto) hace 3 años

- Alergia: Niega
- Familiares: niega
- Antecedentes patológicos: DM TIPO 2 (2023) Metformina 850mg vo c/24h,
- Obesidad mórbida (w:116kg)
- Antecedentes Quirúrgicos: niega

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, se evidencia palidez cutánea +/-+++
- Tejido celular subcutáneo: no edemas en MMII
- Mamas: Blandas, simétricas, no dolorosas, no masas, no secreciones por el pezón
- Abdomen: abundante panículo adiposo. Se palpa útero de aprox. 13 x 10 cm, leve dolor a la palpación
- Genitales Externos: No lesiones, se evidencia sangrados con coágulos
- Útero y cérvix: No evaluable
- Útero: Diferido No Relaciones Sexuales

Diagnósticos presuntivos

- Miomatosis uterina
- Neoplasia maligna de cérvix
- Pólipos uterinos

Plan de trabajo: Hemograma, perfil de coagulación, bioquímica, serológicos, examen de orina, urocultivo, Rx de tórax, ecografía abdominal

Resultados

- Hemograma: Hbn:8.5g/dl Hct:26.7% Leucocitos:8323 plaquetas: 346300
- Perfil de coagulación: TP:13.6 TTPA:33 INR:1
- Glucosa:113.2 Urea:19.4 Creatinina:0.59 T3 libre:3.79 T4:1.01 TSH:5.08
- Ca125:65.8
- Hemoglobina Glicosilada:5.94

- RPR: no reactivo. VIH: no reactivo HVBsag: no reactivo
- Examen de orina: No reactivo
- Urocultivo: negativo
- Ecografía abdominal: Útero en posición intermedia 146 x 58 mm. AD: se evidencia imagen anecogénica de 81 x 72 x 54 mm, volumen 167cm³, no se observan papilas y tabiques en su interior. Doppler (-). AI: no visualizable por interposición de asas intestinales. A nivel de fondo uterino se evidencia imagen anecogénica de 71 x 69 x 71 mm, con volumen de 160cm³ compatible con mioma subseroso. Doppler pélvico (+). A nivel del itsmo cercano al cérvix se evidencia imagen isoecogénica de 61 x 49 x 43 mm, volumen de 69cm³ compatible con mioma cervical
- Rx de tórax: Sin anomalías

Diagnósticos por exámenes auxiliares:

- Miomatosis uterina
- Quiste simple de anexo derecho

Plan: Riesgo quirúrgico

- Cardiología RQ II
- Anestesiología: ASA II

Diagnósticos definitivos:

- Miomatosis uterina
- Quiste simple de anexo derecho
- Diabetes Mellitus Tipo 2
- Obesidad mórbida
- Anemia Moderada

Tratamiento: Quirúrgico

- Histerectomía abdominal total
- Salpingooforectomía bilateral

Indicaciones postquirúrgicas

- Analgesia

- Antibioticoterapia por 5 días
- Control de funciones vitales
- Hacen conocimiento de signos de alarma

Caso Clínico 2

Gestante de 9 semanas 1 día, acude a Emergencia del INMP por náuseas y vómitos desde hace 15 días, que se intensifica el día de hoy. Niega pérdida de líquido amniótico, pérdida de sangrado vaginal, niega síntomas de irritación cortical. Escala PUQE: 9

Talla:162cm Peso:55kg

Funciones vitales

Presión arterial: 100/50mmHg Frecuencia cardiaca: 89 por minutos
Frecuencia respiratoria: 19 por minuto. Saturación: 98% Temperatura: 36.5°C

Examen físico:

- Piel: Tibia. Deshidratada. Elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Signo de pliegue (+)
- Mama: Blandas. No secretoras de leche
- Abdomen: RHA (+). Ocupado por útero grávido. Tono conservado. Blando depresible no doloroso.
- Genitales: externos, no evidencia de sangrado ni pérdida de líquido. Vagina amplia y elástica. Cérvix cerrado, largo y posterior. Útero AVF +-9cm. Anexo no masas.
- SNC: LOTEP. Escala Glasgow:15/15

Diagnostico:

1. Gestante 2 de 9semanas 1día por fecha de ultima menstruación
2. Hiperémesis Gravídica

Plan: Observación. Hidratación. Solicitan: Ecografía obstétrica y exámenes de laboratorio. Hospitalización.

Hidratación y tratamiento farmacológico

1. NPO: Nada por vía oral

2. NaCl 09% 1000ml → 500cc a chorro, luego xx gotas x min II frasco
3. NaCl 09% 1000ml + endovit 1amp → 45 gotas I frasco
4. Dextrosa 5% 1000cc + Nacl 20% 2amp + kcl 20% 1amp → 45 gotas I y II frasco
5. Dimenhidrinato 50mg EV cada 8 horas
6. Metoclopramida 10mg EV cada 8 horas
7. Omeprazol 40mg EV cada 24 horas
8. Control de funciones vitales + Balance Hidroeléctrico
9. Control obstétrico (Dinámica uterina + latidos cardiaco-fetales)
10. Control de peso diario

Resultados de ecografía obstétrica: ocupado por embrión de LCN 18mm con actividad cardiaca 159 por minuto. Gestación única activa de 8 semanas +3 días Ovario ecográficamente conservados.

Resultados de laboratorio:

- Hemograma: Hbn:10.3 Hct:31% Leu: 8200 Seg:77% Ab:0% Urea: 13 Creatinina: 0.48 TGO:17 TGP:19 Proteínas totales: 6.31 Albumina: 3.44 Globulina:2.87 Glucosa: 79 PCR: 1.3 BT:0.49 BI:0.19 BD:0.30
- Examen de orina: Leu:1-2 Nit(-)

Hospitalización día 1

Gestante refiere no haber presentado vómitos, pero si nauseas al olor de la comida que le llevaban a sus compañeras. PUQE: 7

Talla:162cm Peso:55Kg

Presión arterial: 100/60mmHg Frecuencia cardiaca: 85 por minutos
Frecuencia respiratoria: 19 por minuto. Saturación: 98% Temperatura: 36.6°C

Examen físico dirigido:

- Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Signo del pliegue (-)
- Abdomen: RHA (+) Ocupado por útero grávido. Tono conservado. Blando depresible no doloroso. Timpanismo (+)

- Genitales: externos, no evidencia de sangrado ni pérdida de líquido. Vagina amplia y elástica. Cérvix cerrado, largo y posterior. Útero AVF +-9cm. Anexo no masas.
- SNC: LOTEPE

RP:

1. Dieta seca fraccionada
2. Dextrosa 5% x1000 cc + Na Cl 20% 2 amp + KCl 20% 1 amp + Endovit 1 amp → 45 gotas x min l frasco
3. Dimenhidrinato 50mg EV cada 8 horas
4. Metoclopramida 10mg EV cada 8 horas
5. Control de funciones vitales
6. Balance hidroeléctrico
7. Control de peso diario

Segundo día de hospitalización al no presentar vómitos, pero si nauseas provocadas por olores fuertes, se procede a dar dieta seca y por via endovenosa: Dextrosa 5% x1000 cc + NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 1 amp + Endovit 1 amp → 45 gotas x min l frasco. Continua con fármacos mencionados anteriormente e indicaciones.

