

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, AÑO 2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA
PRESENTADO POR
MELISSA ANDREA RODRIGUEZ CURAHUA

ASESOR

EDGAR ROLANDO RUIZ SEMBA

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 ARZOBISPO LOAYZA, AÑO 2024**

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

**PRESENTADO POR
MELISSA ANDREA RODRIGUEZ CURAHUA**

**ASESOR
M.E. EDGAR ROLANDO RUIZ SEMBA**

LIMA, PERÚ

2025

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTE

FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBROS

JOHANDI DELGADO QUISPE

CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mis padres y hermano por brindarme su apoyo y guía durante los siete años de la carrera y en este último por año ser mi soporte. Gracias por su gran sacrificio y por creer en mí en cada desafío presentado. A mis amigos por su empatía y ánimos que me daban fuerza para seguir esforzándome.

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores, asistentes, residentes y co-internos, a los que puedo llamar colegas, por todas las enseñanzas, compañía y cada empujón para formarme como médico. Al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por ser mi segundo hogar por un año.

ÍNDICE

JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	29
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	31
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	49
V. CONCLUSIONES	50
V.I RECOMENDACIONES	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	52

RESUMEN

Objetivo: Describir las experiencias adquiridas durante el periodo de formación clínica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, a lo largo de las rotaciones en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Este informe tiene como propósito proporcionar una visión integral de las competencias clínicas adquiridas, así como del manejo de pacientes con diversas patologías, destacando la aplicación de los conocimientos teóricos adquiridos y la toma de decisiones médicas en un entorno hospitalario de alta complejidad.

Metodología: Se recopilaron casos clínicos de cada especialidad tratados durante las rotaciones en el hospital, realizando un análisis de las historias clínicas, procedimientos médicos, intervenciones terapéuticas y seguimiento de los pacientes. Este enfoque permitió aplicar los conocimientos teóricos adquiridos, contrastándolos con la práctica clínica. Además, se integraron análisis sobre las técnicas empleadas en cada especialidad y un enfoque basado en la evidencia, facilitando una comprensión más profunda de los tratamientos aplicados.

Conclusiones: El periodo de formación en el Hospital Loayza fue crucial para consolidar habilidades prácticas y técnicas esenciales para el ejercicio médico. La interacción con pacientes y la colaboración con profesionales experimentados mejoraron la toma de decisiones, especialmente en emergencias y patologías complejas. El internado también fortaleció competencias interpersonales, como la comunicación y la empatía, y permitió consolidar una visión integral del rol del médico, destacando la importancia del trabajo en equipo y el manejo adecuado de patologías en un hospital público de referencia.

Palabras claves: Experiencias, formación clínica, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, rotaciones, especialidades, competencias clínicas, manejo de pacientes, conocimientos teóricos, toma de decisiones médicas.

ABSTRACT

Objective: To describe the experiences acquired during the clinical training period at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza, throughout the rotations in the specialties of Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics and Gynecology and Obstetrics. This report aims to provide a comprehensive view of the clinical competencies acquired, as well as the management of patients with various pathologies, highlighting the application of acquired theoretical knowledge and medical decision-making in a high-complexity hospital setting.

Methodology: Clinical cases from each specialty treated during the rotations at the hospital were collected, with an analysis of the medical histories, medical procedures, therapeutic interventions, and patient follow-up. This approach allowed for the application of the theoretical knowledge acquired, contrasting it with clinical practice. Additionally, analyses of the techniques used in each specialty and an evidence-based approach were integrated, facilitating a deeper understanding of the applied treatments.

Conclusions: The training period at Hospital Loayza was crucial for consolidating practical and technical skills essential for medical practice. Interaction with patients and collaboration with experienced professionals improved medical decision-making, especially in emergencies and complex pathologies. The internship also strengthened interpersonal skills, such as communication and empathy, and allowed for the consolidation of an integral view of the role of the doctor, emphasizing the importance of teamwork and the proper management of pathologies in a public reference hospital.

Keywords: Experiences, clinical training, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, rotations, specialties, clinical competencies, patient management, theoretical knowledge, medical decision-making.

MELISSA ANDREA, RODRÍGUEZ CURAHUA

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, AÑO 2024

 Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29427:434875117

Fecha de entrega

28 feb 2025, 8:35 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

28 feb 2025, 8:45 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TP_ALVARADO MELISA 2025.docx

Tamaño de archivo

8.0 MB

67 Páginas

14,223 Palabras

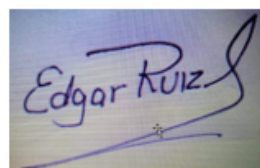
83,256 Caracteres

13% 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. Edgar Ruiz Semba

CMP24944

DNI 17891238

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0671-5575>

Fuentes principales

- 13%  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

La etapa final de la formación médica, el internado médico, es esencial para afianzar los conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo de los años de estudio. Durante este periodo, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar lo aprendido en situaciones reales de atención clínica. Este proceso permite a los futuros médicos no solo consolidar sus competencias profesionales, sino también aprender a trabajar en equipo y gestionar diversas patologías en un entorno hospitalario, lo que es crucial para su desarrollo como profesionales de la salud.

El presente trabajo de suficiencia profesional se basa en la experiencia vivida durante el internado médico realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el período comprendido entre febrero y diciembre de 2024. Este hospital, reconocido por su alta complejidad y nivel de especialización, ofrece un entorno diverso y desafiante que permite a los internos participar en una variedad de casos clínicos, desde enfermedades comunes hasta situaciones más complejas que requieren un enfoque especializado.

Durante este internado, el interno rotó por diferentes especialidades médicas, tales como Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, lo que le permitió desarrollar habilidades prácticas esenciales en el diagnóstico, tratamiento y manejo integral de pacientes. Además, la experiencia en el entorno hospitalario le brindó la oportunidad de interactuar con pacientes, trabajar en equipo con otros profesionales de la salud y enfrentar situaciones que lo prepararon para su futura carrera.

Este informe tiene como objetivo presentar una descripción detallada de las actividades realizadas durante el internado, los conocimientos adquiridos en cada rotación, y las reflexiones y aprendizajes obtenidos a lo largo de esta etapa formativa.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1 Rotación en Medicina Interna

La primera rotación fue realizada en el servicio de Medicina Interna, la cual inició el 01 de febrero del 2024 y terminó el 07 de abril del 2024, se realizaron guardias diurnas de 12 horas en emergencia. En esta rotación se estudiaron patologías complejas como lupus eritematoso sistémico, diabetes mellitus con complicaciones tardías, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, neoplasias malignas, enfermedad renal crónica, miasis, entre otras. Se realizaron procedimientos tales como toma de muestras sanguíneas venosas y arteriales, curaciones de heridas, punción lumbar, paracentesis, toracocentesis, colocación de CVC, RCP.

Caso clínico N°1

Paciente masculino de 66 años procedente de Breña. Acude a emergencia presentando un tiempo de enfermedad de 3 semanas, refiriendo que sufrió caída de aproximadamente 50 cm, con contusión en región dorsal baja. 5 días después se le agrega dolor lumbar y dificultad para caminar, motivo por el cual acude a médico particular quien le indica estudio de una Resonancia Magnética de columna dorsal, donde se evidencia espondiloartrosis, discopatía crónica multinivel, anterolistesis grado 1 de L4 sobre L5, prominencia y protrusiones discuales multinivel y proceso compresivo vertebral en D3-D4. 3 días antes del ingreso a emergencia paciente refiere presentar disminución progresiva de la fuerza muscular de ambos MMII, asociado a parestesias y pérdida parcial de la sensibilidad, además de disfunción de esfínteres y dificultad para defecar.

Funciones biológicas:

- Orina: no control de esfínteres
- Deposiciones: estreñimiento
- Apetito y sed: sin alteraciones

Antecedentes patológicos:

- Prostatitis aguda 2019
- Cirugías previas: niega
- RAMS: niega
- Viajes recientes: Huancabamba, Chiclayo (junio 2024)

Funciones vitales: PA: 121/76 mmHg, FR: 17 respiraciones/minuto, FC: 84 latidos/minuto, T: 36°C

Medidas antropométricas: Peso: 44 kilos, talla: 1.55 metros, IMC: 18.3

Examen físico en emergencia:

- General: AREG, AREH, MEN
- Piel y mucosas: Tibio, elástico, hidratado, llenado capilar <2 seg, palidez +/-+++
- TCSC: no edemas, panículo adiposo disminuido.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes +/-+++ , no doloroso a la palpación profunda, no signos peritoneales.
- SNC: LOTEP. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.
- SOMA: fuerza muscular disminuido en MMII, sensibilidad +/-+++ en MMII y parestesias.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: leucocitos: 6 020 mm³, abastionados: 0%, Hb: 10.3 gr/dl, hto: 31.3%.
- Perfil bioquímico: Urea: 43 mg/dl, Creatinina: 0.83 mg/dl, Glucosa: 121 mg/dl, TGO: 31 U/L, TGP: 23 U/L

- Marcadores tumorales: CEA: 1.69 mg/dl, Ca 19-9: 3.57 mg/dl, PSA: 0.27 mg/dl
- SatO2: 96% a FIO2: 21%
- RMN de columna dorsal c/c:
 - La médula ósea de los cuerpos vertebrales de señal heterogénea en forma difusa con presencia de múltiples lesiones focales intraóseas de baja señal en ponderación T1, miden menos de 10 mm y se ubican en cuerpos vertebrales D3, D6, D9 Y D11.
 - Lesión ocupacional en la vértebra D4 y su arco posterior con extensión al espacio epidural generando estenosis del canal con mielopatía compresiva. También condicionan severa estenosis del foramen D3-D4 derecho con compresión de la raíz emergente.
 - Hallazgos en conjunto tiene aspecto neofornativo.
 - Disco D7-D8 muestra hernia extruida posterior central condicionando ondulación del saco dural anterior.
- TEM de abdomen y pelvis c/c: espondiloartrosis lumbar moderada.
- TEM de columna dorsal c/c: lesión T3-T4, tumor de la vaina del nervio espinal. Espondilosis dorsal moderada.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome de compresión medular:
 - 1.1. D/C mieloma múltiple
 - 1.2. D/C proceso expansivo vertebral
 - 1.3. Tumor de la vaina del nervio espinal
2. Proceso expansivo cortical
3. Bajo peso

Plan de trabajo:

1. TEM de cerebro con contraste
2. SS ácido úrico, calcio, DHL
3. SS proteinograma electroforético
4. Aspirado y biopsia de médula ósea

Paciente se hospitaliza en pabellón de medicina para ampliación de estudios. Durante su estancia continúa con clínica de compresión medular compresiva y presenta valores de Ca: 9.3 mg/dL, Ácido úrico: 2.39, DHL : 96 mg/dL, Albúmina: 2.58 g/dL, Globulina: 461 g/dl, Transferrina: 175 ug/dl, Ferritina: 417.0 ng/mL.

Es evaluado por el servicio de hematología, quienes ante la presencia de inversión albumino globulina (disproteínea), le realizan un aspirado de médula ósea y toman muestra de biopsia de tejido de cilindro óseo, sin complicaciones.

- Resultados de AMO: médula ósea con celularidad incrementada para la edad (70%) con presencia de las 3 líneas hematopoyéticas, infiltrada por más de 10% de células plasmáticas. Cumpliendo criterio medular de mieloma múltiple.
- Proteinograma electroforético: inversión de la relación albúmina/globulina (disproteínea moderada). Hipoalbuminemia, aumento de alfa-1 globulina. Aumento de beta-globulina. (Anexo 1)

Se inicia Quimioterapia esquema BTD y Radioterapia. Se le inicia pulso de metilprednisolona. Se realiza seguimiento de perfil de mieloma realizado en el INEN.

Diagnóstico definitivo:

1. Mieloma múltiple (MM)
2. Paraparesia por compresión medular por MM
3. Anemia leve
4. Disproteínea (inversión albumina-globulina)
5. Disfunción de esfínteres por MM

RP:

1. EPO 2000 UI SC c/24h
2. Bortezomib 2.2 mg SC c/24h
3. Talidomida 100 mg VO c/24h
4. Dexametasona 40 mg EV c/24h
5. Ácido zoledrónico 4 mg EV en 30 minutos, dosis única
NaCl 0.9% 100 cc

6. Continuar corticoterapia
7. Radioterapia

Recibe segunda dosis de Bortezomib y se le da de alta para continuar manejo de forma ambulatoria.

