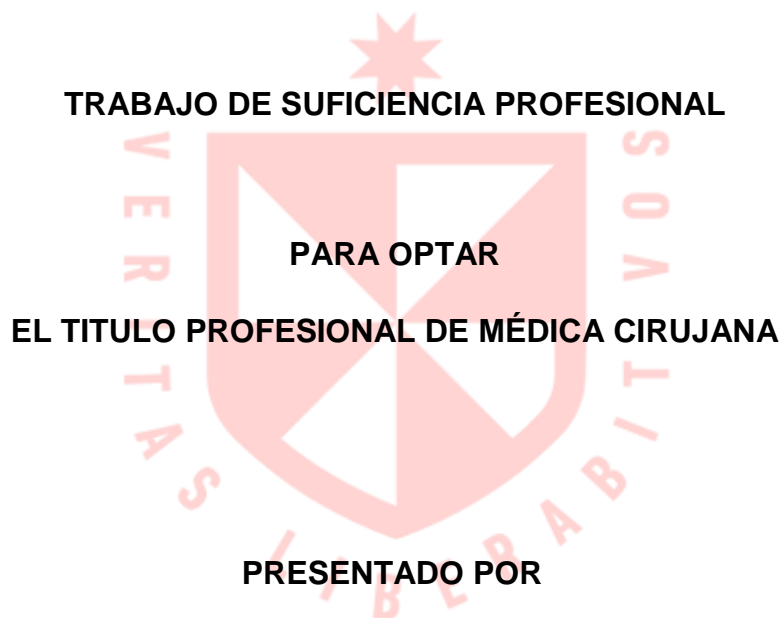


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA EN EL
INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN DE ESSALUD, AÑO 2024



VALERIA REYES MESIAS

ASESOR

HÉCTOR GERARDO CABALLERO VERA

LIMA – PERÚ

2025



**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 EN EL
INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE ESSALUD, AÑO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

VALERIA REYES MESIAS

ASESOR

DR. HÉCTOR GERARDO CABALLERO VERA

LIMA, PERÚ

2025

JURADO EVALUADOR

Presidente

Dra. Huamani De La Cruz, Emma Mercedes

Miembros

Dr. Tovar Roca, Jeffree

Dr. Cano Gamarra, Sandro Yanick

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanas, por motivarme cada día a ser mejor.

A mis compañeros de internado, por haber compartido este camino conmigo.

AGRADECIMIENTOS

A mis estimados tutores, por su invaluable guía y dedicación constante durante este año de internado. Sin sus enseñanzas, este logro no hubiera sido posible.

ÍNDICE

JURADO	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	23
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	24
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA	37
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40
ANEXOS	49

RESUMEN

Objetivos: Compartir la experiencia y competencias adquiridas en el periodo del internado médico en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen perteneciente a la Red Almenara de EsSalud, durante 12 meses en el año 2024.

Materiales y métodos: Recopilación de datos a través del ESSI (Servicio de Salud Inteligente), sistema digital desarrollado por EsSalud para la obtención de historias clínicas.

Resultados: Se presentaron 8 casos clínicos de las rotaciones realizadas durante el año de internado médico. Esta revisión refleja los conocimientos, habilidades y destrezas teórico-prácticas adquiridas a lo largo de este periodo.

Conclusiones: El internado médico es fundamental para la formación del médico cirujano. Es esencial realizar al menos cuatro rotaciones para asegurar la adquisición de competencias necesarias en diversas especialidades clínicas y quirúrgicas.

Palabras clave: internado médico, interno de medicina, hospital, medicina, pediatría, neonatología, ginecología, obstetricia.

ABSTRACT

Objectives: Share the experiences and competencies acquired during the 12-month medical internship period at the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital, part of EsSalud's Almenara Health Network, in 2024.

Materials and Methods: Data collection through the ESSI (Intelligent Health Service), a digital system developed by EsSalud for obtaining patient medical records.

Results: We presented eight clinical cases from the rotations performed during the medical internship year. This review reflects the theoretical and practical knowledge and skills acquired during this period.

Conclusions: The medical internship is fundamental for the training of a medical student. It is essential to complete at least four rotations to ensure the acquisition of skills in various clinical and surgical specialties.

Keywords: medical internship, medical intern, hospital, medicine, pediatrics, neonatology, gynecology, obstetrics.

VALERIA REYES MESIAS

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE ESSALUD,



My Files



My Files



Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:422633581

Fecha de entrega

22 ene 2025, 12:18 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

22 ene 2025, 12:27 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TSP_REYES VALERIA MESIAS 2025- 22-1.docx

Tamaño de archivo

1.3 MB

58 Páginas

13,023 Palabras

79,246 Caracteres



Página 2 of 63 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::29427:422633581

12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados

Dr. HÉCTOR GERARDO CABALLERO VERA
Jefe del Dpto. de Gineco Obstetricia
C.M.P. 16703 R.N.E. 724
R.N.M. 0042 R.N.D. 0259
Hospital Nacional Guillermo Almenara I.
ESSALUD

Asesor: Dr. Héctor Gerardo Caballero Vera

DNI: 07034596

ORCID: 0009-0006-1480-997X

Fuentes principales

11% Fuentes de Internet

2% Publicaciones

0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

INTRODUCCIÓN

El internado médico constituye el último año de la carrera de Medicina, consiste en realizar rotaciones clínicas y quirúrgicas durante un periodo de 12 meses en distintas sedes hospitalarias o clínicas del Perú.

En este trabajo, el objetivo es presentar la experiencia llevada a cabo en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Este nosocomio, clasificado como categoría III-2, pertenece a la Red Almenara y está ubicado en el distrito de la Victoria. Además, es sede docente de múltiples universidades dado que cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para atender casos de alta complejidad. (1)

La importancia de este trabajo radica en la necesidad de que los futuros internos de medicina comprendan las responsabilidades y beneficios de realizar el internado en el Servicio Social. Esto es fundamental ya que, para obtener una plaza, los estudiantes deben enfrentar un examen riguroso, al que se presentan más de 3000 estudiantes a nivel nacional. (2,3)

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante el internado médico en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, se realizan rotaciones en 4 especialidades: Medicina Interna, Pediatría y Neonatología, Cirugía General; y Ginecología y Obstetricia.

1.1 Medicina Interna

La primera rotación realizada fue en el servicio de Medicina Interna 5, el cual comenzó el 01 de enero del 2024 y culminó el 31 de marzo del 2024. Durante este periodo, se observaron múltiples casos, desde los más comunes hasta los más complejos, como pancreatitis aguda, diabetes y sus complicaciones, endocarditis, vasculitis, etc.

A continuación, se presentarán 2 casos clínicos, de dicha especialidad.

Caso clínico 1

Paciente varón de 15 años. Niega antecedentes médicos, familiares, quirúrgicos y alergias. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 6 meses de evolución por tos crónica y dolor torácico. Asimismo, refiere desde hace 4 días episodios de desmayos con pérdida de la conciencia.

Al ingreso, presentó las siguientes funciones vitales:

-FC 60 latidos/minuto, FR 20 respiraciones/minuto, PA 120/70 mmHg, T 36.7°C, SatO₂ 96% a FiO 21%

Al examen físico se encontró lo siguiente:

- Buen estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: no palidez, no edemas, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Linfático: No adenopatías.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares. Crépitos leves y matidez en base pulmonar izquierda.

-Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, soplo sistólico II/VI en foco aórtico.

-Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes. Esplenomegalia.

-Sistema Nervioso Central: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Con escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Asimismo, se le realizó una radiografía de tórax que demostró aumento de la silueta mediastinal, por lo que el paciente fue hospitalizado en el servicio de Medicina Interna para descarte de masa mediastinal.

Al ingreso se le solicitaron laboratorios que resultaron en leucocitos en 11,230, 0% abastados y 14% de linfocitos. La hemoglobina se encontraba en 13 g/dl y las plaquetas en 311,000. El PCR y la VSG se encontraron elevadas (53 y 19, respectivamente). Además, se solicitaron marcadores tumorales y se encontró que el CA 125 se encontraba en 316 U/ml, mientras que el resto de los valores fueron normales.

Como ayuda diagnóstica se le solicitó una ecocardiografía que mostró un ventrículo derecho dilatado con efusión pericárdica, con un pozo mayor de 16 mm. Razón por la cual fue evaluado por cardiología, quienes indicaron manejo expectante.

Asimismo, se le realizó una tomografía de tórax la cual informó una masa de 14x11 cm en el mediastino anterior con efusión pericárdica y pleural. (Anexo 1)

Con estos hallazgos, el paciente fue programado por radiología intervencionista para una biopsia de la masa mediastinal anterior. El procedimiento se realizó sin interurrencias. Cuatro días después, los resultados de la biopsia confirmaron el diagnóstico de linfoma primario mediastinal de células grandes tipo B, con una inmunohistoquímica positiva para CD20.

El paciente presenta mejoría de sintomatología, por lo que es dado de alta con los resultados y con una cita pronta con oncología para inicio de quimioterapia.

Caso clínico 2

Paciente varón de 26 años con los siguientes antecedentes:

- Alergia a la vancomicina
- Niega antecedentes médicos
- Niega cirugías previas
- Niega antecedentes familiares

Acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 semana, por presencia de múltiples vesículas en frente y hemicara derecha, asociada a costras mielicéricas, signos de flogosis peri orbitaria derecha y quemosis. (Anexo 2)

Al ingreso presentó las siguientes funciones vitales:

-FC 80 latidos/minuto, FR 20 respiraciones/minuto, PA 110/80 mmHg, T 36.7 °C, SatO2 99% a Fio 21%

Al examen físico se encontró lo siguiente:

-Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.

-Piel y faneras: Caliente, con llenado capilar menor a 2 segundos. Signos de flogosis en hemicara derecha que se extiende a zona nasogeniana derecha con costras en la frente.

-Ojos: En región orbitaria derecha se evidenció costras mielicéricas con escasa secreción amarillenta e imposibilidad para la apertura palpebral derecha.

-Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. No estertores.

-Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

-Abdomen: Excavado, blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

-Sistema Nervioso Central: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Con escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

-Aparato locomotor: Moviliza extremidades, fuerza conservada 5/5 en miembros superiores e inferiores. Sensibilidad conservada.

En la emergencia, se le realizó una tomografía de órbita a descartar afectación interna, la cual informó hiperdensidad de tejidos blandos peri orbitarios sin daño

en estructuras internas. Por lo que se inicia terapia antibiótica con ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas y clindamicina 600 mg EV c/8 horas.

Asimismo, se le realizó un hemograma que informó: Leucocitos 7160, Abastionados 0%, Linfocitos 15%, Monocitos 3%, Eosinófilos 10%, Hemoglobina 13.88 g/dl, VCM 88, HCM 30, CHCM 34, Plaquetas 176 000. PCR 15.

Es hospitalizado en piso de medicina interna, para continuar estudios y manejo de especialidad. Durante su hospitalización, se le inicia tratamiento antiviral con Aciclovir 400 mg 5 veces al día por sospecha de herpes simple complicado oftálmico, asociado a celulitis peri orbitaria y preseptal.

Además, es evaluado por el servicio de oftalmología, quienes indicaron antibioticoterapia en gotas con ciprofloxacino 1 gota cada 4 horas por 7 días y continuar antivirales.

Por ser paciente joven con herpes oftálmico complicado se amplió la anamnesis. Durante ésta, el paciente refirió conducta sexual de riesgo, por lo que se solicitó:
-HTLV I-II, VDRL que resultaron negativos.