Tercer día de hospitalización, paciente refiere tolerar dieta seca, por lo que se procede a iniciar dieta blanda fraccionada continuando con hidratación y electrolitos via endovenoso, fármacos endovenoso e indicaciones.

Cuarto día de hospitalización, gestante se reincorpora a una dieta completa para observar si tolera, y el día de mañana darle de alta. PUQE:3

Quinto día de hospitalización, gestante tolera dieta completa, se le retira vía salinizada, y se le da de alta con vitamina B6 y doxilamina vía oral. PUQE:3. Peso: 59kg Se le explica que en el primer trimestre es normal que la paciente presenta nauseas, y vómitos esporádicos, los cuales deberían ceder al medicamento, de no ser así acudir por emergencia.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El proceso de elección de sedes para el internado médico inicia con la división de DIRIS de Lima y provincia, relacionado con el lugar de vivienda en la cual pertenezca cada estudiante, posterior a ello nuestra casa de estudio nos envía una lista donde menciona los convenios hospitalarios para realizar las practicas preprofesionales. Este procedimiento se realiza bajo el criterio de orden de mérito obtenido por parte del estudiante en su promoción.

La duración de las practicas preprofesionales es de diez meses desarrollado en el periodo 2023 al 2024. La malla curricular se basa en la rotación de las especialidades médicas: Pediatría (2 meses), Medicina interna (2 meses), Cirugía General (2 meses), Primer nivel de atención (2 meses), Ginecología y obstetricia (2 meses).

El nosocomio de elección fue Hospital Nacional Dos de Mayo, esta situación en la ciudad de Lima, en el distrito de Cercado de Lima, exactamente en Av. Miguel Grau cuadra 13, en parque "Historia de la Medicina Peruana". Se encuentra ubicado en una zona de fácil acceso. Es un Hospital nivel III-1, constituye al primer hospital en el Perú, que fue y es sede de la primera escuela de medicina nacional, y posteriormente todas las nuevas escuelas han solicitado campo clínico para la formación de los futuros profesionales médicos. Constituye un centro de referencia y contrarreferencia de niveles inferiores, sean hospitales de categorías menores y centros de salud de su jurisdicción.

Ofrece servicios de salud de calidad, con énfasis en patologías de alta complejidad. Priorizando la atención de la población más vulnerable y excluida, en todas las etapas de vida. Cuenta con los servicios de medicina general, traumatología, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía, neurología, oftalmología, oncología, endocrinología, cardiología, entre otros; equipos de alta tecnología en cuidado intensivos y medicina crítica. Dentro de sus instalaciones se cuenta con área de emergencia, sala de procedimiento quirúrgico mayor y menor, área de recuperación quirúrgica, sala de partos, área de hospitalización. Contamos con el departamento de diagnóstico por

imagen, que abarcar los servicios de radiología, tomografía, resonancia magnética, ecografía y medicina nuclear. También contamos con el departamento de banco de sangre y hemoterapia, que se encarga de proveer sangre segura y oportuna a los pacientes. Actualmente cuenta con el permiso de donador trasplantador de corazón, y en camino a la preparación de trasplante de intestino, hígado y riñón.

En este trabajo se destacará el último año de preparación del futuro médico, donde usara sus conocimientos y habilidades para cumplir con el mundo laboral; como lo que es la elaboración de una historia clínica, afianzar el vínculo médico – paciente y destreza clínico – quirúrgicas.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Pediatría

Caso Clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Hipoglicemia neonatal sintomática

Análisis:

El recién nacido presenta un cuadro clínico de hipoglicemia neonatal, los síntomas principales que presento fue pobre succión e hipoactividad a las 3 horas de nacimiento; los neonatos sanos presentan una caída esperada de la concentración de la glucosa en sangre después del nacimiento como parte de la transición fisiológica normal a la vida extrauterina, pero si ellos tienen un factor de riesgo como ser hijo de madre diabéticas, se prematuros tardíos o haber sido diagnosticados de una restricción del crecimiento intrauterino, estos suministros de glucosa son insuficientes (1).

En este caso como él presento macrosomía y tiene como antecedente de tener una madre diabética, experimenta hiperinsulinismo fetal y un mayor requerimiento periférica de glucosa (3). Esto significa que las elevaciones prolongadas de las concentraciones de glucosa materna provocan hiperglucemia fetal y sobreestimulación pancreática para aumentar la producción endógena de insulina fetal (2). Estos niveles elevados de insulina fetal persisten después del nacimiento y, en ausencia de una fuente exógena continua de glucosa, dan como resultado una mayor utilización de glucosa y concentraciones más bajas de glucosa en sangre (2).

Teniendo el conocimiento fisiopatológico de esta enfermedad, se procede a la evaluación. Según la Sociedad Endocrina Pediátrica, se recomienda realizar pruebas de detección a los neonatos con factores de riesgo o síntomas de hipoglicemia, en caso de que los resultados sean mayores a 50mg/dl en las primeras 48 horas de vida o 60mg/dl, posteriormente correr el riesgo de sufrir hipoglucemia persistente y requieren más estudios antes de ser dados de alta (4). La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda iniciar la

alimentación dentro de la primera hora de vida y realizar una prueba inicial de glucosa 30 minutos después de la primera alimentación con la finalidad que los niveles de glucosa en sangre se mantengan mayor a 40mg/Dl. La glucosa intravenosa se administra en forma de bolo de 200 mg/kg (dextrosa al 10% a 2 ml/kg), seguida de una infusión continua de dextrosa al 10% a 5 a 8 mg/kg por minuto (80 a 100 ml/kg por día). para mantener niveles de glucosa en sangre de 40 a 50 mg/dL. Los bebés que reciben infusiones intravenosas de dextrosa requieren una estrecha vigilancia con mediciones frecuentes de los niveles de glucosa en sangre, cada hora durante las primeras 12 horas y luego, con menor frecuencia, se alcanza un valor objetivo de glucosa. En los bebés de madres diabéticas, se pueden utilizar velocidades de infusión de glucosa más bajas, de 3 a 5 mg/kg/minuto, para minimizar la estimulación pancreática y la secreción endógena de insulina. Los bebés que requieren tasas más altas de dextrosa intravenosa (>12 a 16 mg/kg/minuto) o durante más de 5 días tienen más probabilidades de tener una causa persistente de hipoglucemia. Ambas mencionan que las concentraciones extremadamente bajas de glucosa en sangre en esta población pueden causar hasta daño cerebral, ya que se correlaciona con déficits del desarrollo neurológico a largo plazo (5).

