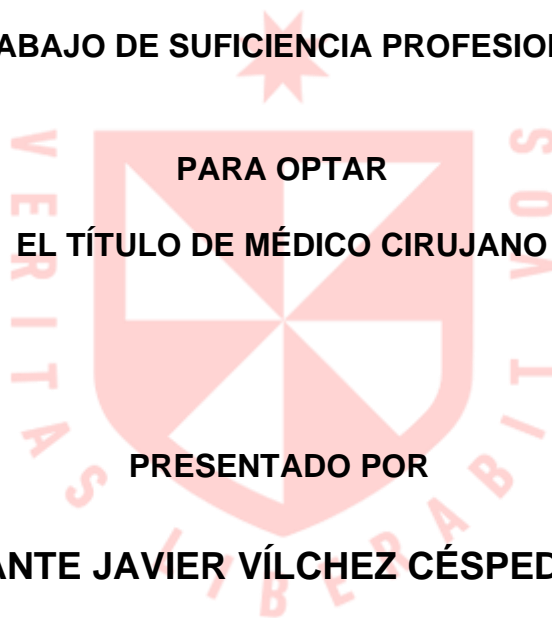


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



ASESORA

ALEJANDRA PARHUANA BANDO

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 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

DANTE JAVIER VÍLCHEZ CÉSPEDES

ASESORA

DRA. ALEJANDRA PARHUANA BANDO

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: FERNANDO MAROS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

ÍNDICE

JURADO	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Pediatría.....	1
1.2 Rotación en Medicina Interna.....	7
1.3 Rotación en Cirugía general.....	18
1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	25
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA...32	
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	33
3.1. Rotación en Pediatría.....	33
3.2. Rotación en Medicina Interna.....	35
3.3. Rotación en Cirugía general.....	39
3.4. Rotación en Ginecología y Obstetricia	41
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	46
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES.....	51
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	52

RESUMEN

Objetivo: Describir la relevancia del internado médico como la etapa final de la formación académica de un estudiante de medicina, destacando su papel en el reforzamiento de conocimientos y habilidades obtenidas a lo largo de los años de estudio universitario. **Materiales y métodos:** Se presenta un estudio de casos realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el que se describen 2 casos clínicos de cada especialidad siendo las más importantes a juicio del autor desarrolladas en las rotaciones de medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología y obstetricia. Para que en el futuro sean de utilidad para el enfoque clínico, diagnóstico y tratamiento de casos similares.

Conclusiones: El internado médico es el último periodo en la carrera de medicina humana, en el cual se desarrolló bajo tutoría las practicas preprofesionales en los servicios asignados con mayor importancia dentro de la formación de un médico general donde se reforzaron conocimientos teóricos y prácticos obtenidos durante los años de carrera, así como también se fortaleció la concepción de humanidad y su repercusión sobre el paciente.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, Hospital Nacional Dos de Mayo, medicina humana.

ABSTRACT

Objective: Describe the relevance of the medical internship as the final stage of a medical student's academic training, highlighting its role in reinforcement of knowledge and skills obtained throughout the years of university study.

Materials and methods: A case study carried out at the Hospital Nacional Dos de Mayo is presented in which 2 clinical cases of each specialty are described, being the most important in the author's opinion, developed in the rotations of internal medicine, general surgery, pediatrics and gynecology and obstetrics. In order to be useful in the future for the clinical approach, diagnosis and treatment of similar cases. **Conclusions:** The medical internship is the last period in the career of human medicine, in which the pre-professional practices were developed under tutoring in the assigned services with greater importance in the formation of a general practitioner where theoretical and practical knowledge obtained during the years of career was reinforced, as well as strengthening the concept of humanity and its impact on the patient.

Keywords: Medical internship, clinical cases, Dos de Mayo National Hospital, human medicine.

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MA YO 2023-2024	DANTE JAVIER VILCHEZ CESPEDES

RECUENTO DE PALABRAS	RECUENTO DE CARACTERES
14777 Words	80685 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
60 Pages	116.0KB

FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Aug 7, 2024 10:34 AM GMT-5	Aug 7, 2024 10:35 AM GMT-5


● 13% de similitud general

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

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

● Excluir del Reporte de Similitud

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



DNI: 08797243
ORCID: 000 - 002 - 3969 - 6047

INTRODUCCIÓN

En nuestro País, la carrera de Medicina Humana tiene una duración media de siete años; el internado médico se realiza en el último de ellos, el cual se desarrolla en los campos clínicos de los hospitales y centros de salud de distintas entidades como son: MINSA, ESSALUD, Fuerzas armadas e instituciones privadas; históricamente el internado médico se realizaba en 12 meses calendarios; sin embargo, por la pandemia se vio alterado la duración de esta siendo de 10 meses en el periodo 2023-2024; se inició en abril de 2023 y se culminó en enero de 2024.

Este último año de carrera es un periodo muy importante para todo estudiante de medicina, ya que pone de manifiesto los conceptos teóricos y prácticos aprendidos durante los años previos de estudio universitario, así como también se pone a prueba las habilidades intrapersonales e interpersonales y permite mostrar nuestras cualidades humanas para tener un contacto más cercano con el paciente.

El internado médico confiere también la valiosa experiencia del trato directo y constante con los pacientes a través en los servicios de mayor relevancia para el médico general como parte crucial de su formación, los cuales son: Pediatría , Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General; especialidades donde el interno de medicina forma parte del equipo de salud y establece un primer contacto con el paciente y lo acompaña, bajo tutoría y orientación de médicos asistentes y residentes, durante todo el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Pediatría

La presente rotación tuvo una duración de 2 meses que se dividieron a su vez en 3 servicios los cuales son: Neonatología, Hospitalización y Emergencia de pediatría; en el servicio de Neonatología se realizó a su vez actividades en 4 áreas: alojamiento conjunto, cuidados intermedios, centro obstétrico y UCI neonatal; además de tener 3 guardias diurnas y 3 guardias nocturnas en área de centro obstétrico. En la sala de hospitalización de pediatría se recibían pacientes procedentes del área de emergencia, lugar donde eran estabilizados en su gran mayoría pacientes que padecían cuadros respiratorios y diarreicos. Durante la rotación por el servicio de emergencia se participó en la evaluación y seguimiento de los pacientes con cuadros agudos como: síndrome febril, insuficiencia respiratoria, EDA, etc. tanto del tópico, en donde se recibían a los pacientes que llegaban por primera vez, como de los pacientes hospitalizados en las camas de emergencia. En estos servicios el interno de medicina tenía como función la elaboración de las historias clínicas y evoluciones, así como también solicitar exámenes de ayuda diagnóstica en forma oportuna para el beneficio del paciente.

1.1.1 Caso clínico n.º1

Paciente preescolar de 4 años proveniente de la región de Piura que ingresó por la emergencia de pediatría por un cuadro caracterizado por evacuaciones líquidas sanguinolentas con presencia de moco de aproximadamente 3 días de evolución, la madre refiere que el paciente presentaba más de 10 cámaras diarreicas al día, fiebre que oscilaba entre 38°C y 38,5°C, hiporexia e irritabilidad que posteriormente se tornó en somnolencia que empeoró en el transcurso del tiempo de enfermedad asociado a incapacidad de beber líquidos de forma eficiente. A la evaluación en emergencia se observó al examen físico: mucosas secas, ojos bien hundidos y signo de pliegue positivo que recupera su forma inicial lentamente; debido a estos hallazgos y asociado al relato proporcionado por el familiar se llegó al primer diagnóstico de deshidratación severa sin shock, por lo que se procedió al plan C como

tratamiento inicial para estabilizar al paciente y posteriormente se trasladó al servicio de hospitalización de pediatría para continuar con el manejo.

Antecedentes

- Síndrome de Down
- Intolerancia a la lactosa
- Hidrocefalia
- 2 cuadros diarreicos en el último año

Examen Físico

- Funciones vitales: FC: 95 X', FR: 31 X', Saturación de oxígeno: 96%, T°: 37,4°C.
- Peso: 6,9 kg, talla: 88 cm.
- Aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente mal estado de nutrición.
- Piel y faneras: Piel seca, poco tibia, elástica, signo del pliegue positivo, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, palidez leve en mucosas +/-, labios y mucosas poco húmedas.
- TCSC: Muy disminuido en forma general, no se evidencian edemas
- Cabeza y cuello: Cabello seco y en cantidad disminuida, dentadura general en mal estado con presencia de caries múltiples, cuello sin adenopatías.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos en el quinto espacio intercostal y línea media clavicular, de buena intensidad, no presencia de soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se identifican ruidos agregados a la auscultación, sonoridad pulmonar normal.
- Abdomen: distendido, Ruidos hidroaéreos presentes, timpánico a la percusión en cuatro cuadrantes; se palpa hígado a 3 cm por debajo del reborde costal derecho.
- Aparato locomotor: Rangos articulares incrementados en miembros inferiores, impresiona hiperlaxitud.

- Sistema nervioso central: Lucidez y orientación no valorable por condición del paciente, hipotonía a predominio de miembros inferiores, emite sonidos incomprensibles, nistagmos espontáneo vertical bilateral.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 8,9 mg/dl
- Leucocitos: 8800 /mm³
- Plaquetas: 160000 /mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 14s, tiempo parcial de tromboplastina activada: 33,4 s
- Glucosa sérica: 95 mg/dl
- Urea: 16 mg/dl
- Creatinina: 0,45 mg/dl
- Sodio sérico: 136,1 mmol/L
- Potasio sérico: 4,6 mmol/L
- Cloro: 110,9 mmol/L
- Magnesio: 1,01 mg/dl
- Fósforo: 3,4 mg/dl
- Calcio: 6,62 mg/dl
- Paratohormona (PTH): 75 pg/ml
- PCR: <5 mg/L
- Hierro: 26,6 ug/dl
- Vitamina B12: 732 pg/ml
- CPK total: <20 U/L
- Perfil hepático: Proteínas totales: 5,28 g/dl, Albúmina: 2,24 g/dl, Bilirrubina total: 0,38 mg/dl, TGO: 78 U/L, TGP: 36,5 U/L, FA: 176,4 U/L, GGT: 233,1 U/L

Estudio de Imágenes:

- Tomografía cerebral sin contraste: Se observa hipotrofia cortical, no presenta signos de hidrocefalia, índice de Evans = 0,28, ángulo superior del cuerpo calloso = 108°.

Diagnósticos

- Síndrome diarreico agudo
- Deshidratación moderada
- Desnutrición crónica severa calórico-proteica
- Trastorno hidroelectrolítico: hipomagnesemia, hipocalcemia
- Hiperparatiroidismo secundario
- Anemia moderada
- Síndrome de Down

Tratamiento

- Dieta blanda (VT: 600 ml)
- Fórmula no láctea con proteína láctea extensamente hidrolizada sin lactosa, 4g de proteína cada 8h
- Ceftriaxona 500 mg EV cada 24h
- Metamizol condicional a temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Control de peso diario estricto
- *lactobacillus reuteri* 5 gotas VO cada 24h
- Sulfato de zinc 5 ml VO cada 24h
- IC a los servicios de endocrinología pediátrica, gastroenterología pediátrica neurocirugía, nutrición y servicio social

Evolución

El paciente, luego de haber permanecido hospitalizado en el servicio de emergencia por un cuadro de deshidratación severa, es ingresado al área de hospitalización ya estabilizado, posterior a la evaluación inicial en el servicio de hospitalización era evidente el grado de descuido en el que se encontraba el paciente, por lo que era imperativo enfocarse no solo en el cuadro infeccioso diarreico sino también en el cuadro de desnutrición crónica severa por lo que el manejo fue multidisciplinario, por una parte se administraban los antibióticos mencionados por vía endovenosa y por otra parte se suplementó con sulfato de zinc, además se optó por brindarle fórmula con proteína láctea extensamente hidrolizada sin lactosa por indicación del servicio de gastroenterología pediátrica, el paciente a los 3 días del ingreso al servicio de

hospitalización ya no presentaba cuadros de diarrea, el apetito incrementó, los cuadros febriles cesaron y se continuó con la suplementación por vía oral a tolerancia del paciente, además se agregó la suplementación con hierro por vía oral bajo la forma polimaltosada. Tras 12 días de hospitalización el paciente se encontraba estable, con parámetros laboratoriales normalizados por lo que se le da el alta médica con indicaciones.