-Perfil TORCH que resultó IgG positivo a Herpes simple tipo 2.

-HIV que resultó positivo.

Por resultado positivo a VIH, se le solicitaron nuevos exámenes: Western Blot el cual resultó positivo, BK en esputo que resultó negativo, citometría de flujo que demostró CD4 en 263 y carga viral que reportó 221 109 copias/ml. Con estos resultados, se le realizó una interconsulta al servicio de Infectología para inicio de terapia antirretroviral, quienes indicaron iniciar tratamiento de manera ambulatoria.

Paciente presentó mejoría clínica y remisión del cuadro infeccioso tras 11 días de hospitalización, por lo que es dado de alta con cita con el servicio de infectología para iniciar tratamiento antirretroviral a la brevedad.

1.2 Pediatría

La segunda rotación fue realizada en el área de Pediatría, esta se divide en 3 áreas: Neonatología, Emergencias pediátricas y hospitalización. Inició el 01 de Abril del 2023 y culminó el 30 de Junio del 2023.

En relación con el área de emergencia, las patologías más comunes fueron: neumonías, dengue con signos de alarma, síndrome hemolítico urémico, asma grave, etc. En hospitalización, los casos más comunes eran enfermedades crónicas descompensadas. Por último, en el área de Neonatología se realizaba la atención inmediata del recién nacido tanto vigoroso como deprimido.

A continuación, se presentarán 2 casos clínicos de dicha especialidad:

Caso clínico 1

Paciente mujer de 10 años con los siguientes antecedentes:

- Antecedentes prenatales: G3P3003, controles prenatales adecuados.
- Antecedentes natales: Parto por cesárea por trabajo de parto pretérmino.
- Desarrollo psicomotor adecuado
- Inmunizaciones: Completas. Cuenta con 2 dosis de COVID.
- Patológicos: En descarte de artritis idiopática juvenil, por lo que se encontró hospitalizada durante un mes en el Hospital Diaz Ufano. En tratamiento con Prednisona 5 mg VO cada 12 horas, Sulfazalacina 1 tableta cada 12 horas e Ibuprofeno 250 mg VO cada 8 horas
- Niega alergias medicamentosas
- Niega cirugías previas.
- Niega antecedentes familiares

Madre refiere que 8 días antes del ingreso, paciente inicia enfermedad con fiebre de 40°C, asociado a Rash generalizado, vómitos en 8 oportunidades y un episodio de síncope, por lo que acude a su policlínico donde le inician antibioticoterapia con azitromicina y aumentan dosis de prednisona. Dos días antes del ingreso, al no presentar mejoría del cuadro, es llevada al hospital Diaz Ufano, donde ingresa con signos de shock y se coordina transferencia a la UCI pediátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Paciente ingresa con las siguientes funciones vitales:

-FC 158 latidos/minuto, FR 38 respiraciones/minuto, PA 129/83 mmHg, T 37.5 °C, SatO₂ 97% con mascara de reservorio a Fio 100%

Al examen físico se encontró lo siguiente:

-Mal estado general, Mal estado de hidratación, Mal estado de nutrición.

-Piel y faneras: Pálida, frialdad distal, con llenado capilar de 4 segundos. Rash generalizado.

-Tórax y pulmones: Amplexación disminuida. Politirajes. Murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares. Escasos roncales.

-Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, de buena intensidad. Pulsos periféricos filiformes y centrales de poca intensidad.

-Abdomen: Blando, depresible, ligeramente distendido, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos disminuidos. No se palpan visceromegalias.

-Sistema Nervioso Central: Somnolienta, Con escala de Glasgow 12/15. No signos meníngeos, no focalización.

Asimismo, se le realizó una analítica completa donde se encontró:

-AGA: pH 7.41, PCO₂ 29.1, HCO₃ 20.3, SO₂ 95.6, PAFI 507, Lactato 8.18

-Hemograma: Hemoglobina 10.87 g/dl, leucocitos 60 620, neutrófilos 86%, granulaciones tóxicas 1+, linfocitos 2%, abastionados 12%, PCT >100, PCR >90.

-Perfil hepático: Bilirrubinas totales 3.01, directa 2.17, indirecta 0.17. GGT 214, FA 375, TGO 372, TGP 203.

-Perfil de coagulación: TTPA 58, TP 23.4, INR 2.12.

-Enzimas: CPK 1192, CKMB 23.83, troponina I 0.3.

Con dichos resultados, se inició ventilación mecánica, se colocó un catéter venoso central y se indicó soporte vasopresor. Asimismo, se indicó Clindamicina 260 mg EV cada 6 horas, Linezolid 260 mg EV cada 8 horas, Meropenem 1gr EV cada 8 horas y Caspofungina 45 mg EV cada 24 horas.

Durante su estancia en UCI pediátrica, recibió pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina. Además, fue evaluada por cirugía vascular por lesiones purpúricas en extremidades inferiores y necrosis en orfejos de ambos pies (Anexo 3) quienes realizaron eco Doppler la cual informó flujo bifásico con

patrones estenóticos en arterias tibiales y pedias de ambos miembros inferiores. Por lo que se solicitó evaluación por bioingeniera quienes indicaron cámara hiperbárica por 30 días.

Asimismo, fue evaluada por Dermatología quienes realizaron biopsia cutánea de lesiones por sospecha de vasculitis; y Hematología quienes indicaron Enoxaparina a dosis profilácticas por reposo absoluto.

Al décimo tercer día del ingreso paso a cánula nasal de alto flujo (CNAF), se le suspendió antibioticoterapia con meropenem y se le realizó cultivo de secreción bronquial por síntomas respiratorios. Es dada de alta por la UCI e ingresa a hospitalización. Al examen físico de ingreso, se evidencio extensa necrosis asociado a desfacelaciones en ambos miembros inferiores. (Anexo 4)

Durante este periodo, pasa a cánula binasal (CBN). Sin embargo, el cultivo resultó positivo a *Stenotrophomonas matophilia* por lo que se inició Tigeciclina 50 mg cada 12 horas. Además, fue evaluada por reumatología quienes por progresión de enfermedad indicaron realizar junta médica y ampliar estudios por lo que se solicitó:

- Inmunoglobulinas: Ig G 1219, IgA 40.5, IgM 114.8, dentro de lo normal.
- Hemocultivos, que resultaron negativos
- Perfil SAF y ANA, que resultaron negativos
- ADA-2, que resulto negativo.

A las 3 semanas del ingreso, la biopsia cutánea reportó Vasculitis leucocitoclastica, por lo que se convocó a junta medica en la cual se concluyó: realizar arteriografía aortica de miembros inferiores para definir conducta quirúrgica por Traumatología, posibilidad de injerto por Cirugía plástica, Reumatología indico iniciar colchicina 0.5 mg VO cada 24 horas y dermatología continuar con curaciones diarias.

La arteriografía fue realizada a los dos días, donde se evidencio oclusión de las arterias interdigitales de los orfejos de ambos miembros inferiores. Con ello, se programó a la paciente para amputación de orfejos con escarectomia extensa de miembros inferiores y colocación de sistema VAC. La cirugía fue realizada 7 días después, sin interurrencias.

Paciente ingresó a UCI Pediátrica por 3 días para el cuidado post operatorio inmediato. Sin embargo, cursó con mala evolución debido a que en un cambio del sistema VAC, se evidenció necrosis en Hallux y en regiones maleolares del miembro inferior izquierdo. Por lo que, se programó para una amputación transtibial alta del miembro inferior afectado. Se explica a los familiares y a la paciente con apoyo psicológico, los cuales entienden y firman el consentimiento. A los dos días, se realiza la cirugía.

Durante el postoperatorio la paciente refiere mejoría del dolor. Asimismo, se reportó leucocitosis y PCR en descenso por lo que se realizó transferencia al servicio de cirugía pediátrica, para que continúe manejo por cirugía plástica para colocación de injertos.

Caso clínico 2

Paciente varón de 9 años con los siguientes antecedentes:

- Antecedentes prenatales: G2, controles prenatales adecuados.
- Antecedentes natales: Parto por cesárea por preeclampsia. APGAR 9/9
- Desarrollo psicomotor adecuado
- Inmunizaciones: Completas para la edad. Cuenta con 3 dosis de COVID.
- Patológicos: Asma en tratamiento con fluticasona y prednisona.
- Hospitalizaciones previas: En dos ocasiones debido a neumonía y asma descompensada.
- Niega alergias medicamentosas
- Niega cirugías previas

Familiar refiere tiempo de enfermedad de 2 días con síntomas respiratorios que no cedían con terapia SABA y corticoides. Por lo que acude a emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen donde se realiza nebulización en dos ocasiones, sin mejoría. Por signos de falla respiratoria, ingresa a la unidad de shock trauma y se le coloca CNAF.

Las funciones vitales fueron las siguientes:

-FC 125 latidos/minuto, FR 25 respiraciones/minuto, PA 112/70 mmHg, T 36.5 °C, SatO2 98% en CNAF flujo 50 L/min

Al examen físico se encontró lo siguiente:

- Mal estado general, Mal estado de hidratación, Mal estado de nutrición.
- Piel y faneras: Palidez, con llenado capilar menor a 2 segundos. Mucosas hidratadas.
- Orofaringe: Congestiva, eritematosa, sin placas.
- Tórax y pulmones: Amplexación disminuida. Politirajes. Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares. Sibilantes inspiratorios y espiratorios.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, de buena intensidad. No soplos. Pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Blando, depresible, globuloso, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes. No se palpan visceromegalias.
- Sistema Nervioso Central: Lucido, Con escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Asimismo, se le realizaron los siguientes exámenes de laboratorio:

- Gases Arteriales: pH 7.11, PCO2 132.4, PO2 68, SO2 95.6, PAFI 114, Lactato 0.7
- Hemograma: Hemoglobina 13.11 g/dl, Leucocitos 11 780, Abastionados 0%. PCR 6.7
- Bioquímico: Creatinina <0.2, Urea 12, Albumina 4.7, Bilirrubinas: totales 0.39, directo 0.10, indirecta 0.29, GGT 24, FA 176, TGO 25, TGP 23.
- Perfil de coagulación: TTPA 27, TP 10.8, INR 0.9

Con resultado de acidosis respiratoria se inicia ventilación mecánica.

A las 5 horas, se le realiza una radiografía de tórax la cual evidencio neumotórax izquierdo, por lo que se le coloco un tubo de drenaje torácico por cirugía de tórax.

Paciente ingresa a UCI pediátrica para continuar manejo. Durante su estancia, se le colocó un catéter venoso central por el cual recibió soporte vasopresor, sedo analgesia con Morfina 7 mg EV cada 4 horas y Diazepam 6 mg EV cada 4 horas. Además, se le inició antibioticoterapia con piperacilina/tazobactam 2.4g EV cada 6 hrs.

Cursó con un episodio febril a los 3 días por lo que se le tomaron cultivos de catéter, el cual resultó positivo a Acinetobacter Baumannii. Además, se le solicitó laboratorios que evidenciaron Leucocitosis en 11 560, Abastionados 1% y PCR aumentado en 66. Por lo que se rota antibioticoterapia a Tigeciclina 50 mg EV cada 12 hrs y Colistina 70 mg EV cada 24 hrs por 18 días.

Al octavo día del ingreso, es extubado y pasa a cánula de alto flujo (CNAF), asimismo se le retiró el tubo de drenaje torácico. Es dado de alta de UCI por lo que ingresa a hospitalización.