En esta situación por la sintomatología del bebe, se realiza un hemoglucotest a las 2 horas, donde presento 65g/dl (mayor a 45mg/Dl) teniendo un riesgo de presente hipoglicemia en las horas posteriores. A la siguiente evaluación reportan hipoactividad marcada por lo que solicitan hemoglucotest nuevamente con un resultado de 36g/dl (menor a 45mg/dl) siendo catalogado como Hipoglicemia neonatal sintomática la cual inicia tratamiento con bolo de dextrosa al 10% STAT (dosis: 2cc/kg) posteriormente a una dosis de mantenimiento y acompañado de gluconato de calcio para prevenir el daño neurológico. Y posterior a ello su respectivo control con un hemoglucotest a la hora de inicio endovenoso, y luego cada 12 horas.

Caso Clínico N°2

Impresión diagnóstica:

- Dengue con signos de alarma

Análisis:

Menor de edad presente cuadro clínico compatible al dengue, una enfermedad viral transmitido por un artrópodo el *Aedes aegypti*. Acude con un factor de riesgo, que es la residencia en Iquitos, ya que al ser una zona tropical hay una gran cantidad de mosquitos y es una ciudad la cual ya está designada como endémica del dengue. La clínica de esta enfermedad principalmente es la fiebre con el dolor articular intenso, por ello su otro nombre es la “fiebre rompe huesos”. Esta enfermedad consiste en tres fases la febril, crítica y de recuperación (6) (7). Primero se produce una fiebre alta repentina entre 38 a 40°C que dura entre dos a siete días, y este puede ser acompañado mayormente de cefalea, náuseas y vómitos como fue en este caso. Pero en ocasiones se agrega enrojecimiento facial, eritema cutáneo, mialgias, artralgias, dolor de garganta, inyección conjuntival y anorexia.

El inicio de la fase crítica se anuncia por una rápida disminución del recuento de plaquetas y un aumento del hematocrito; un hallazgo importante es la leucopenia ya que en algún paciente baja 24 horas antes que el reencuentro de plaquetas. En caso de este paciente solo presento una trombocitopenia marcada que causo síntomas como epistaxis y sangrados en las encías; y por otro lado no presento daño en uno de los órganos dianas más afectados que es el hígado. Se solicito la prueba que detecta la proteína no estructural del virus del dengue el cual salió positivo.

Por acudir por el servicio de emergencia se estabilizó al paciente con hidratación endovenosa y evaluación de la tolerancia oral, al culminar este tratamiento será enviado con fármacos antipiréticos, el de elección es el paracetamol, y se contraindica el ácido acetilsalicílico y los AINES ya que aumentan el riesgo de manifestaciones hemorrágicas; y se educa y da indicaciones para la casa, como el reposo (7). El seguimiento epidemiológico es importante para evitar el contagio y dispersión de la enfermedad; al igual que el informar y educar a los familiares del paciente. Finalmente, la fase de recuperación implica la reabsorción gradual de líquido extravascular en dos o tres días (6). La otra forma de presentación que es menos común es el Dengue hemorrágico, en el cual en el tratamiento se agrega la transfusión de

paquetes globulares y/o plasma fresco congelado; además que el tratamiento es hospitalario (7).

III.2 Rotación en Medicina Interna

Caso Clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Mieloma Múltiple

Análisis:

El mieloma múltiple es un trastorno hematológico, un tipo de gammapatía monoclonal, es decir, son células plasmáticas clonales caracterizadas por el aumento anormal de paraproteínas, inmunoglobulinas monoclonales, que conduce a evidencia de daño específico en órganos diana (8). Estas pueden evidenciarse en sangre y orina. Es una enfermedad poco común que aparece en una edad media predominante en varones. El síntoma crónico más común es el dolor óseo mayormente en la zona lumbar y pélvica (8). Este paciente presenta como antecedente lumbalgia que en muchas oportunidades no cedía a medicamentos. Por lo general, tiene un inicio más subagudo e insidioso, pero ciertamente puede presentarse con síntomas graves o síntomas constitucionales (pérdida de peso y fatiga). Acompañado de resultados laboratoriales y radiográficos como la hipercalcemia, disfunción renal, anemia y evidencia de lesiones líticas en cráneo, pelvis y columna vertebral (8).

La Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN), donde la enfermedad se divide en mieloma latente (asintomático) o mieloma múltiple (sintomático), y el tratamiento y el manejo de cada categoría son muy diferentes. Por ser una patología con sintomatología inespecífica se realiza un análisis laboratorial completo solicitando los mismos análisis con los que vino el paciente del hospital referente: Hemograma completo, BUN, creatinina, electrolitos, albumina, niveles de calcio, proteinuria 24 horas y radiografía ósea (9). Si los resultados salen alterados, como fue en el caso se solicitan análisis más específicos como: LDH sérica, microglobulina beta -2, inmunoglobulinas séricas, electroforesis de proteínas séricas, de inmunofijación sérica y inmunofijación en orina; ensayo de cadenas ligeras libres en suero, FISH de

células plasmáticas y como principal el aspirado y biopsia unilateral de medula ósea incluida con la citometría de flujo y citogénica (9). Por ello si en el aspirado de medula ósea hay de resultado células plasmáticas clonales mayor o igual al 10% acompañado de un criterio CRAB (calcio sérico mayor a 0.25mmol/l, creatinina superior a 2mg/dl, hemoglobina inferior a 10g/dl, y una o más lesiones óseas líticas en la radiografía esquelética). En este caso clínica se evidencio la cadena lambda libre y la beta 2 microglobulina se encontraron aumentadas, en el hemograma se evidencio una pancitopenia, urea y creatinina aumentada, la proteína C reactiva estaba elevada, calcio en rangos normales y lesiones osteolíticas difusas en su radiografía de cráneo, pelvis y lumbar (9).

Su tratamiento inicial es evaluar el problema agudo que deba estabilizarse de inmediato. Luego se procede la estratificación del riesgo y la elegibilidad para el trasplante. La insuficiencia cardíaca III o IV generalmente se considera no elegible para trasplante (8). Los pacientes aptos para un trasplante suelen recibir terapia de inducción durante 3 o 4 meses para disminuir la carga tumoral. La terapia de inducción generalmente se iniciaría con cuatro ciclos de, bortezomib y dexametasona (10). Después de completar el ciclo, se debe iniciar y continuar la terapia de mantenimiento basada en inhibidores de proteasoma hasta la progresión de la enfermedad y según lo permita la tolerabilidad. Por ser un tratamiento quimioterapéutico se desfocaliza para enfermedades oportunistas antes de iniciar. Finalmente, los pacientes con MM parecen ser más propensos a infecciones, principalmente neumonía y pielonefritis, por lo que es importante evaluar la enfermedad recurrente (10).

Caso Clínico N°2

Impresión diagnóstica:

- Infarto cerebral isquémico

Análisis:

El accidente cerebrovascular isquémico se debe a un evento trombótico o embólico que provoca una disminución del flujo sanguíneo al cerebro (11). En un evento trombótico, el flujo sanguíneo al cerebro se obstruye dentro del vaso

sanguíneo debido a una disfunción dentro del propio vaso, generalmente secundaria a una enfermedad aterosclerótica, disección arterial, displasia fibromuscular o afección inflamatoria (11). En un evento embólico, los desechos de otras partes del cuerpo bloquean el flujo sanguíneo a través del vaso afectado. El infarto de la arteria cerebral media se correlaciona con una hemiparesia contralateral, parálisis facial y pérdida de sensibilidad en cara y extremidades; en ocasiones son acompañadas de disartria o afasia (11). Los familiares del paciente presentado refirieron estos síntomas por lo que los especialistas en salud activaron el protocolo de ACV.