1.1.2 Caso clínico n.º2

Paciente escolar de 12 años de edad que acude al servicio de emergencia de pediatría por presentar de forma aguda y brusca desvanecimiento y un episodio de convulsión tónico-clónica generalizada, familiar refiere que dicho episodio se presentó durante una discusión entre la paciente y una de sus amigas de la escuela, al ser evaluada en emergencia se evidencia bradicardia e hipertensión arterial que sumado a la alteración del estado de conciencia se planteó como diagnóstico presuntivo una hipertensión endocraneana, ante ello se decide realizar una tomografía cerebral sin contraste en donde se evidencia una hemorragia intraparenquimal ubicada en el hemisferio izquierdo. Se realizó una intervención quirúrgica de emergencia efectuando una craniectomía descompresiva unilateral.

Antecedentes

- Niega antecedentes patológicos

Examen Físico

- Funciones vitales: FC: 77 X', FR: 17 X', Saturación de oxígeno: 95%, T°: 36,8°C, PA: 100/76 mmHg.
- Aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: Piel húmeda, poco tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no signos de palidez, mucosas húmedas.
- TCSC: no se evidencian edemas.
- Cabeza y cuello: A la inspección se aprecia una deformidad en la mitad izquierda del cráneo con presencia de herida operatoria

correspondiente a craneotomía descompresiva realizada, cuello sin lesiones ni adenopatías.

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de regular a buena intensidad, no presencia de soplos a la auscultación.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se identifican ruidos agregados a la auscultación, sonoridad pulmonar normal.
- Abdomen: plano, cicatriz umbilical central, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo conservado sin presencia de dolor a la palpación superficial ni a la palpación profunda.
- Aparato locomotor: rangos articulares normales.
- Sistema nervioso central: paciente lúcida, parcialmente orientada en tiempo, espacio y persona, afasia de expresión, se aprecia parálisis facial central del lado derecho, hemiparesia de lado derecho, no signos meníngeos.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 12,2 mg/dl
- Leucocitos: 10100 /mm³
- Plaquetas: 174000 /mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 14,2 s, tiempo parcial de tromboplastina activada: 35 s, INR: 1,18
- Fibrinógeno: 280 mg/dl
- Glucosa sérica: 98 mg/dl
- Urea: 12 mg/dl
- Creatinina: 0,46 mg/dl
- Sodio sérico: 142 mmol/L
- Potasio sérico: 3,7 mmol/L
- Cloro: 103,5 mmol/L
- PCR: 167 mg/L

Estudio de Imágenes:

- Tomografía cerebral sin contraste: Lesión hiperdensa en la región temporo-parietal izquierdo correspondiente a hematoma intraparenquimal de 72 centímetros cúbicos (cc) de volumen que desplaza la línea media 5,6 mm sin signos de herniación del *uncus*.

Diagnósticos

- Hemorragia intraparenquimal por malformación arteriovenosa rota

Tratamiento

- Dieta blanda asistida
- IC al servicio de medicina física y rehabilitación para iniciar terapia física y de lenguaje
- Diazepam 10mg EV PRN convulsión
- cabecera a 30°
- Control de funciones vitales

Evolución

Al ingreso al servicio de hospitalización la paciente se encontraba estabilizada, se podía observar la herida operatoria y eran notorias las limitaciones motoras que presentaba el paciente a predominio derecho; sin embargo, el hemisferio izquierdo era totalmente funcional, la paciente obedecía órdenes simples y se mantenía comunicación no verbal con la paciente. Durante el periodo de hospitalización la paciente recibió terapia física y de lenguaje con lo que se pudo observar una notable mejoría a nivel motor a la semana de haber ingresado, motivo por el cual el servicio de neurocirugía recomienda el alta médica y control por consultorio externo para seguimiento del caso.

1.2 Rotación en Medicina Interna

La rotación por esta especialidad se llevó a cabo en el área de hospitalización de Medicina en donde se contaban con 36 camas enumeradas y divididas en 3 sectores, en mencionada área de hospitalización ingresan los pacientes estabilizados de emergencia, de UCI o de otros servicios del hospital. Una vez

ingresado el paciente, el interno de medicina tiene la función de hacer la historia clínica completa y detallada incluyendo la anamnesis, el examen físico completo, el plan diagnóstico y el tratamiento bajo tutoría del médico residente y/o asistente.

1.2.1 Caso clínico n.º1

Paciente femenina de 83 años que proviene de emergencia con 6 días de tiempo de enfermedad, familiar refiere que paciente cursó con malestar general, decaimiento e hipoactividad, además, refiere que 2 días antes del ingreso a emergencia se agregó dolor abdominal difuso de moderada intensidad asociado a hiporexia. En el servicio de emergencia se solicita un examen de orina el cual fue patológico, posteriormente el urocultivo resultó positivo para *Klebsiella pneumoniae* pansensible; posteriormente la paciente se complica y desarrolla un shock séptico. Fue manejada con fluidos y vasopresores; se estabiliza y se realiza estudios de imágenes toraco-abdominales y se trasladada al servicio de hospitalización de Medicina.

Antecedentes

- Hipertensión arterial desde hace más de 20 años
- Episodios de infarto agudo de miocardio en el 2021 y 2022
- Insuficiencia cardiaca con FEVI 28% por ecocardiograma

Examen Físico inicial

- Funciones vitales: FC: 65 X', FR: 20 X', Saturación de oxígeno: 95%, T°: 36,5°C, PA: 110/70 mmHg.
- Aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: Piel seca, tibia, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, se observa palidez en piel y mucosas +/-+++, mucosas poco húmedas.
- TCSC: con abundante panículo adiposo, se evidencia edemas en MMII con fóvea +/-+++ blando.
- Cabeza y cuello: cuello sin lesiones ni adenopatías, no se palpa tiroides.

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de regular intensidad, no se auscultan soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se identifican ruidos agregados a la auscultación, sonoridad pulmonar normal.
- Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes disminuidos en intensidad y frecuencia, timpánico en los 4 cuadrantes, blando, depresible, no se palpan masas, no dolor a la palpación superficial ni a la palpación profunda.
- Aparato locomotor: se evidencia dificultad para la elevación de miembros superiores e inferiores, *clonus* en manos.
- Sistema nervioso central: paciente parcialmente lúcida, no orientada en tiempo y espacio, parcialmente orientada en persona, bradilalia, visión conservada, no asimetría facial, fuerza y tono muscular disminuido en miembros superiores e inferiores, ROT: bicipital y rotuliano presentes, no signos meníngeos, Glasgow 13/15.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 9,9 mg/dl
- Leucocitos: 9903 /mm³
- Plaquetas: 85000 /mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 15,7 s, tiempo parcial de tromboplastina activada: 38,6 s, INR: 1,16
- Fibrinógeno: 300 mg/dl
- Glucosa sérica: 108,6 mg/dl
- Urea: 86,9 mg/dl
- Creatinina: 1,73 mg/dl
- Sodio sérico: 152 mmol/L
- Potasio sérico: 3,5 mmol/L
- Examen de orina: leucocitos > 100 x c
- PCR: 243,6

- Perfil hepático: Proteínas totales: 4,8 g/dl, Albúmina: 1,9 g/dl, Bilirrubina total: 0,5 mg/dl, TGO: 168,1 U/L, TGP: 36,5 U/L, FA: 176,4 U/L, GGT: 133,1 U/L

Estudio de Imágenes:

- Tomografía toraco abdomino pélvico: Distensión de paredes de colon transverso, sin signos de obstrucción mecánica, hidrops vesicular sin evidencia de colecistitis ni cálculos hiperdensos, leve hidronefrosis izquierda, parénquima renal con leve disminución de volumen, efusión pleural laminar bilateral.
- Tomografía cerebral sin contraste: Hallazgos compatibles con infarto agudo de nivel parietal izquierdo sin transformación a ese nivel, territorio de la arteria cerebral posterior ipsilateral, infarto isquémico subagudo-crónico en giro postcentral derecho.

Diagnósticos

- DCV isquémico parietal izquierdo
- Sepsis por pielonefritis aguda
- Injuria renal aguda
- Hidronefrosis izquierda
- Anemia moderada
- Trastorno hidroelectrolítico: hipernatremia moderada
- Síndrome de Ogilvie
- Insuficiencia cardiaca congestiva con FEVI 28%
- Hipertensión arterial

Tratamiento

- Hidratación con NaCl 0.9% 1000cc a 15 gotas por minuto EV
- Imipenem 500 mg EV cada 8h
- Ranitidina 50 mg EV cada 12h
- Atorvastatina 80 mg por SNG cada 24h
- Enoxaparina 60mg SC cada 12h
- Ácido acetilsalicílico 100 mg por SNG cada 24h

- Mantener cabecera a 45°

Evolución

Al ingreso, la paciente se encontraba inestable; con un evidente deterioro del estado de conciencia, el cual tuvo una evolución desfavorable motivo por el cual se solicita una tomografía cerebral sin contraste que evidencia un infarto isquémico parietal izquierdo y otras zonas de isquemia crónica; sin embargo, el cuadro clínico de la paciente no era del todo compatible con lo evidenciado en la tomografía cerebral sin contraste, por lo que se decidió ampliar los exámenes de laboratorio, además de ello se notó frialdad distal del miembro inferior derecho y alteración de las funciones vitales.

A las 48 horas de hospitalización se observan los siguientes cambios en el examen físico:

- Funciones vitales: FC: 52 X', FR: 27 X', Saturación de oxígeno: 91%, T°35,5°C, PA: 80/45 mmHg.
- Aparente mal estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: Piel seca, fría, poco elástica, se observa palidez en piel y mucosas ++/+++.
- Cabeza y cuello: se observa leve edema facial en cara y cuello.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y bradicardia, de regular intensidad, no presencia de soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa levemente disminuido en base de hemitórax izquierdo, crepitantes difusos en dos tercios inferiores de ambos hemitórax.
- Aparato locomotor: no evaluable por condición del paciente, notable frialdad distal en miembro inferior derecho por debajo de la rodilla, ausencia de pulso pedio en miembro inferior derecho.
- Sistema nervioso central: paciente en estado comatoso, hipotonía generalizada, hiporreflexia generalizada, reflejo pupilar disminuido, Glasgow 6/15.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 8 mg/dl
- Leucocitos: 8901 /mm³
- Plaquetas: 70000 /mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 16,4 s, tiempo parcial de tromboplastina activada: 46,5 s, INR: 1,22
- Fibrinógeno: 234 mg/dl
- Dímero D: 20 ug/ml
- Glucosa sérica: 150 mg/dl
- Urea: 86,9 mg/dl
- Creatinina: 1,48 mg/dl
- Sodio sérico: 148 mmol/L
- Potasio sérico: 3,5 mmol/L
- Cloro sérico: 123,6 mmol/L
- PCR: 45
- Ferritina: 457
- LDH: 768
- Perfil hepático: Proteínas totales: 5,01 g/dl, Albúmina: 2,2 g/dl, Bilirrubina total: 0,74 mg/dl, TGO: 197,9 U/L, TGP: 46,6 U/L, FA: 184,2 U/L, GGT: 129,1 U/L
- T4L: 0,15 ng/dl
- T3L: 0,87 pg/ml
- TSH: 64,2 µUI/ml
- Anticuerpos microsomales anti TPO: 334 UI/mL
- Anticuerpos antitiroglobulina: 118 UI/mL
- AGA: pH: 7,41, PCO₂: 21,6 mmHg, HCO₃: 13,9 mEq/L, EB: -8,9, Anión Gap: 10.8, PaO₂: 89,7%, FiO₂: 21%, Lactato: 2.5

Informe de Eco doppler arterial de miembro inferior derecho: Arteria poplítea derecha con paredes con múltiples placas cálcicas que condicionan oclusión (100%) a nivel de la mitad distal.