En este periodo al paciente se le realiza destete progresivo de oxígeno, además inicio corticoterapia oral, se le indicaron nebulizaciones y se le solicito un control de hemograma y PCR donde se encontró: Leucocitos 7550, Abastionados 0%, PCR 3.69.

Fue dado de alta al día 30 de hospitalización, por mejoría clínica y laboratorial, con corticoterapia oral, medicación de rescate con SABA y seguimiento por consultorio externo por el servicio de neumología pediátrica para iniciar medicación controladora.

1.2 Cirugía General

La tercera rotación fue realizada en el servicio de Cirugía General, la cual comenzó el 01 de Junio del 2024 y culminó el 30 de Septiembre del 2024. El servicio de Cirugía general se subdivide en 5 áreas: Cirugía de Páncreas, Bazo y Retroperitoneo, Cirugía de hígado y vías biliares, Cirugía de colon, Cirugía de esófago y estómago, Cirugía de emergencias y cuidados críticos. Los internos rotan mensualmente por cada área, aprendiendo sobre el manejo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

A continuación, se presentarán dos casos clínicos de dicha especialidad.

Caso Clínico 1

Paciente varón de 58 años con los siguientes antecedentes:

- Diabetes Mellitus 2 sin tratamiento.
- Pancreatitis aguda a repetición.

- Colecistectomía laparoscopia realizada en 2008.
- Niega alergias a medicamentos.
- Niega antecedentes familiares.

Acude a la emergencia con tiempo de enfermedad de 2 meses, por epigastralgia asociado a náuseas y vómitos, razón por la cual se realiza una ecografía particular donde como hallazgo incidental se encuentra masa en páncreas.

Al ingreso, presentó las siguientes funciones vitales:

-FC 90 latidos/minuto, FR 20 respiraciones/minuto, PA 100/60 mmHg, T 36.5 °C, SatO2 98% a Fio 21%

Al examen físico se encontró lo siguiente:

- Regular estado general, regular estado de hidratación, mal estado de nutrición.
- Piel y faneras: Tibia, con llenado capilar menor a 2 segundos. Mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Excavado, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes.
- Sistema Nervioso Central: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Con escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.
- Aparato locomotor: Moviliza extremidades, fuerza conservada 5/5 en miembros superiores e inferiores. Sensibilidad conservada.

Además, se le realizaron los siguientes exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos 6.84, Hemoglobina 13.66, Plaquetas 181 000. PCR <5
- Perfil bioquímico: Albumina 4.29, Bilirrubinas: Total 1.26, Directa: 0, Indirecta: 1.17. GGT 27, FA 139, TGO 66, TGP 171, Amilasa 43.54, Lipasa 28.22.
- Perfil de coagulación: INR 1.09, TP 12.5, TTPA 35.1
- Marcadores Tumorales: CA 19.9 111.46, CEA 13.68, CA 125 13.40, AFP <2.

Asimismo, se le realizó una Tomografía de abdomen y pelvis con contraste que mostró una lesión hipodensa en cabeza de páncreas. Por lo que, se solicitó

evaluación por Cirugía de Páncreas quienes decidieron hospitalizar al paciente en su servicio.

Durante su hospitalización se solicitaron los siguientes exámenes auxiliares:

-Colangiografía, la cual evidenció masa en cabeza pancreática de 50X43X37MM, asociada a dilatación del conducto de wirsung e hipotrofia de cuerpo y cola con encasillamiento de estructuras vasculares adyacentes.

-Endoscopia alta, donde se encontró una lesión ulcerada de 10mm de la cual se tomaron biopsias.

-Colonoscopia, donde se encontró sigmoides con lesión sésil de 6mm la cual se extrajo con pinza de biopsia.

Con dichos hallazgos, se realizó toma de biopsia de masa pancreática por radiología intervencionista. La biopsia fue analizada tres días después del procedimiento, concluyendo en su informe: Neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN).

Con dicho resultado, se llevó a cabo una junta médica en la que se decidió programar al paciente para cirugía. El procedimiento realizado fue una Duodenopancreatectomía cefálica con resección de píloro asociada a resección venosa segmentaria porto mesentérica tipo 3 y colocación de 2 drenes Jackson Pratt.

La cirugía duró alrededor de 9 horas. Tras la operación, el paciente fue trasladado a la Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA), donde se registró un lactato de 3.4, por lo que se realiza interconsulta a la UCI quienes deciden ingresar al paciente para el cuidado postoperatorio inmediato.

A las 24 horas se realizaron análisis de laboratorio que mostraron leucocitos en 9180, abastados al 9% y hemoglobina en 12.3 g/dl. También se observaron niveles elevados de TGO (263) y TGP (307), junto con hipoalbuminemia (2.37) y un aumento de la bilirrubina indirecta (1.26). Los resultados de los drenes fueron los siguientes:

-Dren 1: Amilasa <30, bilirrubina indirecta 1.16

-Dren 2: Amilasa <30, bilirrubina indirecta 1.11

El paciente permaneció en nada por vía oral (NPO) con una sonda naso yeyunal, a través de la cual se inició nutrición enteral al tercer día postoperatorio. Además, recibió antibioticoterapia con Piperacilina/Tazobactam 4.5 g cada 6 horas durante 5 días.

Fue trasladado nuevamente al servicio de Cirugía de Páncreas al quinto día postoperatorio, sin sonda naso yeyunal y tolerando dieta líquida amplia. Al día siguiente, se le inició dieta blanda junto con pancreatina.

Asimismo, se le realiza una tomografía abdominopélvica control, donde se evidencia un pequeño trombo en la vena mesentérica, por lo que se realiza interconsulta a Hematología para inicio de anticoagulación e indican Warfarina. Al tercer día se controló el INR, obteniéndose un valor de 1.5, por lo que continuó hospitalizado tres días más. En el último control, el INR alcanzó 2.5, lo que permitió dar el alta, con citas con Cirugía de Páncreas, Oncología Médica y Hematología.

Caso clínico 2.

Paciente mujer de 54 años con los siguientes antecedentes:

-Sordomuda y monorrena desde nacimiento, neurocisticercosis tratada en 2022, fistula entero cutánea desde 2022

-Quirúrgicos:

-En agosto del 2022 se realizó una derivación ventrículo peritoneal (DVP) por Hidrocefalia secundaria a neurocisticercosis.

-A los días, en agosto del 2022 se le realizo una laparotomía exploración más liberación de adherencias, con apendicetomía y colecistectomía subtotal e ileostomía terminal por una perforación intestinal a 10 centímetros de la válvula ileocecal por el DVP.

-En septiembre del 2022 se le realizo una derivación ventrículo atrial.

-El mismo mes se le realizo una restitución del tránsito intestinal: Anastomosis íleo transversa latero lateral, lavado de cavidad y colocación de 2 drenes.

-A la semana, se le realizo una relaparotomía exploratoria con hemicolectomía derecha e ileostomía terminal más lavado de cavidad, por una dehiscencia de la anastomosis en un 40% de la pared posterior y lateral.

- Niega alergias a medicamentos
- Niega antecedentes familiares

Paciente acude referida del Hospital I de Huariaca, para restitución de tránsito intestinal por la Unidad de Falla Intestinal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Al ingreso, presentó las siguientes funciones vitales:

-FC 72 latidos/minuto, FR 20 respiraciones/minuto, PA 120/70 mmHg, T 36.3 °C, SatO2 97% a Fio 21%

Al examen físico se encontró lo siguiente:

- Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: Tibia, con llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez. Mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación alrededor de ostomía, ruidos hidroaéreos presentes. Ostomía vital funcionando. Fistula entero cutánea con salida de secreción purulenta a 3 cm de ostomía.
- Sistema Nervioso Central: Lucida. No signos meníngeos, no focalización.
- Aparato locomotor: Moviliza extremidades, fuerza conservada 5/5 en miembros superiores e inferiores. Sensibilidad conservada.

Además, se le realizaron los siguientes exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos 7100, Abastionados 0%, Hemoglobina 13 g/dl, Plaquetas 318 000, PCR 9.9.
- Perfil bioquímico: Creatinina 0.78, Glucosa 93, Urea 49, Albumina 4.7, Bilirrubina Total 0.7, GGT 118, FA 243, TGO 107, TGP 229.
- Marcadores Tumorales: CA 19.9 <2.06, CA 15-3 11, CA 125 13.40.

Y los siguientes exámenes auxiliares:

- Endoscopia alta, que concluyo en gastritis erosiva y pequeña hernia hiatal
- Colonoscopia, que concluyo en mucosa colónica normal.

A los 7 días del ingreso, se programó para cirugía de restitución autóloga de tránsito intestinal (CRATGI), fistulectomía y colocación de sistema a presión negativa (SPN). Durante la intervención, se encontró un síndrome adherencial severo, se realizó una anastomosis ileotransversa laterolateral y se identificó un trayecto fistuloso de 10 cm que desembocaba en un absceso, por lo que se lavó cavidad y se realizó una fistulectomía. Por último, se colocó un SPN en el defecto.

Durante el primer día postoperatorio, la paciente no presentó intercurencias, permaneció en NPO con Dextrosa al 5% y electrolitos e inició antibioticoterapia con Piperacilina Tazobactam 4.5 gr EV cada 6 horas. Los laboratorios mostraron lo siguiente: Hemoglobina en 8.9 g/dl, leucocitos en 6100, bastones 0%, PCR 84.

Al tercer día postoperatorio, la paciente presentó dolor abdominal intenso y salida de secreción biliar por el dren, por lo que se programó para una relaparotomía exploratoria. Durante la cirugía, se encontró líquido intestinal (200 cc) y una perforación a 30 cm de la anastomosis, por lo que se le realizó una rafia intestinal, lavado de cavidad, liberación de adherencias y se colocó una bolsa de Bogotá. (Anexo 5). La paciente regresó al piso de cirugía con cánula binasal a 5 L y apoyo vasopresor con noradrenalina a 6 cc/hr. Asimismo, se le cambió antibioticoterapia a meropenem 1 gr cada 8 horas EV y Vancomicina 500 mg EV cada 12 hrs, se inició morfina 10 mg cada 8 horas por 5 días y se indicó NPO.

A las 72 horas se le retiró el oxígeno y se reprogramó para una relaparotomía para verificar la integridad de la rafia intestinal. Durante la intervención, al ver que no había alteraciones se realizó el cierre de pared, asociado a la colocación de un hemovac, drenaje tubular y SPN.

La paciente comenzó a tolerar la vía oral a las 48 horas, con abdomen blando y depresible. El drenaje del hemovac fue de 80 cc en el día 1, 35 cc en el día 2, 10 cc en el día 3 y 0 cc posteriormente, por lo que se retiró el hemovac. También se retiraron los vasopresores y se optimizó la terapia analgésica.

Al sexto día, Infectología recomendó continuar con Meropenem y Vancomicina por 5 días más debido a la persistencia de PCR elevada (169), sin leucocitosis. Además, se realizaron dos cambios del sistema de presión negativa.

Se continuó con la progresión de la dieta y controles de laboratorio que se encontraron en descenso. Dos semanas después, se programó el retiro del SPN y el cierre de la herida operatoria.

Por mejoría clínica fue dada de alta a los 3 días, con control en consultorio externo por la Unidad de Falla Intestinal.

1.4 Ginecología y Obstetricia

La cuarta rotación fue realizada en el servicio de Ginecología y Obstetricia, el cual comenzó el 01 de octubre del 2024 y finalizó el 31 de Diciembre del 2024.