Este protocolo consiste en que la evaluación dure un máximo de 60 minutos, que consiste una revisión rápida y efectiva de la vía aérea, respiración, circulación y signos vitales. En paralela se solicita una prueba de glucosa (Descarte de hipoglucemia), se solicita una tomografía computarizada simple de la cabeza dentro de los 20 minutos posteriores al suceso (Descarte de origen hemorrágico), luego se puede solicitar exámenes laboratoriales de rutina para conocer el estado de ingreso del paciente, las cuales incluyen electrocardiograma (ECG), troponina, hemograma completo, electrolitos, nitrógeno ureico en sangre (BUN), creatinina (Cr) y factores de coagulación (11). Se consulta los antecedentes personales y familiares al acompañante del paciente; en este caso padecía de hipertensión arterial hace 12 años, factor de riesgo para un ACV, y su madre que había fallecido por un ACV.

Al tomar los signos vitales, presentaba alterada la presión arterial y a nivel neurológico el paciente se encontraba orientado en tiempo, espacio y persona, disartria, la fuerza y reflejos osteotendinosos de sus extremidades se encuentra disminuida en el lado izquierdo; y en el lado derecho presenta hemiparesia. La escala NIHSS de 11, escala clínica inicial sobre gravedad neurológica en ACV isquémico, considerado un stroke moderado. En la tomografía cerebral se evidenció un accidente cerebro vascular isquémico en la arteria cerebral media izquierda, explicando los síntomas presentados; de probable etiología aterosclerótica por la dislipidemia. La finalidad en pacientes con una presión arterial menor a 220/120 mmHg requieren reducción de la presión arterial en las primeras 48 a 72 horas posteriores al accidente, por ello como tratamiento ambulatorio posterior al suceso, en este

caso usaremos un IECA; se indica una dieta hiposódica para reducir las complicaciones, una estatina por estar en el rango de 75 años y por sospecha de una enfermedad aterosclerótica, se recomienda dentro las 24 a 38 horas administrar antiplaquetarios orales para prevenir una recurrencia.

III.3 Rotación en Cirugía General

Caso Clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Hernia Inguinal indirecta

Análisis:

Las hernias inguinales mayormente son adquiridas, y tiene mayor riesgo los pacientes con antecedentes familiares de hernia (4 veces más); se observa que el aumento de la presión intraabdominal, como se observa en la obesidad, la tos crónica, el levantamiento de objetos pesados y el esfuerzo debido al estreñimiento, también desempeña un papel en el desarrollo de una hernia inguinal (12). La clínica clásica, que es un dolor agudo o crónico, en ocasiones se presenta un bulto en el área de la ingle que empeora con la actividad física o la tos; en caso el dolor fuera intenso y se acompaña de síntomas obstructivos es una emergencia quirúrgica, ya que estos síntomas serían causados por una hernia encarcelada o estrangulada (12). Este no es el caso ya que el paciente presentaba una molestia crónica en zona inguinal que aumentaba al esfuerzo. Al interrogatorio tenía de antecedente quirúrgico una hernioplastia realizada en menos de 5 años, al examinarlo se realiza la maniobra de Valsalva y se define dilatación del anillo inguinal profundo, con presencia de saco herniario de contenido graso en lado izquierdo.

Por no ser un abdomen quirúrgico se procede a programarlo para una cirugía en los próximos días, y se solicita los análisis prequirúrgicos que incluye el hemograma, grupo y factor, perfil de coagulación, urea, creatinina, glucosa seriada por antecedente de diabetes y perfil hepático. La ecografía abdomino-pélvica para justificar la reparación quirúrgica y define las medidas, que, en este caso, el anillo inguinal profundo de hasta 21x11mm y el saco herniario de 60x11x9mm de contenido graso sin comprometer estructuras vasculares. En

la literatura sugiere la resonancia magnética y la tomografía computarizada como mejores modalidades radiológicas, pero por sus altos costos, se solicita la ecografía. Aparte de ello se solicitan las interconsultas a neumología, cardiología y anestesiología.

Siendo la reparación quirúrgica el tratamiento definitivo, existen múltiples técnicas con diferentes perfiles de complicaciones y recurrencia (12). Hay un enfoque abierto y uno laparoscópico; en el paciente se usó un enfoque abierto de reparación protésica sin tensión llamado técnica de Lichtenstein (13). Previo a la cirugía se realiza la limpieza colónica un día antes de la cirugía programa y la profilaxis antibiótica con el protector gástrico. Luego de la cirugía se receta analgésicos horarios, se evalúa la tolerancia oral y luego de 24 horas se da alta con indicaciones como el uso de faja local por un mes y dieta alta en fibra.

Caso Clínico N°2

Impresión diagnóstica:

- Litiasis vesicular

Análisis:

La litiasis vesicular se refiere a los depósitos endurecidos de líquido digestivo, esta formación de depósitos corresponde a 3 vías: sobresaturación de colesterol, exceso de bilirrubina e hipomotilidad de la vesícula biliar (14). Dependiendo a esto tiene un conjunto de factores de riesgo como, la obesidad, la edad, sexo femenino, embarazo, genética, nutrición parenteral total, pérdida rápida de peso y ciertos medicamentos como anticonceptivos orales, clofibrato y análogos de la somatostatina (14).

Los cálculos pueden ser sintomáticos y asintomáticos. Los cálculos asintomáticos que se encuentran en una vesícula biliar normal y en un árbol biliar normal no necesitan tratamiento a menos que desarrollen síntomas. Los síntomas y complicaciones de la colelitiasis se producen cuando los cálculos obstruyen el conducto cístico, los conductos biliares o ambos. Si los cálculos biliares pasan a través del conducto cístico, el conducto biliar común y se desprenden de la ampolla de la porción distal del conducto biliar, la

pancreatitis aguda por cálculos biliares puede resultar de la acumulación de líquido y el aumento de la presión en los conductos pancreáticos y la activación in situ de las enzimas pancreáticas. En ocasiones, los cálculos biliares grandes perforan la pared de la vesícula biliar y crean una fístula entre la vesícula biliar y el intestino delgado o grueso, lo que produce obstrucción intestinal o íleo (14).

Los pacientes sintomáticos como este caso clínico presentan episodios intermitentes de dolor abdominal constante y agudo en el cuadrante superior derecho, ocasionado por la estimulación de la contracción vesicular como las comidas copiosas; a menudo asociado con náuseas y vómitos. El signo de Murphy positivo es la sensibilidad de la vesícula biliar que se refleja como dolor en el cuadrante superior derecho, este paciente presento este signo teniendo una mayor probabilidad de ser una colelitiasis, y alejándose de ser una pancreatitis que también se tenía como diagnóstico presuntivo.