Caso clínico N°2

Paciente femenino de 57 años procedente de Breña. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, por presentar lesión en el dorso del primer dedo del pie izquierdo, 1 día antes del ingreso se le agrega sensación de alza térmica, escalofríos, hiporexia, náuseas, y cefalea holocraneana tipo opresivo de intensidad 9/10.

Funciones biológicas: sin alteraciones.

Antecedentes Patológicos:

- Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 12 años, en tratamiento con glibenclamida cada 12 horas.
- Cesáreas (2): 2000 y 2004 en Hospital Santa Rosa.

Funciones vitales: PA: 98/62 mmHg, FC: 104 latidos/minuto, FR: 20 respiraciones/minuto, T: 36.7°C

Medidas antropométricas: Peso: 50 kg, talla: 1.54, IMC: 21.1

Al examen físico:

- General: AREG, AREN, AREH
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar <2 segundos. Se evidencia aumento de volumen y signos de flogosis en primer dedo de pie izquierdo.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales.

- SNC: LOTEPE. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.
- Aparato locomotor: Moviliza 4 extremidades, fuerza conservada 5/5 en miembros superiores e inferiores.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: leucocitos: 17 590 mm³, abastionados: 3%, segmentados: 87%, Hb: 9.5 gr/dl
- Perfil de coagulación: TP: 14.7 seg, INR: 1.11, plaquetas: 300.000 mm³.
- Perfil bioquímico: glucosa basal: 207 mg/dl, HbA1c: 11.8%, creatinina: 0.64 mg/dl, TGO: 100 U/L, TGP: 169 U/L
- SatO₂: 97% a FIO₂: 21%
- Hemogluco test: 319 mg/dl
- Examen de orina: Examen químico: negativo. Estudio microscópico: células: epiteliales escasos, leucocitos 0-2 xc.

Impresión diagnóstica:

1. Pie diabético - Wagner III pie izquierdo
2. DM2 con complicaciones tardías
3. Anemia moderada

Plan de trabajo:

1. Dieta hipoglucida + Líquidos a voluntad
2. Clindamicina 600 mg EV c/8h
3. Ceftriaxona 2g EV c/24h
4. Metamizol 1gr + Tramadol 50 mg + Nacl 0.9% 100 cc EV c/8h
5. Insulina NPH 100 UI SC 8 am
6. Insulina R escala móvil:
 - 180 – 249: 3UI
 - 250 – 500: 5UI
 - >=300: 7UI
7. Hemogluco test c/8h
8. Optimizar hemoglobina

Paciente es admitida al área de hospitalización de medicina para manejo de patología. Es evaluada por el servicio de Endocrinología – Unidad de Pie Diabético, el cual sugiere realizar curación en su servicio. La paciente es llevada a cita programada donde la evalúan y a la exploración de herida se evidencia primer orjeo del pie izquierdo cianótico con abundante secreción purulenta maloliente y hueso con signos de osteomielitis y lo clasifican como Pie Diabético Wagner IV. Se decide amputación del primer dedo del pie izquierdo, se realiza extracción y cultivo del hueso y tendón del dedo extraído.

Se realiza siguiente curación por la Unidad de Pie Diabético y luego curaciones diarias en el pabellón (Anexo 2). Presenta una hemoglobina de 8.7 gr/dl luego de la extracción del 1er dedo del pie izquierdo.

Refiere sentirse triste, decaída y llora con facilidad luego del procedimiento.

Diagnósticos definitivos:

1. PO de amputación del 1er dedo de pie izquierdo - Wagner IV
2. DM2 con complicaciones tardías
3. Anemia moderada
4. Trastorno adaptativo: Depresión

Se cambia medicamentos a antibióticos de amplio espectro: Ceftazidima 2 gr EV c/8h + Vancomicina 1gr EV c/12h, se le indica transfusión de 1 paquete globular y posteriormente se le agrega Hierro sacarato 200 mg + NaCl 0.9% 100 cc EV c/48h.

Es evaluada por el servicio de psicología la cual le brindó psicoterapia, enseñándole como implementar mecanismos para manejar el estrés de manera efectiva y fortalecer el control sobre sus emociones.

3 días luego del procedimiento presenta un pico febril de 38.2°C que disminuye luego de la administración de Metamizol 1gr, no volvió a presentar otro pico febril.

- Resultados de cultivo de hueso: Streptococcus agalactiae (+)
- Resultados de cultivo de tendón: Streptococcus agalactiae (+)

Paciente completa 14 días de antibioticoterapia de amplio espectro y recibe indicación de alta por el servicio de medicina, continúa curaciones por Unidad de Pie Diabético y controles en Endocrinología de manera ambulatoria.

I.2 Rotación en Cirugía general

La segunda rotación fue realizada en el servicio de Cirugía General, la cual inició el 08 de abril del 2024 y terminó el 13 de junio del 2024. El servicio de Cirugía general se divide en 3 áreas: Unidad del esófago, estómago y duodeno, Unidad del colon e intestino y la Unidad del hígado y vías biliares. Los internos rotan cada área, se realizan guardias diurnas y nocturnas de 12 horas en cirugía de emergencia, Se estudian diversas patologías como apendicitis aguda, hernias de la pared abdominal, colelitiasis, obstrucción intestinal, Neoplasias Malignas, hemorroides. Se realizan procedimientos tales como instrumentar y asistir en SOP, curación de heridas, suturar, retirar puntos, drenaje de abscesos, colocación y manejo de drenajes y sondas, manejo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

Caso clínico N°1

Paciente femenino de 53 años procedente de Chimbote, es enviada de consultorio externo. Paciente con antecedente de colecistectomía laparoscópica realizada en junio del 2016. Acude con tiempo de enfermedad actual de 8 meses, refiere presentar náuseas y vómitos asociado a dolor abdominal localizado en cuadrante superior derecho tipo cólico de intensidad 7/10, intermitente, el cual calmaba con analgésicos, además refiere coluria y acolia. Durante los últimos 3 meses dolor abdominal incrementa de intensidad a 9/10, presenta picos febriles de hasta 40°C, escalofríos, ictericia y sensación de malestar general.

Refiere permanecer con dren tubular aproximadamente 1 año el cual se desprendió y es retirado espontáneamente. Acude por consultorio externo donde le realizan referencia a nosocomio y es operado de derivación hepatoyeyunal por

lesión de vía biliar, sin complicaciones y con buena tolerancia post cirugía es dada de alta por el servicio hace 6 años.

Funciones biológicas:

- Orina: coluria
- Deposiciones: acolia
- Apetito disminuido
- Sed: sin alteraciones

Cuenta con los siguientes antecedentes:

- Menarquia: 11 años
- G10 P 10 0 0 8
- FUR: a los 48 años
- Antecedentes médicos: niega
- Antecedentes quirúrgicos:
 - Apendicectomía incisional hace 4 años en Chimbote
 - Colectomía laparoscópica en junio del 2016
 - Derivación hepatoyeyunal por lesión de vía biliar hace 6 años en HNAL
- RAMS: niega

Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg, FC: 78 latidos/minuto, FR: 16 respiraciones/minuto

Medidas antropométricas: peso: 43.5 kg, talla: 1.50 mts, IMC: 19.3

Al examen físico:

- General: AREG, AREH, AREN
- Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no ictericia.
- TCSC: panículo adiposo disminuido.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: plano, no distendido, cicatriz mediana suprainfraumbilical, cicatriz transversa en fosa iliaca derecha. Ruidos Hidroaéreos presentes. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio. No signos peritoneales.
- Genito-urinario: PPL negativo bilateral, no sangrado vaginal.
- SNC: LOTEP. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: Leucocitos: 11 340 mm³, Abastoados: 0%. Hb: 12 gr/dl, hto: 35.9%.
- Perfil de coagulación: TP: 12.2 seg, INR: 0.91, plaquetas: 30 900 mm³.
- Perfil bioquímico: Glucosa: 97, urea: 43, creatinina: 0.43, Bilirrubinas totales: 1.85, bilirrubina directa: 0.99, bilirrubina indirecta: 0.86, TGO: 131 U/L, TGP: 57 U/L, proteínas totales: 7.71 gr/dl, albúmina: 3.99 dr/dl, Fosfatasa Alcalina: 1 536 U/L, Gamma Glutamyl Transferasa: 276 U/L
- Exámenes serológicos: VDRL: no reactivo, VIH: no reactivo, HBsAg: no reactivo
- Grupo y Factor: "O POSITIVO"
- Examen de orina: negativo
- Urocultivo: negativo
- TEM abdominal: litiasis intrahepática múltiple condicionando dilatación en vía biliar.
- Colangioresonancia con contraste: Ausencia quirúrgica de vesícula biliar. Litiasis intrahepática múltiple que condiciona moderada dilatación de la vía biliar. No se visualiza el conducto intrahepático común, probablemente por estenosis postquirúrgica. No coledocolitiasis.

Se hospitaliza para manejo quirúrgico.

Durante la hospitalización para completar requisitos para programación quirúrgica y espera de turno operatorio, la paciente presenta prurito en todo el cuerpo y coluria, niega otras molestias.

Reporte operatorio:

- Diagnóstico pre-operatorio: Estenosis de derivación biliodigestiva.
- Diagnóstico postoperatorio: Estenosis de derivación hepatoyeyunal + litiasis primaria.
- Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria + remodelación de anastomosis hepatoyeyunal + coledoscopia + colocación de Dren Penrose.
- Hallazgos operatorios: múltiples adherencias entero hepáticas, tejido fibrótico que recubre anastomosis hepatoyeyunal. Conducto hepático derecho de 1 cm, conducto hepático izquierdo de 1.5 cm con múltiples litos, el mayor de 12 mm y barro biliar en su interior.

Diagnóstico definitivo:

1. PO: LE + remodelación de anastomosis hepatoyeyunal + coledoscopia + colocación de Dren Penrose por estenosis de derivación hepatoyeyunal + litiasis primaria.

RP:

1. NPO
2. Dextrosa al 5% 100 ml
NaCl 20% AMP >I-II
Metamizol 2 gr
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/24h
4. Omeprazol 40 mg EV c/24h
5. Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
6. CFV + BHE

Paciente refiere leve dolor a nivel de la herida operatoria, niega otras molestias, produce diuresis, realiza deposiciones y elimina flatos. No se presentan interurrencias en el periodo postoperatorio. Presenta buena respuesta a la analgesia, deambula, tolera vía oral. Evolución favorable.

Caso clínico N°2

Paciente masculino de 40 años procedente de San Juan de Lurigancho, ocupación "reo". Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 días, refiere que presenta dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de intensidad 7/10, no irradiado, sin síntomas asociados motivo por el cual en tópico de penal se le administran analgésicos intramusculares, dolor no cede, se le coloca medicación endovenosa y dolor cede levemente. Al tercer día el dolor migra hacia la fosa iliaca derecha e incrementa intensidad a 9/10, dolor no cede con analgésicos y se le adiciona deposiciones líquidas (3 cámaras por día). Niega náuseas, niega vómitos, niega fiebre. El día del ingreso los síntomas persisten, motivo por el cual es transferido del penal hacia al HNAL por emergencia.

Funciones biológicas:

- Orina: sin alteraciones
- Deposiciones: diarrea
- Apetito disminuido
- Sed: sin alteraciones

Cuenta con los siguientes antecedentes:

- Antecedentes médicos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones previas: niega
- RAMS: niega
- Uso de drogas: marihuana diaria, cocaína 3 veces por semana.