La rotación en Obstetricia dura 2 meses, donde el interno aprende sobre la atención de gestantes con patologías de alto riesgo y participa en partos, puerperio inmediato y procedimientos, principalmente cesáreas. La rotación en Ginecología dura un mes, donde se estudian patologías comunes como cáncer de cérvix, miomas, quistes ováricos y hemorragia uterina. Además, se realizan guardias en la emergencia, donde se aprende a realizar ecografías obstétricas y examen físico general de la gestante, acompañados del médico ginecoobstetra.

A continuación, se presentarán dos casos clínicos de dicha rotación.

Caso Clínico 1:

Paciente de 39 años con los siguientes antecedentes:

-G4 P3003, con gestación actual de 23 semanas 3 días por ecografía del primer trimestre

-Fecha de última regla: 20 de junio del 2024

-NIC III diagnosticado en el 2021 no tratado. Cáncer de cérvix estadio IB: carcinoma epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado diagnosticado en abril del 2024

-Niega alergias a medicamentos

-Niega cirugías previas

Acude a emergencia por sangrado vaginal. Percibe movimientos fetales, niega perdida de líquido amniótico.

Presenta las siguientes funciones vitales al ingreso:

-FC 78 latidos/minuto, FR 18 respiraciones/minuto, PA 100/70 mmHg, T 36.5 °C, SatO2 99% a FiO 21%

Al examen físico se encontró lo siguiente:

-Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.

-Piel y faneras: Tibia, elástica, con llenado capilar menor a 2 segundos. Mucosas semihidratadas.

-Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

-Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

-Abdomen: Blando, depresible, ocupado por útero grávido. Altura uterina de 20 cm, con latidos cardiacos fetales en 147 lpm, movimientos fetales presentes. Dinámica uterina ausente.

-Tacto Vaginal: diferido

-Genitales: Presencia de pápulas umbilicadas en región perineal.

-Sistema Nervioso Central: Lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Con escala de Glasgow 15/15. Reflejos osteotendinosos preservados.

-Especuloscopia: cérvix aumentado de volumen con vasos sangrantes al roce. (Anexo 6)

Además, se realizó ecografía obstétrica en la que se concluyó: Gestación adecuada de 23 semanas. Ponderado fetal 520 gr. Cérvix hipervascularizado al Doppler. Parénquima heterogéneo.

Es hospitalizada en el servicio de Obstetricia de Alto riesgo con el diagnóstico de cáncer de cérvix estadio IB. Durante el primer día de hospitalización, presenta sangrado vaginal con coágulos por lo que se le coloca un tapón vaginal y se le realizan los siguientes exámenes de laboratorio:

-Hemograma: Leucocitos 7790, Abastoados 1%, Hemoglobina 5 g/dl, Plaquetas 196 000. PCR <3.

-Perfil de coagulación: TP 12.8, TTPA 30.8, INR 1.12.

-Perfil bioquímico: Albumina 2.94, Bilirrubina Total 0.17, Directa 0, Indirecta 0.17, GGT 13, FA 79, TGO 60, TGP 63.

-Examen de orina negativo.

Por anemia severa (Hb 5 g/dl), se le transfundieron 3 paquetes globulares logrando Hb de 9.6 g/dl post-transfusión. Hematología indicó tratamiento con hidroxocobalamina, ácido fólico, hierro sacarato y EPO por un mes. Asimismo, al retirar el tapón vaginal a las 24 horas, persistió el sangrado, por lo que se recolocó y se indicó recambio cada 48 horas. Además, se inició maduración pulmonar con Dexametazona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.

A las 24 semanas, se planteó junta médica en la cual se concluyó realizar una RMN de abdomen y pelvis sin contraste para estadiaje. La resonancia se realizó a los 3 días, y los recambios de tapón cada 48 horas mostraron disminución del sangrado.

En espera de informe de resonancia, se le realiza una nueva ecografía obstétrica que concluyó en: Gestación única activa 24 semanas 5 días. Crecimiento fetal adecuado en el P37. Doppler normal y Cervicometría normal (37 mm). Además, en laboratorio control se evidenció:

-Elevación de enzimas hepáticas (TGO 91, TGP 118), por lo que se solicitó una ecografía abdominal que mostró esteatosis hepática y litiasis vesicular. Gastroenterología recomendó vigilancia de las enzimas hepáticas durante la gestación.

-Anemia moderada (Hemoglobina de 8.4 g/dl) por lo que se transfundieron 2 paquetes globulares, alcanzando 11.9 en el control posterior.

-El resto de los resultados fueron normales.

Posterior a ello, se realiza nueva junta medica con los servicios de obstetricia, gineco oncología, oncología médica, neonatología y asesoría legal, donde se decidió culminar la gestación por histerotomía, con maduración pulmonar y neuroprotección antes de la cesárea. La paciente y su familia optaron por esperar

hasta las 28 semanas para evitar riesgos de prematuridad, salvo en caso de hemorragia severa que comprometa la vida de la madre.

A las 26 semanas de gestación, el informe de la resonancia magnética indicó un proceso neoproliferativo en el cérvix que involucraba el cuerpo uterino, los dos tercios superiores de la vagina y parametrios, con presencia de adenopatías pélvicas, sugiriendo un estadio IIC1.

Con estos datos, a las 26 semanas y 6 días de gestación, se realizó nueva junta médica, que concluyó: culminar la gestación a las 27 semanas, administrar maduración pulmonar y comenzar neuroprotección. Se explicó a la paciente los riesgos de continuar con la gestación, y al día siguiente, ella y su familia decidieron finalizar gestación y firmaron el consentimiento.

Se programó una histerotomía segmentaria transversa a las 27 semanas y 2 días de gestación. Durante la cirugía, la paciente presentó hipotonía uterina, la cual resolvió con misoprostol 600 ug sublingual. Luego de la recuperación fue trasladada a hospitalización. Se reinició la dieta a las 24 horas y se realizó hemograma que reportó anemia leve (Hb 10.7 g/dl), leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos 10,400, abastados 3%) y PCR 24, por lo que se continuó con antibioticoterapia con cefazolina 1 g EV cada 8 horas.

El cuarto día postoperatorio, se observó en el examen físico signos de flogosis en la herida operatoria, diagnosticándose una infección superficial de sitio quirúrgico. Se realizaron curaciones diarias y se cambió la antibioticoterapia a Amikacina 1 g EV cada 24 horas y Oxacilina 1 g EV cada 6 horas por 7 días.

Al finalizar el tratamiento antibiótico, gineco oncología evaluó a la paciente y recomendó evaluación por oncología médica. La paciente fue dada de alta con cita por consulta externa con oncología médica para inicio de quimioterapia.

Caso Clínico 2.

Paciente de 38 años con los siguientes antecedentes:

- G2P0 de 33 semanas 2 días por fecha de ultima regla.
- Fecha de ultima regla 15 de abril del 2024.
- Miomatosis uterina.

-Niega alergias a medicamentos.

-Niega cirugías previas.

Acude referida del Hospital Grau por presiones elevadas. Informa que su última medición fue de 160/80 mmHg, acompañada de cefalea. Niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico. Refiere percibir movimientos fetales.

Al ingreso, presenta las siguientes funciones vitales:

-FC 80 latidos/minuto, FR 18 respiraciones/minuto, PA 180/120 mmHg, T 37 °C, SatO2 99% a FiO 21%

Al examen físico se encontró lo siguiente:

-Regular estado general, de hidratación y de nutrición.

-Piel y faneras: Tibia, elástica, con llenado capilar menor a 2 segundos. Mucosas semihidratadas.

-Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

-Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

-Abdomen: Blando, depresible, ocupado por útero grávido, altura uterina de 32 cm, con latidos cardiacos fetales en 153 lpm, movimientos fetales presentes, dinámica uterina ausente.

-Tacto Vaginal: Cérvix blando central, dehiscente a pulpejo de dedo, incorporado 60%, altura de presentación C-3, membranas integras. Pelvis ginecoide.

-Genitales: No sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

-Especuloscopia: Leucorrea blanca grumosa de regular cantidad.

-Sistema Nervioso Central: Lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Con escala de Glasgow 15/15. Reflejos osteotendinosos aumentados.

Asimismo, se realizó ecografía obstétrica de emergencia que concluyo en: Feto único activo de 33 semanas. Crecimiento adecuado en el P23. Líquido adecuado.

Se activa clave azul por preeclampsia severa y se inicia tratamiento con dos vías: una para hidratación con NaCl 0.9% a 1000 cc a 30 gotas por minuto, y otra para sulfato de magnesio 20% (2 ampollas + NaCl 0.9% 100 cc en 20 minutos). Posteriormente, se coloca un frasco de NaCl 0.9% 1000 cc con 5 ampollas de sulfato de magnesio 20% (1 gr/hora). Se indica nifedipino 10 mg oral,

dexametazona 6 mg cada 12 horas (4 dosis) y clotrimazol + clindamicina vaginal por 7 noches. Se coloca sonda Foley, se establece vigilancia de presión arterial y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos, y se solicitan los siguientes laboratorios.

-Hemograma: Leu 9980, Neutrófilos 78%; Abastionados 0%, Hemoglobina 13.5 g/dl, Plaquetas 220 000. PCR <5. LDH 220

-Perfil de coagulación: TP 10.8, TTPA 27, INR 0.93

-Perfil bioquímico: Bilirrubina Total 0.23, Directa 0, Indirecta 0.19, GGT 13, FA 263, TGO 30, TGP 21, Creatinina 0.67

-Examen de orina negativo

La paciente es hospitalizada para monitoreo, pero en la reevaluación nocturna se encontró que no controlaba presiones a pesar del tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivos, por lo que se programa para cesárea de emergencia. Durante la cirugía, se observaron petequias en la cara anterior del hígado. Asimismo, presentó hipotonía uterina que resolvió con misoprostol 600 ug intrarectal. La paciente pasa a URPA y luego de 4 horas a hospitalización.

En el primer día postoperatorio, la paciente continuó con Sulfato de Magnesio 1 gr/hr y nifedipino cada 8 horas, se inició dieta líquida y se solicitan laboratorios que evidenciaron: Los resultados mostraron leucocitosis en 18 200, plaquetopenia en 53 000, anemia moderada en 10.7 g/dl, elevación de enzimas hepáticas con TGO 146, TGP 148 y PCR en 90. También se observó aumento de LDH en 796.

Se diagnostica a la paciente con Síndrome de Hellp por lo que se le realizan nuevos laboratorios a las 8 horas que evidenciaron un empeoramiento de la plaquetopenia, por lo que se realizó interconsulta a UCI y transferencia.

Durante su estancia en UCI, la paciente comenzó tratamiento antihipertensivo con Nifedipino y Metildopa, además completó tratamiento con Sulfato de Magnesio. A las 24 horas, los laboratorios mostraron mejoría en los valores: plaquetas aumentaron a 43,000, LDH disminuyó a 516, y las enzimas hepáticas también mejoraron, por lo que fue dada de alta de la UCI y regresó al servicio de obstetricia.

En el tercer y cuarto día postoperatorio, las presiones de la paciente se mantuvieron estables, y un último hemograma mostró plaquetas en 141,000 y hemoglobina en 8.2, por lo que se consultó a hematología, quienes indicaron hematínicos. También fue evaluada por el cardiólogo, quien recomendó mantener la terapia antihipertensiva y controles ambulatorios.