En el plan de trabajo estuvieron los siguientes exámenes de laboratorio: hemograma completo, urea, creatinina, perfil de coagulación, lipasa, amilasa, fosfatasa alcalina, bilirrubina total, transaminasas, proteínas totales y fraccionadas, GGTP, PCR y análisis de orina; estos se recomiendan en la literatura para el diagnóstico y probable preparación a procedimiento quirúrgico. La ecografía sigue siendo la primera línea y la mejor modalidad de imagen para diagnosticar cálculos biliares. Los cálculos biliares en la ecografía tienen la apariencia de estructuras hiperecoicas dentro de la vesícula biliar con sombra acústica distal (14).

Los resultados de los análisis laboratoriales tomados, descartar un foco infeccioso o una obstrucción colestásica, y la ecografía diagnóstico litiasis vesicular múltiple y esteatosis hepática de grado moderado (14).

El tratamiento definitivo es la colelaparoscopia, que fue usada en este caso, y se retiró los múltiples cálculos encontrados los cuales había provocado el engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar. Antes de este tratamiento quirúrgico el paciente recibió una dosis de profilaxis antibiótica y un ayuno de 8 a 12 horas como sugiere actualmente la literatura (14). Como cuidados posteriores se indicaría analgésicos por vía oral y sugerencia higiénico

dietéticas. Pero a pesar del tratamiento quirúrgico existe el tratamiento médico con ácido ursodesoxicólico, que se usa para cálculo menos de 1cm con alto contenido de colesterol, y la terapia dura entre 9 a 12 meses (14).

III.4 Rotación en Primer nivel de Atención

Caso Clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Mordedura de Perro

Análisis:

La importancia de hacer un buen manejo al atender una mordedura de un animal, en mayor porcentaje acuden por mordedura de perro callejero, es para evitar la transmisión del virus de la rabia (15). Esta es una zoonosis que puede causar encefalomiелitis aguda en todos los animales mamíferos incluyendo al ser humano, siendo mortal cuando no hay un tratamiento oportuno (15). Se le llama tratamiento oportuno cuando se inicia en el periodo de incubación, se dice dentro de los primeros 25 días después de la exposición, se le considera no oportuno cuando se inicia en los pródromos de la enfermedad que es entre los 30 a 45 días después de la exposición al virus y se considera un tratamiento ineficaz cuando está en el periodo de estado que es desde los 48 días en adelante la cual hay una alta probabilidad de que el fin de la enfermedad sea la muerte (15).

Por ser altamente mortal al no seguir un tratamiento en el momento adecuado se ha hecho un flujograma por el estado, Por un lado, se notifica y registra el accidente e investiga si el atacante esta al día en sus vacunas. Se realiza la atención de la herida lavándola con agua y jabón o cualquier antiséptico viricida, y se recomienda no realizar suturas y en caso fuera necesaria, estén flojas y solo puntos para afrontar no suturar (15). Debemos clasificar la exposición según el riesgo, puede no haber, como ser leve o grave. En el caso de la grave requiere Profilaxis antirrábica humana sin excepción; y para definirla depende de la localización si las heridas se encuentran próximas al sistema nervioso central, si se evidencia sangrado o no, si es única o múltiple, y en especial la probabilidad epidemiológica que el animal tenga rabia (15).

La profilaxis antirrábica humana consiste en la administración de la vacuna cultivo celular entre 0.5 a 1ml en los días 0,3,7,14 y 28 de la exposición; se administra por vía intramuscular en el deltoides; se indicará también tratamiento antibiótico vía oral por ser una herida abierta y expuesta a los gérmenes del ambiente (15).

Caso Clínico N°2

Impresión diagnóstica:

- Crisis Hipertensiva

Análisis:

Es un aumento repentino y grave de la presión arterial superior a 180/120 mmHg; una crisis hipertensiva es una emergencia médica ya que se asocia a daño del órgano diana (17). Estos pueden incluir edema pulmonar, isquemia cardíaca, déficits neurológicos, insuficiencia renal aguda, disección aórtica y eclampsia (17). Esta debe reducirse gradualmente para evitar la disfunción del cerebro debido a una baja perfusión, pero si tiene un empeoramiento agudo de la función de los órganos, entonces es necesario reducir agresivamente la presión arterial (16). Los síntomas con lo que llega el paciente a emergencia son dolor de cabeza, mareos, alteración del estado mental, dificultad para respirar, dolor en el pecho, disminución de la producción de orina, vómitos o cambios en la visión justifican una evaluación adicional.

En el manejo se busca reducir la presión arterial en un 25 % en la primera hora y luego a 160/100 durante las siguientes 2 a 6 horas, y luego gradualmente hasta normalizar durante 2 días (16). Se pueden utilizar varios agentes, pero la característica unificadora es que actúan rápidamente y son fácilmente titulables. Después del tratamiento agudo, se sugiere un control más adecuado de la presión arterial para reducir la morbilidad y la mortalidad (16).

El manejo de emergencias hipertensivas también depende de los síntomas y signos presentes. Una vez que se determina que existe o es probable que exista una verdadera emergencia hipertensiva, pueden ser útiles pruebas de

laboratorio como paneles metabólicos, análisis de orina, péptido natriurético B y enzimas cardíacas (16). En el caso de este paciente, respondió al IECA de elección, captopril, y se resolvieron los síntomas por lo cual acudió a emergencia del centro médico, se solicitó exámenes de laboratorio, los cuales dieron los siguientes diagnósticos ya mencionado y se inició tratamiento principalmente con un ARA II horario, para mantener la presión arterial en rangos normales, con una estatina para disminuir el colesterol, un fibrato para disminuir los triglicéridos, se coordinó con nutrición para el cambio de dieta, y envió solicitud al hospital de referencia para cita de control con cardiología.

Por ser un centro de salud de categoría menor no se solicitó más exámenes ya que se pudo controlar la emergencia, pero se recomienda un ECG en cualquier paciente con sospecha de isquemia cardíaca. Al igual que una tomografía computarizada (TC) de la cabeza en pacientes con síntomas o signos neurológicos agudos en un examen. Una radiografía de tórax puede resultar útil en pacientes con dificultad para respirar y puede mostrar un ensanchamiento del mediastino en el contexto de una disección aórtica, pero este es un marcador relativamente insensible, y se debe obtener una angiografía por tomografía computarizada del tórax y el abdomen para descartar o confirmar una disección y determinar la extensión. del desgarro de la íntima. Si bien el órgano diana específico afectado puede dictar algunos aspectos específicos del tratamiento, la reducción de la presión arterial es la base del tratamiento para las emergencias hipertensivas (16).

III.5 Rotación en Ginecología y obstetricia

Caso Clínico N°1

Impresión diagnóstica:

- Miomatosis uterina

Análisis:

Son tumores benignos más frecuentes de las mujeres, las cuales el 30% son asintomáticos y el resto sintomáticos (18). La paciente acude por la molestia principal que es el sangrado anormal, en ocasiones es acompañado por dispareunia, dolor pélvico, problemas intestinales, síntomas urinarios o signos

y síntomas relacionados con la anemia. Por ello, en el caso de este paciente se solicitó un hemograma completo para ver si la pérdida sanguínea ha sido controlada o restaurada, y descartar si hubiera una infección que pueda empeorar el cuadro.