Diagnósticos actuales

- Hipotiroidismo primario de Hashimoto descompensado

- Coma mixedematoso
- Trombosis de la arteria poplítea derecha
- Insuficiencia respiratoria aguda tipo 1
- Trastorno hidroelectrolítico: hipercloremia moderada
- DCV isquémico parietal izquierdo
- Sepsis por pielonefritis aguda
- Injuria renal aguda
- Hidronefrosis izquierda
- Anemia moderada
- Síndrome de Ogilvie
- Insuficiencia cardíaca congestiva con FEVI 28%
- Hipertensión arterial

Tratamiento

- Hidratación endovenosa con NaCl 0.9% 1000cc a 15 gotas por minuto
- Imipenem 500 mg EV cada 8h
- Vancomicina 500 mg EV cada 12h
- Hidrocortisona 100 mg EV cada 8h
- Ranitidina 50 mg EV cada 12h
- Atorvastatina 80 mg por SNG cada 24h
- Enoxaparina 60mg SC cada 12h
- Ácido acetilsalicílico 100 mg por SNG cada 24h
- Liotironina 25 µg por SNG cada 8h
- Levotiroxina 400 µg por SNG cada 24h
- Furosemida 20 mg EV cada 12h
- Tramadol 100 mg EV cada 12h
- Oxígeno por cánula binasal a 2 L/min
- Mantener cabecera a 45°
- Control de funciones vitales
- Balance hidroelectrolítico
- Interconsulta al servicio de endocrinología, UCI y cirugía cardiovascular

Evolución

Correlacionando el cuadro clínico con los estudios laboratoriales se planteó un coma mixedematoso como debut de un hipotiroidismo primario de Hashimoto descompensado por no haber sido diagnosticado previamente, ampliando la historia clínica de la paciente se preguntó a los familiares quienes aseguraban no haber antecedentes de patología tiroidea en la familia, posterior a ello se utilizó la escala diagnóstica de Popoveniuc obteniendo 110 de puntaje, el cuadro clínico de la paciente se tornó más florido manifestando descamación de la piel, mixedema en miembros superiores, madarosis supraciliar y arreflexia generalizada. Por la alta complejidad de la paciente se solicitaron interconsultas a distintos servicios, el servicio de endocrinología indicó el manejo con hidrocortisona, liotironina y levotiroxina con las dosis especificadas; asimismo, acudían diariamente para reevaluar a la paciente y ajustar las dosis de los fármacos mencionados; el servicio de UCI no contaba con camas disponibles para la transferencia de la paciente, se recomendó la colocación de un catéter venoso central para iniciar nutrición parenteral total sugerido por el servicio de USNA; sin embargo, tras su colocación la paciente cursó con desaturación por lo que se decidió realizar una intubación de emergencia, el servicio de cirugía cardiovascular evaluó a la paciente al mandar una segunda interconsulta y tras observar el grado de cianosis comprometiendo la región distal del miembro inferior derecho concluyeron que no se podía realizar una cirugía por parte de su servicio y sugirieron evaluación por traumatología para amputación del miembro afectado; por su parte, el servicio de traumatología consideró necesaria la amputación del miembro inferior derecho mencionando a su vez el gran riesgo de una intervención considerando el estado crítico de la paciente, tras ello se comunicó el estado de la paciente a los familiares quienes decidieron firmar por la negativa del uso de maniobras de resucitación y otros procedimientos invasivos incluyendo una eventual cirugía. La evolución de la paciente fue estacionaria, el perfil tiroideo, renal y hepático se normalizaron; sin embargo, el cuadro clínico no mejoró, se observó signos de necrosis en el miembro inferior derecho afectado por la trombosis arterial; asimismo, no hubo mejoría del estado de conciencia. Lamentablemente días después la paciente falleció.

1.2.2 Caso clínico n.º2

Paciente femenina de 29 años de edad que proviene de la ciudad de Caraz en la región de Ancash, quien es su semana 34 de gestación presenta dolor abdominal intenso asociado a episodio de movimientos tónico-clónicos por lo que es referida al hospital de Huaraz en donde le realizan una cesárea de emergencia por eclampsia, en el postoperatorio inmediato la paciente evolucionó desfavorablemente y es referida al Hospital Nacional Dos de Mayo con el diagnóstico de Síndrome de Hellp y en ventilación mecánica por lo que ingresa a UCI para soporte hemodinámico y ventilatorio, la paciente adquiere durante su estadía en el servicio de UCI bacteriemia por *Acinetobacter baumannii/calcoaceticus* resistente a carbapenems pero sensible a colistina, antibiótico con el que estuvo 14 días y candidemia por *Candida tropicalis* por lo que recibió fluconazol, fármaco con el que continuó durante el pase al servicio de hospitalización de medicina interna tras 27 días en el servicio de UCI.

Antecedentes

- Preeclampsia en 2 embarazos previos
- Niega hábitos nocivos
- Niega comorbilidades
- Varicela a los 8 años de edad

Examen Físico

- Funciones vitales: FC: 76 X', FR: 16 X', Saturación de oxígeno: 96%, T°: 36,5°C, PA: 110/70 mmHg.
- Aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: Piel seca, tibia, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, se observa palidez en piel y mucosas +/-+++, mucosas poco húmedas, se observan lesiones vesiculares eritematosas confluentes pruriginosas y dolorosas en hemitórax izquierdo a la altura de los dermatomas T5-T6.
- TCSC: se evidencia edemas en MMII que deja fóvea +/-+++, blando.
- Cabeza y cuello: cuello sin lesiones ni adenopatías, no se palpa tiroides

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de regular intensidad, no presencia de soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se identifican ruidos agregados a la auscultación, sin alteración a la percusión, con disfonía.
- Abdomen: plano, cicatriz umbilical central, cicatriz por incisión Pfannenstiel, semiológicamente normal a excepción de un leve dolor a la palpación profunda difusa.
- Aparato locomotor: dificultad para movilizar extremidades superiores e inferiores pasiva y activamente por rigidez, movimiento de rangos articulares limitados.
- Sistema nervioso central: paciente lúcida, orientada en persona y espacio, parcialmente orientada en tiempo, tono muscular disminuido a predominio de miembro superior izquierdo, ROT: conservados, fuerza muscular disminuida en 4 extremidades.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 10,5 mg/dl
- Leucocitos: 8776 /mm³
- Plaquetas: 433100 /mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 15 s, tiempo parcial de tromboplastina activada: 41 s, INR: 1,35
- Glucosa sérica en ayunas: 81 mg/dl
- Sodio sérico: 138,3 mmol/L
- Potasio sérico: 3,9 mmol/L
- Cloro sérico: 102,5 mmol/L
- PCR: 69,8 mg/L
- Perfil hepático: Proteínas totales: 5,8 g/dl, Albúmina: 3,2 g/dl, Bilirrubina total: 0,90 mg/dl, TGO: 43 U/L, TGP: 37 U/L, FA: 86 U/L, GGT: 91 U/L

Estudio de Imágenes:

- Ecocardiograma: no presencia de vegetaciones, función sistólica biventricular preservada con FEVI: 56%, no masas, no trombos, no derrame pericárdico.
- Tomografía abdominal con contraste: no se encuentra evidencia de colecciones.

Diagnósticos

- Candidemia en tratamiento
- Síndrome de Hellp evolutivo
- Herpes zoster
- Síndrome post-UCI

Tratamiento

- Dieta atraumática (volumen total: 800 cc) + Módulo proteico
- Fluconazol 400 mg EV cada 24h
- Metildopa 500 mg VO cada 8h
- Carvedilol 12.5 mg VO cada 24h
- Nifedipino 30 mg VO cada 12h
- Aciclovir 800 mg VO 5 veces al día
- Ketoprofeno 100 mg VO cada 12h
- Paracetamol 1 g VO cada 12h
- Movilización cada 2h
- Mantener cabecera a 30°
- Control de funciones vitales
- Interconsulta a los servicios de infectología, cardiología, ginecología y obstetricia, oftalmología y medicina física y rehabilitación.

Evolución

Al ingreso de la paciente proveniente del servicio de UCI, se encontraba estable, ingresa con las indicaciones de UCI con antihipertensivos y en su día 15 de fluconazol; se observó en el examen físico lesiones características de herpes zoster por lo que se inicia aciclovir 800 mg por vía oral 5 veces al día por 7 días, se solicita en primer lugar interconsulta al servicio de infectología para valorar la continuación o suspensión del fluconazol, dicho servicio

consideró descartar endocarditis, endoftalmitis y colección intraabdominal antes de optar por retirar el antifúngico, motivo por el cual se realiza una interconsulta al servicio de cardiología para la realización de ecocardiograma el cual descartó endocarditis, se realizó interconsulta al servicio de oftalmología el cual descartó endoftalmitis y se realizó una tomografía abdominal con contraste en donde no se observaron colecciones intraabdominales, ante una evolución clínica favorable de la paciente, además de los resultados de los exámenes solicitados y nueva evaluación por infectología se finaliza el tratamiento con fluconazol en su día 21, por otro lado el servicio de cardiología sugirió la suspensión de los antihipertensivos tras haber normalizado su presión arterial, asimismo se envió en un inicio interconsulta al servicio de medicina física y rehabilitación el cual inició terapia respiratoria y terapia física, tras 3 semanas hospitalizada en el servicio de medicina interna es dada de alta con indicaciones y seguimiento por consultorio externo de medicina interna y medicina física y rehabilitación.

1.3 Rotación en Cirugía general

La rotación por esta especialidad comprende el área de hospitalización, el cual cuenta con varios servicios, personalmente roté por el servicio de cirugía 4 (cirugía gastroesofágica o I-4), donde las patologías más frecuentes fueron los cuadros de apendicitis, colecistitis, patologías de pared abdominal, esófago y estómago. Los pacientes que se hospitalizan proceden de emergencia, de otros servicios del hospital y de consultorio externo de cirugía general. También realicé las prácticas en el servicio de emergencia de cirugía una vez por semana durante 12 horas diurnas.

1.3.1 Caso clínico n.º1

Paciente masculino de 73 años de edad procedente de Apurímac con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 mes caracterizado por cuadros esporádicos de hematemesis y melenas, familiares al notar al paciente pálido con alteración del estado de conciencia, hablando incoherencias e incapacidad de reconocer a familiares lo llevan a un hospital, lugar donde encuentran en el paciente una hemoglobina de 2.3 mg/dl, motivo por el cual

le transfunden 2 paquetes globulares y lo refieren al hospital de Andahuaylas, ingresa al servicio de trauma shock por encontrarse hemodinámicamente inestable le realizan una endoscopia digestiva alta encontrando una hemorragia digestiva activa clasificada como Forrest IB proveniente de una lesión antro pilórica subepitelial de aproximadamente 20 x 30 mm, ulcerada; además, se encuentra una hemoglobina de 4.8 mg/dl por lo que se decide realizar una transfusión de 4 paquetes globulares; el control de hemoglobina post transfusión fue de 10.8 mg/dl y tras realizar junta médica se decidió que el paciente necesitaba manejo en un hospital de mayor complejidad por lo que fue transferido al Hospital Nacional Dos de Mayo.

Antecedentes

- Alcoholismo crónico (> 20 años)
- Niega antecedentes quirúrgicos de importancia
- Niega antecedentes familiares de importancia

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 70 X', FR: 16 X', Saturación de oxígeno: 95%, T°: 37°C, PA: 100/65 mmHg.
- Peso: 47 kg, talla: 153 cm.
- Aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: Piel húmeda, tibia, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, se observa palidez en piel y mucosas ++/+++, mucosas húmedas.
- TCSC: panículo adiposo disminuido a nivel general, no edemas.
- Cabeza y cuello: cuello sin lesiones ni adenopatías, no se palpa tiroides
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de regular intensidad, no presencia de soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se identifican ruidos agregados a la auscultación, vibraciones vocales conservadas.

- Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni a la palpación profunda, no se palpan masas.
- Aparato locomotor: deambula sin dificultad, rangos articulares normales.
- Sistema nervioso central: paciente lúcido, orientado en persona, parcialmente orientado en tiempo y espacio, ROT: presentes, no signos meníngeos ni de focalización, Glasgow 15/15.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 9,73 mg/dl
- Leucocitos: 4127/mm³
- Plaquetas: 387500/mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 15 s, tiempo parcial de tromboplastina activada: 43,6s, INR: 1,11
- Fibrinógeno: 311 mg/dl
- Glucosa sérica: 91 mg/dl
- Urea: 19 mg/dl
- Creatinina: 0,57 mg/dl
- Sodio sérico: 135,8 mmol/L
- Potasio sérico: 3,76 mmol/L
- Cloro sérico: 110 mmol/L
- Magnesio: 1,53 mg/dl
- Hierro: 25,7 µg/dl
- Transferrina 166,9 mg/dl
- CA 19-9: 7,2 U/ml
- CEA: 0,81 ng/ml
- Ferritina: 160 ng/ml
- Ácido fólico sérico: 4 ng/ml
- Vitamina B12: >1000 pg/ml
- Perfil hepático: Proteínas totales: 4,62 g/dl, Albúmina: 1,98 g/dl, Bilirrubina total: 0,53 mg/dl, TGO: 41 U/L, TGP: 29 U/L, FA: 52,4 U/L, GGT: 16,5 U/L

Estudio de Imágenes:

- Resonancia magnética abdominal con contraste: Se observa tumoración en antro de característica subepitelial que capta contraste periférico, no se observan adenopatías.

Diagnósticos

- Hemorragia digestiva alta no activa
- Tumoración gástrica: GIST gástrico
- Alcoholismo crónico
- Anemia moderada

Tratamiento

- Dieta atraumática + fórmula polimérica 400cc/2 tomas + 25 g de módulo proteico + líquidos a voluntad
- Hierro sacarato 200 mg interdiario (martes-jueves-sábado)
- IC al servicio de cardiología, neumología, nutrición, USNA, anestesiología y gastroenterología
- control de funciones vitales
- Balance hidroelectrolítico
- Control hemodinámico

Plan quirúrgico

Gastrectomía subtotal por vía laparoscópica

Evolución

El paciente llega al servicio de hospitalización estable, ante las características de la lesión observadas en la endoscopia digestiva alta realizado en el hospital de Andahuaylas se planteaba que dicha lesión tumoral correspondía a un tumor GIST, durante su hospitalización el paciente negó náuseas y vómitos, toleró bien la vía oral con una dieta blanda; sin embargo, refirió presentar melena, por lo que se realizó un tacto rectal y se usó agua oxigenada para observar si existía alguna reacción resultando positivo, se completaron los pre quirúrgicos del paciente, el servicio de cardiología dio un riesgo cardiológico

II, por su parte, el servicio de neumología dio un riesgo neumológico II, anestesiología sugirió transfundir 1 paquete globular antes de la cirugía y asegurar 1 paquete globular para ser usada durante la cirugía en caso se requiera, el servicio de nutrición sugirió una dieta atraumática más fórmula polimérica 400cc en 2 tomas y 25 gramos de módulo proteico, el servicio de USNA catalogó al paciente como no tributario para soporte nutricional parenteral y sugirió seguir indicaciones del servicio de nutrición. Posteriormente se programó al paciente y se realizó una gastrectomía subtotal por vía laparoscópica sin complicaciones, la muestra anatómica fue enviada al servicio de anatomía patológica. El postoperatorio del paciente fue de evolución favorable, se monitorizó al paciente clínicamente y laboratorialmente y tras 5 días de la cirugía mencionada el paciente fue dado de alta con indicaciones y control por consultorio externo en los servicios de cirugía general y oncología médica, posteriormente se obtuvo el resultado del estudio anatomopatológico que confirmaba el GIST gástrico.

1.3.2 Caso clínico n.º2

Paciente femenina de 78 años proveniente de Puno, refiere notar, luego de su última cirugía en el 2019, tumoración abdominal que inicia en región supraumbilical que incrementa progresivamente con el tiempo llegando a extenderse a la región infraumbilical aparentando 2 lesiones tumorales, la paciente negó haber presentado síntomas asociados como: náuseas, vómitos, constipación, diarreas y baja de peso, la paciente fue vista en consultorio externo de cirugía general en donde se planteó inducir, mediante sesiones interdiarias, un neumoperitoneo progresivo como parte de la preparación de la paciente para una cirugía de pared abdominal mediante la colocación de un catéter venoso a la altura del hipocondrio izquierdo el cual se conectaba a una jeringa de 50 ml para el respectivo procedimiento, en total se realizaron 15 sesiones y se inició con un volumen de 500 ml el cual fue incrementado acorde a la tolerancia de la paciente.

Antecedentes

- Hipertensión arterial diagnosticado en el año 2018, tratada con enalapril 1 tableta de 10 mg cada 24h

- Colecistectomía abierta hace 30 años en Arequipa
- Apendicectomía abierta hace 15 años en Juliaca
- Cirugía abierta por absceso hepático en el 2019 en el hospital materno de Chosica
- Niega antecedentes familiares
- Niega hábitos nocivos

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 69 X', FR: 15 X', Saturación de oxígeno: 93%, T°: 36°C, PA: 130/80 mmHg.
- Aparente regular estado general, Aparente buen estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: Piel húmeda, tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no se observa palidez en piel ni mucosas, mucosas húmedas.
- TCSC: con regular cantidad de panículo adiposo, no se evidencia edemas.
- Cabeza y cuello: cuello sin lesiones ni adenopatías, no se palpa tiroides
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no presencia de soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Abdomen: se observa tumoración abdominal supra e infraumbilical de aproximadamente 20 x 25 cm cada una aparentando ser una doble lesión tumoral, se observan cicatrices abdominales supraumbilicales (mediana y Kocher), ruidos hidroaéreos presentes, se palpa lesión tumoral blanda, depresible, irreductible sin presencia de dolor a la palpación superficial ni a la palpación profunda.
- Aparato locomotor: paciente deambula sin dificultad, rangos articulares normales.
- Sistema nervioso central: paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, ROT: normales, Glasgow 15/15.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 13,6 mg/dl
- Leucocitos: 7170 /mm³
- Plaquetas: 191000 /mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 13,2 s, tiempo parcial de tromboplastina activada: 36,7 s, INR: 0,97
- Fibrinógeno: 301 mg/dl
- Glucosa sérica: 127,9 mg/dl
- Urea: 29,4 mg/dl
- Creatinina: 0,57 mg/dl
- Sodio sérico: 141,8 mmol/L
- Potasio sérico: 3,5 mmol/L
- Cloro sérico: 104,8 mmol/L
- Perfil hepático: Proteínas totales: 6,4 g/dl, Albúmina: 4 g/dl, Bilirrubina total: 0,50 mg/dl, TGO: 30 U/L, TGP: 25,4 U/L, FA: 95,2 U/L, GGT: 61,9 U/L

Estudio de Imágenes:

- Tomografía abdominal total con contraste: Se observa defecto de la pared abdominal ventral paramediana derecha supraumbilical que mide 122 x 56 mm (cuello por fondo) e infraumbilical que mide 100 x 64 mm (cuello por fondo) los cuales contienen asas intestinales y vasos mesentéricos sin signos de complicación.

Diagnósticos

- Tumoración abdominal: Hernia incisional compleja con pérdida de dominio
- Hipertensión arterial controlada

Tratamiento

- Enalapril 10 mg 1 tableta VO cada 24 h
- Bromuro de Ipratropio 20 µg: 2 puff cada 12 h con aerocámara
- Uso de inspirómetro de incentivo
- IC al servicio de cardiología, neumología y anestesiología

- control de funciones vitales
- Balance hidroelectrolítico
- Control hemodinámico

Plan quirúrgico

Eventroplastia con separación anterior de componentes + colocación de malla de polipropileno + colocación de drenaje tubular Jackson Pratt.

Evolución

La paciente es hospitalizada desde consultorio externo para completar los estudios prequirúrgicos y realizar una eventroplastia, durante su hospitalización la paciente no presentó ninguna molestia; sin embargo, la saturación de oxígeno se mantenía en un rango mayor a 90% y menor a 95% y la paciente no refería disnea. el servicio de cardiología le dio un riesgo cardiológico II, por su parte, el servicio de neumología al evaluar a la paciente encontró una saturación de 93%, pero al examen físico no se encontró ninguna anomalía por lo que sugirió iniciar bromuro de ipratropio de 20 µg a 2 puff cada 12 horas con aerocámara, también sugirió un monitorio pulsoximétrico durante la cirugía y el postquirúrgico, manejo adecuado de dolor postquirúrgico para prevenir hipoventilación y realizar espirometría de incentivo cada 8 horas, se le dio un riesgo neumológico II. Tras ser programada se le realizó una eventroplastia abdominal, el postoperatorio de la paciente fue de evolución favorable, se monitorizó a la paciente clínicamente y laboratorialmente, se cuantificó el contenido del dren Jackson Pratt no superando los 20 cc diarios y 5 días después de la cirugía, la paciente fue dada de alta con indicaciones y control por consultorio externo de cirugía general.

1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

La rotación en Ginecología y Obstetricia se subdividió en las siguientes áreas: consultorios externos y hospitalización de ginecología oncológica, consultorios externos y hospitalización de ginecología, alojamiento conjunto, tópico de emergencia, centro obstétrico y salud reproductiva. En cada una de

estas rotaciones se realiza la historia clínica correspondiente, así como también las evoluciones en caso la paciente se hospitalice, bajo tutoría de los médicos residentes y/o asistentes.

1.4.1 Caso clínico n.º1

Paciente de 32 años con 37 3/7 semanas de gestación que se encontraba en el consultorio externo de obstetricia es trasladada al tópicico de emergencia después de que en la toma de presión arterial se obtuviera un valor de presión arterial en 146/90 mmHg, la paciente niega cefalea, niega náuseas y vómitos, niega dolor abdominal, niega alteración de la agudeza visual, niega presentar sangrado vaginal, niega presentar pérdida de líquido amniótico y distingue movimientos fetales con normalidad.

Antecedentes

Obstétricos:

- G1P1001 (1 cesárea)
- Menarquia: 12 años
- Fecha de última regla: 10/01/23
- Régimen catamenial: 3-4/30
- Primera relación sexual: 17
- Numeroso de parejas sexuales: 1
- Última relación sexual: hace 5 meses
- Métodos anticonceptivos: Ninguno
- Papanicolaou: 11/12/21, resultado: negativo

Antecedente de preeclampsia en la primera gestación

Niega HTA y Diabetes mellitus

Niega antecedentes quirúrgicos ni reacciones adversas a medicamentos

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 65 X', FR: 17 X', Saturación de oxígeno: 98%, T°: 37°C, PA: 146/90 mmHg.
- Aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.