Funciones vitales: PA: 112/75 mmHg, FC: 86 latidos/minuto, FR: 19 respiraciones/minuto, T: 36 °C

Medidas antropométricas: peso: 80 kg, talla: 1.58 mts, IMC: 32

Al examen físico:

- General: AREG, AREH, AREN
- Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar < 2", no palidez.
- 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: Globuloso, distendido. Ruidos hidroaéreos presentes. Dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. No timpanismo. McBurney (+), Rovsing (+).
- Genito-urinario: PPL negativo bilateral.
- SNC: LOTEP. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: Leucocitos: 21 940 mm³, Abastionados: 3%. Hb: 13.2 gr/dl, hto: 40.6%.
- Perfil de coagulación: TP: 14.8 seg, INR: 1.12, plaquetas: 307 000 mm³.
- Perfil bioquímico: Glucosa: 98 mg/dl, urea: 32 mg/dl, creatinina: 0.92 mg/dl, Bilirrubinas totales: 0.94, TGO: 12 U/L, TGP: 16 U/L, proteínas totales: 6.84 gr/dl, albúmina: 3.59 dr/dl, Fosfatasa Alcalina: 73 U/L
- Electrolitos: Na: 127.4 mEq/l, K:2.95 mEq/l, Cl: 96.5 mEq/l
- Exámenes serológicos: VDRL: no reactivo, VIH: no reactivo, HBsAg: no reactivo
- Grupo y Factor: "O POSITIVO"
- Examen de orina: negativo
- Ecografía abdominal: FID: formación heterogénea con aglomeración de asas intestinales en un área de 90 x 59 mm, no se evidencia asa ciega no compresible, con incremento del tejido graso adyacente y líquido libre.

Impresión diagnóstica:

1. Apendicitis aguda complicada
2. Plastrón apendicular abscedado
3. Obesidad tipo 1

Se decide realizar manejo quirúrgico de emergencia.

Reporte operatorio:

- Diagnóstico pre-operatorio: Plastrón apendicular abscedado
- Diagnóstico post-operatorio: Plastrón apendicular abscedado + apendicitis aguda perforada + brida intestinal
- Cirugía realizada: Apendicectomía incisional + drenaje de absceso + Lavado de Cavidad + liberación de brida intestinal + omentectomía parcial + colocación de Dren Tubular + colocación de Dren Penrose
- Hallazgos operatorios: plastrón apendicular formado por ciego, asas delgadas, sigmoides y epiplón. Epiplón necrosado alrededor del plastrón, apéndice cecal perforada en 1/3 proximal y 1/3 distal, base ancha y friable. Brida a +- 30 cm de la válvula ileocecal. Absceso +. 500 cc
- Cultivo de líquido intestinal: Escherichia coli (+)

Diagnóstico definitivo:

1. PO: Apendicectomía incisional + drenaje de absceso + Lavado de Cavidad + liberación de brida intestinal + omentectomía parcial + colocación de Dren Tubular + colocación de Dren Penrose por Plastrón apendicular abscedado + apendicitis aguda perforada + brida intestinal.

RP:

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000 cc
NaCl 20% 2 AMP > I-II
Metamizol 2 gr
3. Omeprazol 40 mg EV c/24h
4. Ciprofloxacino 400 mg EV C/12h

5. Metronidazol 500 mg EV c/8h
6. Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
7. Fitomenadiona 1 AMP c/8h
8. Ácido tranexámico 1 gr EV c/8h
9. Curva de drenaje
10. Curación de herida
11. CFV + OSA

Paciente cursa el periodo post operatorio sin molestias, produce diuresis, realiza deposiciones y elimina flatos. No se reportaron interurrencias.

Cuenta con hemoglobina control de 11. 80 gr/dl, con buena respuesta a analgésicos, deambula, tolera vía oral. Evolución favorable.

I.3 Rotación en Pediatría y Neonatología

La tercera rotación fue realizada en el servicio de Pediatría y Neonatología, la cual inició el 14 de junio del 2024 y terminó el 20 de agosto del 2024. Este servicio se divide en 2 áreas: Pediatría, la cual se subdivide en los siguientes servicios: Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Emergencias Pediátricas. Y el área de Neonatología, la cual se subdivide en: Puerperio Normal, Puerperio Patológico, Atención Inmediata, Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Durante esta rotación se estudian patologías como bronquiolitis, asma, enfermedad de membrana hialina, gastrosquisis, enfermedades exantemáticas, epilepsia. Se realizan procedimientos tales como atención inmediata del recién nacido, pinzamiento y corte del cordón umbilical, tamizajes neonatales.

Caso clínico N°1

Paciente femenino de 1 año procedente de Lima, es llevada por familiar a emergencia.

Madre refiere que 6 días antes del ingreso paciente inicia con vómitos (3 veces/día), dolor abdominal tipo cólico, hiporexia, que persisten hasta el día del ingreso. 1 día antes del ingreso se agrega diarrea con moco, sin sangre, de regular cantidad. Debido a la persistencia de síntomas y que presentaba intolerancia oral decide acudir por emergencia.

Presenta los siguientes antecedentes:

- Perinatales: nacida a término, alta conjunta
- Hospitalizaciones previas:
 - Neumonía 2024, hospitalizada por 7 días.
 - Síndrome bronquial obstructivo agudo 2024, hospitalizada por 2 días.
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Uso de inhalador o nebulizador: niega
- Inmunizaciones: completas para la edad
- Alergias a medicamentos o alimentos: niega
- Antecedentes familiares: Asma - tío materno
- Contacto respiratorio: niega
- Ingesta alimentos de la calle: niega

Funciones vitales: FC: 133 latidos/minuto, FR: 29 respiraciones/minuto, T: 37 °C, SATO2: 98%, FIO2: 21%

Peso: 10 kg

Al examen físico de emergencia:

- General: REG, REN, REH
- Piel y Mucosas: palidez +/-, levemente fría, ojos hundidos, signo de pliegue negativo, mucosas orales semihúmedas.
- 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: distendido. Ruidos Hidroaéreos aumentados en frecuencia. Blando, no doloroso a la palpación, timpanismo difuso. No signos peritoneales.
- SNC: despierta, quejumbrosa, activa reactiva a estímulos.

Se solicitan exámenes:

- Electrolitos: Na: 131.9 mEq/l, K: 3.74 mEq/l, Cl: 97.3 mEq/l
- Hemograma: 12 330 mm³, linfocitos: 61.10%, hb: 11.9 gr/dl, hto: 34.7%, plaquetas: 497 000 mm³
- Perfil bioquímico: glucosa: 84 mg/dl, urea: 14 mg/dl, creatinina: 0.25 mg/dl, PCR: < 0.10 mg/dl

Impresión diagnóstica:

1. Deshidratación moderada
2. Síndrome emético
3. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
4. D/C ITU
5. Virosis

Plan de trabajo:

1. NPO
2. Dextrosa al 5% 1000 cc EV
NaCl al 20% AMP 40 cc >XIV gotas
KCl al 20% AMP 20 cc
3. Metamizol 250 mg EV PRN T \geq 38°C + medios físicos
4. Reposición de volumen a volumen con NaCl 0.9%
5. CFV + OSA + BHE
6. Pendiente resultados de examen de orina y urocultivo

Paciente se hospitaliza para hidratación, progresión de tolerancia oral y espera de resultados de exámenes solicitados.

- Examen de orina: leucocitos 40-60 xc, gérmenes 1+, cilindros granulosos, filamentos mucoides 2+

- Urocultivo: negativo

Diagnósticos definitivos:

1. Deshidratación moderada resuelta
2. DAI
3. ITU
4. Virosis

Durante la hospitalización, paciente cursa afebril, con buena tolerancia oral, no presentó nuevos episodios de vómitos, sin signos de deshidratación.

Se cambia indicación de reposición volumen a volumen con sales de rehidratación oral según pérdidas y se le da de alta por el servicio.

Caso clínico N°2

Paciente masculino de 13 años procedente de Chanchamayo, es llevado a emergencia por su familiar.

Madre del paciente refiere que presenta desde 8 días antes del ingreso tos con movilización de secreciones, no emetizante, no cianosante. 1 día antes del ingreso tos se vuelve emetizante, más exigente y refiere aumento en la movilización de secreciones, motivo por el cual acude a emergencia.

Presenta los siguientes antecedentes:

- Perinatales: parto vaginal a los 8 meses, alta conjunta.
- Antecedentes médicos:
 - Hipoacusia por cerumen impactado
 - Neumonía 2020
 - Dengue enero 2025 (selva central)
- Antecedentes quirúrgicos: quistectomía testicular bilateral hace 1 año
- Uso de inhalador o nebulizador: 2020 salbutamol, inhalador niega
- Inmunizaciones: completas (no presenta carnet de vacunación)
- Alergias a medicamentos o alimentos: niega

- Antecedentes familiares: niega
- Viajes recientes: Chanchamayo 23/01/2025

Funciones vitales: FC: 133 latidos/minuto, FR: 29 respiraciones/minuto, T: 37 °C, SATO2: 98%, FIO2: 21%

Peso: 40 kg

Al examen físico de emergencia:

- General: AREG, AREN, AREH
- Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no palidez.
- Orofaringe: congestiva y eritematosa.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, tiraje subcostal, se auscultan roncales difusos en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, no distendido. Ruidos Hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda.
- SNC: despierto. LOTEPE, escala de Glasgow 15/15.

Se solicitan exámenes:

- Electrolitos: Na: 135.1 mEq/l, K: 4.10 mEq/l, Cl: 100.6 mEq/l
- Hemograma: 6 540 mm³, eosinófilos: 4.60%, segmentados: 63.30%, hb: 13.2 gr/dl, hto: 39.1%, plaquetas: 269 000 mm³
- Perfil bioquímico: glucosa: 100 mg/dl, urea: 39 mg/dl, creatinina: 0.57 mg/dl, PCR: 1.0 mg/dl
- Rx de tórax: infiltrado intersticial bilateral, aumento de hilos pulmonares

Impresión diagnóstica:

1. Neumonía Atípica
2. Síndrome emético por 1.

Plan de trabajo:

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000 cc
NaCl 20% 40 cc >XXVI gotas
KCl 20% 10 cc
3. Azitromicina 500 mg VO c/24 h
4. NBZ: NaCl 0.9% 5 cc c/3h
7. Metamizol 1 gr EV PRN T $\geq 38^{\circ}\text{C}$
5. Ondansetrón 6 mg EV STAT
6. O2 suplementario PRN a SatO2 $\leq 94\%$
7. CFV + OSA + BHE

Paciente se hospitaliza para continuar hidratación endovenosa, antibioticoterapia e iniciar tolerancia oral.

En el curso de hospitalización paciente persiste con episodios de tos y vómitos, motivo por el cual se le agregan 20 gotas de salbutamol a la nebulización con NaCl 0.9% 5 cc c/4h. Se le interconsulta al servicio de medicina física y rehabilitación, el cual indica pautas de terapia respiratoria, con el cual los síntomas mostraron una mejoría significativa. Evolución favorable.

I.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

La cuarta rotación fue realizada en el servicio de Ginecología y Obstetricia, el cual inició el 26 de octubre del 2024 y terminó el 31 de diciembre del 2024.

La rotación en Ginecología se subdivide en las áreas de hospitalización de ginecología, hospitalización de gineco-oncología y Emergencias Ginecológicas. En este servicio se estudian las patologías como endometriosis, distopias genitales, enfermedad pélvica inflamatoria, sangrado uterino anormal. Por otro lado, la rotación de Obstetricia se subdivide en las áreas de Puerperio Normal, Puerperio Patológico, Sala de Partos, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Cuidados Intermedios y Emergencias Obstétricas, en este servicio se ven los casos de hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, Diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas. Se realizan guardias de 24 horas

en los servicios de emergencia. Se realizan procedimientos tales como instrumentación y asistencia en SOP, atención de parto vaginal, toma de muestra de papanicolau, test de Fern.

Caso clínico N°1

Paciente femenino de 46 años procedente de San Luis. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 meses por presentar distensión abdominal que ha aumentado y delimitando progresivamente. Niega dolor, niega sangrado vaginal, niega otras molestias. Refiere no presentar periodo menstrual desde hace 6 meses.

Funciones biológicas: sin alteraciones.