Se debe realizar un examen con espéculo con examen bimanual para descartar cualquier patología vaginal o cervical, así como evaluar el tamaño y forma de los órganos reproductores femeninos. Un útero grande y asimétrico que se siente en el examen es indicativo de fibromas. Como exámenes auxiliares se solicita, b-HCG para descartar un embarazo, hemograma completo para descartar un grado severo de anemia o trombocitopenia, TSH y prolactina para evaluar las causas no estructurales (20). En mujeres mayores de 35 años se sugiere biopsia de endometrio (20). Una ecografía transvaginal es el gold estándar, con una infusión de solución salina aumenta la sensibilidad de la detección de fibromas subserosos e intramurales (20). Otro examen de imagen es la histeroscopia, donde se visualiza mejor los miomas y elimina de manera directa los crecimientos intrauterinos durante el procedimiento (20).

Su manejo farmacológico consiste en los anticonceptivos hormonales (PAO y DIU) que tienen de finalidad disminuir la gravedad del sangrado y los síntomas de dolor, también están los agonistas de GnRH, este actúa a nivel de la glándula pituitaria para disminuir el tamaño del útero, y por los antiinflamatorios no esteroideos que disminuyen de igual manera el sangrado menstrual abundante y los dolores. En caso se controlará las molestias con estos fármacos se procede a la terapia quirúrgica definitiva, que es la histerectomía la cual fue usada en esta paciente (20).

Caso Clínico N°2

Impresión diagnóstica:

- Hiperémesis gravídica

Análisis:

Es el cuadro común de náuseas y vómitos de una gestante a una intensidad severa, que producen deshidratación, pérdida de peso mayor del 5 %,

cetonuria y desequilibrio metabólico y electrolítico (19). Esta sintomatología es más frecuente en el primer trimestre de embarazo, o también dicen otras literaturas antes de las 20 semanas, como fue en esta paciente la cual tenía 9 semanas de gestación con un tiempo de enfermedad de 15 días la cual impedía realizar sus actividades diarias y su pareja evidencia una baja de peso brusca. Antes de realizar el diagnóstico debe descartarse patologías gastrointestinales, metabólicas, renales y psiquiátricas.

Para realizar la evaluación de la paciente se inicia con la anamnesis, en la cual una manera de cuantificar la mejoría del paciente y eficacia del tratamiento se estableció la escala PUQE, la cual pone un valor del grado de hiperémesis con la que llega la paciente (leve, menor a 6 puntos; moderado de 7 a 12 puntos y grave mayor a 13 puntos) esta se realiza con 3 preguntas: ¿durante cuánto tiempo se siente nauseosa? ¿Cuántas veces vomita? ¿Cuántas veces tiene arcadas sin llegar al vomito? Y dependiendo a cada respuesta se pone un puntaje (21). El examen físico debe incluir la frecuencia cardíaca fetal (según la edad gestacional) y un examen del estado de los líquidos, incluido un examen de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la sequedad de las membranas mucosas, el llenado capilar y la turgencia de la piel. Se debe obtener el peso del paciente para compararlo con pesos anteriores y futuros (21). Si está indicado, se debe realizar un examen abdominal y pélvico para determinar la presencia o ausencia de dolor a la palpación (21).

Nos apoyamos a exámenes de laboratorio, análisis de orina para verificar la cetonuria y la gravedad específica, hemograma completo ya que una elevación de hemoglobina puede deberse a una hemoconcentración en el contexto de deshidratación, los electrolitos porque el potasio, el calcio, el magnesio, el sodio y el bicarbonato pueden verse afectados por ataques prolongados de vómitos y una ingesta oral reducida de líquidos, y por último la creatinina sérica y nitrógeno ureico para evaluar si en caso la deshidratación causo lesiones renales. Para descartar otras patologías, se solicita paralelamente un perfil hepático, tiroideo y pancreático, se recomienda una resonancia magnética para descartar apendicitis en esta etapa, pero por su alto costo y poca accesibilidad a este, se realiza con un ultrasonido. En el caso

clínico menciona que la paciente ingresa a emergencia con un puntaje de 9 en la escala PUQE y pesando 55kg; y se va de alta con 3 puntos en la escala PUQE y pesando 59kg. Se realiza los análisis y exámenes auxiliares mencionado anteriormente descartando otro tipo de patología.

Su manejo incluye medidas generales y medicamentos específicos según el grado de los síntomas. Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) el tratamiento inicial debe comenzar con intervenciones no farmacológicas, como cambiar las vitaminas prenatales del paciente a suplementos de ácido fólico únicamente, usar suplementos de jengibre (250 mg por vía oral 4 veces al día) según sea necesario y aplicar pulseras de acupresión (21). Si el paciente continúa experimentando síntomas importantes, el tratamiento farmacológico de primera línea debe incluir una combinación de vitamina B6 (piridoxina) y doxilamina (21).

Los medicamentos de segunda línea incluyen antihistamínicos y antagonistas de la dopamina, como dimenhidrinato, 25 a 50 mg cada 4 a 6 horas por vía oral, difenhidramina, 25 a 50 mg cada 4 a 6 horas por vía oral, proclorperazina, 25 mg cada 12 horas por vía rectal, o prometazina, 12,5 a 25 mg cada 4 a 6 horas por vía oral o rectal. Si el paciente continúa experimentando síntomas importantes sin mostrar signos de deshidratación, se puede administrar metoclopramida (21). En caso de deshidratación, se deben administrar bolos de líquidos por vía intravenosa o infusiones continuas de solución salina normal además de metoclopramida; y los electrolitos deben reemplazarse según sea necesario (21).

En este caso como la paciente no toleraba la vía oral se procedió a iniciar con el tratamiento endovenoso reponiendo electrolitos, posterior a ello el uso de dimenhidrinato para calmar los vómitos y la metoclopramida para mantener el sistema digestivo evacuado, omeprazol como protector gástrico y acompañado de las medidas generales como el estar en reposo, y el control de funciones vitales, dinámica uterina y latidos cardiacos fetales. El día siguiente se probaría la tolerancia oral, que sería una dieta rica en proteínas y carbohidratos secos varias veces al día, no comidas muy condimentadas,

fritas o grasosas, ni olores intensos. Luego de 5 días de tratamiento se pasa a medicación via oral para ser dada de alta como se hizo.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante el internado, tuvimos la oportunidad de trabajar en 5 especialidades. Serán mencionadas posteriormente.