La paciente fue dada de alta el séptimo día postoperatorio con una evolución favorable y resultados analíticos estables.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), ubicado en La Victoria, Lima, es un hospital de categoría III-2 que forma parte de la Red Prestacional Almenara y es gestionado por EsSalud. (4,5)

Fue fundado el 10 de febrero de 1941 como Hospital Obrero durante el gobierno de Manuel Prado Ugarteche, siendo el primer hospital de la Seguridad Social en Perú. (6,7). En 1981, cambió su nombre a "Guillermo Almenara Irigoyen" en honor a su primer director. (8)

Actualmente, es la única red prestacional con acreditación III-2 por el Ministerio de Salud y se encuentra entre los 10 hospitales mejor equipados de Latinoamérica, según el ranking Global de Inteligencia Sanitaria. (9)

El hospital ofrece más de 57 especialidades clínicas y quirúrgicas, y está capacitado para realizar cirugías complejas como trasplantes de órganos. Anualmente, se realizan más de 26,000 cirugías y atiende a más de 575,000 pacientes en consulta externa. (10). El hospital tiene la única Unidad de Quemados de EsSalud y una Unidad de Medicina Fetal, además de contar con radiología intervencionista y salas especializadas para procedimientos y cirugías electivas y de emergencia.

El hospital es sede docente de varias universidades peruanas, ofreciendo programas de internado médico, residentado y subespecialidad. Cada año, EsSalud realiza un concurso nacional y en 2023 se otorgaron 48 plazas para el internado médico 2024.

Entre las funciones del interno de medicina del Hospital Almenara se incluyen la participación en la atención de pacientes, la realización de procedimientos y cirugías bajo supervisión, así como asistir a guardias en la emergencia, donde adquieren experiencia en la gestión de emergencias y en el manejo de diversas patologías.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Medicina Interna

Caso clínico 1

El linfoma mediastinal es un tipo Linfoma no Hodgkin de células B, que se presenta entre los 30 y 40 años, aunque también puede afectar a niños. Es más frecuente en mujeres y representa el 4% de los linfomas mediastínicos. Se ubica en el mediastino anterior. Este linfoma es raro y agresivo con una incidencia del 3%, con tendencia a invadir localmente. (11,12,13)

Sus manifestaciones clínicas se dividen en:

-Síntomas constitucionales o síntomas B, que incluyen fiebre superior a 38°C, pérdida de peso mayor al 10% en los últimos 6 meses y sudoración nocturna.

(14)

-Síntomas por compromiso mediastínico, como dolor retroesternal, disnea, tos, disfagia y ronquera. Además, un 25% de los pacientes llega a la emergencia por síndrome de vena cava superior o insuficiencia respiratoria. (15)

El estudio comienza con un examen físico riguroso, análisis de laboratorio y pruebas de imagen. La mayoría de los pacientes presenta una masa tumoral "Bulky" que mide más de 10 cm al momento del diagnóstico, lo que permite palpar la tumoración. (16) Además, se solicitan hemograma, VSG, LDH, pruebas de función hepática y renal, serología viral para HIV, hepatitis B y C, y marcadores tumorales como la Beta-2-microglobulinemia. El hallazgo más común es anemia con leucocitosis y linfocitosis. (17,18, 19)

Como apoyo diagnóstico se solicita una tomografía con contraste que generalmente muestra una masa sólida en el mediastino anterior, asociada a linfadenopatías paratraqueales (76%), derrame pleural (50%) o infiltración de la pared torácica. (20) También se puede realizar una ecocardiografía, donde se evidencia una masa heterogénea e irregular, frecuentemente en el ventrículo derecho, con posible infiltración miocárdica y derrame pericárdico. (15,16)

El diagnóstico se confirma mediante biopsia de la masa mediastinal, en la cual se observan células B con citoplasma pálido y núcleo mediano o multilobulado,

además de esclerosis con poca infiltración de eosinófilos y células plasmáticas. Los marcadores inmunohistoquímicos detectados incluyen CD19, CD20, CD22, CD79a y CD45, los cuales son clave para el tratamiento con inmunoterapia. (13)

El tratamiento principal para este tipo de neoplasia es la quimioterapia. El régimen de primera línea es el esquema R-CHOP, que incluye ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, prednisona y rituximab, y ha mostrado una alta tasa de supervivencia. Tras completar el tratamiento de quimioterapia, se realiza una evaluación con PET-CT para determinar la respuesta al tratamiento. Existen tres posibles escenarios:

-Remisión completa: Se continúa con seguimiento.

-Respuesta parcial: Se administra radioterapia y, posteriormente, se realiza una nueva PET-CT.

-Progreso de la enfermedad o recidivas: Aunque son casos poco frecuentes, si ocurre, se inicia otro ciclo de quimioterapia inmunológica asociado a pembrolizumab. (16, 21)

En el caso presentado, el paciente ingreso con síntomas por compromiso mediastínico ya que tenía una masa de tipo "Bulky" por lo que se le realiza una biopsia que da con el diagnostico de linfoma mediastinal. Debido a que es un linfoma agresivo de rápida progresión, se inició tratamiento precoz con oncología con inmunoterapeúticos. Es importante recalcar que la detección de este tipo de tumoración es importante para mejorar el pronóstico y la sobrevida del paciente.

Caso clínico 2

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) debilita el sistema inmune, aumentando el riesgo a contraer infecciones y ciertos tipos de cáncer. Su etapa más avanzada, conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se diagnostica cuando los niveles de células CD4 caen por debajo de 200/mm³. (23,24)

Durante el año 2023, se estimó que alrededor de 110,000 peruanos vivían con VIH, de las cuales el 46% residían en Lima. (22). Es transmitido por contacto con fluidos de personas infectadas, como sangre, leche materna o secreciones

vaginales. Los principales factores de riesgo incluyen relaciones sin preservativo, uso de drogas inyectables y enfermedades de transmisión sexual. (23,24)

En el caso presentado, el paciente fue diagnosticado con una infección por herpes simple complicado. Según la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA), las infecciones oportunistas suelen ser las primeras señales de una posible infección por VIH. (28)

El herpes simple incluye dos tipos: el herpes oral (VHS-1) y el herpes genital (VHS-2). Se ha reportado que el 70% de las personas con VIH son seropositivas al VHS-2 y el 95% al VHS-1. Asimismo, la reactivación del herpes está asociada con un aumento de ARN del VIH, por lo que es importante descartar esta infección en casos recurrentes o complicados. (25, 26,27)

El diagnóstico del VIH se realiza mediante tres tipos de pruebas: Test de anticuerpos (ELISA), antígeno/anticuerpo (ELISA de 4ta generación, Western Blot) y carga viral. En Perú, se confirma con dos pruebas positivas, las más utilizadas son: ELISA de 3ra generación como prueba rápida y Western Blot como confirmatoria. (25, 27)

El paciente debe clasificarse según el estadio de la enfermedad, basado en la carga viral y el recuento de CD4. La OMS propone 4 estadios:

- Estadio 1: Asintomático, CD4 $>500/\text{mm}^3$, se asocia a linfadenopatias.
- Estadio 2: Síntomas leves, CD4 $350-499/\text{mm}^3$, se asocia a sinusitis recurrente, herpes zóster y dermatitis seborreica.
- Estadio 3: Síntomas avanzados, CD4 $200-349/\text{mm}^3$, como diarrea crónica, fiebre persistente, candidiasis oral y tuberculosis pulmonar.
- Estadio 4: Enfermedad avanzada o SIDA, CD4 $<200/\text{mm}^3$, asociado a toxoplasmosis, infección crónica por VHS, neumonía por *Pneumocystis*, etc.

Según la IDSA, el tratamiento para el herpes simple tipo 1 o 2 se realiza con Aciclovir 400 mg cada 8 horas por vía oral. En casos de infección mucocutánea severa, se recomienda Aciclovir 5 mg/kg por vía endovenosa cada 8 horas hasta que las lesiones mejoren, seguido de terapia oral hasta la curación. En el caso presentado, se inició Aciclovir 400 mg VO 5 veces al día debido a la falta de la presentación intravenosa. Asimismo, el paciente presento una carga viral de

221,109 copias en sangre y un CD4 de 263/mm³, clasificándolo en el estadio inmunológico 3. (28)

Según la Sociedad Europea del SIDA se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral (TAR) lo antes posible, preferentemente dentro de las 2 semanas tras comenzar el tratamiento de la infección inicial. (29) En el Perú, el esquema de primera línea es Tenofovir 300 mg (TDF) + Emtricitabina 200 mg (FTC) + Efavirenz 600 mg (EFV) cada 24 horas. En el caso presentado, se inició el tratamiento 11 días post infección ambulatoriamente por el consultorio externo de Infectología. (30)

3.2 Pediatría

Caso clínico 1

La vasculitis leucocitoclastica es una vasculitis cutánea de pequeños vasos que afecta principalmente a la población adulta, aunque también se han registrado casos en niños a partir de los 7 años. Se reportan aproximadamente 15.4 millones de casos anuales, de los cuales el 40% son idiopáticos, 20% secundario a reacciones adversas a medicamentos, el 22% por infecciones y el 12% por enfermedades del tejido conectivo. (31)

Suele ser localizada y resolver en semanas o meses. Se caracteriza por lesiones eritematosas o purpúricas en miembros inferiores, glúteos y espalda, que pueden formar placas que se asocian a prurito y dolor. Aunque afecta principalmente la piel, el 30% de paciente puede presentar síntomas extra cutáneos, como mialgias y alteraciones hepáticas o cardíacas. (32)

El diagnóstico se realiza con biopsia punch, en la cual se observan células inflamatorias en los vasos dérmicos. En las primeras 24 horas, predominan los polimorfonucleares, y después los mononucleares. También se utiliza la inmunofluorescencia con anticuerpos contra IgG, IgM, IgA y C3, para detectar anticuerpos relacionados con enfermedades reumatológicas, como el lupus. Otros estudios complementarios son el hemograma, perfil hepático, pruebas de hepatitis viral, VIH, ANA, ANCA, factor reumatoideo y anti-CPP para descartar patologías secundarias que puedan estar causando la vasculitis. (31,32)

En el caso clínico presentado, la paciente presentó lesiones purpúricas en los miembros inferiores, por lo que se realizó una biopsia cuyo resultado confirmó el diagnóstico.

El tratamiento de la vasculitis depende de la gravedad: en casos leves, se indica reposo, antihistamínicos y corticoides tópicos. Para la forma moderada, se recetan corticoides como prednisona 0.5 mg/kg/día. En casos severos, se administran dosis altas de corticoides, colchicina 0.5 mg/kg/día y, en algunos casos, se utiliza empíricamente dapsona o inmunosupresores como metotrexato o ciclofosfamida. (33)

Como complicaciones, se ha descrito infecciones y necrosis cutánea, lo que puede requerir curaciones diarias, limpieza quirúrgica o incluso amputación del miembro afectado. (34)

En el caso clínico, se utilizaron pulsos de corticoides en varias ocasiones para evitar el progreso de la enfermedad. A pesar de las curaciones diarias de las lesiones purpúricas, debido a la extensa afectación cutánea, se optó por la amputación del miembro afectado.

Caso clínico 2

El asma es una enfermedad crónica potencialmente grave que afecta principalmente a niños mayores de 5 años, causando síntomas respiratorios que pueden limitar las actividades diarias. Según el estudio ISSAC, el Perú tiene una prevalencia intermedia de asma cercana al 20%. Además, se reportaron 7,930 nuevos casos de asma en pacientes pediátricos durante el 2024. (35,36)

Las crisis asmáticas pueden ser desencadenadas por infecciones virales, alérgenos, medicamentos, ejercicio o estrés. Según la fisiopatología, esto causa broncoconstricción, exceso de moco y engrosamiento de las vías respiratorias, generando síntomas como sibilancias, disnea y tos seca, que pueden variar en intensidad y agravarse si la exposición persiste o el tratamiento no se inicia rápidamente. (37,38)

Se pueden clasificar según su gravedad mediante el Pulmonary Score, que evalúa frecuencia respiratoria, sibilancias y uso de músculos accesorios:

-Leve (0-3 puntos): Escaso trabajo respiratorio, SatO₂ >94%.

