

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN CUATRO
HOSPITALES DE LIMA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

RENZO GIOVANNY TARAZONA QUIJANO

ASESOR

DANTE MARTÍN MÁRQUEZ RODRÍGUEZ

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



USMP

UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN CUATRO
HOSPITALES DE LIMA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
RENZO GIOVANNY TARAZONA QUIJANO**

**ASESOR
MC DANTE MARTÍN MÁRQUEZ RODRÍGUEZ**

**LIMA, PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: DRA. EMMA MERCEDES HUAMANÍ DE LA CRUZ

Miembro: DR. JEFFREE TOVAR ROCA

Miembro: DR. CANO GAMARRA SANDRO YANICK

DEDICATORIA

A mi madre: Por su apoyo he podido llegar a donde estoy; a mi padre, que siempre me guio desde donde esté; a mi familia que siempre fue mi motor para seguir adelante y a los amigos que me dio la universidad y que hizo más llevadera la carrera de Medicina Humana.

AGRADECIMIENTOS

A la vida por darme la oportunidad de poder estudiar esta carrera humanitaria, para así poder ayudar a aliviar las dolencias, padecimientos y enfermedades de las personas a través de los conocimientos que hemos podido recopilar a lo largo de estos años.

A todos los centros hospitalarios por los cuales he pasado: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Nacional Dos de Mayo, Instituto Nacional de Salud del Niño, dentro de los cuales he podido pasar extraordinarias vivencias y experiencias.

A cada uno de los doctores que, con su tiempo y dedicación, han contribuido a la formación y educación de los próximos profesionales en nuestro país.

RESUMEN

Objetivo: Exponer sobre las experiencias y la trascendencia del internado en nuestra etapa final de estudio de pregrado de Medicina Humana.

Materiales y métodos: Estudio hecho por las experiencias vividas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Nacional Dos de Mayo e Instituto Nacional de Salud del Niño desde abril de 2023 hasta el último día de enero 2024. **Conclusión:** El internado es una etapa importantísima en la formación médica en donde se puede consolidar lo aprendido y ganar nuevas experiencias. La vivencia de haber hecho el internado en diferentes centros hospitalarios nos da un panorama más amplio sobre la forma diagnóstica, el tratamiento y la relación médico paciente.

Palabras clave: Internado, medicina humana, casos clínicos, experiencia médica

ABSTRACT

Objective: To present about the experiences and significance of the internship in our final stage of undergraduate study in Human Medicine. **Materials and methods:** Study carried out by the experiences lived at the Madre Niño San Bartolomé National Teaching Hospital, National Institute of Neoplastic Diseases, Dos de Mayo National Hospital and National Children's Health Institute from April 2023 to the last day of January 2024. **Conclusion:** It is concluded that the internship is a very important stage in medical training where what has been learned can be consolidated and new experiences can be gained. The experience of having completed the internship in different hospital centers gives us a broader overview of the diagnosis, treatment and doctor-patient relationship.

Keywords: Internship, human medicine, clinical cases, medical experience

NOMBRE DEL TRABAJO
**EXPERIENCIA DEL INTERNADO
 MÉDICO EN CUATRO HOSPITALES
 DE LIMA 2023
 -2024**

AUTOR
RENZO GIOVANNY TARAZONA QUIJAN

RECuento DE
 PALABRAS
11872 Words

RECuento DE CARACTERES
67094 Characters

RECuento DE
 PÁGINAS
51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO
97.7KB

FECHA DE ENTREGA
Mar 14, 2024 3:58 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME
Mar 14, 2024 3:59 PM GMT-5

● **11% de similitud general**

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dante Martín Márquez Rodríguez
 DNI: 07973140
<https://orcid.org/0009-0001-8791-1741>

ÍNDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCION	IX
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación en Pediatría	1
1.2. Rotación en Cirugía	5
1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	9
1.4. Rotación en Medicina Interna	13
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	21
3.1. Rotación en Pediatría	21
3.2. Rotación en Cirugía	23
3.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia	27
3.4. Rotación en Medicina Interna	31
CAPÍTULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	34
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico viene a ser el último año de carrera de Medicina Humana, la cual se considera fundamental en la formación de un médico en donde se pone en práctica lo aprendido durante tantos años de formación previa, presentando retos en el ámbito personal, académico, social y profesional (1). Desde que inició la pandemia, durante el año 2020, fuimos una promoción golpeada ya que nos imposibilitó contar con prácticas hospitalarias, ya que nos obligó a estar confinados desarrollando nuestras actividades de manera virtual hasta que la pandemia fuese remitiendo, siendo muy importante la presencialidad en nuestra carrera, por lo que el inicio implicó retos que cada uno de nosotros ha podido sobrellevar.

Durante este año, se realizan las prácticas preprofesionales del futuro médico, en donde él participará de forma activa en la supervisión del estado del paciente, el manejo de su enfermedad y la evolución que tendrá posteriormente. El futuro médico obtiene toda información a través de la indagación, él examina, escucha, indaga, amplía, especifica, profundiza, mira, toca, palpa, ausculta, busca información del paciente, y se llegó así a la obtención de mucho más conocimiento, destreza y sobretodo experiencia que será muy importante para tomar decisiones en función de los pacientes y de los problemas que se presentarán en su posterior desarrollo profesional.

En nuestro país, el internado consta de importantes rotaciones, entre las cuales tenemos a Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna y Pediatría, que forma parte de una formación especializada e integral como preparación para la práctica médica (2).

Nosotros tuvimos la dicha de haber realizado nuestro internado en cuatro grandes e importantes centros hospitalarios, que pertenecen a la DIRIS Centro de Lima, los cuales permitieron llevarnos magnos conocimientos y un gran desarrollo de aptitudes y destrezas. En nuestro caso, el internado tuvo una duración de 10 meses, que inició el uno de abril del año 2023 y culminó el 31 de enero 2024.

En el presente trabajo, vamos a presentar diversos casos que hemos conocido, vivencias que hemos pasado a lo largo del internado, así como también los aprendizajes que hemos tenido, en nuestro último año, en la carrera de Medicina Humana.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Paciente femenina de 9 años natural y procedente de San Juan de Miraflores que acude a emergencia por presentar un tiempo de enfermedad de 10 días caracterizado por presentar tos productiva, rinorrea, sensación de alza térmica y que días después se le agregó dolor abdominal tipo cólico difuso, no irradiado que cedía parcialmente a analgésicos. Dos días antes del ingreso comenzó a notar lesiones eritematosas en los miembros inferiores. Un día antes del ingreso presentó artralgias en ambos tobillos y rodillas y comenzó a evidenciar leve aumento de volumen en los miembros inferiores, motivo por el cual deciden acudir a emergencia en donde la evalúan y deciden su hospitalización.

Funciones biológicas: se encuentran conservadas. Como antecedentes fisiológicos es producto de 2º gestación, nacida por cesárea por haber presentado trabajo de parto prolongado y feto podálico, desarrollo psicomotor normal y vacunas completas. No refieren antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia.

Funciones vitales: PA: 110/70, FC: 108x', FR: 20x', Temperatura: 36.8°C, SatO2: 99 %

Al examen físico: REG, REH, REN, afebril, ventilando espontáneamente, peso: 22 kg.

Piel y TCSC: Piel elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos. Presenta diversas lesiones purpúricas en miembros inferiores de aproximadamente 1 centímetro, asimismo en el tobillo presenta otra lesión purpúrica de aproximadamente 4x3 centímetros con prurito. Presenta leve edema en miembros inferiores +/-+++, presenta adenopatías cervicales sin dolor.

Orofaringe: Eritematosa sin presencia de placas ni exudados.

Aparato locomotor: Presenta limitación funcional en miembros inferiores con dolor a la palpación y a la movilización pasiva. No presenta calor ni rubor.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Presenta amplexación simétrica de la caja torácica sin presencia de tirajes.