En el servicio de Pediatría, se dividió en Hospitalización, consultorio externo, emergencia, cirugía pediátrica y neonatología. En hospitalización había un aproximado de 20 camas, a cargo de 6 médicos, 1 residente y 8 internos. Estas estaban divididas en 2 sectores; el sector A, donde se internaban niños con enfermedades respiratorias y sector B que se internaban los pacientes con enfermedades no respiratorias, como diarrea infecciosa aguda, infección urinaria, celulitis y/o abscesos. Hubo 4 internos por cada sector los cuales se encargaban de tomar las funciones vitales, evaluar subjetiva y objetivamente. La residente se encargaba de evaluar nuevamente a los pacientes de ambos sectores, y plantear sus diagnósticos, finalmente los 3 asistentes de pediatría de cada sector se encargaban de confirmar nuevamente la historia clínica y hacer el plan de trabajo. Como internos debíamos estar atentos a que el plan de trabajo sea realizado, para un alta pronta del paciente.

A diferencia de emergencia pediátrica, eran 4 internos, 2 residentes y 1 asistente; y un incontable número de pacientes independientemente del día, podían llegar de 30 a 60 pacientes diarios. Nuestra función como internos era dar prioridad, hacer una historia clínica y un examen físico rápido y eficiente, además de presentar un plan de trabajo al residente a cargo, el cual después de su revisión sería presentado al asistente; aparte de ello informar y educar a los padres de familia, para prevenir enfermedades de sus hijos. En neonatología, rotamos en hospitalización, donde se encontraba la unidad de cuidados intensivos I y II, alojamiento conjunto y centro obstétrico. Fuimos dos internos por servicio, a cargo de un residente por servicio y un asistente.

En hospitalización nos encargábamos de tomar las funciones vitales y realizábamos el examen físico acompañado de nuestros residentes, ellos nos enseñaron a calcular las dosis de medicamentos, de los tipos de fórmula que se daba. En centro obstétrico nuestros turnos eran guardia diurna y una guardia nocturna, dividido en distintos días, el cual aprendimos la atención inmediata al recién nacido sano, o con comorbilidad fetal o materna.

En medicina interna, rotamos por el área de hospitalización. Aquí la dividen en salas femeninas y masculinas, con sus respectivos nombres como “Santa Ana”, “Santo Toribio”, “Julián Arce”, “San Andrés” y “San Pedro”; este último fue la sala donde me toco rotar a mí. La sala San Pedro, es una sala masculina, que cuenta con 32 camas, 4 camas para cada interno. Nuestra función era medir las funciones vitales, hacer un exhaustivo relato de la historia clínica, directa, indirecta y mixta. Relacionado a esta historia clínica, dirigíamos nuestro examen físico junto y a supervisión del residente a cargo. Nuestros asistentes planteaban el plan de trabajo de manera didáctica y pedagógica, y posterior a ello, nosotros vigilábamos que el plan se realice de manera inmediata.

El servicio de cirugía general se dividía en 4 salas de hospitalización. Estas se dividían por los órganos operados, vesícula y vías biliares, colon y recto, páncreas e intestino delgado, y tejido celular subcutáneo. En todos los pacientes la preparación prequirúrgica era la misma, solicitar a las diferentes especialidades el riesgo cardiológico, neumológico y anestesiológico; y cumplir con las recomendaciones y solicitudes del anestesiólogo dependiendo los factores de riesgo y antecedentes patológicos que presentaba cada paciente. Los asistentes y residentes permitieron ingresar y participar en las diversas cirugías de diferente complejidad y duración.

En el primer nivel de atención, nos hacían participar en las diversas campañas de salud para los pacientes de la jurisdicción que abarcaba. En ellas promocionábamos y preveníamos las enfermedades y cuidados para evitarlas. Fue una experiencia enriquecedora ya que acudían paciente con patologías que como médico general podíamos tratar, como otras más complejas que necesitábamos el apoyo de un especialista, por el cual hacíamos una referencia para el hospital más cercano y de mayor nivel para culminar con el padecimiento del paciente.

En ginecología y obstetricia cambie de sede al Instituto Nacional Materno Perinatal, en el cual se roto por el área de hospitalización, emergencia y centro obstétrico. El área de hospitalización de obstetricia estaba dividida en 4 salas; las cuales rotamos dos semanas por cada una. La sala A, se encargaba de

los embarazos adolescentes, la sala B eran las pacientes que habían ingresado por un cuadro hemorrágico o en la culminación de su embarazo había una alta probabilidad de hemorragia, la sala C se monitorizaba pacientes con preeclampsia o eclampsia y la sala D se encargaba de las infecciones en la gestación y posteriores a ella. Un día a la semana nos tocaba emergencia donde nos enseñaron a priorizar y categorizar a las pacientes que debían hospitalizarse, dar tratamiento ambulatorio, pasar a cirugía o pasar a centro obstétrico, donde también rotábamos una vez por semana.

En centro obstétrico monitorizábamos a las gestantes en fase de dilatación, con ayuda del residente y asistente a cargo realizábamos la fase de expulsión y alumbramiento del parto; y realizábamos el control puerperal inmediato a todas ellas, para dirigir las a hospitalización o seguirlas monitorizándolas si no están estables o el útero no está correctamente contraído. En el área de ginecología se rota una semana, la cual se comparte con una de las semanas de rotación de obstetricia; en este evaluábamos a las pacientes para una pronta cirugía como la histerectomía, mastectomía, biopsia, entre otras. Nuestros asistentes y residentes nos daban la oportunidad de acompañarlos en las cirugías y darle seguimiento hasta su alta.

CAPITULO V: CONCLUSIONES

1. Realizar el internado médico en el Hospital Nacional Dos de Mayo, sede de gran complejidad y referente de muchos hospitales de provincia y del departamento de Lima, permitió a los futuros egresantes poder conocer enfermedades más raras y complejas, interpretar sus exámenes auxiliares, y el saber cómo actuar ante sospecha de alguna de ella. Por otro lado, las enfermedades comunes estacionales del año eran de gran numero las cuales reforzaron la practica para su diagnóstico y tratamiento.
2. El ser un hospital docente, reforzaron los conocimientos en semiología, en tener una gran seguridad de haber diagnosticado una enfermedad e iniciar tratamiento si en caso no estuviéramos al alcance de solicitar exámenes auxiliares. Nos capacitó para realizar procedimientos con materiales básicos que tendríamos en nuestra próxima experiencia profesional, el SERUM.
3. El internado medico consolida los conocimientos teóricos los cuales formó la universidad, ayuda a comprender la evolución de la enfermedad, relacionando los temas de ciencias básicas con la clínica del paciente. Permite definir la personalidad y la forma de actuar hacia distintas adversidades propias y de los pacientes.
4. Nos brindaron un cronograma de actividades académicas realizadas en los 4 servicios hospitalarios los cuales fueron de constancia diaria, que estuvieron repartidas en un tema conceptual presentando un caso clínico al cual se le daba seguimiento. Esto enriqueció nuestro conocimiento tanto en el diagnóstico como el tratamiento que se pudieron dar gracias a los bienes y servicios que tuvimos a disposición inmediata. Los coordinadores universitarios se mantuvieron en contacto con los estudiantes en todo momento, preocupándose porque nuestra estadía cumpliera con las expectativas de buen aprendizaje y experiencia.