Presenta los siguientes antecedentes:

- Menarquia: 15 años
- Régimen catamenial: 7d/30d
- Fecha de Última Regla: 15 Junio 2024
- G3 P2012
 - 2004: RNAT sexo femenino, W: 2090 gr, cesárea (no recuerda causa) en clínica particular
 - 2005: RNAT sexo femenino, W: 3950 gr, cesárea por macrosomia fetal en clínica particular
 - 2013: aborto espontáneo, legrado uterino en clínica Santa Isabel
- MAC: DIU de Cu (2008)
- 1RS: 21 años
- URS: Hace 10 años
- N°PS: 3
- Dismenorrea: No
- Dispareunia: No
- ITU: No FV: No DV: No DPC: No EPI: No
- Antecedentes médicos: Niega
- Antecedentes quirúrgicos: 2 Cesáreas 2004, 2005

- RAMS: Niega

Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg, FC: 80 latidos/minuto, FR: 16 respiraciones/minuto, T: 36.2°C, SATO2: 98% a FIO2: 21%

Medidas antropométricas: peso: 64 kg, talla: 1.59m IMC: 25.3

Al examen físico en emergencia:

- General: AREG, AREH, AREN
- Piel Y Mucosas: T/H/E, no palidez, llenado capilar < 2"
- Mamas: blandas, simétricas, no dolorosas, no lesiones, no masas.
- 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: globuloso, RHA (+) Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. No signos peritoneales.
- Genito-urinario: PPL negativo bilateral, no sangrado vaginal.
- Genitales externos: Adecuado a edad y sexo.
- Especuloscopia: Vagina amplia, elástica, no sangrado, no flujo.
- Cérvix posterior, no lesiones, OCE cerrado, no sangrado.
- Tacto Vaginal
 - Cérvix fibromuscular intermedio, móvil, no doloroso a la lateralización.
 - Útero difícil precisar por tumoración gigante.
 - Anexo derecho: Masa de aprox. 25 x 25 cm remitente, poco móvil, bordes regulares, no dolor.
 - Anexo izquierdo: bordes regulares, no dolor.
- SNC: LOTEP. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: Leucocitos: 7900 mm³, Abastionados: 0%, Hb: 13.1 gr/dl, Hto:40.3%

- Perfil de coagulación: TP:13.1 INR: 0.98 Plaquetas: 423 000 mm³
- Perfil bioquímico: Glucosa: 90 mg/dl, Urea: 28 mg/dl, Creatinina: 0.45 mg/dl
- Exámenes serológicos: VDRL: no reactivo, VIH: no reactivo, HBsAg: no reactivo
- Examen de orina: Leucocitos: 0-2 xc Hematíes: 5-10 xc
- Urocultivo: Negativo
- Marcadores tumorales: CA 125: 37.34 UI/ml, DHL: 104 U/L, AFP: 2.22 mg/ml, CEA: 2.22 mg/ml
- Ecografía transabdominal: Masa quística tabicada dependiente de ovario en relación a NM.
- Ecografía Pélvica transvaginal:
 - Útero de aspecto conservado, endometrio engrosado de EAD.
 - Líquido libre en fondo de saco de Douglas de EAD.
 - Masa quística tabicada dependiente de ovario en relación a NM.

Impresión diagnóstica:

1. Tumoración abdominopélvica: Tumoración anexial compleja

Plan de trabajo: hospitalizar en pabellón de ginecología para complementar estudios.

Exámenes complementarios:

- TEM abdominal y pélvica: Masa quística pélvica con extensión hacia hemiabdomen inferior con aspecto de proliferación epitelial ovárica como cistoadenoma mucinoso con características límite.

Es evaluada por el servicio de Ginecología Oncológica, el cual considerando los hallazgos clínicos e imagenológicos lo clasifican como O-RADS 4 (riesgo intermedio de malignidad).

Se decide manejo quirúrgico y es evaluada por Cardiología que concluyó Riesgo Quirúrgico: I, evaluada por Neumología que determinó Riesgo Neumológico: II y evaluada por anestesiología que concluyó ASA III.

Reporte operatorio:

- Diagnóstico pre-operatorio: TPA: Tumoración anexial compleja izquierda
- Diagnóstico post-operatorio: TPA: Cistoadenoma seroso
- Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria: anexectomía izquierda
- Hallazgos operatorios: Tumoración dependiente de ovario izquierdo +-30 cm con líquido amarillo citrino a la descompresión >1000 cc multiloculado, no aparente contenido sólido. (Anexo 3)
- Sangrado Intraoperatorio: +-1500 cc

Diagnóstico definitivo:

1. PO LE: anexectomía izquierda por Cistoadenoma seroso
2. Anemia moderada

RP:

1. NPO por 6 horas, luego tolerancia oral
2. CFV c/15 min por 2 horas
3. Dextrosa 5% 1000 cc
NaCl 20% 2 AMP >I-II
KCl 20% 1 AMP
4. Ranitidina 50 mg EV c/8h
5. Metoclopramida 100 mg EV c/8h
6. Ketoprofeno 100 mg EV c/8h
7. Tramadol 100 mg SC PRN dolor intenso
8. Seguimiento de Anatomía patológica

Paciente refiere leve dolor a nivel de la herida operatoria, niega otras molestias. Cursa con funciones vitales estables, afebril, con buena respuesta a los analgésicos, buena tolerancia oral. Cuenta con Hb control: 10.5 mg/dl. Se encuentra en condiciones de alta en el PO4.

Caso clínico N°2

Paciente femenino de 24 años procedente de San Martín de Porres. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 6 horas por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina que se presenta cada 5 - 10 minutos de moderada intensidad asociado a pérdida de tapón mucoso. Niega síntomas premonitorios de eclampsia, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, niega síntomas urinarios, percibe movimientos fetales. Durante la evaluación en emergencia al tacto vaginal se evidencia dilatación en 0 cm y al NST feto reactivo con dinámica uterina 1 en 20, por lo que se decide pase a UCIN para iniciar la prueba de provocación con oxitocina.

Funciones biológicas: sin alteraciones.

Con los siguientes antecedentes:

- Menarquia: 11 años
- Régimen Catamenial: 4d/28d
- Fecha de Última Regla: no recuerda
- G1 P0000
G1: Gestación actual (2024)
- Controles Prenatales: 11
- Historia anticonceptiva: niega
- Antecedentes patológicos: HTA: NO, DM: NO, TBC: NO, ASMA: NO, HEPATITIS: NO, EPILEPSIA: NO, ITU: NO
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- RAMS: NIEGA
- Hospitalizaciones previas: niega
- Antecedentes familiares: niega
- Viajes recientes: niega

Funciones vitales: PA: 120/70 mmHg, FC: 86 latidos/minuto, FR:18 respiraciones/minuto, T: 36.8°C

SOMATOMETRÍA: W habitual: 59 kg, W actual:74.5 kg, Δ Peso:+15.5 kg, Talla: 1.49 mt, IMC: 26.6

Al examen físico en emergencia:

- General: AREG, AREN, AREH.
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar <2 segundos.
- TCSC: no edemas ni linfadenopatías.
- 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: Aumentado de tamaño por gravidez AU :36cm, SPP: LCI, DU: 1 EN 20, MF: ++/+++, LCF: 145 latidos/minuto, PPF: 3720 gr
- Genito-urinario: PPL negativo bilateral
- Genitales externos: adecuados para edad y sexo
- Tacto Vaginal: Dilatación: 0 cm, Borramiento: 40%, Estación: -4, MO: Íntegras Cérvix: posterior/intermedio, BISHOP: 2. DCP: >11.5 cm, DBD: >9.5 cm, DBI: >8.5 cm, ángulo SP: >90°.
- Pelvis: ginecoide
- SNC: LOTEPE. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: Leucocitos: 8 570 mm³, Abastionados 0%, Monocitos: 6.30%, Hb: 11.5 gr/dl, hto: 33.9%
- Perfil de coagulación: TP: 12.4 seg, INR: 0.93, Plaquetas: 248000 mm³.
- Perfil bioquímico: Glucosa basal: 88 mg/dl, Urea: 15 mg/dl, Creatinina: 0.47 mg/dl.
- Exámenes Serológicos: VDRL: No reactivo, VIH: No reactivo, Ag Australiano: No reactivo
- Examen de orina: Examen químico: Glucosa, cetonas, proteínas, nitritos: NEGATIVO. Sedimento: Leucocitos: 2 a 5 por campo, Hematíes: 5 a 10 por campo, células epiteliales en regular cantidad.
- Grupo y Factor: "O POSITIVO"
- Urocultivo: Negativo

- Ecografía obstétrica:
 - Gestante con feto único, Situación: longitudinal, Presentación: cefálico, dorso: izquierdo
 - PPF: 3727 gr (Percentil 64), Movimientos fetales: presentes, Actividad Cardíaca Fetal: 145 latidos/minuto, ILA 81 mm
 - PLACENTA: corporal posterior grado III

Impresión diagnóstica:

1. Primigesta de 41 ss por Eco IT/NLP
2. D/C IUP
3. Sobreganancia ponderal
4. Sobrepeso

Plan de trabajo:

1. CFV
2. CO + MMF
3. CDU
4. Realización de OCT
 - a. Si positivo: CSTP
 - b. Si negativo: Inducción de TDP Previa evaluación de BISHOP
 - c. Si BISHOP \geq 8: estimular con oxitocina
 - d. Si BISHOP $<$ 6: maduración cervical con PGE1

Paciente pasa a UCIN, persiste con dolor tipo contracción uterina de moderada intensidad, niega otras molestias.

Paciente es evaluada y se encuentra al tacto vaginal: D: 6 cm, B: 80%, AP: -3, MO: íntegras, DU: 6/20 por lo que se da pase a Sala de Partos para culminar de gestación vía vaginal idealmente. Si SFA y/o inestabilidad hemodinámica o falla de inducción o DPC terminar gestación vía abdominal de emergencia -CSTP.

En Sala de Partos, paciente refiere dolor tipo contracción uterina cada 2 minutos aproximadamente, niega síntomas premonitorios de eclampsia, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

Al tacto vaginal: D: 6 cm, B: 80%, AP: -3 MO: rotas. Cérvix blando, intermedio, DU: 7/20. BISHOP: 9 puntos

Partograma (Anexo 4)

Paciente se encuentra en fase activa desde hace 5 horas, no se evidencia progreso en el descenso de la presentación fetal. Se decide ruptura de membranas desde hace 6 horas aproximadamente y se inicia oxitocina obteniendo DU adecuada, cada 3 minutos, de buena intensidad.

A la reevaluación se evidencia persistencia de presentación fetal en -3 y líquido meconial espeso, por lo que se decide término inmediato de gestación vía abdominal de emergencia por DCP en FALP: arresto en el descenso.

- Diagnóstico pre-operatorio: Primigesta 40 ss x eco IT / FALP / DCP / Arresto en el descenso
- Diagnóstico postoperatorio: Primigesta 40 ss x eco IT / FALP / DCP / Arresto en el descenso
- Cirugía realizada: Cesárea segmentaria transperitoneal
- Hallazgos operatorios:
 - RNAT femenino 41 ss por capurro, W: 3715 gr, T: 50 cm, APGAR: 9-9
 - Placenta ovoidea de 27x27 cm
 - Cordón umbilical: +-70 cm
 - LA: líquido meconial espeso en regular cantidad
- SIO: 600 cc

Puerperio patológico

Paciente refiere leve dolor a nivel de herida operatoria que cede con analgesia, niega otras molestias.

1. General: AREG, AREN, AREH
2. Piel y Faneras: T/H/E, llenado capilar >2 segundos
3. Mamas: Blandas, simétricas, secretoras de calostro, no presenta lesiones, no dolorosas.

4. Abdomen: Herida operatoria transversa suprapúbica con bordes afrontados, sin signos de flogosis. Blando, depresible, útero contraído a 2 cm debajo de cicatriz umbilical.
5. Genitourinario: Loquios hemáticos escasos sin mal olor.
6. SNC: LOTEPE. Escala de Glasgow 15/15

Diagnóstico definitivo:

1. PO de CSTP por DCP: arresto en el descenso
2. Anemia leve

Rp:

1. Dieta blanda + LAV
2. CFV
3. CSV+HVP
4. Sulfato ferroso 300 mg 1 TAB VO c/12h
5. Ácido fólico 0.5 mg 1 TAB VO c/24h
6. Carbonato de calcio 500 mg 2 TAB VO c/24h
7. Ketoprofeno 100 mg 1 TAB VO c/8h
8. Vigilar signos de alarma

Paciente se encuentra hemodinámicamente estable en el periodo postoperatorio, con funciones vitales dentro de rangos de normalidad, hemoglobina control postparto en 10.1 mg/dL, con disminución de dolor, buena respuesta a la analgesia, buena tolerancia oral. Evolución favorable.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico 2024 se ejecutó durante 11 meses dentro de las instalaciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ubicado en la Av. Alfonso Ugarte 848 en el distrito Cercado de Lima, catalogado como un hospital nacional Categoría III-1, es administrado por el Ministerio de Salud del Perú. Este programa fue diseñado para ofrecer a los estudiantes de medicina una formación integral que incluyó prácticas clínicas intensivas, donde se integraron en diversos departamentos médicos, como cirugía, medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia, entre otros (1). Los internos fueron supervisados por un equipo de médicos especialistas que les proporcionaron formación teórica y práctica a lo largo del proceso.