Aparato cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Abdomen: Blando, depresible. Leve dolor a palpación profunda. No se palpan masas ni visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes y adecuados.

Genitourinario: PPL -, PRU -

Sistema nervioso central: Despierta, colaboradora, reactiva a estímulos. No presenta signos meníngeos ni de focalización. Orientada en tiempo, espacio y persona con una escala de Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Se le solicitó hemograma completo, perfil de coagulación, urea, creatinina, PCR, TGO, TGP y además se le solicitó estudios de imágenes como una ecografía de abdomen y radiografía de tórax.

Entre los resultados tenemos hemoglobina: 13.6, leucocitos 10800, segmentados: 75 %, plaquetas: 350000, PCR: 4.28, urea: 19, creatinina: 0.43, TGO: 18, TGP: 8. En la ecografía de abdomen hecha se informó que no se evidenciaron alteraciones significativas en las diferentes estructuras abdominales. En la radiografía de tórax se informó presencia de densidad pulmonar adecuada, sin alteraciones patológicas.

Diagnóstico: Púrpura de Henoch Schönlein.

Plan de trabajo

Dieta blanda + líquidos a voluntad

Dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20 % 40 cc + CLK 20 % 10 cc

Metamizol 440 mg endovenoso condicional a dolor intenso o fiebre

Paracetamol 330 mg vía oral cada 8 horas

Prednisona 40 mg vía oral

Control funciones vitales

Caso clínico n.º 2

Paciente femenina de 15 años, natural y procedente de San Juan de Miraflores, que ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por presentar inicialmente cefalea, sensación de alza térmica. 2 días antes del ingreso se le agregó náuseas, vómitos alimenticios 5 veces por día, dolor abdominal tipo cólico y heces líquidas con moco y con sangre 6 veces por día. El día del ingreso continuó con la misma sintomatología presentando episodios de vómitos 6 veces por día y heces líquidas con moco y sangre hasta 9 veces por día, motivo por el cual deciden acudir a emergencia en donde la evalúan y deciden su hospitalización.

Funciones biológicas: el apetito se encuentra disminuido y la sed aumentada, resto sin alteraciones. Como antecedentes fisiológicos es producto de una primera gestación, nacida de parto eutócico con 3900 gramos y 49 centímetros. Madre refiere desarrollo sicomotor adecuado y vacunas completas para su edad. No refieren antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia.

Funciones vitales: PA: 105/70, FC: 114x', FR: 18x', Temperatura: 36.7°C, SatO₂: 98 %

Al examen físico: REG, MEH, REN, afebril, ventilando espontáneamente, peso: 36.5 kg.

Piel y TCSC: Piel elástica, poca hidratada, llenado capilar <2 segundos. Presenta discreta palidez. Mucosa sea, labios reseca, ojos hundidos. No presenta signo del pliegue. No presenta edema ni adenomegalias.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Presenta amplexación simétrica de la caja torácica sin presencia de tirajes.

Aparato cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Abdomen: Blando, depresible. Presenta dolor a palpación profunda en mesogastrio. No se palpan masas ni visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Sistema nervioso central: Despierta, colaboradora, reactiva a estímulos. No presenta signos meníngeos ni de focalización. Orientada en tiempo, espacio y persona con una escala de Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Se le solicitó hemograma completo, urea, creatinina, electrolitos, TGO, TGP, PCR y serológicos.

Entre los resultados tenemos hemoglobina: 11, hematocrito: 31 %, leucocitos: 4820, segmentados: 61 %, linfocitos: 23 %, monocitos: 12 %, urea: 18, creatinina: 0.66, sodio: 138, cloro: 106, potasio: 3.3. PCR: 5.2 y serológicos negativos

Diagnóstico: Diarrea aguda disintérica.