5. La rotación en el centro de salud de categoría I-3, el cual cuenta con múltiples especialidades que nos dieron la oportunidad de rotar y distinguir el tratamiento que se podía realizar en cada una de ellas y en caso fuese necesario, hacer la derivación al hospital de mayor nivel correspondiente.

CAPITULO VI. RECOMENDACIONES

1. El porcentaje de presupuesto que da el estado al servicio de salud no cubre muchas de las necesidades de la población que acude a atenderse en el nosocomio. Se recomendaría que las autoridades puedan cambiar este aspecto, aumentando su presupuesto en lugares de referencia como el Hospital Nacional Dos de Mayo, o en los hospitales de distrito puedan incluir los servicios que faltan y hay mayor demanda allí, para poder desaturar los servicios de esta institución.
2. El interno de medicina está la mayor parte de su día en el Hospital, recomendaríamos crear espacios y ambientarlos en un lugar de estudio, pausas activas y descanso.
3. En este caso el internado duro 10 meses, recomendaría que este vuelva a ser de 12 meses únicamente en el ámbito hospitalario.

CAPITULO VII. FUNTES DE INFORMACIÓN

1. Sobrero H, Pizzorno N, Alonso C, Caillabet A, Dendi Á, Moraes M, et al. Prevención de hipoglicemia neonatal en recién nacidos con factores de riesgo mediante la administración bucal de una dosis de gel de dextrosa al 40%: ensayo clínico aleatorizado. Archivos de Pediatría del Uruguay [Internet]. 2023 [cited 2024 May 6];94(2):- . Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492023000301214&script=sci_arttext
2. Valencia Roca, Sheyla, et al. Factores asociados a hipoglicemia neonatal en recién nacidos a término. Repositorio Universidad César Vallejo Facultad de Ciencias de la Salud. [Internet]. 2023. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131653/Valencia_RSJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Meza Medina, Yadyra, et al. Tamaño según la edad gestacional e hipoglicemia neonatal en pacientes del Hospital Santa Maria del Socorro de Ica durante el 2022. Repositorio Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela profesional de Medicina Humana. [Internet]. 2024. Available from: https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/5347/T-TPMC-MEZA%20MEDINA%20YADYRA%20DIANE_Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Atun, Macarena Lourdes, et al. Hipoglucemia neonatal: corrección con gel de dextrosa o fórmula: estudio de cohorte. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. [Internet]. 2022 [cited 2022].17p. Available from: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/tesisyr/index/assoc/D1873.dir/trabajo-final-atun-macarena.pdf>
5. Del Rio H, Piñero T, et al. Efectividad del Protocolo de hipoglucemia neonatal precoz. Repositorio de la Universidad de La Laguna Facultad de ciencias de la salud. [Internet]. 2022. Available from:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/33880/Efectividad%20del%20Protocolo%20de%20Hipoglucemia%20Neonatal%20Precoz%20.pdf?sequence=1>

6. Midori de Habich, Del Carmen J, Céspedes D, et al. Guía de Práctica Clínica para la atención de casos de Dengue en el Perú. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud. [Internet]. 2011. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2366.pdf>
7. Vásquez C, et al. Documento técnico: Plan de prevención y control del dengue Julio – diciembre 2023. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud. [Internet]. 2023. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-660-2023-minsa.pdf>
8. Euken Ranedo Rodríguez, Nerea Berlanga Rubio, Mario Franco Sánchez, Sara Borao Pérez. Mieloma múltiple. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [cited 2024 May 6];4(1):164. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8806782>
9. Yazmin K, Ángel M, Pedro Carlos González-Mata. Presentación atípica de mieloma múltiple IgG en un paciente con hipercalcemia severa y enfermedad renal. Lux médica/Luxmédica(en línea) [Internet]. 2024 feb 5 [cited 2024 May 6];19(56). Available from: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/4090>
10. De Miguel D. Paciente frágil con mieloma múltiple en recaída precoz tras primera línea de tratamiento. Experiencia con isatuximab – carfilzomib – dexametasona. Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario de Guadalajara. [Internet]. 2024. Available from: <https://campus.sanofi.es/dam/jcr:babc0587-1eef-4f04-b9d2-d7db91661f46/paciente-fragil-mm-recaida-precoz-1l-isakd.pdf>
11. de E, J. Masjuan, E. Díez Tejedor, Pardo R. Ictus isquémico. Infarto cerebral y ataque isquémico transitorio. Medicine [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 May 6];13(70):4083–94. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223000021>

12. Nureña C. Factores perioperatorios asociados a complicaciones postoperatorias de la cirugía de emergencia por hernia inguinal incarcerada. Upaoedupe [Internet]. 2024 [cited 2024 May 6]; Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/17272>
13. Andrés C. Revisión bibliográfica sobre reparación de hernia inguinal abordaje quirúrgico laparoscópico vs cirugía abierta. Uazuayeduc [Internet]. 2023 [cited 2024 May 6]; Available from: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/13758>
14. Angelica R. Perfil clínico-epidemiológico y terapéutico de pacientes con Litiasis Vesicular, Rioja-San Martín – Perú. Ucvedupe [Internet]. 2023 [cited 2024 May 6]; Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131683>
15. Bustamante J, Carpio Y, Taboada N, et al. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia Humana en el Perú. Ministerio de Salud Dirección de Intervenciones estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Metaxénicas y Zoonosis. [Internet]. 2017. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
16. Berenice Del Nogal, Camilo Leonett, Madriz S, Roa M, Rondón M, María Yánez. Terapia farmacológica en hipertensos tratados en consulta ambulatoria y emergencia de Salud Chacao entre octubre y diciembre del año 2022. Gaceta Médica de Caracas [Internet]. 2022 [cited 2024 May 6];132(S1). Available from: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/27706
17. Neves F, Eduarda M, Henrique P, Sabrinna Rodrigues Santos, Prince M, Ferreira T, et al. Conceitos clínicos da crise hipertensiva: a classificação e o manejo hospitalar. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet]. 2024 Apr 3 [cited 2024 May 6];6(4):251–8. Available from: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1699>
18. Ventura A. Características epidemiológicas y clínicas de la miomatosis uterina en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 [Internet]. Unica.edu.pe. Universidad Nacional San Luis Gonzaga;

2024 [cited 2024 May 6]. Available from:
<https://repositorio.unica.edu.pe/items/05939b10-1271-4c85-9e4c-a33f83ada7bb>

19. Isabel. Factores asociados a hiperémesis gravídica en gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro periodo 2021 – 2022. Upsjbedupe [Internet]. 2021 [cited 2024 May 6]; Available from: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/5433>
20. Goitia M, Andres M, L. Aquesolo, A. Azkuenaga, A. Cearsolo, de J, et al. Tratamiento médico de los miomas uterinos. Del presente al futuro. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2024 May 6];50(2):100845–5. Available from:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X23000151>
21. Michelle Mou Keng, Rivera M, María E. Hiperémesis gravídica: abordaje y opciones terapéuticas. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2022 [cited 2024 May 6];7(04). Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104769>