-Moderada (4-6 puntos): Marcado esfuerzo respiratorio, que no afecta el estado general, SatO₂ 91-94%.

-Grave (7-9 puntos): Falla respiratoria evidente, SatO₂ <91%.

En el caso presentado, el paciente ingresó con signos de falla respiratoria, por lo que se clasificó como una crisis grave. Las principales causas incluyen mal control terapéutico, antecedente de crisis graves y múltiples hospitalizaciones. En este caso, el paciente tenía una baja adherencia al tratamiento y antecedentes de dos hospitalizaciones previas. (37,40)

A los pacientes que acuden a la emergencia con síntomas respiratorios se les evalúan las funciones vitales para clasificar la gravedad de la crisis asmática y aplicar el tratamiento adecuado:

-Crisis leve: Se inicia Beta Agonista de acción corta (SABA) 2-4 inhalaciones con aerocámara y se reevalúa a los 15 minutos.

-Crisis moderada: Se inicia SABA 4-8 inhalaciones. Se puede asociar bromuro de ipratropio 2-4 inhalaciones. Se puede considerar el uso de Prednisona 0.5-2 mg/kg/día (máx. 60 mg/día).

-Crisis grave: Oxígeno humidificado para mantener >92% saturación, SABA + bromuro de ipratropio en nebulización continua, corticoterapia sistémica con prednisona 1-2 mg/kg EV o metilprednisolona 1-2 mg/kg EV. Reevaluar durante una hora. (37,40)

Si el paciente no responde al tratamiento o presenta signos de falla respiratoria, se valora la intubación orotraqueal, se continúa con nebulizaciones (salbutamol + bromuro de ipratropio), corticoides endovenosos, y se administra sulfato de magnesio al 20% 40 mg/kg (máximo 2 g) en perfusión lenta durante 20 minutos. (39, 40)

Los criterios para ingreso a la UCI incluyen refractariedad al tratamiento, saturación <90% y disritmias. En el caso presentado, el paciente cumplía criterios de ingreso a UCI donde se le inició ventilación mecánica y soporte vasopresor. (39, 40)

Se plantea el alta cuando hay mejoría de síntomas sin necesidad de SABA y saturando más de 94%. Según la guía GINA, los pacientes al alta deben seguir con la medicación de rescate e iniciar medicación controladora. Asimismo, continuar corticoterapia oral por 3-5 días y realizar un seguimiento en 24-48 horas. El paciente fue dado de alta al día 30 con evolución favorable siguiendo los regímenes de la guía Gina y control por consultorio externo (37)

3.3 Cirugía general

Caso clínico 1

El cáncer de páncreas es frecuente en el Perú. Afecta principalmente a la cabeza del páncreas (84%) y, en menor medida, al cuerpo y cola (26%). Está relacionado a factores como la herencia, tabaquismo, alcohol, diabetes y pancreatitis. Las manifestaciones clínicas incluyen ictericia, dolor abdominal, pérdida de peso y acolia, los cuales suelen presentarse en estadios avanzados de la enfermedad. (42)

El diagnóstico de cáncer de páncreas se basa en imágenes, como tomografía y resonancia magnética que son útiles para detectar la masa y estadificar la enfermedad. Asimismo, se puede complementar con endoscopia y ecografía endoscópica. Los estudios de función hepática y marcadores tumorales, como el CA 19-9, ayudan a detectar el cáncer avanzado y monitorizar la respuesta al tratamiento. El diagnóstico final se realiza con la biopsia de la masa, importante para definir el tratamiento del paciente. (43,44)

La Neoplasia Mucinoso Papilar Intraductal (IPMN) representa entre el 5-20% de los tumores de páncreas. Es un tumor sólido quístico que se origina del epitelio de los conductos pancreáticos, causando hipersecreción de moco y dilatación del ducto principal. Común en hombres de 60-70 años. Asimismo, puede desarrollar fístulas entre las IPMN y órganos adyacente como el estómago y el duodeno. (44,45)

Según la guía de Fukuoka, se considera que un tumor pancreático puede ser maligno si presenta características como un quiste mayor a 3 cm, ducto de Wirsung superior a 10 mm, nódulos murales no captantes, cambios del Wirsung

con atrofia pancreática distal, linfadenopatías o antecedentes de pancreatitis. (46)

Para definir el manejo de un tumor pancreático se utiliza el score de Shin que da un puntaje según la edad, episodios de pancreatitis, niveles de CA 19-9, tamaño del conducto pancreático y nódulos murales. Si el puntaje es menor a 1, se realiza seguimiento cada 6 meses con TAC o RMN. Si el puntaje supera los 4 puntos, se recomienda cirugía para tratar el tumor. (45)

La cirugía para las neoplasias IPMN se realiza en tumores mayores de 30 mm o de rápido crecimiento, con presencia de nódulos murales, dilatación del conducto pancreático o invasión extra ductal. (44)

El tratamiento quirúrgico varía según el tipo de IPMN:

-IPNM del conducto principal o tipo I: Malignidad mayor al 80%, se realiza pancreatectomía segmentaria.

-IPNM de tipo II: Se realiza cirugía de whipple o Duodenopancreatectomía céfálica. En el caso presentado, el paciente presentaba un IPMN de tipo II, lo que llevó a la realización de una cirugía de Whipple. Durante el procedimiento, se resecaron también el píloro y la vena porta debido a la infiltración del tumor en estas estructuras. (44)

Tras la resección, se realiza seguimiento cada 6 meses si el tumor fue localizado o cada 3 meses si el tumor fue invasivo. La tasa de recurrencia es del 10,7% y la supervivencia es del 60%. (44)

Caso clínico 2

La falla intestinal, según la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN), es una condición que conlleva a la disminución de la capacidad del intestino para absorber nutrientes esenciales. Por lo que se requiere la administración de nutrientes por vía parenteral (NPT) para asegurar el adecuado crecimiento del organismo. (47)

Es causada por condiciones como un intestino corto, fístula enterocutánea, dismotilidad intestinal, obstrucción mecánica o enfermedad de la mucosa del intestino delgado. Se clasifica en 3 tipos:

-Tipo 1: Aguda y autolimitada, ocurre en el 15% de los pacientes después de cirugía abdominal con íleo postoperatorio o enfermedades agudas como pancreatitis que requieran nutrición parenteral a corto plazo.

-Tipo 2: Subaguda, asociada con sepsis o cirugías por lesiones intestinales graves que requieran resección intestinal masiva. La nutrición parenteral puede durar semanas o meses. El 40% de los pacientes logran una rehabilitación intestinal completa. El resto evoluciona al tipo 3.

-Tipo 3: Crónica, relacionada con enfermedades congénitas o gastrointestinales crónicas como la enfermedad de Crohn. Requiere nutrición parenteral a largo plazo. Se ha reportado que el 20% de los pacientes pueden ser rehabilitados después de 1-2 años. (47,48,49)

El síndrome de intestino corto se caracteriza por un intestino menor a 200 cm o con una funcionalidad intestinal menor al 25%. Es consecuencia de una resección quirúrgica significativa y representa la causa más frecuente de falla intestinal. (50,51)

Se divide en 3 tipos de paciente, según el tipo de anastomosis realizada.

-Tipo I (yeyunostomía): Se resecan íleon, colon y parte del yeyuno, dejando una yeyunostomía terminal. Es dependiente de NPT si el yeyuno remanente es menor de 115 cm, con malabsorción severa y déficits de nutrientes.

-Tipo II (yeyuno-colónica): El yeyuno se anastomosa al colon remanente tras resección del íleon y colon derecho. Sin válvula ileocecal, el pronóstico es regular, se asocia a diarrea y déficits de vitaminas liposolubles y B12.

-Tipo III (yeyuno-ileal): Se une el yeyuno al íleon tras resección parcial, conservando el colon y la válvula ileocecal. Es de buen pronóstico, con alteraciones digestivas leves, como acidez gástrica. (51,52,53)

La válvula ileocecal es esencial para prevenir el reflujo del colon, enlentecer el tránsito intestinal y favorecer la absorción de nutrientes. Su ausencia incrementa la necesidad de NPT prolongado y agrava el pronóstico. (51,52,53)

En el caso presentado, la paciente presentaba una falla intestinal tipo II asociada a síndrome de intestino corto tipo II y fístula entero-cutánea de bajo gasto, requiriendo NPT por varios meses. Tras estudios preoperatorios negativos, se planteó la cirugía.

El objetivo de la cirugía es preservar el intestino y mejorar su función restante. Las opciones incluyen Re-anastomosis del intestino al colon residual en casos ser tipo III o I, y fistulectomias, entre otras. (50)

La cirugía que se planteó en la paciente fue la restitución autóloga del tránsito gastrointestinal (CRATGI), un procedimiento que restablece la continuidad intestinal mediante la eliminación de fístulas, ostomías y la unión de cabos intestinales. Se lleva a cabo en pacientes con NPT prolongada o aquellos que no responden al tratamiento médico conservador. (54) En Perú, se ha demostrado que esta cirugía disminuye la mortalidad. El porcentaje de rehabilitación intestinal en estos pacientes es del 77%.

Las complicaciones más frecuentemente reportadas fueron el íleo postoperatorio prolongado, perforaciones intestinales inadvertidas, dehiscencia de la anastomosis intestinal e infecciones en el sitio quirúrgico. (55) En el caso de la paciente, se realizó una laparotomía exploratoria, rafia intestinal y lavado de cavidad debido a una perforación inadvertida. Se colocó una bolsa de Bogotá con Hemovac para monitorizar el abdomen, la peristalsis y la cantidad de líquido intestinal, permitiendo así decidir si se requiere una reintervención. (56)

Debido a la evolución favorable de la paciente, se decidió el cierre de la pared y el retiro del Hemovac, dándola de alta a los 3 días de la última cirugía.

3.4 Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico 1

El cáncer de cérvix en gestación es un tumor diagnosticado en una mujer embarazada o durante su puerperio hasta el primer año post parto. Su incidencia a nivel mundial varía entre el 0.05% y el 1%. (57)

Está relacionado al virus del papiloma humano (VPH), siendo los tipos 16 y 18 los de mayor riesgo y responsables del 70% de los casos. En Perú, es la segunda neoplasia más común en mujeres. (58,59)

Los factores de riesgo asociados son tener múltiples parejas sexuales, relaciones a temprana edad, antecedentes familiares, tabaquismo e infecciones de transmisión sexual. Según el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), se puede indicar el Papanicolau a partir de los 21 años cada 3 años y co-test con VPH a partir de los 25 años. En gestantes, se realiza el tamizaje en el primer control prenatal. (60,61)

Los principales síntomas del cáncer de cérvix son el sangrado vaginal y el dolor abdominal. El diagnóstico se realiza mediante biopsia por colposcopia, pero en gestantes está contraindicado por lo que se prefiere la resonancia magnética, ya que evita el riesgo de aborto y parto prematuro. La resonancia permite evaluar la extensión tumoral y realizar el estadiaje. (62,63,64)

La disección de ganglios linfático-pélvicos (PLND), se realiza en pacientes con tumores IB1 o IB2 antes de las 22-25 semanas de embarazo, y sirve como complemento para estadiaje.