- Piel y faneras: Piel húmeda, tibia, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no se observa palidez en piel y mucosas.
- TCSC: se evidencia edemas en MMII con fovea +/-+++, blando.
- Cabeza y cuello: cuello sin lesiones ni adenopatías, no se palpa tiroides.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de regular intensidad, no presencia de soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se identifican ruidos agregados a la auscultación.
- Abdomen: ocupado por útero grávido, no presencia de dolor a la palpación superficial ni a la palpación profunda, altura uterina: 32 cm, situación/posición/presentación: Longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales: 132 latidos por minuto, dinámica uterina: no presenta, movimientos fetales: ++/+++.
- Genitales externos: no presencia de sangrado.
- Tacto vaginal: cuello uterino cerrado, largo y posterior.
- Aparato locomotor: moviliza sin dificultad las 4 extremidades, rangos articulares normales.
- Sistema nervioso central: paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, ROT: conservados, no signos de focalización ni meníngeos, Glasgow 15/15.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 13 mg/dl
- Leucocitos: 10500/mm³
- Plaquetas: 185000/mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 14 s, INR: 0,94
- Fibrinógeno: 550 mg/dl
- Glucosa sérica: 81 mg/dl
- Urea: 19 mg/dl
- Creatinina: 0,89 mg/dl
- Proteinuria: 125,7 mg/dl
- Sodio sérico: 139 mmol/L

- Potasio sérico: 3,8 mmol/L
- Cloro sérico: 99,9 mmol/L
- LDH: 238 U/L
- Perfil hepático: Proteínas totales: 5,6 g/dl, Albúmina: 3 g/dl, Bilirrubina total: 0,77 mg/dl, TGO: 32 U/L, TGP: 27 U/L, FA: 97 U/L, GGT: 66 U/L

Diagnósticos

- Secundigesta de 37 3/7 semanas de gestación por ecografía de primer trimestre
- Trastorno hipertensivo del embarazo: Preeclampsia sin criterios de severidad
- Mala historia obstétrica: antecedente de preeclampsia en su primera gestación

Tratamiento

- NPO
- Hidratación endovenosa con NaCl 0.9% 500 cc en 20 minutos y luego 20 gotas por minuto
- Nifedipino 10 mg VO si presión arterial \geq 160/110
- control de funciones vitales
- Balance hidroelectrolítico estricto
- Control de presión arterial cada 30 minutos
- Test no estresante fetal
- Proteinuria de 24h

Evolución

La paciente en cuestión fue hospitalizada en el área de centro obstétrico para completar estudios de laboratorio los cuales confirmaron el diagnóstico planteado como preeclampsia, no se encontraron criterios de severidad; la proteinuria en 24 horas resultó en 4,01 g/24h en un volumen de 2250 ml, el test no estresante fetal resultó reactivo, durante la monitorización de la presión arterial no hubo evidencia de incremento de la presión arterial por arriba de 160/110; con los resultados mencionados, considerando sus antecedentes y que la paciente se encontraba a término se decidió realizar una cesárea.

1.4.2 Caso clínico n.º2

Paciente femenina de 28 años de 32 1/7 semanas de gestación acude al tópico de emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 3 días el cual se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, paciente niega sensación de alza térmica, niega dolor suprapúbico, niega presentar sangrado vaginal, niega presentar pérdida de líquido amniótico y percibe movimientos fetales con normalidad.

Antecedentes

Obstétricos:

- G0P0000
- Menarquia: 13 años
- Fecha de última regla: 18/02/23
- Régimen catamenial: 6/32
- Primera relación sexual: 20
- Numeroso de parejas sexuales: 2
- Última relación sexual: hace 4 meses
- Métodos anticonceptivos: Ninguno
- Papanicolaou: 03/04/22, resultado: negativo

Niega HTA y Diabetes mellitus

Niega antecedentes quirúrgicos ni reacciones adversas a medicamentos

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 87 X', FR: 16 X', Saturación de oxígeno: 99%, T°: 37°C, PA: 108/70 mmHg.
- Aparente regular estado general, Aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: Piel húmeda, tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no se observa palidez en piel y mucosas.
- TCSC: no se evidencia edemas en extremidades.
- Cabeza y cuello: cuello sin lesiones ni adenopatías, no se palpa tiroides
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de regular intensidad, no presencia de soplos.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se identifican ruidos agregados a la auscultación.
- Abdomen: ocupado por útero grávido, no dolor a la palpación superficial ni a la palpación profunda, altura uterina: 26 cm, situación/posición/presentación: Longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 142 latidos por minuto, dinámica uterina: no presenta, movimientos fetales: ++/+++.
- Genitales externos: no presencia de sangrado.
- Tacto vaginal: cuello uterino cerrado, largo y posterior.
- Aparato locomotor: moviliza sin dificultad las 4 extremidades, rangos articulares normales.
- Sistema nervioso central: paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, ROT: conservados, no signos de focalización ni meníngeos, Glasgow 15/15.

Exámenes complementarios

Laboratorio:

- Hemoglobina: 11,5 mg/dl
- Leucocitos: 9700/mm³
- Plaquetas: 235000/mm³
- Perfil de coagulación: tiempo de protrombina: 13,9 s, tiempo parcial de tromboplastina activada: 33 s, INR: 0,98
- Fibrinógeno: 197 mg/dl
- Urea: 25 mg/dl
- Creatinina: 0,85 mg/dl
- Sodio sérico: 141 mmol/L
- Potasio sérico: 4,3 mmol/L
- Cloro sérico: 98,6 mmol/L
- PCR: 23 mg/L
- Examen de orina: aspecto: turbio, nitritos: negativo, células epiteliales: 2-4 x campo, leucocitos 60-70 x campo, eritrocitos: 2-4 x campo

Diagnósticos

- Primigesta de 32 1/7 semanas por ecografía de primer trimestre

- Infección de tracto urinario no complicada en el tercer trimestre de gestación

Tratamiento

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Cefuroxima 500 mg VO cada 12h por 7 días
- Urocultivo (toma previo inicio de antibioticoterapia)

Evolución

El cuadro clínico presentado en la paciente es sugerente de una infección de tracto urinario bajo, el cual se confirma con el examen de orina patológico al presentar leucocituria y al presentar normalidad en los exámenes hematológicos se le indica iniciar antibioticoterapia de forma ambulatoria con cefuroxima, se le explican los signos de alarma e indica que acuda a consulta externa a los 7 días para revisar los resultados del urocultivo y solicitar un nuevo urocultivo de control.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Dos de Mayo es un hospital perteneciente al ministerio de salud de la DIRIS Lima centro ubicado geográficamente en la cuadra 13 de la avenida Miguel Grau, en el distrito de Barrios Altos en Lima Metropolitana.

Este hospital nacional cuenta con 16 departamentos los cuales son: Cirugía, Especialidades médicas, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Patología Clínica y Anatomía Patológica, Anestesiología, Hemoterapia, Diagnóstico por Imágenes, Emergencia y Cuidados Críticos, Farmacia, Enfermería, Consulta externa, Nutrición y Odontología.

Se caracteriza por ser un hospital docente por excelencia y al ser de tercer nivel, es centro de referencia de carácter nacional presentando así una gran casuística variada y compleja, razón por la cual es considerado una de las mejores sedes hospitalarias para llevar a cabo el internado médico.

El interno de medicina tiene múltiples funciones, dependiendo del área en el cual se encuentre rotando pueden haber algunas variantes; sin embargo, todos tienen en común la primera interacción como encargado del paciente y producto de ello la elaboración de una historia clínica completa, además del seguimiento durante su estancia hospitalaria, evaluación clínica diaria manifestada en las evoluciones diarias, realización de procedimientos según requiera el paciente tales como: curación de heridas, toma de gases arteriales, toma de electrocardiograma, colocación y cambios de sondas urinarias y bolsas de colostomía, toma de papanicolaou, parto y alumbramiento, suturas, entre otros, todas y cada una de ellas bajo la guía de los médicos residentes y/o asistentes en el área de rotación; de esta manera el interno de medicina forma parte del equipo médico de salud siempre supervisado.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º1

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es un motivo de consulta frecuente tanto en consultorio externo como en los servicios de emergencia, esto se ve reflejado en la incidencia de EDA que en el Perú es de 48.2 por cada 10000 habitantes en el 2023, siendo la gran mayoría pacientes pediátricos (1,3). Se define como la aparición ≥ 3 deposiciones semilíquidas o líquidas durante 3 o más días y menos de 2 semanas.

La etiología de los cuadros diarreicos agudos en pediatría es en su mayoría viral representando entre el 70 y 80% del total mientras que la etiología bacteriana representa el restante 10 a 20% dentro de los cuales la mayoría son producidas por: *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* y *Escherichia coli* enterotoxigénica (2).

El cuadro clínico de la EDA tiene manifestaciones propias del sistema gastrointestinal como lo son: deposiciones semilíquidas o líquidas, vómitos, dolor abdominal, meteorismo y pujo; también tenemos las manifestaciones generales como lo son: fiebre, malestar general e hiporexia y por último tenemos manifestaciones de deshidratación como consecuencia del cuadro diarreico como lo son: alteración del estado de conciencia, incremento de la sed, signo del pliegue positivo, mucosas secas, ojos hundidos, fontanela deprimida, taquicardia, oliguria, llenado capilar > 2 segundos, taquipnea, polipnea, hipotensión, pérdida de peso.

El manejo adecuado de una EDA depende de si estamos o no frente a un cuadro de deshidratación y cuál es el grado de este, para ello se creó 3 formas de tratamiento: el Plan A, que se lleva a cabo en pacientes con un cuadro de EDA pero que no tienen signos de deshidratación por lo que se opta por 5 reglas: aumento de la ingesta de líquidos, continuar con alimentación habitual, reconocer los signos de alarma y deshidratación, enseñar a cómo evitar cuadros de EDA en un futuro y administrar Zinc como suplemento; el segundo

Plan es el B, que se lleva a cabo en pacientes con un cuadro de EDA con signos de deshidratación leve a moderada como son: irritabilidad, ojos hundidos, boca y mucosas secas, lágrimas escasas y muy sediento por lo que se opta por las sales de rehidratación oral (SRO) de osmolaridad reducida a un volumen de 50 a 100 cc por kilogramo de peso por vía oral en 3 a 4 horas; el tercer y último Plan es el C, que se lleva a cabo en pacientes con un cuadro de EDA con signos de deshidratación severa como son: letargia, inconsciencia, ojos muy hundidos y secos, boca y mucosas muy secas, lágrimas ausentes y la incapacidad de beber líquidos por vía oral por lo que se opta por la hidratación endovenosa; en caso de shock se inicia con un bolo de Solución de Cloruro de Sodio al 0.9% o Lactato de Ringer a 20 cc por kilogramo de peso en 10 a 15 minutos, en caso de seguir aún en estado de shock se puede repetir el bolo por segunda vez (si posterior al segundo bolo no hay mejoría se debe buscar otras causas de shock), una vez que el paciente sale del shock se procede a la administración de Solución polielectrolítica estándar (SPE) o Lactato de Ringer para lo cual tenemos 2 escenarios: el primero es en pacientes < 1 año en quienes se administra 30 cc por kilogramo de peso en 1 hora y 70 cc por kilogramo de peso en 5 horas (6 horas en total), el segundo escenario es en pacientes > 1 año en quienes se administra 30 cc por kilogramo en 30 minutos y 70 cc por kilogramo de peso en 2 horas y 30 minutos (3 horas en total), en caso no se cuente con SPE o Lactato de Ringer se puede optar por una solución compuesta por 500 cc de Solución de Cloruro de Sodio al 0.9% + 500 cc de Dextrosa al 5% en agua destilada + Cloruro de Potasio (20 miliequivalentes/Litro) (3). El uso de antibioticoterapia no está formalmente indicado, ya que incluso el cuadro de etiología bacteriana se autolimita; sin embargo, se debe considerar su uso dependiendo del estado del paciente, las sospechas etiológicas y riesgo de infección grave en el que se prefiere usar azitromicina por vía oral o cefalosporinas de tercera generación administrada por vía intravenosa (4).

Caso clínico n.º2

Las malformaciones arteriovenosas en pacientes de edad pediátrica se consideran dentro de anomalías congénitas en el cual existe un vínculo anormal entre arterias y venas cerebrales, aproximadamente entre un 3 y 20%

de las malformaciones arteriovenosas se descubren en la infancia ya sea porque el paciente debuta con una ACV hemorrágico, convulsiones o cefalalgias; también se pueden descubrir accidentalmente en pruebas de imagen cerebrales realizadas por otras razones. (5)

La manifestación clínica predominante es la hemorragia intraparenquimal, representando más del 50%, seguido de crisis convulsivas, cefalalgia, soplo craneal, entre otros. El diagnóstico se realiza por estudio de imagen con tomografía y angiografía cerebral en conjunto.