Durante el internado, los participantes se involucraron en diagnóstico, tratamiento, procedimientos médicos y quirúrgicos, emergencias y actividades de prevención. Aplicaron los conocimientos teóricos en situaciones reales, enfrentando desafíos en un hospital con alta demanda y recursos limitados. Este entorno les permitió desarrollar habilidades en toma de decisiones, comunicación profesional y trabajo en equipo, claves para su futura carrera.

Debido a su categoría de referencia y su vasta experiencia en la formación de nuevos profesionales de la salud, brindó a los internos una valiosa oportunidad para enfrentarse a una diversidad de casos clínicos, tanto comunes como complejos, en un contexto hospitalario que refleja la realidad de la salud pública en el país (2).

La misión es brindar atención médica integral de alta calidad, enfocándose en el bienestar de la comunidad y formando recursos humanos en salud. Su visión es ser un referente en atención médica e innovación, ofreciendo servicios accesibles y efectivos, basados en principios éticos y humanitarios, y fortaleciendo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (3).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Medicina interna

Caso clínico N°1

Este caso involucra a un paciente masculino de 66 años sin antecedentes de importancia, pero que presenta un cuadro complejo luego de un traumatismo leve. La evaluación inicial revela la posibilidad de un síndrome de compresión medular asociado a un proceso neoproliferativo.

La compresión medular es una condición donde hay presión sobre la médula espinal o sus raíces, lo que interfiere con las señales nerviosas que controlan los movimientos y la sensación en el cuerpo. Este paciente presenta una serie de síntomas clásicos que incluyen dolor lumbar, debilidad progresiva en los miembros inferiores, pérdida de sensibilidad y alteraciones de esfínteres (dificultad para defecar y pérdida de control), lo que sugiere la afectación medular.

Es una emergencia oncológica que puede ocasionar daño neurológico irreversible por la compresión directa de estructuras neurológicas de la médula espinal. Por lo que se le indicó la quimioterapia asociado a pulsos de corticoides y radioterapia.

La causa subyacente de la compresión medular en este caso se asocia con espondiloartrosis, discopatía crónica multinivel y hernias discales. Los discos intervertebrales degenerados o herniados pueden presionar sobre la médula espinal, lo que da lugar a un proceso inflamatorio y una posible isquemia de las estructuras nerviosas, originando los síntomas neurológicos mencionados. Además, el proceso compresivo vertebral en D3-D4 puede ser un punto clave para la compresión, causando una disfunción medular (4).

Inicialmente se pensó una discopatía por la sintomatología, cuando una hernia de disco comprime una raíz nerviosa o la médula espinal, se desencadenan una serie de eventos fisiopatológicos. La compresión reduce el flujo sanguíneo local, lo que causa inflamación y liberación de mediadores químicos (prostaglandinas, citoquinas), que agravan el daño neuronal. Si no se trata, la presión prolongada

sobre las estructuras nerviosas puede causar daño irreversible, como la pérdida de fuerza muscular y la sensibilidad en la zona afectada.

La resonancia magnética (RM) de la columna lumbar y dorsal y la tomografía (TEM) proporcionaron información vital. La RM evidenció un tejido ocupativo en la vértebra D4, además de un disco D7-D8 herniado, lo que confirma la presencia de una hernia discal que puede estar causando compresión medular. Además, la TEM de columna dorsal reveló un tumor de la vaina del nervio espinal, lo que sugiere que, además de la compresión mecánica de la médula espinal, podría existir un proceso expansivo que esté contribuyendo a la sintomatología.

El tumor de la vaina del nervio espinal es una masa en los nervios que puede estar asociada con la compresión medular, esta lesión es una manifestación de la expansión de una masa que oprime la médula espinal o las raíces nerviosas, lo que refuerza la necesidad de una intervención quirúrgica o terapéutica adicional (5).

Lo que complica aún más este caso es el diagnóstico confirmado de mieloma múltiple, una forma de cáncer hematológico. El aspirado de médula ósea reveló una celularidad aumentada con infiltración de células plasmáticas, lo que cumple con los criterios para el diagnóstico de mieloma múltiple. El mieloma múltiple se caracteriza por la proliferación de células plasmáticas malignas que afectan la médula ósea, lo que no solo disminuye la producción de células sanguíneas normales, sino que también produce proteínas anormales (como las cadenas ligeras de inmunoglobulina) que pueden dañar diversos órganos.

En este contexto se le propuso al paciente radioterapia, quimioterapia y pulsos de corticoides, dependiendo de la respuesta, posibilidad de descompresión medular (Laminectomía). La quimioterapia y la radioterapia serán fundamentales si se confirma la naturaleza tumoral del proceso. La administración de metilprednisolona también tiene como objetivo reducir la inflamación y el edema en el sitio de la compresión.

El mieloma múltiple ocurre cuando una célula plasmática se convierte en cancerosa y comienza a multiplicarse de manera descontrolada, acumulándose en la médula ósea. Estas células plasmáticas cancerosas producen proteínas anormales que pueden depositarse en los riñones, los huesos y otros órganos, causando daño a esos tejidos. Las fracturas patológicas y el dolor óseo son comunes debido a la destrucción ósea por las células plasmáticas. Además, la presencia de hipercalcemia y anemia es frecuente, y la función renal puede verse comprometida debido al depósito de cadenas ligeras (6).

Las decisiones terapéuticas en este caso incluyen una combinación de manejo quirúrgico y tratamiento oncológico. La quimioterapia y radioterapia son la primera línea de tratamiento para el mieloma múltiple. La combinación de Bortezomib, Talidomida y Ácido Zoledrónico se utiliza en estos casos. El Bortezomib es un inhibidor del proteasoma que bloquea la degradación de proteínas dentro de las células tumorales, lo que lleva a la muerte celular en las células plasmáticas malignas. La Talidomida tiene propiedades inmunomoduladoras que inhiben la proliferación de las células plasmáticas malignas y son útiles para reducir la carga tumoral. El Ácido Zoledrónico ayuda a prevenir las complicaciones óseas, como fracturas, al reducir la actividad osteoclástica.

La metilprednisolona, un esteroide, se administra para reducir la inflamación en el área de la compresión medular. Su acción antiinflamatoria ayudará a reducir la hinchazón y el daño a las fibras nerviosas, lo cual es crucial en el manejo de este tipo de compresión.

Por último, el manejo de la compresión medular debe ser tratado de inmediato para evitar daños permanentes. Dependiendo de la severidad de la compresión, se podría considerar una cirugía descompresiva para aliviar la presión sobre la médula espinal o, en algunos casos, optar por tratamientos conservadores, como el uso de esteroides para reducir la inflamación y controlar los síntomas.

El seguimiento de este paciente es crucial para monitorizar la respuesta al tratamiento de mieloma múltiple y la recuperación funcional. El monitoreo de los niveles de calcio, ácido úrico y DHL es importante para vigilar la presencia de

hipercalcemia y daño renal. También se recomienda un seguimiento con RM de la columna para observar la evolución de la compresión medular.

Caso clínico N°2

Este caso involucra a una paciente femenina de 57 años con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de larga data, que presenta complicaciones graves derivadas de dicha enfermedad causadas por una mala adherencia al tratamiento. La paciente acude a emergencia con una serie de síntomas que incluyen fiebre, cefalea opresiva, náuseas y una lesión en el primer dedo del pie izquierdo, que se ha complicado con gangrena e infección.

El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes y se asocia con daño nervioso y alteraciones vasculares. Hay que tener en cuenta la escala de Wagner que es una herramienta fundamental utilizada para clasificar las úlceras del pie diabético y evaluar la gravedad de la infección o necrosis de los tejidos. Esta escala es clave para determinar el tratamiento adecuado y la necesidad de intervención quirúrgica. La clasificación va del grado 0 (sin úlceras, piel intacta) hasta el grado 5 (gangrena extensa que implica la amputación). En este caso, la evolución de la paciente de Wagner grado 3 a grado 4 refleja una complicación significativa en el pie diabético, generalmente debido a una falta de tratamiento adecuado o control insuficiente de la glucemia. En el grado 3, la úlcera era profunda, con infección y necrosis de los tejidos blandos, pero sin comprometer aún el hueso. Sin embargo, si la infección no se trata oportunamente, o si la hiperglucemia (que disminuye la función del sistema inmune y favorece el crecimiento bacteriano) persiste, la infección puede progresar y comprometer los huesos (7).

El paso de grado 3 a grado 4 se produce cuando la osteomielitis se desarrolla como resultado de la infección profunda que ha alcanzado los huesos; esta se caracteriza por una infección ósea crónica, a menudo asociada con la necrosis del hueso afectado, lo que puede llevar a la pérdida de la estructura ósea. En este caso, la paciente presenta signos de infección grave y necrosis en el primer dedo del pie izquierdo, lo que probablemente ha afectado las estructuras óseas subyacentes, incrementando el riesgo de complicaciones sistémicas, como la

sepsis, motivo por el cual se toma la decisión de la amputación del 1er dedo del pie izquierdo.

A medida que la infección se propaga hacia los huesos, la inflamación puede resultar en la muerte ósea y la pérdida de la función del miembro. El tratamiento conservador con antibióticos y control de la glucosa ya no es suficiente para contener la infección, y en muchos casos de grado 4, la amputación de la parte afectada es necesaria para evitar la propagación de la infección a otras partes del cuerpo y preservar la vida del paciente.

La neuropatía diabética (por daño a las fibras nerviosas) y la vasculopatía diabética (por alteraciones en los vasos sanguíneos) son las causas principales del pie diabético. La falta de sensibilidad provoca que las lesiones pasen desapercibidas, y la mala perfusión sanguínea dificulta la cicatrización. Además, la hiperglucemia crónica favorece un ambiente propenso para la infección bacteriana, que, en este caso, está ocasionada por *Streptococcus agalactiae*, identificado en los cultivos. Esta infección grave en el hueso y el tendón (osteomielitis) justifica la necesidad de tratamiento quirúrgico, que se lleva a cabo con la amputación del primer dedo del pie izquierdo.

El tratamiento inicial de la paciente incluye el uso de antibióticos de amplio espectro, específicamente Clindamicina (600 mg EV cada 8 horas) y Ceftriaxona (2 g EV cada 24 horas). Estos antibióticos son efectivos contra las bacterias gram positivas, como *Streptococcus agalactiae*, que es la causa de la infección en este caso, según los cultivos de hueso y tendón extraídos.

El *Streptococcus agalactiae* es un agente patógeno común en infecciones de la piel, huesos y tejidos blandos, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, como en este caso donde la diabetes no está bien controlada. La clindamicina es eficaz contra las infecciones por estreptococos debido a su acción inhibidora de la síntesis de proteínas bacterianas y la ceftriaxona, un antibiótico de amplio espectro cubre muchas bacterias gram positivas y gram negativas (8). Posteriormente, cuando la paciente es evaluada por Unidad de Pie Diabético y ven la gravedad de la infección, la cual se complica

con osteomielitis, se hace un cambio a ceftazidima y vancomicina para garantizar la cobertura más amplia posible frente a otras posibles infecciones resistentes.

El tratamiento también incluye control metabólico adecuado al paciente para prevenir un mayor compromiso tanto macro como microvasculares.