Plan de trabajo:

Dieta blanda + líquidos a voluntad

NaCl 0.9 % 500 cc endovenoso/hora por 3 horas y luego

Dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20 % 40 cc + CLK 20 % 10 cc

Omeprazol 40 mg endovenoso

Metamizol 750 mg endovenoso condicional a fiebre

Azitromicina 370 mg vía oral

Control de funciones vitales

1.2. Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 3

Paciente femenino de 32 años natural y procedente de San Martín, no presentando historiales familiares ni personales de neoplasias, acude a la institución por presentar un tiempo de enfermedad de 6 meses caracterizado por presentar dolor con un EVA 7/10, aumento de volumen y limitación funcional en la rodilla izquierda. Como antecedente personal se ha sometido a una cirugía de rodilla izquierda en otra institución (OI) por probable sinovitis hace 9 años. Asimismo, refiere someterse a una biopsia en OI hace 1 mes con resultado anatomopatológico de liposarcoma por lo que acude al INEN.

La paciente se realiza una resonancia magnética (RM) de muslo izquierdo el día 07/08/2023 en donde se puede ver una lesión neoformativa en el tercio distal del muslo izquierdo que llega a infiltrar el cóndilo femoral lateral en relación con la lesión sarcomatosa de alto grado que llega a desplazar estructuras vasculares poplíteas hacia la línea media, siendo tributaria a tratamiento quirúrgico, por lo cual se procede a hospitalizar.

Disposición: Amputación supracondílea de fémur izquierdo

Funciones vitales: PA: 125/80 FC: 88x' FR: 18x' Temperatura: 36.6°C SatO2: 98 %

Al examen físico: AREG, AREH, AREN, lúcida, afebril, ventilando espontáneamente

Piel y TCSC: Sin lesiones, tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Matidez conservada. No se palpan masas ni visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes y adecuados.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Aparato locomotor: Miembro inferior izquierdo presenta tumoración a nivel de rodilla de 10 x 11 centímetros, de consistencia dura, adherida, no móvil, con bordes regulares, no ulcerada, con leve limitación funcional.

Sistema nervioso central: Despierta, reactiva a estímulos. Pupilas isocóricas y foto reactivas. No presenta signos meníngeos ni de focalización. Orientada en tiempo, espacio, persona con una escala de Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Posee una hemoglobina de 13.4, hematocrito: 40.5, leucocitos: 7.22, urea: 4.1, creatinina: 45

Dentro de las imágenes tenemos una resonancia magnética del muslo izquierdo en la cual se aprecia lesión con medidas de 11 x 10.8 x 12 centímetros en el tercio distal del muslo izquierdo que infiltra el cóndilo lateral femoral. Se puede evaluar que el resto de los grupos musculares representados demuestran caracteres morfológicos normales y simétricos con respecto a sus homólogos contralaterales. Además, no se identifican ocupantes de espacio, imágenes nodulares ni alteraciones focales de la intensidad de señal. En cuanto al tejido celular subcutáneo tampoco presenta alteraciones morfológicas o de señal que evidencian presencia de lesiones inflamatorias o secuelas traumáticas.

Diagnóstico: Liposarcoma en el tercio distal del muslo izquierdo.

Plan de trabajo: Dieta completa + líquidos a voluntad. NPO desde las 22:00 horas.

CFV

Cefazolina 2 gramos endovenoso presop

Paracetamol 1 gramo vía oral cada 08 horas

Tramadol 50 mg vía oral condicional a dolor

Aseo corporal total

Medias anti embólicas

Caso clínico n.º 4

Paciente femenino de 45 años natural y procedente de Lima, sin presencia de historial familiar de neoplasias. Como antecedente personal se ha realizado biopsia y curetaje en OI en el año 2010 y ha recibido 27 sesiones de radioterapia en el dorso del pie derecho desde el 26/0/2010 al 05/09/2010, presentando posteriormente controles negativos hasta febrero del 2013. El 22/02/2013 se le realiza exéresis de tumor de partes blandas con resultado anatomopatológico de dermis por tumor de células gigantes con metaplasia ósea asociada. Posterior a ello la paciente presentó controles negativos hasta noviembre de 2015, en donde vuelve a presentar recurrencia de la enfermedad. Presenta un informe de radiografía de pie derecho con fecha 17/11/2015 en donde se aprecia lesión lítica en la tercera cuña del pie derecho de rango estacionario comparándolo con un estudio previo con fecha 17/10/2014.