Ante una hemorragia parenquimal, el manejo de emergencia es la realización de una craniectomía descompresiva bajo anestesia general, el procedimiento puede ser unilateral o coronal bilateral, para ello se procede a la colocación de los agujeros de trépano en el cráneo y posteriormente se realiza la apertura dural. El colgajo óseo resultante del procedimiento puede ser almacenado en un banco de tejidos o en un bolsillo subcutáneo ubicado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal (6).

El manejo de las malformaciones arteriovenosas consta en su resección total, asimismo se debe comprobar que la anomalía vascular haya sido eliminada, por ello es indispensable realizar estudios de imagen 10 días posteriores a la cirugía efectuada, así como también se recomienda realizar un electroencefalograma para observar si existe o no un foco epiléptico y si este ha sido removido (7).

Es importante también que los pacientes con malformaciones arteriovenosas que tengan compromiso sensitivo, motor o de lenguaje sean posteriormente evaluados por el servicio de Medicina Física y Rehabilitación como parte del manejo integral de estos pacientes.

3.2. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º1

El primer caso presentado en esta rotación tiene como diagnóstico principal el coma mixedematoso, el cual es infrecuente verlo en las salas de hospitalización, con una incidencia de 0.22 por cada millón de personas al año (8); se trata de la resultante de un cuadro de hipotiroidismo descompensado de forma aguda en donde existe una disminución severa y crónica de las hormonas tiroideas y como tal se le considera una emergencia endocrina. Los factores precipitantes suelen ser cuadros sistémicos dentro de los cuales tenemos a las infecciones respiratorias y urinarias, insuficiencia cardiaca congestiva, IMA, *stroke* isquémico y el consumo habitual de algunos fármacos como el litio o la amiodarona (9), si revisamos el caso descrito podremos darnos cuenta que la paciente padecía de varios de estos posibles factores precipitantes.

Las manifestaciones clínicas son múltiples debido a la función de las hormonas tiroideas a nivel de varios sistemas como, por ejemplo: sistema cardiovascular, nervioso, respiratorio, gastrointestinal, renal, etc.; sin embargo, como parte del cuadro clínico más frecuente tenemos la hiporreflexia, bradicardia, hipotensión arterial, hipotermia y alteración del estado de conciencia pudiendo llegar al coma (8).

El diagnóstico del coma mixedematoso es clínico, para ello se utiliza un score diagnóstico elaborado por Popoveniuc y colaboradores, el cual contiene los siguientes parámetros: el primero se enfoca en la disfunción de la termorregulación considerando la temperatura $> 35^{\circ}\text{C}$ como 0 puntos, la temperatura entre 32°C y 35°C como 10 puntos y una temperatura $< 32^{\circ}\text{C}$ como 20 puntos, el segundo parámetro son los efectos sobre el sistema nervioso evaluando para esto el estado de conciencia considerando ausencia de alteración como 0 puntos, somnolencia y letargia como 10 puntos, obnubilación como 15 puntos, estupor como 20 puntos y el coma o crisis convulsivas como 30 puntos, el tercer parámetro son los hallazgos gastrointestinales considerando la anorexia, estreñimiento y dolor abdominal como 5 puntos, la disminución de la motilidad gastrointestinal como 10 puntos y el íleo paralítico como 20 puntos, como cuarto parámetro tenemos la ausencia o presencia de un factor precipitante dándoles 0 y 10 puntos

respectivamente, como quinto parámetro tenemos la disfunción cardiovascular considerando una frecuencia cardiaca > 60 latidos por minuto (lpm) como 0 puntos, 50 a 59 lpm como 10 puntos, 40 - 49 lpm como 20 puntos y < 40 lpm como 30 puntos, también se consideran los cambios electrocardiográficos como 10 puntos, presencia de derrame pericárdico o pleural como 10 puntos, evidencia de edema pulmonar como 15 puntos, cardiomegalia como 15 puntos y la hipotensión arterial como 20 puntos y como sexto y último parámetro tenemos algunas anormalidades metabólicas considerando a la hiponatremia, hipoglicemia, hipoxemia, hipercapnia y reducción de la tasa de filtración glomerular cada una como 10 puntos; la interpretación del puntaje de este score es que ante un puntaje > 60 es altamente probable que estemos frente de un coma mixedematoso, entre 29 y 59 es sugestivo de que existe riesgo del padecimiento de este cuadro y un puntaje < 25 es improbable que estemos frente a un coma mixedematoso. Asimismo, es importante como ayuda diagnóstica la medición de TSH y las hormonas T4 y T3 libres y fraccionadas, estas últimas siempre se encontrarán en niveles mínimos a diferencia del TSH el cual puede encontrarse no muy elevado en correlación con T4 y T3 (9).

El manejo de estos pacientes idealmente se debe hacer en una UCI, enfocándonos en 2 pilares fundamentales que son: la administración de las hormonas tiroideas y la corrección del factor precipitante. Dentro del tratamiento farmacológico también está indicado el uso empírico de glucocorticoides administrados imperativamente antes de la administración de las hormonas tiroideas para evitar el rápido metabolismo del cortisol producido por las hormonas tiroideas, para ello se usa hidrocortisona a una dosis de 50 a 100 mg por vía endovenosa cada 6 a 8 horas por 7 a 10 días aproximadamente (10), por otro lado, la Asociación Americana de Tiroides recomienda usar levotiroxina a una dosis entre 200 y 400 μg en bolo intravenoso las primeras 48 horas y posteriormente disminuir la dosis entre 50 a 100 μg al día por vía intravenosa hasta que el paciente se encuentre en condiciones de recibir el tratamiento por vía oral (9,10). Algunos autores recomiendan el uso concomitante de la liotironina, forma sintética de la hormona T3, debido a que la conversión de T4 a T3 sistémico se encuentra

disminuido, a una dosis de 25 a 40 µg cada 8 horas. En Perú no se cuenta con levotiroxina y liotironina en su presentación para administración intravenosa por lo que se opta por el uso de sonda nasogástrica para la administración de las hormonas tiroideas (9).

Caso clínico n.º2

En este caso clínico se presenta como diagnósticos relevantes en la sala de hospitalización a una candidemia en resolución y al herpes zóster adquirida en el ámbito intrahospitalario.

La candidemia en pacientes hospitalizados en el Perú es producida en su mayoría por cepas de *Candida no albicans representando* aproximadamente el 86% de las candidemias, en la literatura se tiene como principales factores de riesgo el uso de catéter venoso central y la exposición previa a antibioticoterapia de amplio espectro, ante la sospecha diagnóstica de una fungemia es imperativo iniciar tratamiento antifúngico temprano empírico, esto disminuye mortalidad siempre y cuando se inicie dentro de las 72 horas de la sospecha clínica o el día de toma de hemocultivo, como tratamiento empírico se prefiere el uso de: anfotericina B, fluconazol, voriconazol y anidulafungina que han demostrado muy bajos índices de resistencia (11).

Por otro lado, el herpes zóster es una enfermedad produce por el virus de la varicela zóster, el cual se transmite por vía aérea mediante aerosoles de las secreciones del sistema respiratorio o proveniente de lesiones dérmicas de una persona con la enfermedad, dentro de los factores de riesgo tenemos: pacientes mujeres, adultos mayores, inmunocomprometidos, pacientes con antecedentes de varicela antes del primer año de edad.

Las manifestaciones clínicas que permiten el diagnóstico son la presencia de lesiones vesiculares, eritematosas en su base, en grupos que se disponen en áreas correspondiente a dermatomas específicos, siendo en su mayoría dermatomas torácicos representando el 55%.

El manejo debe ser idealmente antes de las 72 horas de hecho el diagnóstico clínico, ya que eso reduce el dolor, limita su expansión a otros dermatomas, previene la neuralgia postherpética y reduce su contagiosidad. Los antivirales más usados por vía oral son: el valaciclovir que se indica 1 gramo cada 8 horas, famciclovir que se indica 500 mg cada 8 horas, la brivudina que se indica 125 mg cada 24 horas y el aciclovir que se indica por 800 mg 5 veces al día por 7 días; para el manejo del dolor agudo se recomienda identificar si el paciente tiene un dolor de tipo nociceptivo o neuropático, ante el dolor nociceptivo se inicia con analgésicos no opioides como el paracetamol a una dosis de 1 gramo cada 12 horas o incluso 8 horas, de persistir se agrega un opioide débil como el tramadol a una dosis de 50 mg cada 6 horas, y de persistir el dolor agudo se opta por un opioide fuerte como lo son la morfina o la oxycodona; en ante un dolor de tipo neuropático se indica gabapentina en dosis de 900 a 1800 mg cada 24 horas o pregabalina a dosis de 150 a 600 mg cada 24 horas (12).

3.3. Rotación en Cirugía general

Caso clínico n.º1

Los tumores del estroma gastrointestinal, llamados también tumores GIST, representan aproximadamente el 1% de las neoplasias del tubo gastrointestinal, es más común que se presente entre la quinta y sexta década de la vida, esta clase de neoplasias suelen afectar con mayor predominio el estómago en un 70%, seguidos del intestino delgado representando un 25 % ; el comportamiento de esta clase de tumores puede ser de carácter benigno o maligno, su origen se encuentra en el tejido mesenquimal, específicamente en las células de Cajal ubicadas entre la capa muscular longitudinal externa y la capa muscular circular media en el caso del estómago y entre las capas circular interna y longitudinal externa en el resto del tracto gastrointestinal (13).

La causa más relacionada a este tipo de neoplasias se debe a mutación genética ubicada en el gen KIT y PDGFRA. Una gran parte de los pacientes que presentan un tumor GIST gástrico permanecen asintomáticos hasta que se evidencia incidentalmente; en los pacientes que cursan con sintomatología

tenemos a las principales manifestaciones clínicas a la: hemorragia del sistema gastrointestinal, hematemesis, anemia, dolor abdominal, dispepsia, estreñimiento, náuseas y vómitos y síndrome constitucional.

La sospecha diagnóstica inicia con la clínica descrita, como ayuda diagnóstica tenemos a los estudios de imagen, principalmente la tomografía abdominal con contraste en donde podremos observar una masa exofítica que capta contraste, asimismo en la endoscopia se puede observar una lesión tumoral subepitelial, la confirmación del diagnóstico se hace mediante biopsia prequirúrgica a menos que la lesión tenga características de resecabilidad, en tal caso no es muy necesario la realización de la biopsia y se procede al estudio de la pieza completa, en la anatomía patológica se encontrará un patrón de inmunohistoquímica CD117(+), CD34(+), CK20(-) (13,14).

El tratamiento en caso el tumor sea resecable y no exista evidencia de metástasis es la cirugía el cual puede ser por vía laparoscópica o abierta, teniendo como objetivo los márgenes libres de neoplasia; el uso de Imatinib está recomendado en los pacientes postoperados ya que disminuye la posibilidad de recurrencia, así como también está indicado en los pacientes con enfermedad metastásica; la dosis del fármaco oscila entre 400 y 800 mg cada 24 horas y la duración del tratamiento que más resultados positivos ha tenido es de 3 años (14).

Caso clínico n.º2

El presente caso se trata de una eventración o hernia incisional abdominal gigante con pérdida de dominio, como tal son de curso crónico y por ende generan una alteración de la estructura y de la función de la pared abdominal lo que afecta la calidad de vida, se define como un defecto de pared mayor a 10 cm o que abarca más del 25% de la superficie abdominal.