El control adecuado de la glucosa es esencial para prevenir y manejar las complicaciones del pie diabético. La paciente tiene un valor elevado de glucosa basal (207 mg/dl) y una HbA1c de 11.8%, lo que indica un mal control de la diabetes. La hiperglucemia crónica en la DM2 daña los nervios y los vasos sanguíneos, favoreciendo la aparición de infecciones y retrasando la cicatrización. El tratamiento con insulina en la forma de Insulina NPH e insulina regular (escala móvil) es crucial para controlar los niveles de glucosa. La insulina NPH proporciona una liberación más prolongada, mientras que la insulina regular se ajusta de acuerdo con los niveles de glucosa actuales.

En casos de osteomielitis en el pie diabético, cuando la infección se extiende a los huesos, la única opción es la amputación del segmento afectado para evitar la propagación de la infección hacia otras partes del cuerpo y mejorar la calidad de vida de la paciente (9).

La anemia moderada que presenta la paciente se debe al sangrado presentado al momento de la extracción del 1er dedo del pie izquierdo y en las curaciones posteriores, motivo por el cual se le optimiza la hemoglobina con la transfusión de 1 paquete globular y luego la administración de hierro sacarato 200 mg EV c/48h.

La paciente presenta un trastorno adaptativo, la cual es común luego de haber pasado un evento estresante que genera gran impacto en la vida de la paciente, por lo cual se le brindó terapia cognitivo-conductual.

Se indica que la paciente debe ser monitoreada cuidadosamente para detectar signos de nuevas infecciones o complicaciones, y continuará con las curaciones diarias en el pabellón y el seguimiento en la Unidad de Pie Diabético. Este es un ejemplo claro de cómo la falta de control adecuado de la diabetes y la demora en el tratamiento adecuado pueden acelerar la progresión del pie diabético,

llevando a la amputación como una medida extrema para que no progrese y salvar la vida del paciente.

III.2 Rotación en Cirugía general

Caso clínico N°1

Este caso clínico involucra a una paciente femenina de 53 años con antecedentes quirúrgicos importantes, como una colecistectomía laparoscópica y una derivación hepatoyeyunal debido a una lesión de la vía biliar. La paciente presenta un conjunto de síntomas gastrointestinales progresivos, como dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos, coluria, acolia y fiebre, que se agravan progresivamente. Estos hallazgos sugieren una posible complicación relacionada con el sistema biliar, como la colangitis, o bien la posibilidad de un síndrome postcolecistectomía con complicaciones de la vía biliar.

La colecistectomía laparoscópica es una intervención quirúrgica comúnmente realizada para tratar la litiasis biliar y otras afecciones de la vesícula biliar. En este caso, la paciente presentó una complicación significativa a largo plazo, una lesión de la vía biliar, que requirió la derivación hepatoyeyunal. Esta complicación pone de manifiesto una alteración de la anatomía biliar, con la posible creación de un tracto anómalo entre el hígado y el yeyuno, alterando el flujo normal de la bilis.

En la fisiopatología del dolor abdominal, la acolia (ausencia de coloración normal en las heces) y la coluria (coloración oscura de la orina debido a la excreción de bilirrubina), es probable que haya una obstrucción en alguna parte del sistema biliar. La acumulación de bilirrubina en el organismo causa ictericia y cambios en las heces (acolia) y orina (coluria), lo que indica una probable colestasis, que podría estar relacionada con una obstrucción de las vías biliares. La colangitis, que es una infección bacteriana de las vías biliares, es una complicación común de la colestasis y podría explicar la fiebre y el dolor progresivo (10).

A partir de los síntomas y antecedentes, los diagnósticos diferenciales más relevantes incluyen la colangitis, que ocurre cuando se bloquea el conducto biliar

y las bacterias infectan las vías biliares, presentándose con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, fiebre, ictericia y alteración de las pruebas hepáticas. Dado el antecedente de lesión de la vía biliar y la derivación hepatoyeyunal, esta complicación es altamente probable. Además, podría considerarse el síndrome postcolecistectomía, un conjunto de síntomas como dolor abdominal, náuseas y dispepsia, que ocurren después de la colecistectomía, aunque generalmente este diagnóstico es menos grave que la colangitis o una obstrucción biliar significativa. Finalmente, también es posible una obstrucción biliar extrahepática, asociada con cálculos, estenosis o lesiones en la vía biliar, lo que podría explicar los síntomas de coluria, acolia y dolor abdominal (12).

El tratamiento de esta paciente debe ser multidisciplinario e incluir tanto el tratamiento de la infección como el manejo de la obstrucción biliar. Si se confirma colangitis, el tratamiento inicial debe incluir antibióticos de amplio espectro, como la ceftriaxona o piperacilina-tazobactam, para cubrir las bacterias comunes en la colangitis, como *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Enterococcus*, entre otros. En caso de que se confirme una obstrucción de la vía biliar, el drenaje biliar endoscópico, mediante una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), sería fundamental, ya que esto ayudaría a aliviar la obstrucción y mejorar el drenaje biliar, reduciendo la colestasis y el riesgo de infecciones graves como la sepsis (12). Si la obstrucción biliar es debido a una estenosis o una estructura biliar secundaria a la cirugía previa, se podría considerar una corrección quirúrgica adicional para restablecer el flujo normal de bilis. Además, el tratamiento de los síntomas también es fundamental, y el manejo de los dolores cólicos podría realizarse con analgésicos y espasmolíticos, como el metocarbamol.

El pronóstico dependerá del grado de obstrucción y la respuesta al tratamiento antibiótico. Si se inicia tratamiento de manera temprana y se drena adecuadamente la vía biliar, el pronóstico puede ser favorable. Sin embargo, si la colangitis progresa y se convierte en una sepsis, el pronóstico se deteriora significativamente.

Caso clínico N°2

El paciente es un varón de 40 años, que acude a emergencia después de siete días de enfermedad. Refirió dolor abdominal tipo cólico en el epigastrio de intensidad 7/10, no irradiado, sin síntomas asociados, por lo que en un primer abordaje se le administraron analgésicos intramusculares. Sin embargo, el dolor no cedió, por lo que se le administró medicación endovenosa. Al tercer día, el dolor migró hacia la fosa iliaca derecha (FID) con mayor intensidad (9/10) que no cedía con analgésicos, y apareció diarrea líquida (3 deposiciones por día). A pesar de la ausencia de náuseas, vómitos y fiebre, se decidió transferirlo del penal hacia el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) por persistencia de los síntomas.

En los antecedentes del paciente no se hallaron antecedentes médicos ni quirúrgicos relevantes, refiere ser consumidor de marihuana y cocaína . Al examen físico, el paciente presentó funciones vitales al ingreso dentro de rangos de normalidad, y un índice de masa corporal (IMC) de 32, lo que sugiere obesidad (13). El examen físico reveló un abdomen globuloso, distendido, con dolor a la palpación profunda en la fosa iliaca derecha y signos positivos de McBurney y Rovsing, sugiriendo irritación peritoneal localizada. Además, no presentó signos de deshidratación ni anomalías en el sistema nervioso central.

Los exámenes complementarios mostraron leucocitosis ($21,940/\text{mm}^3$) con un 3% de formas abastionadas, indicando una infección bacteriana severa. El perfil bioquímico y de coagulación no mostró alteraciones importantes, aunque se observó hiponatremia (127.4 mEq/L) e hipocalcemia (2.95 mEq/L), probablemente debido a la diarrea y la inflamación sistémica. La ecografía abdominal reveló una formación heterogénea en la FID con aglomeración de asas intestinales, compatible con un plastrón apendicular y absceso intraabdominal (14).

Con base en estos hallazgos, se decidió el manejo quirúrgico de emergencia. El diagnóstico preoperatorio fue plastrón apendicular abscedado, y el diagnóstico postoperatorio incluyó apendicitis aguda perforada, plastrón apendicular abscedado y brida intestinal (14). Durante la cirugía, se encontró un plastrón formado por el ciego, asas delgadas, sigmoides y epiplón, con necrosis epiploica

alrededor. El apéndice cecal estaba perforado en un tercio proximal y distal, y se halló una brida a 30 cm de la válvula ileocecal. El absceso fue drenado y se realizó un lavado peritoneal para limpiar la cavidad. Además, se realizó una omentectomía parcial y colocación de drenajes (tubular y Penrose) para facilitar la evacuación de líquidos residuales.

El cultivo del líquido intestinal resultó positivo para *Escherichia coli*, lo que justifica el tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y metronidazol. El manejo postoperatorio consistió en la administración de líquidos intravenosos, antibióticos, analgésicos, y protección gástrica (15). También se inició la curación de la herida y se estableció una vigilancia estricta del drenaje para detectar posibles complicaciones infecciosas.

El pronóstico es reservado, aunque con un adecuado manejo antibiótico y quirúrgico, se espera que el paciente evolucione favorablemente. Se monitorean los signos vitales y la función intestinal, con énfasis en prevenir infecciones secundarias o complicaciones como fístulas o sepsis. La recuperación será gradual, con seguimiento clínico para asegurar la resolución completa del cuadro infeccioso.

III.3 Rotación en Pediatría

Caso clínico N°1

La paciente, una lactante femenina de 1 año, es llevada a emergencia por su madre debido a un cuadro de vómitos, dolor abdominal y posteriormente diarrea con moco, lo que sugiere un síndrome emético acompañado de deshidratación moderada y probable gastroenteritis infecciosa. La anamnesis revela que el inicio de los síntomas fue hace seis días, con persistencia de síntomas, lo que finalmente fue el motivo de consulta (16). La intolerancia oral es un hallazgo clave en este caso, ya que puede comprometer la adecuada hidratación y la reposición de electrolitos, lo que justifica la necesidad de tratamiento endovenoso.

Analizando los antecedentes, la paciente ha tenido hospitalizaciones previas por neumonía y síndrome bronquial obstructivo agudo, lo que la hace una paciente

pediátrica con cierta predisposición a infecciones respiratorias. Sin embargo, en este cuadro clínico, la sintomatología predominante es digestiva. Es relevante mencionar que no tiene antecedentes de alergias ni uso de inhaladores, pero sí cuenta con una historia familiar de asma por parte de un tío materno. Aunque esta información no parece influir directamente en el cuadro actual, es importante para futuras evaluaciones respiratorias (17).

En la evaluación inicial, la paciente presenta signos clínicos sugestivos de deshidratación moderada, como palidez, leve frialdad, mucosas semihúmedas y ojos hundidos. No obstante, el signo del pliegue es negativo, lo que indica que aún hay una reserva de volumen intravascular aceptable (17). La exploración abdominal muestra distensión con ruidos hidroaéreos aumentados, lo que orienta hacia un proceso inflamatorio intestinal, posiblemente secundario a una infección gastrointestinal. La ausencia de dolor a la palpación y la presencia de timpanismo difuso pueden estar relacionados con una hipermotilidad intestinal y acumulación de gases, hallazgos frecuentes en cuadros de gastroenteritis viral.

En cuanto a los exámenes complementarios, el hemograma muestra una leucocitosis moderada con predominio linfocitario, lo que sugiere una etiología viral como primera posibilidad. Sin embargo, no se puede descartar completamente una infección bacteriana en este contexto. La hemoglobina y el hematocrito se encuentran dentro de rangos normales, lo que indica que no hay signos de hemoconcentración severa. La trombocitosis reactiva podría estar en respuesta al proceso inflamatorio sistémico (18).

El perfil de electrolitos revela una hiponatremia leve (Na: 131.9 mEq/L) y un potasio en el límite bajo (K: 3.74 mEq/L), lo que sugiere pérdidas gastrointestinales por los vómitos y la diarrea. Este hallazgo justifica la reposición de líquidos con soluciones electrolíticas ajustadas a sus necesidades. La glucosa es normal, descartando hipoglucemia como una complicación. Los valores de urea y creatinina están dentro de lo esperado, indicando que no hay compromiso renal significativo. La proteína C reactiva (PCR) es negativa, reforzando la hipótesis de una infección viral en lugar de un proceso bacteriano invasivo.

El examen de orina muestra leucocituria (40-60 por campo) con presencia de cilindros granulosos y filamentos mucoides, lo que podría sugerir una inflamación del tracto urinario. Sin embargo, el urocultivo es negativo, descartando una infección urinaria bacteriana significativa. En este caso, la leucocituria podría estar asociada a una respuesta inflamatoria sistémica secundaria a la deshidratación o a una contaminación de la muestra.