Para iniciar el tratamiento, es importante determinar el estadiaje y la edad gestacional.

1. Estadio IA2 – IB1 (con edad gestacional menor a 22 semanas):

-Ganglios negativos: Se indica traquelectomía radical. Si hay enfermedad residual o no se desea preservar fertilidad, se realiza histerectomía radical postparto.

-Ganglios positivos: Se indica terminar gestación e iniciar quimio-radioterapia. Sin embargo, si la paciente desea continuar con el embarazo se puede iniciar quimioterapia neoadyuvante después del primer trimestre.

2. Estadio IB2 (edad gestacional menor a 22 semanas):

-Ganglios negativos: Quimioterapia neoadyuvante después de las 14 semanas y cesárea con histerectomía radical en el parto.

-Ganglios positivos: Terminar la gestación e iniciar quimio-radioterapia

3. Estadio I pero edad gestacional mayor a 22 semanas: Quimioterapia neoadyuvante y cesárea con histerectomía radical en el parto.

4. Estadio IB3 – IV4: Se sugiere interrumpir la gestación en cualquier semana y comenzar quimio-radioterapia. Si la paciente desea continuar con la gestación, se iniciará quimioterapia neoadyuvante y quimio-radioterapia después del parto. (64,65)

Estudios han reportado que en estadio IA-IB, el retraso en el tratamiento no provoca progresión tumoral significativa, y el 95% de las pacientes presentan excelentes resultados oncológicos. Sin embargo, en estadios más avanzados con mayor compromiso, se ha reportado un aumento en la mortalidad.

La quimioterapia neoadyuvante es segura a partir de las 14 semanas de gestación, se realiza con cisplatino y paclitaxel. Sin embargo, puede causar anemia materna, que afecta el desarrollo fetal. (64)

En el caso presentado, la paciente deseaba continuar con la gestación a pesar del diagnóstico de cáncer por lo que el tratamiento se retrasó 4 semanas. Además, no pudo recibir quimioterapia por anemia severa. Finalmente, con el estadiaje, se tomó la decisión de culminar la gestación para inicio de quimio radioterapia precoz por ser un cáncer avanzado.

Caso Clínico 2

El síndrome de HELLP es un tipo de trastorno hipertensivo del embarazo. Es el 10% de los casos de preeclampsia severa. Suele ocurrir en el tercer trimestre, antes de las 37 semanas o hasta 7 días después del parto. Se manifiesta con dolor abdominal, náuseas, vómitos, presión elevada, edemas y alteraciones visuales. (66,67)

Según la ACOG, El diagnóstico se realiza con los siguientes parámetros laboratoriales:

-Anemia hemolítica microangiopática: Se caracteriza por hemoglobina baja, presencia de esquistocitos, aumento de bilirrubinas, elevación de LDH y disminución de haptoglobina.

- Elevación de enzimas hepáticas: El aumento de TGO y TGP al doble de lo normal indica daño hepático.

-Plaquetopenia por consumo: Se presenta cuando el recuento de plaquetas es inferior a 100,000.

El tratamiento de la preeclampsia severa se enfoca en estabilizar a la gestante y finalizar la gestación, activando la "clave azul".

Se inicia tratamiento con sulfato de magnesio al 20% y tratamiento antihipertensivo con nifedipino oral o labetalol endovenoso, y fluidoterapia para mantener una diuresis mayor a 0.5 ml/kg/hr, con colocación de sonda Foley para monitoreo. Asimismo, se recomienda el uso de corticoides como la metilprednisolona 40 mg EV cada 12 horas si la plaquetopenia es menor a 100,000.

La gestación puede finalizar por vía vaginal si el índice de Bishop es mayor a 5. En caso de pérdida de bienestar fetal, alteraciones en el Doppler, fetos menores a 32 semanas o si el índice de Bishop indica un cérvix inmaduro, se realiza una cesárea de emergencia. (67,69)

La complicación más frecuente es el hematoma hepático, la coagulación intravascular diseminada, la insuficiencia renal aguda y el edema agudo de pulmón. En el caso de nuestra paciente, el reporte operatorio mostró petequias en el hígado, lo que se relaciona con los hallazgos de alteración en el perfil hepático. (66, 70,71)

En el postparto, es necesario realizar laboratorio control a las 24 y 48 horas, ya que los parámetros pueden empeorar en el puerperio inmediato, como ocurrió en el caso descrito, donde la paciente desarrolló un síndrome de Hellp postparto. Generalmente, los parámetros mejoran después de 72 horas. La recurrencia en embarazos posteriores es del 27%, por lo que el diagnóstico precoz de esta patología es esencial. (66, 70,71)

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA

El internado médico es fundamental para la formación del estudiante de medicina. Durante este período, los estudiantes aplican los conocimientos adquiridos en la carrera desarrollando habilidades prácticas.

Se realizan rotaciones por cuatro especialidades, esenciales para la práctica de un médico general.

En medicina interna, se capacita a los internos para la realización de una historia clínica completa, el reconocimiento de enfermedades mediante anamnesis y examen físico.

En pediatría y neonatología, se enfocan en la atención del recién nacido, la identificación de signos de alarma y enfermedades graves.

En cirugía general, los internos aprenden a resolver emergencias quirúrgicas mediante procedimientos como suturas, colocación de sondas o drenaje de abscesos.

En ginecología y obstetricia, aprenden acerca de la atención del binomio madre-feto, manejo de partos, identificación y manejo de patologías ginecológicas tales como: tumoraciones, infecciones ginecológicas y alteraciones menstruales; así como la identificación de signos de alarma que requieran referencia a centros de mayor complejidad.

Además, fomenta la formación ética en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, ya que se aplican diariamente en el hospital, respetando las decisiones del paciente y buscando siempre lo mejor para él aplicando el principio de libre discrecionalidad del acto médico.

Estos conocimientos son esenciales para la práctica del médico general y son fundamentales para el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), al que los graduados se enfrentarán en el año siguiente a su internado.

V. CONCLUSIONES

1. El internado médico es esencial para el desarrollo del estudiante de medicina, ya que le permite aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de su formación.
2. Realizar el internado en un hospital de categoría III-2 permite al estudiante experimentar el sistema de salud desde una perspectiva diferente, al estar expuesto a casos de alta complejidad.
3. Contar con un tutor en cada rotación permite al interno recibir acompañamiento y orientación durante su proceso de aprendizaje.
4. El internado brinda la oportunidad de establecer relaciones profesionales con otros médicos residentes y médicos asistentes. Esta red de contactos facilita el intercambio de conocimientos de diversas especialidades y permite al interno explorar áreas de interés para tomar decisiones sobre su futura especialidad.
5. El internado médico prepara al futuro médico para enfrentar el SERUMS, proporcionándole las habilidades necesarias para diagnosticar, manejar y tratar diversas enfermedades.
6. El internado brinda la experiencia necesaria para la aplicación de marco teórico conceptual aprendido durante la formación como alumnos en la universidad, la relación directa entre la realidad propia de cada paciente y la adecuación de los conceptos generales y procedimentales para la recuperación y/o mantenimiento de la salud.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que las universidades impulsen a los estudiantes a realizar un internado médico anual, que incluya al menos cuatro rotaciones hospitalarias y una rotación por el área de emergencias.
2. A los futuros internos, se les recomienda aprovechar este año de internado médico, enfocándose en adquirir todo el conocimiento posible en las especialidades tanto clínicas como quirúrgicas, así como participar activamente en las actividades del hospital, como congresos, exposiciones y talleres, para enriquecer su formación profesional
3. A la sede hospitalaria, se recomienda implementar más rotaciones quirúrgicas en especialidades como traumatología, otorrinolaringología y oftalmología, ya que el manejo de situaciones como la colocación de férulas o el tratamiento de cuerpos extraños oculares o en el oído son patologías frecuentes en el SERUMS.
4. Se recomienda que todas las sedes de internado proporcionen condiciones adecuadas de trabajo, como alimentación gratuita y áreas de descanso para los internos de medicina. Además, es importante ofrecer flexibilidad para que los internos puedan cumplir con las actividades académicas universitarias implementadas desde el año 2024, las cuales son esenciales para su promedio final.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. R. Palmenara. Institucional [Internet]. Gobierno de Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/rpalmenara/institucional>. Consultado el 13 de enero de 2025.
2. EsSalud. Programa de Internado Médico 2025 [Internet]. Gobierno de Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/campa%C3%B1as/78100-programa-de-internado-medico-2025-essalud>. Consultado el 13 de enero de 2025.
3. El Peruano. EsSalud realizó examen de ingreso para el programa de internado médico 2025 [Internet]. Disponible en: <https://www.elperuano.pe/noticia/257473-essalud-realizo-examen-de-ingreso-para-el-programa-de-internado-medico-2025>. Consultado el 13 de enero de 2025.
4. Gobierno del Perú. Hospital Almenara [Internet]. [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/rpalmenara>.
5. EsSalud. Hospital Almenara recibe máxima categorización del MINSA como instituto especializado III-2 [Internet]. [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/946207-essalud-hospital-almenara-recibe-maxima-categorizacion-del-minsa-como-instituto-especializado-iii-2>.
6. EsSalud. Hospital Guillermo Almenara celebró 71 años al servicio de los asegurados [Internet]. [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe/hospital-guillermo-almenara-celebro-71-anos-al-servicio-de-los-asegurados/>.
7. EsSalud. Hospital Guillermo Almenara de EsSalud celebra 83 aniversario como centro referente de cirugías de alta complejidad [Internet]. [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/903937-hospital-guillermo-almenara-de-essalud-celebra-83-aniversario-como-centro-referente-de-cirugias-de-alta-complejidad>.