El manejo de estos cuadros requiere de bastante delicadeza, ya que la parte más complicada es la preparación previa del paciente previo a la plastia, sin esa preparación, el aumento súbito de la presión intraabdominal puede ocasionar lo que se denomina como un síndrome compartimental abdominal

y generar además una insuficiencia respiratoria aguda. Para ello se cuenta con 2 técnicas: la primera es inducir un neumoperitoneo progresivo realizado entre 7 a 20 días aproximadamente para acostumbrar al abdomen a manejar presiones intraabdominales que tenían previo a la aparición de este defecto gigante de pared, la segunda técnica es el uso de la toxina botulínica tipo A, con ello se busca una parálisis flácida de los músculos abdominales para así facilitar el cierre del defecto en la pared abdominal (15).

La técnica quirúrgica con mayor estudio es la separación de componentes, el cual puede ser anterior si se entra al plano entre los músculos oblicuo mayor y menor, y puede ser posterior cuando se accede al plano ubicado entre el músculo transverso del abdomen y la fascia transversalis; cuando en el intraoperatorio se observa el fracaso del cierre completo del defecto en la aponeurosis después de la realización de la técnica de separación de componentes, se opta por la colocación de una malla siendo las de tipo biológicas las de elección; sin embargo, un estudio realizado en Chile muestra como innovadora técnica a la separación de componentes + *turn over flap* aponeurótico de la región anterior del músculo recto del abdomen generando menor tensión y por ende no necesitando de colocación de una malla (16).

3.4. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º1

La preeclampsia es un tipo de trastorno hipertensivo del embarazo que se manifiesta a partir de la semana 20 del embarazo en donde existe un defecto en la remodelación de las arterias espirales, el cual podemos definir como la identificación en la paciente de una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg por lo menos en 2 ocasiones separadas mínimo por 4 horas asociado o bien a una proteinuria ≥ 300 mg en volumen de orina de 24 horas o, en su defecto, asociado a evidencia de disfunción orgánica dentro de los cuales tenemos: injuria renal aguda definido como la presencia de creatinina ≥ 1 mg/dl; disfunción hepática manifestado con la elevación de transaminasas (TGO/TGP ≥ 40 UI/L); afección neurológica como lo es: alteración del estado de conciencia, crisis convulsiva, *stroke*

isquémico, alteración de la agudeza visual, cefalalgia, entre otros; afección hematológica manifestado como trombocitopenia, coagulación intravascular diseminada (CID), evidencia de hemólisis con la elevación de las bilirrubina indirecta; y por último alteración de la función útero-placentaria el cual se puede manifestar como un retraso del crecimiento intrauterino, anomalías de la onda *doppler* de la arteria umbilical y muerte del producto.

La preeclampsia se puede dividir en 2 cuadros: sin y con criterios de severidad; en la preeclampsia sin criterios de severidad encontraremos una presión arterial sistólica < 160 mmHg y/o una presión arterial diastólica < 110 mmHg asociado a una proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg en volumen de orina de 24 horas y que además no exista evidencia de lesión en órgano blanco; por otro lado la preeclampsia con criterios de severidad se definirá como la presencia de una presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o una presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg que está asociado a disfunción orgánica dentro de los cuales tenemos: TGO/TGP por encima del doble de su valor normal, dolor agudo en epigastrio o en cuadrante superior izquierdo que no alivia con analgésicos de rutina, trombocitopenia por debajo de las 100000 plaquetas/mm³, creatinina por encima de 1.1 mg/dl, oliguria, evidencia de edema pulmonar, alteración de la agudeza visual o aparición de escotomas visuales, alteración neurológica representado por alteración del estado de conciencia o convulsiones y la alteración de la función útero-placentaria evidenciado en la ecografía; cabe resaltar que ante la aparición de crisis convulsivas en ausencia de otras causas en una gestante con preeclampsia pasa a denominarse como eclampsia (17).

Como principales factores de riesgo tenemos: nuliparidad, gestaciones previas con preeclampsia, antecedentes familiares de preeclampsia, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, enfermedades autoinmunes como el LES o el síndrome antifosfolípido, obesidad, edad materna avanzada, periodo intergenésico corto o largo, entre otros.

El manejo de este cuadro depende de la edad gestacional, si la edad gestacional es menor a 34 semanas se opta por un manejo más conservador, el cual comprende en primer lugar la maduración pulmonar con corticoides siempre y cuando se tenga planeado la culminación del embarazo en un plazo de 1 semana, como primera elección está la betametasona a una dosis de 12 mg (1 ampolla) por vía intramuscular una vez al día por dos días (2 dosis en total), como alternativa tenemos al dexametasona en dosis de 6 mg cada 12 horas por 48 horas (4 dosis en total), en segundo lugar tenemos al tratamiento antihipertensivo siendo el alfa metildopa el de elección a una dosis entre 500 mg y 2 g al día, también se cuenta con nifedipino a una dosis de 10 a 40 mg al día; si estamos frente a una presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg podemos usar nifedipino 10 mg por vía oral cada 20 minutos teniendo en cuenta como dosis máxima 60 mg, Hidralazina en dosis de 5 mg por vía intravenosa, seguido de eso y ante la persistencia de la presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg se puede continuar con 5 mg hasta 10 mg por vía intravenosa cada 15 minutos teniendo en cuenta que la dosis máxima es 40 mg, en caso de preeclampsia con criterios de severidad y como prevención de la eclampsia se usa el sulfato de magnesio que se administra a una dosis de 4 g por vía intravenosa pasado en 20 minutos, asimismo se deben evaluar 3 parámetros en la paciente para identificar precozmente una intoxicación por sulfato de magnesio: presencia de hiporreflexia, oliguria y depresión respiratoria; ante estos signos se utiliza el gluconato de calcio como antídoto a una dosis de 1 g por vía intravenosa; por otro lado, el manejo de la preeclampsia con una edad gestacional > 34 semanas es la culminación del embarazo como tratamiento definitivo de mencionado trastorno hipertensivo, la culminación del embarazo se puede realizar por parto vaginal siempre y cuando estemos frente a una preeclampsia sin criterios de severidad o bien una preeclampsia con criterios de severidad que tengan la presión arterial controlada y con un score Bishop > 6 , por otro lado la culminación del embarazo se realizará por cesárea ante una preeclampsia con criterios de severidad, con hipertensión no controlada y con un Bishop < 5 (18).

Caso clínico n.º2

La infección de tracto urinario durante la gestación es una de las complicaciones del embarazo más frecuentes en nuestro medio, lo podemos dividir en 3 escenarios: el primer escenario es la bacteriuria asintomática, el cual se define como un conteo de bacterias como mínimo de 100000 unidades formadoras de colonia por mililitro en un urocultivo (llamado bacteriuria significativa) sin manifestaciones clínicas; el segundo escenario es la cistitis o infección del tracto urinario bajo en el cual se presentan manifestaciones clínicas típicas como: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, urgencia, dolor suprapúbico y la ausencia de signos de compromiso sistémico; el tercer escenario es la pielonefritis o infección del tracto urinario alto en el cual encontraremos dolor lumbar a nivel de los ángulos costovertebrales, signos de compromiso sistémico como la fiebre y el antecedente previo de síntomas urinarios bajos.

La etiología de las infecciones del tracto urinario son comúnmente las enterobacterias siendo la principal la *Escherichia coli*, tanto en mujeres gestantes como en no gestantes, después tenemos otras bacterias como la *Klebsiella*, *Proteus spp*, *Pseudomona*, entre otros (19).

Dentro de los principales factores de riesgo tenemos: antecedentes de infecciones urinarias como recidiva y recurrencia, nefrolitiasis, anomalías anatómicas de las vías urinarias, reflujo vésico-ureteral, multiparidad, pacientes inmunocomprometidos, vejiga neurógena, entre otros.

El diagnóstico es clínico, como ayuda diagnóstica tenemos el examen de orina que se considera positivo con presencia de leucocitos ≥ 5 por campo el cual se denomina leucocituria y la presencia de nitritos positivos nos orienta hacia una infección urinaria, y como confirmación el urocultivo y antibiograma; además se solicitará hemograma el cual nos dará a conocer si existe leucocitosis, marcadores inflamatorios como PCR y procalcitonina y otros exámenes de importancia como el perfil de coagulación, electrolitos séricos y creatinina sérica.

El tratamiento se realiza con antibióticos, frente a una bacteriuria asintomática y una cistitis se opta como primera alternativa a la nitrofurantoína a una dosis de 100 mg cada 6 horas por 7 días, este antibiótico no se debe usar durante el primer trimestre del embarazo ni tampoco durante el trabajo de parto, como alternativas también tenemos a las cefalosporinas de primera generación como la cefalexina a una dosis de 500 mg cada 6 horas por vía oral, cefalosporinas de segunda generación como la cefuroxima a una dosis de 500 mg cada 12 horas por vía oral, amoxicilina más ácido clavulánico a una dosis de 500/125 mg cada 8 horas por vía oral y como segunda alternativa tenemos a la fosfomicina a una dosis única de 3 g por vía oral; posterior al tratamiento antimicrobiano se procederá a un urocultivo control 3 días después de culminado dicho tratamiento; por otro lado, si estamos frente a una pielonefritis aguda, el manejo es hospitalario, se iniciará antibioticoterapia empírica por vía endovenosa, como elección tendremos a las cefalosporinas de tercera generación como la ceftriaxona a una dosis de 1 g cada 12 horas o 2 g cada 24 horas por 10 a 14 días, también se puede optar por aminoglucósidos siendo los más utilizados la gentamicina a una dosis de 80 mg cada 8 horas o amikacina a una dosis de 500 mg cada 12 horas, además del tratamiento antimicrobiano se optará por realizar un balance hidroelectrolítico estricto y solicitar una ecografía obstétrica, renal y de vías urinarias; en estos pacientes también es necesario realizar un urocultivo control 3 días después de culminado el tratamiento, en caso de pacientes con infecciones urinarias recurrentes se indicará nitrofurantoina a una dosis de 100 mg antes de dormir o cefalexina 500 mg de forma diaria hasta el término de la gestación (19,20).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es una etapa muy esperada como estudiante de medicina, ya que es una vista al trabajo y dedicación que uno tendrá como médico al terminar la carrera profesional, es también una forma de ganar experiencia en el ámbito hospitalario, más aún después de la pandemia por COVID-19 en donde las prácticas pre-internado no se vivieron en los hospitales sino detrás de un aparato electrónico, que si bien es cierto fue una buena estrategia para suplir las prácticas no fue esencialmente lo mismo, es por ello que este internado médico ha sido muy especial por la cercanía con los pacientes y su acompañamiento a lo largo de la evolución de su padecimiento.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo se rotó por las 4 áreas básicas dentro de la formación del médico general, la primera rotación fue en pediatría, específicamente en el servicio de neonatología, rotación que nos permitió la interacción con un ser que ve por primera vez el mundo, mediante la atención inmediata del recién nacido, momento en el cual se ve lo especial de la interacción cercana que tiene la madre con el hijo en ese tan famoso contacto piel con piel temprano, también en la somatometría del recién nacido, su primer examen físico, manejo del cordón umbilical, la profilaxis ocular, la vitamina K y sus primeras vacunas; en este servicio de neonatología también pudimos darnos cuenta lo cuidadoso y minucioso del manejo del recién nacido en la unidad de cuidados intermedios, lugar en donde se encontraban los pacientes con hiperbilirrubinemias que por lo general necesitaban fototerapia o los neonatos que necesitaban ganar peso para poder irse de alta; así como también en el área de cuidados intensivos en donde se encontraban los pacientes más delicados y en contraparte, en el área de alojamiento conjunto, en donde se evaluaba a los neonatos sanos junto a su madre, en quienes se realizaba un seguimiento estricto de su peso así como también se realizaba el tamizaje cardiovascular y al alta se les citaba para el tamizaje oftalmológico y metabólico; posteriormente tocó la rotación por el servicio de hospitalización de pediatría en donde pudimos interactuar con los niños como pacientes que iban desde los lactantes hasta niños de 15 años, pacientes que veíamos a

diario, y en donde preguntamos a la madre, que siempre se encontraba en vigilia por su hijo, si hubo alguna interurrencia con el niño, realizamos el respectivo examen físico y anotamos todo en la evolución de su historia clínica. Posteriormente el servicio de emergencia pediátrica, una rotación complicada por la demanda que existe de este servicio y en donde se vivían las situaciones más desesperantes principalmente para el paciente y sus acompañantes y en donde se participaba de cerca en su diagnóstico y tratamiento oportuno.