Durante el mes de julio del año 2016 se vuelve a realizar una exéresis de tumor de la cuña del tarso del pie derecho con resultado anatomopatológico de tumor de células gigantes viable, posterior a ello ha vuelto a recibir 30 sesiones de radioterapia desde el 23/08/2016 al 05/10/2016. Paciente acude al INEN por presentar un tiempo de enfermedad de 7 meses caracterizado por presentar dolor con un EVA de 8/10, aumento de volumen y limitación funcional en el pie derecho, motivo por el cual junto con los antecedentes se decide hospitalizar para efectuar el tratamiento quirúrgico.

Disposición: Debridación de tejido de granulación.

Funciones vitales: PA: 120/50 FC: 82x' FR: 20x' Temperatura: 36.8°C SatO2: 99 %

Al examen físico: AREG, AREH, AREN, lúcida, afebril, ventilando espontáneamente

Piel y TCSC: Sin lesiones, tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Matidez conservada. No se palpan masas ni visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes y adecuados.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Aparato locomotor: Pie derecho presenta tumoración sin signos de flogosis. Refiere dolor a la movilización.

Sistema nervioso central: Despierta, reactiva a estímulos. Pupilas isocóricas y foto reactivas. No presenta signos meníngeos ni de focalización. Orientada en tiempo, espacio, persona con una escala de Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Posee una hemoglobina de 14.1, hematocrito de 42.3, leucocitos: 5.7, urea: 4.3, creatinina: 51.

Dentro de las imágenes tenemos una TEM de pie derecho sin contraste en la cual se evidencian cambios postquirúrgicos caracterizados por ausencia del

hueso cuneiforme lateral con área de esclerosis a nivel del hueso cuneiforme intermedio. Asimismo, hay presencia de tejido hipodenso de morfología irregular con burbujas de aire en su interior, localizado hacia el aspecto dorsal y externo del pie, siendo un hallazgo sospechoso de la persistencia de la enfermedad previa vs el diferencial de osteomielitis.

Diagnóstico: Tumor óseo de células gigantes.

Plan de trabajo: Dieta completa + líquidos a voluntad. NPO desde las 22:00 horas.

CFV

Cefazolina 2 gramos endovenoso presop

Omeprazol 20 mg vía oral

Paracetamol 1 gramo vía oral cada 08 horas

Tramadol 50 mg vía oral condicional a dolor

Aseo corporal total

Medias anti embólicas

1.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 5

Paciente femenina de 30 años natural y procedente de Los Olivos que acude a emergencia por presentar un tiempo de enfermedad de 04 días caracterizado por la presencia de sangrado vía vaginal y dolor pélvico moderado que se irradia hacia la zona lumbar izquierda que no calma con analgésicos, motivo por el cual es evaluada y se indica su hospitalización.

Funciones biológicas: apetito y sueño disminuido. No presenta antecedentes personales patológicos. En cuanto a sus antecedentes quirúrgicos se sometió a cesárea hace 2 años por decisión propia. Como antecedentes familiares ambos padres sufren de hipertensión arterial y Diabetes mellitus. Entre sus antecedentes gineco obstétricos se produjo su menarquia a los 15 años, inició su vida sexual a los 17, número de parejas sexuales: 1, no usa métodos anticonceptivos, PAP negativo siendo su última revisión hace 4 meses, fecha de última regla hace 5 semanas (29/05/2023). La paciente es G3 P2002.

Funciones vitales: PA: 100/60, FC: 110x', FR: 20x', Temperatura: 36.6°C, SatO2: 98 %

Al examen físico: REG, REH, REN, afebril, ventilando espontáneamente, fascie álgica.

Piel y TCSC: Piel elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos. No presenta lesiones, edemas ni adenopatías.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Presenta amplexación simétrica de la caja torácica sin presencia de tirajes.