El manejo inicial se centró en la rehidratación con dextrosa al 5% y solución salina al 0.9% para corregir las alteraciones electrolíticas y reponer las pérdidas. Se utilizó metamizol como antipirético en caso de fiebre y se mantuvo un monitoreo clínico estricto para evaluar la respuesta al tratamiento. A medida que la paciente mejoró su tolerancia oral y se resolvieron los episodios de vómitos, se cambió la reposición de líquidos a sales de rehidratación oral, permitiendo su egreso hospitalario.

El diagnóstico final incluyó deshidratación moderada, síndrome emético y gastroenteritis de probable origen viral. La evolución favorable con tratamiento de soporte, sin necesidad de antibióticos ni complicaciones adicionales, es un reflejo del adecuado manejo de la paciente.

Caso clínico N°2

El paciente masculino de 13 años, procedente de Chanchamayo, presenta un cuadro de 8 días de evolución caracterizado por tos productiva, que en el último día se volvió emetizante y más exigente, lo que motivó su ingreso a emergencia. A nivel epidemiológico, destaca su procedencia de una región de clima cálido y húmedo, lo cual es relevante para la consideración de agentes infecciosos atípicos o endémicos.

En el análisis clínico, el paciente no presenta signos de compromiso hemodinámico ni fiebre, aunque sí evidencia taquicardia (FC: 133 lpm) y taquipnea leve (FR: 29 rpm), probablemente en respuesta al proceso infeccioso respiratorio en curso. La exploración respiratoria revela la presencia de roncales difusos en ambos campos pulmonares, lo que indica inflamación o acumulación de secreciones en la vía aérea, hallazgos compatibles con neumonía de etiología atípica (19).

El diagnóstico de neumonía atípica se respalda en la clínica del paciente y en los hallazgos de la radiografía de tórax, la cual evidencia infiltrados intersticiales bilaterales y aumento de hilos pulmonares. Estas características sugieren un patrón inflamatorio difuso, típico de neumonías causadas por agentes como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* o virus respiratorios (20). El antecedente de viaje reciente a la selva central abre la posibilidad de considerar agentes infecciosos menos comunes, como *Histoplasma capsulatum* o *Coxiella burnetii*, aunque la clínica del paciente no es completamente sugestiva de estas etiologías.

El hemograma no muestra una respuesta inflamatoria exacerbada (leucocitos 6,540 mm³), lo que es frecuente en neumonías atípicas. El predominio de segmentados (63.3%) y la ausencia de una linfocitosis marcada reducen la sospecha de etiología viral, aunque no la descartan completamente. La PCR de 1.0 mg/dL indica un proceso inflamatorio moderado, sin marcadores de infección severa. La función renal es normal, aunque la urea se encuentra en el límite superior de la normalidad, posiblemente debido a la hipovolemia secundaria al síndrome emético.

El manejo instaurado incluye hidratación endovenosa con dextrosa al 5% y corrección de electrolitos para prevenir desbalances por la intolerancia oral y las pérdidas asociadas a los vómitos (21). Se administra azitromicina 500 mg VO c/24 h, lo que refuerza la sospecha de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*, dado que este macrólido es el tratamiento de elección para este patógeno. Se pauta nebulización con NaCl 0.9% cada 3 horas y, posteriormente, se añade salbutamol, lo que sugiere un componente obstructivo en la vía aérea. Esto podría estar relacionado con hiperreactividad bronquial secundaria a la infección, un cuadro frecuente en pacientes con antecedentes de enfermedades respiratorias previas, como lo es este paciente con episodios previos de neumonía y uso de salbutamol.

El manejo sintomático incluye metamizol para el control de la fiebre en caso de que esta aparezca, y ondansetrón para el control del vómito, el cual parece ser secundario a la exacerbación de la tos. Se indica oxígeno suplementario en caso

de que la saturación de oxígeno descienda por debajo del 94%, lo que sugiere una vigilancia estrecha ante la posibilidad de deterioro respiratorio (20).

Durante la hospitalización, se evidencia persistencia de la tos y los vómitos, lo que motiva la adición de salbutamol a la nebulización y la indicación de terapia respiratoria por parte del servicio de medicina física y rehabilitación. Este último punto es crucial, ya que la fisioterapia respiratoria contribuye a la movilización de secreciones y mejora la dinámica ventilatoria, acelerando la recuperación del paciente.

El pronóstico del paciente es favorable, dado que ha respondido de manera adecuada a la terapia antibiótica y de soporte, sin desarrollar complicaciones graves (21). Se espera que la progresión de la tolerancia oral y la resolución del cuadro respiratorio permitan su alta en los próximos días, con seguimiento ambulatorio para evaluar la evolución del proceso infeccioso y descartar secuelas respiratorias.

III.4 Ginecología y obstetricia

Caso clínico N°1

Paciente femenino de 46 años con una tumoración anexial compleja diagnosticada como cistoadenoma seroso representa un desafío diagnóstico y terapéutico en la ginecología oncológica.

La paciente refiere una distensión abdominal progresiva de tres meses de evolución, sin dolor ni sangrado vaginal. La ausencia de menstruación por seis meses (amenorrea) en una mujer de esta edad sugiere un contexto perimenopáusico (22). Dentro de sus antecedentes gineco-obstétricos, destacan dos cesáreas previas y un aborto espontáneo con legrado uterino, además del uso de un DIU de cobre colocado en el año 2008. Aunque la multiparidad no es un factor de riesgo significativo para tumores anexiales, su edad y la tumoración de gran tamaño elevan la sospecha de una neoplasia ovárica (23).

El cistoadenoma seroso es un tumor epitelial benigno de ovario, aunque existe una variante limítrofe (borderline) y maligna (adenocarcinoma seroso). La

paciente fue clasificada como O-RADS 4, lo que indica un riesgo intermedio de malignidad (entre 10-50%) basado en criterios ecográficos (22).

El examen físico mostró un abdomen globuloso, blando y depresible, sin dolor a la palpación. La presencia de una masa anexial de 25x25 cm con movilidad reducida, hallazgo clave en la exploración ginecológica, fue corroborada por ecografía transabdominal y transvaginal, que evidenciaron una masa quística tabicada dependiente del ovario izquierdo. El hallazgo de líquido libre en el fondo de saco de Douglas puede deberse a la secreción tumoral o a fenómenos inflamatorios locales (24).

El hemograma no mostró signos de anemia o leucocitosis indicativos de infección o malignidad. El perfil de coagulación y los exámenes bioquímicos fueron normales. Destaca un CA-125 en el límite superior de la normalidad (37.34 UI/ml). Aunque este marcador está asociado al cáncer epitelial de ovario, su elevación puede deberse a procesos benignos como endometriosis o miomas. El CEA, AFP y DHL estuvieron dentro de rangos normales, lo que disminuye la probabilidad de neoplasias malignas de origen gastrointestinal o germinal.

La tomografía abdominopélvica reveló una masa quística multiloculada con características de cistoadenoma mucinoso borderline, lo que generó la indicación de cirugía exploratoria.

Dado el tamaño del tumor y el riesgo de malignidad, se realizó una laparotomía exploratoria con anexectomía izquierda. Se evidenció una tumoración dependiente del ovario izquierdo de aproximadamente 30 cm, con contenido líquido amarillo citrino multiloculado y sin áreas sólidas visibles. El sangrado intraoperatorio de 1500 cc es un punto importante (22), pues sugiere una alta vascularización tumoral, lo que puede estar relacionado con su gran tamaño y una posible rotura espontánea. La naturaleza benigna del tumor se confirmó en el diagnóstico postoperatorio.

El abordaje quirúrgico fue la mejor opción en este caso, dado el tamaño del tumor, la sospecha de malignidad y la sintomatología progresiva. En pacientes postmenopáusicas o perimenopáusicas, la cirugía es la primera línea de tratamiento para masas anexiales sospechosas. En caso de confirmarse

malignidad, se podría haber requerido una cirugía más radical con histerectomía total y linfadenectomía pélvica.

El manejo postoperatorio incluyó reposición de volumen debido al sangrado, control de parámetros hemodinámicos y seguimiento con marcadores tumorales y anatomía patológica (24).

El tamaño y la naturaleza de la masa anexial hicieron imprescindible la cirugía, dado el riesgo de malignidad. La clasificación O-RADS 4 indica la necesidad de intervención quirúrgica, pues el riesgo de malignidad no puede descartarse completamente sin estudio histopatológico. El CA-125 estuvo en un nivel límite, lo que refuerza la importancia de no depender exclusivamente de este marcador para el diagnóstico diferencial entre neoplasias benignas y malignas. El manejo multidisciplinario junto a ginecología oncológica, radiología, cardiología, neumología y anestesiología fue clave para optimizar la seguridad quirúrgica. La paciente deberá continuar en seguimiento para evaluar la posibilidad de tumoraciones contralaterales o recidivas.

Caso clínico N°2

Este caso clínico se describe a una paciente primigesta de 24 años con embarazo a término (41 semanas) que acude a emergencia por encontrarse en trabajo de parto en fase latente. A pesar de la inducción con oxitocina, la falta de progresión en el descenso fetal y la presencia de líquido meconial espeso llevaron a la decisión de culminar la gestación mediante cesárea de emergencia (25).

La paciente acude con contracciones uterinas cada 5-10 minutos, lo que sugiere el inicio del trabajo de parto. El tacto vaginal inicial evidencia un cérvix poco favorable (BISHOP: 2), por lo que se decide maduración cervical e inducción del parto con oxitocina, una estrategia común en embarazos a término con cérvix inmaduro (25).

La inducción del parto se considera cuando los beneficios de iniciar el parto superan los riesgos de prolongar el embarazo. Se recomienda en pacientes con

edad gestacional ≥ 41 semanas debido al riesgo aumentado de insuficiencia placentaria y sufrimiento fetal (26).

El BISHOP es una escala que evalúa la favorabilidad del cérvix para la inducción del trabajo de parto. Un puntaje menor a 6 indica la necesidad de maduración cervical con prostaglandinas (PGE1 o PGE2), mientras que ≥ 8 sugiere una alta probabilidad de éxito con oxitocina.

En esta paciente, el BISHOP inicial fue 2, por lo que se utilizó PGE1 antes de la oxitocina, logrando posteriormente un BISHOP de 9, que justifica la continuación con oxitocina.

La paciente entra en fase activa con 6 cm de dilatación y dinámica uterina adecuada (DU: 7/20). Sin embargo, tras 5 horas de evolución, no se observa descenso fetal, lo que sugiere una distocia de conducción (27).

La distocia de conducción es el retraso o detención del progreso del feto en el canal del parto. Se diagnostica cuando hay detención de la dilatación cervical (>4 horas sin progresión) o detención en el descenso fetal a pesar de contracciones adecuadas (>2 horas sin avance en presentación).

La paciente presenta varios factores de riesgo, entre ellos, sobrepeso y sobreganancia ponderal (+15.5 kg), con un IMC de 26.6, lo que está asociado a una mayor incidencia de cesáreas por distocia y macrosomía fetal. Además, el peso fetal estimado es de 3720 g, lo que, aunque se encuentra dentro del percentil 64, aumenta el riesgo de desproporción céfalo-pélvica (DCP), especialmente en primigestas con talla baja (1.49 m). También se observa falta de descenso en el partograma, ya que el feto permaneció en estación -3 durante más de 6 horas a pesar de contracciones adecuadas, lo que sugiere arresto en el descenso fetal, un criterio para cesárea urgente. Finalmente, el líquido amniótico presenta meconio espeso, lo que puede indicar sufrimiento fetal agudo (SFA), aunque el feto mantuvo buena reactividad cardíaca (LCF: 145 lpm).

Ante la persistencia de estación fetal alta, líquido meconial espeso y riesgo de SFA, se realiza cesárea de emergencia. Los hallazgos intraoperatorios

confirman desproporción céfalo-pélvica (DCP) y arresto en el descenso, justificando la vía abdominal.