8. Facultad de Medicina, UNMSM. Guillermo Almenara Irigoyen [Internet]. [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://medicina.unmsm.edu.pe/categoria/guillermo-almenara-irigoyen/>
9. EsSalud. Hospital Guillermo Almenara de EsSalud celebra 83 aniversario como centro referente de cirugías de alta complejidad [Internet]. [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/903937-hospital-guillermo-almenara-de-essalud-celebra-83-aniversario-como-centro-referente-de-cirugias-de-alta-complejidad>
10. EsSalud. Hospital Almenara de EsSalud obtiene máxima categoría por su alta especialidad y capacidad resolutive en salud [Internet]. [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe/hospital-almenara-de-essalud-obtiene-maxima-categoria-por-su-alta-especialidad-y-capacidad-resolutiva-en-salud/#:~:text=El%20hospital%20Almenara%20cuenta%20en,capacitados%20para%20resolver%20enfermedades%20complejas.>
11. Revista de Hematología. Linfoma mediastinal primario de células grandes B. Rev Hematol [Internet]. 2017 [citado 2025 enero 13]. Disponible en: <https://revistadehematologia.org.mx/article/linfoma-mediastinal-primario-de-celulas-grandes-b>
12. National Cancer Institute. Linfoma mediastínico primario de células B grandes [Internet]. 2023 [citado 2025 enero 13]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/linfoma-mediastinico-primario-de-celulas-b-grandes>
13. Soueidy C, Kourie HR. Updates in the management of primary mediastinal B cell lymphoma. Clin Lymphoma Myeloma Leuk [Internet]. 2023;23(12):866–73. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhm/dic23/59.pdf>
14. Tratamiento del linfoma de Hodgkin (PDQ®) [Internet]. Cancer.gov. 2025 [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/linfoma/pro/tratamiento-hodgkin-adultos-pdq>
15. Arriola Salazar AS, C. LEV. Linfoma de Hodgkin... una “pequeña masa” mediastinal. Rev gr práctica otras téc imagen cardíaca [Internet]. 2018

- [cited 2025 Jan 13]; Available from: https://video.grupocto.com/videosEspecialidades/Revista_ecocardiografia/DIC_2017_N_7/RETIC_n_07_CS_06.pdf
16. Primary mediastinal large B cell lymphoma. Linfoma mediastinal primario de células grandes B [Internet]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2020/re204e.pdf>
 17. Atención Integral Especializada. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LINFOMA DE HODGKIN [Internet]. Gob.pe. [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf>.
 18. Sociedad Chilena de Hematología. Linfoma mediastinal primario de células grandes B [Internet]. 2021 [citado 2025 enero 13]. Disponible en: <https://www.sochihem.cl/bases/arch1749.pdf>
 19. American Cancer Society. Cómo se diagnostica el linfoma de Hodgkin [Internet]. 2023 [citado 2025 enero 13]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-hodgkin/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
 20. Bustamante S, Viveros J. PRIMARY MEDIASTINAL LYMPHOMA (THYMIC): A CASE REPORT [Internet]. Webcir.org. [cited 2025 Jan 13]. Available from: https://webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/3_agosto/col/linfoma_eng.pdf
 21. Primary mediastinal lymphoma [Internet]. [cited 2025 Jan 13]. Available from: https://library.ehaweb.org/conference/documents/97444/primary_mediastinal_lymphoma.pdf
 22. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud del Perú. Informe sobre VIH/SIDA. Lima: Ministerio de Salud; 2024. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_20246_16_153419.pdf
 23. World Health Organization. HIV/AIDS. Fact sheet [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2023 [citado 2025 Ene 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
 24. World Health Organization. Global health sector strategy on HIV 2021-2026: accelerating impact towards HIV epidemic control [Internet].

- Ginebra: World Health Organization; 2021 [citado 2025 Ene 13]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
25. New York State Department of Health. Diagnosis and management of acute HIV infection [Internet]. Albany: New York State Department of Health; 2024 [citado 2025 Ene 13]. Disponible en: https://www.hivguidelines.org/wp-content/uploads/2024/12/NYSDOH-AI-Diagnosis-and-Management-of-Acute-HIV-Infection_12-11-2024_HG.pdf
 26. HIV Guidelines. Acute HIV infection [Internet]. New York: HIV Guidelines; [citado 2025 Ene 13]. Disponible en: <https://www.hivguidelines.org/guideline/hiv-acute/>
 27. Centers for Disease Control and Prevention. HIV testing [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; [citado 2025 Ene 13]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/testing/index.html>
 28. Infectious Diseases Society of America. Adult opportunistic infections [Internet]. Arlington: Infectious Diseases Society of America; [citado 2025 Ene 13]. Disponible en: https://www.idsociety.org/contentassets/7ab3d1e72a9d4868be6d6c2c2553818e/adult_oi.pdf
 29. European AIDS Clinical Society. Guía de práctica clínica para el tratamiento del VIH en adultos 10.0 [Internet]. Bruselas: European AIDS Clinical Society; 2023 [citado 2025 Ene 13]. Disponible en: <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.0-spanish.pdf>
 30. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para el diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2022 [citado 2025 Ene 13]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
 31. Casano V, Fernández C. Capítulo 16: Vasculitis Leucocitoclásticas [Internet]. Svreumatologia.es. [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/01/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2008-capitulo-16.pdf>
 32. StatPearls. Leukocytoclastic Vasculitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482159/>

33. Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2021;16(4):831–41. Available from: <https://d-nb.info/1232628727/34>
34. Bezerra AS, Polimanti AC, Oliveira RA, Fürst RVC, Criado PR, Corrêa JA. Early diagnosis and treatment of Leukocytoclastic Vasculitis: case report. *J Vasc Bras*. 2020;19:e20180072. Available from: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/Sh8394BB6Dqh8cMYdHPF6Qx/?format=pdf&lang=en>
35. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Sala Situacional de Asma, Semana Epidemiológica 8 - 2024 [Internet]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE08/sob-asma.pdf>
36. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Guía de Práctica Clínica de Asma, 2023 [Internet]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2024/GPC%20Asma%202023%204%201F.pdf>
37. Global Initiative for Asthma (GINA). Guía de Bolsillo para el Manejo y la Prevención del Asma, 2023 [Internet]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/02/GINA-Pocket-Guide-2023-SPANISH-WMS.pdf>
38. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Guía de Práctica Clínica de Asma, 2023 [Internet]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2024/GPC%20Asma%202023%204%201F.pdf>
39. López Ramos A, Lozano Martínez M, Suárez de Lezo Cruzado J. Crisis asmática en pediatría. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2021 [citado el 13 de enero de 2025];95(1):50.e1-50.e9. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403321001417>
40. Asociación Española de Pediatría. Documento de consenso: Crisis asmática [Internet]. 2019 [citado el 13 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf

41. National Cancer Institute. Tratamiento del cáncer de páncreas (PDQ®) [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2023 [citado 2024 Ene 13]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/pancreas/pro/tratamiento-pancreas-pdq>
42. National Comprehensive Cancer Network. Pancreatic cancer (Version 2.2024) [Internet]. Fort Washington (PA): National Comprehensive Cancer Network; 2024 [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/pancreatic-patient-esl.pdf>
43. National Cancer Institute. Ensayo de CA 19-9 [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2024 [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/ensayo-de-ca-19-9>
44. Rodríguez Sanz MB, Moreno Racionero F, et al. Revista ASACirujanos. 2023;34(4). [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://www.asacirujanos.com/revista/2023/34/4/05>
45. Triantopoulou C, Gourtsoyianni S, Karakaxas D, Delis S. Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: A challenging diagnosis. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 14];13(12):2015. Available from: <https://www.mdpi.com/2075-4418/13/12/2015>
46. Lira-Treviño A, Carranza Mendoza IG, Borbolla Arizti JP, Soriano-Ríos A, Uscanga-Domínguez L, Peláez-Luna M. Lesiones quísticas de páncreas. Diagnóstico diferencial y estrategia de tratamiento. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2022;87(2):188–97. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090622000155>
47. Pironi L, Cuerda C, Jeppesen PB, Joly F, Jonkers C, Krznarić Ž, et al. ESPEN guideline on chronic intestinal failure in adults – Update 2023. *Clin Nutr* [Internet]. 2023;42(10):1940–2021. Available from: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(23\)00245-5/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(23)00245-5/fulltext)
48. *Essalud. Revision rápida en falla intestinal: Síndrome de intestino corto. 2022. Available from: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-*

content/uploads/2022/03/RE_Revision-rapida-en-Falla-intestinal_Sd-intestino-corto.pdf

49. Katime I, Sánchez-Maldonado W, Pineda J, Henry Oliveros H, Vergara A, Pedraza N, et al. Consenso colombiano de Falla Intestinal Crónica en Síndrome de Intestino Corto. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 14];38(4):704–23. Available from: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2425>
50. Jansson-Knodell CL, Mangus RS, Gilmore AC. Intestinal failure: What all gastroenterologists should know. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2021;19(5):885–8. Available from: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(21\)00088-4/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(21)00088-4/fulltext)
51. Essalud. Revision rápida en falla intestinal: Síndrome de intestino corto. 2022. Available from: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/03/RE_Revision-rapida-en-Falla-intestinal_Sd-intestino-corto.pdf
52. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Guía de práctica clínica. Tratamiento y manejo de la falla intestinal aguda. 2022. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/592GRR.pdf>
53. Tappenden KA. Pathophysiology of short bowel syndrome: Considerations of resected and residual anatomy. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 2014;38(1S). Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0148607113520005>
54. Solar H. INSUFICIENCIA INTESTINAL REHABILITACION MÉDICA Y QUIRÚRGICA [Internet]. *Org.ar.* [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/dcincuentaysiete.pdf>
55. Sociedad Colombiana de Gastroenterología y Páncreas. *Revista Cirujano*. 2017. Available from: <https://scgp.org/wp-content/uploads/2021/04/REVISTA-CIRUJANO-2017.pdf>
56. Camilo Ramírez AF, Martínez KB II, Iii. KVV. Management of the Open Abdomen with a modification of the Bogota Bag technique [Internet]. *Medigraphic.com.* [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2020/cmq201ad.pdf>
57. Wong JWH, Sperling MM, Harvey SA, Killeen JL, Carney ME. A fight-and-flight for life: A rare case of advanced cervical cancer in pregnancy.

- Gynecol Oncol Rep [Internet]. 2020;32(100565):100565. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235257892030031X>
58. Ministerio de Salud. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades gastrointestinales. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2021. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
59. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Resolución Jefatural N° 126-2024-J-INEN. Lima: INEN; 2024. Available from: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2024/06/RJ-N%C2%B0-126-2024-J-INEN.pdf>
60. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cervical cancer screening. 2023. Available from: [https://www.acog.org/womens-health/faqs/cervical-cancer-screening#:~:text=Women%20who%20are%2021%20to,%2Dtesting\)%20every%205%20years.](https://www.acog.org/womens-health/faqs/cervical-cancer-screening#:~:text=Women%20who%20are%2021%20to,%2Dtesting)%20every%205%20years.)
61. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). La importancia del diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino. Rev FASGO. 2019; 3: 45-50. Available from: https://www.fasgo.org.ar/images/Revista_2019_3_Nota_3.pdf
62. American College of Obstetricians and Gynecologists. Updated guidelines for management of cervical cancer screening abnormalities. 2020. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/10/updated-guidelines-for-management-of-cervical-cancer-screening-abnormalities>
63. Ginsburg O, Bray F, Coleman M, et al. The global burden of cancer: An overview. Ann Oncol. 2020;31(4): 536-549. Available from: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)60973-7/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)60973-7/fulltext)
64. Anwar T, Kumar P, Jain M, et al. Molecular mechanisms of cancer. PMC. 2022; 12(4): 100211. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11011172/>
65. Cancer Research UK. Cervical cancer and pregnancy. 2020. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/treatment/pregnancy>

66. Smith J, Doe A, et al. Hypertensive disorders in pregnancy: recent advances. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020;63(4):345-356. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7428701/>
67. González M, Rodríguez J. Trastornos hipertensivos en la gestación. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*. 2020;63(4):233-245. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>
68. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, number 222. 2020. Disponible en: https://www.preeclampsia.org/frontend/assets/img/advocacy_resource/Gestational_Hypertension_and_Preeclampsia_ACOG_Practice_Bulletin,_Number_222_1605448006.pdf
69. AEPED. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la hipertensión arterial en la gestación. Asociación Española de Pediatría. 2020. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
70. López L, García M. Trastornos hipertensivos en la gestación: revisión de la literatura. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2020;66(1):19-30. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100019
71. Pérez J, Rodríguez A. Tratamiento de la hipertensión en la gestación. *Revista Médica Sinergia*. 2020;5(2):45-55. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/863>

ANEXOS

Anexo 1. Linfoma Mediastinal



Anexo 2. Herpes simple complicado



Anexo 3. Vasculitis Leucocitoclastica



Anexo 4. Necrosis secundaria a Vasculitis Leucocitoclastica



Anexo 5: Colocación de bolsa de Bogotá posterior a relaparotomía por perforación inadvertida con retiro de sistema VAC



Anexo 6: Cáncer de cérvix en gestación