La segunda rotación fue en Medicina Interna, en el servicio de San Andrés, en donde interactuamos con pacientes adultos y adultos mayores en quienes se establecía una relación médico-paciente de manera directa y por ende realizar una buena anamnesis, aunque no siempre era así, ya que había pacientes que no se encontraban en condiciones de hablar por el deterioro de su estado de salud o pacientes quechuahablantes que no hablaban en castellano y que por nuestra propia ignorancia no podíamos comunicarnos con ellos como deseábamos, es por ello que en muchas ocasiones se recurría a una anamnesis indirecta, en este servicio se viven muchas experiencias, desde la satisfacción de los diagnósticos de las enfermedades más raras y complejas hasta la tristeza y sentimientos de profunda impotencia al ver a nuestro paciente fallecer, esta rotación fue muy enriquecedora tanto en el reforzamiento de la parte teórica durante las actividades académicas como en la parte práctica perfeccionando nuestro examen físico detallado así como también en la realización de distintos procedimientos que iban desde lo básico como la toma de los gases arteriales y la curación de heridas a lo más complejo, siendo interno, como la toma de una punción lumbar o la realización de una paracentesis.

La tercera rotación fue en Cirugía General, específicamente en el servicio de I4, en donde se ven principalmente patologías de pared abdominal y de estómago, en este servicio conocimos lo rápido que teníamos que realizar nuestras funciones para que los pacientes puedan entrar a sala lo más rápido posible, que como decía nuestro residente mayor: “todo sea por el beneficio del paciente”, dentro de esas funciones, estaba la elaboración de su historia

clínica de ingreso, las evoluciones diarias, tener listos los prequirúrgicos, entrar a sala con nuestro paciente y ver la magia en las salas de operaciones en donde teníamos la importante función de cerrar la pared abdominal y luego elaborar el reporte operatorio y luego continuar la evaluación al paciente en su postoperatorio hasta su tan esperada alta; en esta rotación también hacíamos guardias en el servicio de emergencia de cirugía en donde tuvimos la oportunidad de perfeccionar nuestras técnicas de sutura y poder reconocer precozmente cuadros de abdomen agudo que necesitaban de una cirugía de emergencia.

La cuarta rotación tuvo lugar en Ginecología y Obstetricia, en esta rotación también pasamos por distintos servicios tanto de ginecología como de obstetricia, desde los consultorios hasta la emergencia, se manejó de cerca a las gestantes realizando un monitoreo fetal constante en las pacientes que entran en trabajo de parto activo para así reconocer de forma temprana la aparición de algún signo de alarma, continuando así hasta el momento del parto ya sea eutócico o por cesárea. Pudimos asistir e incluso realizar el parto vaginal como procedimiento más importante y recibir en brazos al recién nacido, luego de ello ejecutar el alumbramiento con paciencia para asegurarnos de no dejar ningún resto en la cavidad intrauterina, posteriormente monitorizar a la paciente en su puerperio inmediato; por otro lado, en los consultorios, se pudo poner en práctica procedimientos de rutina como el Papanicolau e incluso participar activamente en un ecografía transvaginal; en el servicio de emergencia pudimos identificar cuadros muy delicados, como las hemorragias en pacientes gestantes y no gestantes, abortos en curso e incluso cuadros de abdomen agudo por patología anexial, en cada uno de estos escenarios era importante poder realizar un manejo preciso y rápido.

Todas y cada una de estas rotaciones produjeron un gran impacto en nosotros como internos de medicina, el vivir en carne propia tanto el inicio de la vida como el término de ella, se pudo consolidar toda la información teórica y se pudo mejorar nuestras habilidades tanto prácticas como humanas, ya que al final de cuenta uno ve pacientes, no enfermedades; se pudo ver como el inicio

de la recuperación del paciente está en escucharlos atentamente y por sobre todo ofrecerles a ellos lo mejor de nosotros lo cual significa tratarlos con amor, eso es definitivamente lo mejor que podemos dar como médicos y esencialmente como humanos.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es la última etapa de todo estudiante de medicina dentro de la malla curricular de la facultad y como tal es la de mayor importancia en la carrera de medicina humana, etapa en donde se consolidan conocimientos y habilidades adquiridos.
2. El internado médico 2023 - 2024 tuvo una duración de 10 meses, los cuales fueron suficientes para fortalecer e integrar conceptos teóricos, no siendo así con respecto al perfeccionamiento de las habilidades procedimentales.
3. El internado consta de 4 rotaciones por los servicios básicos para el médico general: Pediatría, Medicina Interna Ginecología y Obstetricia y Cirugía General.
4. Durante la rotación por cada uno de los 4 servicios se tuvieron sesiones académicas por parte de los tutores asignados por la universidad de carácter semanal en donde se abordaron temas teóricos, así como también revisión de artículos científicos y guías internacionales.
5. El interno de medicina tiene como principal función interactuar directamente con el paciente bajo la tutoría de los médicos residentes y/o asistentes e ir de la mano en cada una de las etapas de la enfermedad desde su diagnóstico hasta su recuperación.
6. La casuística en el Hospital Nacional Dos de Mayo es amplia y muy diversa, por ende, es una de las mejores sedes para realizar el internado médico.
7. El internado médico permite que el estudiante de medicina desarrolle de manera óptima la relación médico-paciente, para así reconocer conscientemente que uno trata seres humanos y por lo tanto entender el verdadero significado de ser un médico.

RECOMENDACIONES

1. Brindar información a los nuevos internos sobre el manejo de los pacientes acorde a la situación actual de cada establecimiento teniendo en cuenta la accesibilidad a los recursos materiales especialmente fármacos.
2. Retomar la duración del internado médico a 12 meses para así contribuir al mejoramiento de las habilidades del interno de medicina con respecto a los procedimientos médicos esenciales para su formación.
3. Incorporar en las sesiones académicas por parte de los tutores de cada una de las rotaciones la discusión de casos clínicos, tanto propios del servicio como ajenos a este, para impulsar la reflexión crítica en los internos de medicina.
4. Continuar con el fomento de un buen clima laboral basado en el respeto que existe entre todo el personal de salud asistencial y administrativo considerando al interno de medicina como parte del equipo de salud.
5. Continuar con el apoyo en el bienestar de los internos de medicina como parte del personal de salud, tanto en su alimentación como proporcionando los EPP necesarios para la atención óptima.
6. Reforzar y orientar no solamente la relación médico-paciente sino también la comunicación adecuada y oportuna a los familiares de los pacientes.
7. Reforzar las medidas de bioseguridad por parte de cada servicio existente en el hospital, brindando no solo capacitaciones sino supervisando el cumplimiento de estas medidas

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Perú. Ministerio de salud. Dirección regional de salud Piura. Documento técnico: Alerta Epidemiológica Regional Ante la posible ocurrencia de brote de enfermedad diarreica aguda en Piura. Código: AER 002-2023 (2023 feb 27).
2. Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Hotez PJ, Steinbach WJ. Feigin and Cherry's textbook of pediatric infectious diseases: Elsevier; 2018
3. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico. Ministerio de Salud. 2022.
4. Bartolomé Porro JM, Vecino López R, Rubio Murillo M. Diarrea aguda. Aeped.es [Internet]. 2023 [citado el 12 de mayo de 2024]; 1(1):99-108. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_diarrea_aguda.pdf
5. E. Vergnaud, E. Terzi, T. Blauwblomme, O. Naggara, F.G. Boulouis, P.G. Meyer. Malformaciones vasculares cerebrales en niños, EMC - Pediatría [internet]. 2023 [citado el 12 de mayo de 2024]; 58(2): 1-12, ISSN 1245-1789. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(23\)47714-1](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(23)47714-1)
6. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de procedimiento: craneotomía descompresiva. Ministerio de Salud. 2021.
7. J. C. Suarez y J. C. Viano. Malformación Arteriovenosa Intracraneana en la Infancia. Revista Argentina de Neurocirugía. [internet] 1986 [citado el 12 de mayo de 2024]; 3 (1) Disponible en: <https://aanc.org.ar/ranc/items/show/1047>
8. González Calderón IC, López Mejía PA, Saavedra Ortiz MA, González NA, Herrera Acero S. Urgencias endocrinológicas: coma mixedematoso. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. 2022 [citado el 12 de mayo de 2024]; 31(1):3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8624856>

9. Pérez Nieto OR, Álvarez Cruz JC, López Castro JH, Flores-Ramírez R, et al. Coma mixedematoso. Med Int Méx [internet]. 2020 [citado el 12 de mayo de 2024]; 36 (6): 859-867. Disponible en:
<https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3264>
10. Fanny Ramírez C, Roberto Huari P, Ricardo Ayala G. Coma mixedematoso. Reporte de caso. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet] 2019 [citado el 12 de mayo de 2024]; 19(3):86-94. Disponible en:
<https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2152>
11. Marcello Olsen V, Fiorella Palomino E, Michelle Regal L. Candidemia en 15 hospitales de Perú 2017-2019 [tesis en internet]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2020 [citado el 12 de mayo de 2024]. 43p. Disponible en:
<https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8470>
12. Gabriela Torres O, Dolores Bastard, Ana Clara T. Herpes zóster. Actualización y manejo. Rev. Dermatol. Argent. [internet] 2021 [citado el 12 de mayo de 2024]; 27(2):44-52. Disponible en:
<https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/2116/1186>
13. Pinedo Vega ÁD, Orea Estudillo D, Alquicira Alcántara E, Pérez Soriano A, Flores Huerta FF, González Xicoténcatl J, et al. Tumores del estroma gastrointestinal: experiencia en una unidad de oncología. Cirujano General [Internet]. 2023 [citado el 12 de mayo de 2024]; 45(2):76–81. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2023/cg232c.pdf>
14. Soriano Lorenzo J, Lima Pérez M, Soriano García J, Zaldívar-Blanco K, Fleites-Calvo V. Tumores del estroma gastrointestinal. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2019 [citado el 12 de mayo de 2024]; 80(2):214–21. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n2/a15v80n2.pdf>
15. Guevara Espejo JS, Abanto Valencia MS, Nureña Ramírez JE, Villanueva De La Cruz JP. Hernia incisional y pérdida de dominio con neumoperitoneo progresivo preoperatorio más separación de componentes. Un reporte de caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA

- [Internet]. 2022 [citado el 12 de mayo de 2024]; 15(1). Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.873>
16. Guler G. K, Camacho M. JP, Subiabre F. R, Vargas V. K, Calderón O. W, Guler G. K, et al. Tratamiento de eventraciones gigantes con cirugía de separación de componentes más turn over flap aponeurótico. Revista de cirugía [Internet]. 2020 [citado el 12 de mayo de 2024]; 72(6):542–50. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000600542
17. Cruz Pavlovich S, Ponce Rivera M. Preeclampsia: Revisión. Revista Homeostasis [Internet]. 2023 [citado el 12 de mayo de 2024]; 2023(5):1. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/homeostasis/hom-2023/hom231b.pdf>
18. Perú. Ministerio de Salud. Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo: Preeclampsia. Resolución Directoral N°20248-2019. (2019 set 13).
19. Requena Calleja MÁ, Moreno Díaz J. Manejo de las infecciones en pacientes embarazadas. Revista Española de Casos Clínicos en Medicina Interna. 2020 [citado el 12 de mayo de 2024]; 5(1):53–4. Disponible en: <https://www.reccmi.com/RECCMI/article/view/527/276>
20. Perú. Ministerio de Salud. Hospital Nacional Dos de Mayo. Guía técnica: Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en gestantes. Resolución Directoral N°01250-2022. (2022 Ene 24).