Aparato cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Abdomen: Blando, depresible. Muy doloroso a la palpación tanto superficial como profunda a predominio de fosa ilíaca izquierda. Presenta signo de rebote positivo. Ruidos hidroaéreos presentes.

Sistema nervioso central: Despierta, colaboradora, álgica, reactiva a estímulos. No presenta signos meníngeos ni de focalización. Orientada en tiempo, espacio y persona con una escala de Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Se le solicitó hemograma completo, perfil de coagulación, BHCG y además se le solicitó estudios de imágenes como una ecografía transvaginal (TV).

Los resultados más destacados fueron: Hemoglobina: 10.8, BHCG: 12720. Asimismo, en la ecografía TV se describe un útero AVF de 87.9 x 68 x 50.5 milímetros, el ovario derecho se encontró con un tamaño de 31.9 x 19.3 milímetros junto con presencia de líquido peri ovárico, además se vio al ovario izquierdo de 31.8 x 19.6 milímetros y contiguo a éste se apreció una

tumoración oval heterogénea de 39.4 x 13.9 x 45.5 milímetros avascular al Doppler y presencia de líquido libre en el fondo de saco de Douglas, por lo cual se concluye presencia de tumoración anexial izquierda a considerar ectópico tubárico, por lo cual se prepara para SOP.

Diagnóstico: Embarazo ectópico

Plan de trabajo

NPO

Vía salinizada

NaCl 0.9 %

Preparar para laparoscopia

Control de funciones vitales

Caso clínico n.º 6

Paciente femenina de 43 años natural y procedente de Piura que ingresa con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 20 días caracterizado por presentar su periodo menstrual asociado a dolor pélvico moderado que logra calmar con AINES, sin embargo, con el pasar de los días, el dolor se va acentuando más y ya no cede con analgésicos, por lo que decide acudir a un centro de su salud de su localidad en donde le realizan un examen de orina y deciden iniciar antibiótico terapia intramuscular por 5 días. Tres días antes del ingreso, vuelvo a presentar su periodo menstrual acompañado de un dolor insoportable que no calma con analgésicos, motivo por el cual decide venir a Lima en donde la evalúan y deciden su hospitalización.

Funciones biológicas: sueño disminuido. Como antecedentes personales patológicos y quirúrgicos se narra que se sometió a una polipectomía cervical en el año 2013 y a una laparotomía exploratoria por una salpingo-ooforectomía izquierda. En sus antecedentes familiares menciona que su madre padece de diabetes *mellitus*. Asimismo, en los antecedentes gineco obstétricos es G0P0, tuvo su menarquia a los 12 años, inició su vida sexual a los 35 años, no suele usar métodos anticonceptivos, saldría: 4, PAP negativo

siendo la última vez el 2019 y fecha de última regla fue el 07/07/2023, tres días antes del ingreso.

Funciones vitales: PA: 120/70, FC: 105x', FR: 18x', Temperatura: 38.5°C, SatO2: 98 %

Al examen físico: REG, REH, REN, febril, ventilando espontáneamente, fascie álgica.

Piel y TCSC: Piel elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos. No presenta lesiones, edemas ni adenopatías.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Presenta amplexación simétrica de la caja torácica sin presencia de tirajes.

Aparato cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Abdomen: Distendido. Muy doloroso a la palpación tanto superficial como profunda en el hemiabdomen inferior. Se palpa masa hasta cicatriz umbilical.

Presenta signo de rebote positivo. Ruidos hidroaéreos presentes.

Sistema nervioso central: Despierta, colaboradora, álgica, reactiva a estímulos. No presenta signos meníngeos ni de focalización. Orientada en tiempo, espacio y persona con una escala de Glasgow 15/15.

Al tacto vaginal: Se palpa cérvix anterior retraído hacia el lado izquierdo doloroso a la movilización, orificios entreabiertos. Se palpa masa con aumento de consistencia retro uterina muy dolorosa a la palpación. Vagina caliente.

Exámenes de laboratorio: Se le solicitó hemograma completo, perfil de coagulación, examen de orina, serológicos, urea, creatinina, PCR y además se le solicitó estudios de imágenes como una ecografía transvaginal (TV).