Las indicaciones para cesárea en la paciente incluyen arresto en el descenso, ya que no hubo descenso fetal tras 6 horas de trabajo de parto activo; desproporción céfalo-pélvica (DCP), ya que la desproporción entre la pelvis materna y el tamaño fetal impide el parto vaginal; y líquido meconial espeso, lo que aumenta el riesgo de aspiración meconial y sufrimiento fetal..

El recién nacido tuvo un APGAR de 9-9, lo que sugiere buena adaptación neonatal sin compromiso inmediato.

La paciente cursó en puerperio patológico con leve dolor operatorio sin signos de complicaciones infecciosas o hemorrágicas.

Los cuidados puerperales incluyen analgesia con ketoprofeno, administrado para el control del dolor postoperatorio sin signos de reacción adversa. Además, se realizó suplementación nutricional con sulfato ferroso 300 mg para la prevención de anemia puerperal (Hb: 10.1 g/dL postparto), ácido fólico 0.5 mg como apoyo en la regeneración eritropoyética, y carbonato de calcio 500 mg, importante en la prevención de osteoporosis postgestacional. Finalmente, se evaluó la herida quirúrgica, observándose una adecuada cicatrización sin signos de infección o dehiscencia.

Este caso ilustra una cesárea de emergencia por distocia de conducción y desproporción céfalo-pélvica en una primigesta con macrosomía fetal relativa. Se identificaron factores de riesgo clave como el sobrepeso materno y la falta de descenso fetal a pesar de contracciones adecuadas. El manejo incluyó una estrategia de inducción adecuada y vigilancia estricta del trabajo de parto, culminando en un procedimiento quirúrgico exitoso con adecuada recuperación materno-fetal.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La experiencia en el internado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza va más allá de la práctica clínica, extendiéndose a la necesidad de reconsiderar el papel de las instituciones de salud pública en el contexto actual. La formación de los médicos del futuro en un hospital de tal relevancia no debe limitarse a adquirir habilidades técnicas, sino también a generar una reflexión profunda sobre la situación actual del sistema de salud pública en Perú. A través de la práctica directa en diversas áreas como cirugía, medicina interna y pediatría, los internos enfrentan los desafíos diarios de brindar atención médica en un entorno con recursos limitados y una alta demanda. Esto les exige desarrollar no solo destrezas clínicas, sino también habilidades para tomar decisiones rápidas y eficaces, así como la capacidad de trabajar en equipo bajo presión.

Es esencial que la misión del hospital, enfocada en la atención integral y la formación de recursos humanos, se entienda desde una perspectiva crítica. Los internos deben ser conscientes de que su labor no solo consiste en curar, sino en contribuir a un cambio sistémico en el sistema de salud. En este sentido, la visión del hospital de convertirse en un referente en innovación y calidad debe ir más allá de la mejora de los servicios. Los futuros médicos deben convertirse en agentes de cambio, cuestionando las estructuras existentes y proponiendo soluciones sostenibles, tanto en el ámbito clínico como administrativo.

Además, al considerar el internado como una etapa formativa en la carrera médica, es fundamental que los internos adopten una postura crítica que supere la simple ejecución de tareas, animándolos a reflexionar sobre el impacto de sus decisiones en cada paciente y en la salud pública. No solo deben comprender la importancia de la medicina científica, sino también asumir la responsabilidad ética que conlleva el ejercicio profesional en un sistema público, a menudo precario, en el que la eficiencia depende no solo de las habilidades del médico, sino también de las condiciones organizativas y los recursos disponibles.

V. CONCLUSIONES

1. El internado médico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza es una etapa fundamental en la formación de los futuros médicos, ya que les permite aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera en un entorno clínico real. Durante esta experiencia, los estudiantes se enfrentan a diversos escenarios clínicos, lo que les brinda una formación integral, fortalece su criterio médico y les permite desarrollar habilidades prácticas esenciales para su desempeño profesional.
2. Durante los 11 meses en el hospital, en todas las rotaciones, se realizan diversas actividades académicas con el objetivo de reforzar el aprendizaje y mejorar la toma de decisiones clínicas, aportadas por los doctores y tutores de cada rotación realizando seminarios, discusiones de casos clínicos y revisiones de artículos científicos actualizados.
3. Además de la formación clínica, el internado brinda a los estudiantes la posibilidad de participar en programas de inducción y capacitación, por ejemplo curso de RCP, taller de suturas, curso de atención de parto vaginal. Estas actividades complementarias son fundamentales para su desarrollo integral y los preparan para los retos que enfrentarán en su ejercicio profesional.
4. No obstante, es importante señalar que el hospital se encuentra en una zona de Lima que presenta ciertos desafíos relacionados con la seguridad. Algunos testimonios han mencionado que, aunque la calidad educativa es destacable, la ubicación del hospital puede suponer algunos riesgos para los internos.
5. A pesar de estos retos, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza sigue siendo una institución clave en la formación de médicos en Perú, ofreciendo una educación sólida y completa para los futuros profesionales de la salud.

V .I RECOMENDACIONES

1. A pesar de los desafíos de seguridad mencionados, es fundamental que el Hospital Nacional Arzobispo Loayza continúe mejorando sus medidas de seguridad, tanto dentro como fuera de sus instalaciones. Esto puede incluir la implementación de protocolos de seguridad más estrictos para los internos, la mejora de la vigilancia en la zona y el fomento de un entorno seguro que permita a los estudiantes concentrarse plenamente en su formación clínica.
2. Si bien el internado ya ofrece programas de inducción y capacitación, sería beneficioso expandir estas oportunidades para abordar de manera más exhaustiva las diversas especialidades médicas. Además, estas actividades podrían incluir simulaciones de situaciones críticas y talleres sobre manejo del estrés y toma de decisiones, para preparar mejor a los internos para los retos del ejercicio profesional
3. Para enriquecer aún más la experiencia educativa, sería recomendable promover el intercambio de experiencias con médicos internacionales o la colaboración con otros hospitales de renombre, permitiendo a los internos acceder a enfoques y técnicas médicas de vanguardia que puedan complementar su formación.
4. Ampliar las rotaciones a diferentes especialidades médicas como urología, traumatología, oftalmología u otorrinolaringología debido a la importancia de estas áreas en la práctica médica y la necesidad de que los estudiantes adquieran experiencia en su manejo y procedimientos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud del Perú. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; c2024 [citado 19 febrero 2025]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe>
2. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Misión y visión. [Internet]. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; c2024 [Accedido el 19 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.hnaloayza.gob.pe>
3. Gobierno del Perú. Hospital Nacional Arzobispo Loayza: información y servicios de salud. [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; c2024 [Accedido el 19 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.peru.gob.pe>
4. Merck Manuals. Mieloma múltiple [Internet]. [Accedido el 19 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/trastornos-de-las-c%C3%A9lulas-plasm%C3%A1ticas/mieloma-m%C3%BAltiples>.
5. American Cancer Society. Tratamiento del mieloma múltiple [Internet] [Accedido el 20 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/mieloma-multiple/tratamiento.html>.
6. National Cancer Institute. Tratamiento de las neoplasias de células plasmáticas (incluido el mieloma múltiple) [Internet] [Accedido el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/mieloma-multiple/paciente/tratamiento-mieloma-pdq>.-
7. Ministerio de Salud del Perú. Guía de atención integral del pie diabético. Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud, 2024. [Accedido el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/>
8. Rodríguez, F., López, J., & Sánchez, M. Pie diabético: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento en la práctica clínica. *Revista de Medicina Interna*. 2021;37(4):209-217. [Accedido el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.revistamedicinainterna.com>
9. García, L., & Pérez, A. Complicaciones del pie diabético: Evaluación y manejo actual. *Journal of Diabetes Research*. 2022;44(3):1-8. [Accedido el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.jdrjournal.com>-

10. MINSAL. Guía Técnica para el manejo de la colangitis y sus complicaciones. Ministerio de Salud del Perú; 2020. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/>
11. Ríos-Campos A, Paredes-Hernández L. Manejo de la obstrucción biliar en la cirugía hepatobiliar: Un enfoque clínico y quirúrgico. *Rev Gastroenterol Peru.* 2021;41(2):130-138. [Accedido el 20 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.socgastroperu.org/>
12. Gómez-López M, Pérez-López E. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el diagnóstico y tratamiento de la colangitis obstructiva. *Gastroenterología y Hepatología.* 2022;45(1):15-25. [Accedido el 20 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.gastrohepatologia.org>
13. Villalón F, Villanueva A, Suñol MA, Garay J, Arana J, Jiménez J, et al. Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular. *Cir Pediatr.* 2013;26(4):164-166. Disponible en: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2013_26-4_164-166.pdf
14. Clouet-Huerta DE, Guerrero B, Piontelli L. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. *Rev Chil Cir.* 2017;69(1):14-17. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000100014
15. Rodríguez Fernández Z. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. *Rev Cubana Cir.* 2021;60(3):e1117. Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1117>
16. Guías de práctica clínica en el SNS: Gastroenteritis aguda en el niño. Ministerio de Sanidad y Política Social. España: 2008. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_464_Gastroenteritis.pdf
17. Diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). México: 2009. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/156GRR.pdf>
18. Deshidratación aguda. Asociación Española de Pediatría. España: 2019. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf
19. Chaves GSS, Freitas DA, Santino TA, Fregonezi GAF, Mendonça KMPP. Fisioterapia torácica para la neumonía en niños. *Cochrane Database Syst*

- Rev. 2013;(2):CD010277. Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010277.pub2/es>
20. Neumonía atípica en niños: Instrucciones de cuidado. Kaiser Permanente. Disponible en: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.neumon%C3%ADa-at%C3%ADpica-en-ni%C3%B1os-instrucciones-de-cuidado.abq6030>
21. Infección por *Mycoplasma* (neumonía atípica). Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Disponible en: https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/mycoplasma/fact_sheet.htm
22. Sebastià C, Cabedo L, Fusté P, Muntmany M, Nicolau C. La clasificación O-RADS RM para caracterización de las masas ováricas indeterminadas: de la teoría a la práctica. *Radiología*. 2022;64(6):542-551. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-la-clasificacion-o-rads-rm-caracterizacion-S0033833822001904>
23. Amor F, Vaccaro H, Alcázar JL, León M, Craig JM, Martínez J. Gynecologic imaging reporting and data system: a new proposal for classifying adnexal masses on the basis of sonographic findings. *J Ultrasound Med*. 2009;28(3):285-291. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19244063/>
24. Amor F, Vaccaro H, Alcázar JL, León M, Iturra A. Resultados de la clasificación Gynecologic Imaging Reporting and Data System (GI-RADS) en el manejo de masas anexiales. *Prog Obstet Ginecol*. 2014;57(12):561-567. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-resultados-clasificacion-gynecologic-imaging-reporting-S0304501314003100>
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of Labor. *Obstet Gynecol*. 2009;114(2 Pt 1):386-397. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2009/08/induction-of-labor>
26. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*. 1964;24:266-268. Disponible en:

https://journals.lww.com/greenjournal/Citation/1964/08000/Pelvic_Scoring_for_Elective_Induction.12.aspx

27. Friedman EA. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;68(6):1568-1575. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13207246/>

ANEXOS

Anexo 1. Proteinograma electroforético

EXAMEN	RESULTADOS	RANGO REFERENCIAL	MÉTODO
PROTEINOGRAMA ELECTROFORETICO:			
Proteinograma Electroforético			Electroforesis
Proteinas Totales	7.08 g/dl	De 5.80 a 8.10	
Relación Albumina/Globulina	0.64	De 1.30 a 2.50	
Albúmina	2.75 g/dl	De 3.50 a 5.20	
alfa-1 GLOBULINA	0.45 g/dl	De 0.15 a 0.40	
alfa -2 GLOBULINA	1.08 g/dl	De 0.50 a 1.05	
beta -GLOBULINA	2.29 g/dl	De 0.55 a 1.20	
gamma-GLOBULINA	0.51 g/dl	De 0.60 a 1.60	
Paraproteína	-		
Observación :	Inversión de la relación albúmina/globulina (disproteinemia moderada). Hipoalbuminemia Aumento de alfa-1 globulina. Aumento de beta-globulina.		

Anexo 2. Curaciones de pie diabético



Anexo 3. Tumoración dependiente de ovario izquierdo



Anexo 4. Partograma