Los resultados más destacados fueron: Hemoglobina: 8.69, leucocitos: 19890, abastionados: 7 %, PCR: 18.7, en el examen de orina se encontró: 6-8 leucocitos por campo, 2-4 hematíes por campo. Asimismo, en la ecografía TV se describe un útero de ecogenicidad heterogénea en AVF, con una superficie irregular de 110 x 70 x 94 milímetros y también se aprecian 2 miomas en su cara anterior de 8 x 17 mm y 76 x 52 mm. Además, en el ovario derecho se apreció una imagen tumoral de 113 x 104 mm multiquística con ecogenicidad de baja intensidad en su interior siendo el de mayor tamaño de 75 x 87 mm. El ovario izquierdo estuvo ausente por el antecedente quirúrgico y el fondo de saco de Douglas estuvo libre, por lo cual se concluyó en la presencia de miomatosis uterina y tumoración anexial derecha complicada con absceso, por lo cual se prepara para SOP.

Diagnóstico: Miomatosis uterina y absceso anexial derecho

Plan de trabajo

NPO

Vía salinizada

Ceftriaxona 2 gramos endovenoso STAT

Transfusión de 3 paquetes globulares STAT

Hemoglobina y hematocrito post transfusión

Preparar para laparotomía exploratoria de emergencia

1.4. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 7

Paciente varón de 74 años natural y procedente de Lima, que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 30 minutos caracterizado por presentar náuseas, vértigo y minutos después ataxia, disartria y bradilalia mientras se encontraba llevando a su esposa a un examen radiológico dentro

del nosocomio. Dicha sintomatología no estuvo asociado a cefalea ni palpitaciones previas, por lo cual se dispuso que se quede en observación.

Funciones biológicas: Apetito se encuentra disminuido y el sueño aumentado. Como antecedentes refiere presentar Diabetes mellitus tipo 2 desde hace 7 años con tratamiento irregular con metformina y ser hipertenso desde hace 7 años con tratamiento irregular con losartán. Asimismo, refiere fumar 1 cajetilla y media de manera diaria desde que era joven. En antecedentes familiares refiere que su madre y su hermana fallecieron por cáncer de pulmón y de útero respectivamente.

Durante su estadía en observación presenta una caída brusca del estado de consciencia, así como también dificultad respiratoria y deterioro del estado de consciencia, motivo por el cual pasa a la unidad de trauma shock y proceden a hacerle una intubación orotraqueal con previa sedación con midazolam y fentanilo.

Funciones vitales: PA: 152/73 FC: 81x' FR: 16x' Temperatura: 36.4°C SatO2: 84 %

Al examen físico: MEG, MEH, MEN, afebril, ventilando con apoyo de una cánula binasal a 5 litros espontáneamente con sonda nasogástrica permeable Piel y TCSC: Sin lesiones, tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos, onicomycosis ungueales en las 4 extremidades. Presenta leve edema en miembros inferiores +/-+++, no presenta adenopatías.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, se auscultan roncales difusos en base del hemitórax derecho. Presenta amplexación simétrica de la caja torácica sin presencia de tirajes.

Aparato cardiovascular: Ritmos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Matidez conservada. No se palpan masas ni visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes y adecuados.

Genitourinario: Portador de Sonda Foley permeable. PPL (-), PRU (-)

Sistema nervioso central: Soporoso, confuso, reactivo a estímulos. Presenta déficit motor derecho, disartria y ataxia. No presenta signos meníngeos ni de focalización. Orientado en persona, no orientado en espacio ni tiempo con una escala de Glasgow 12/15.

Diagnóstico: Accidente cerebrovascular.

Plan de trabajo

Se le solicitó hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, CPK total, CK-MB, troponina, PCR, análisis de gases arteriales (AGA) y además se le solicitó estudios de imágenes como una radiografía de tórax y una TEM cerebral.

Los resultados más destacados fueron: leucocitos: 15970, segmentados: 91.1 %, CPK total: 578.8, CK-MB: 16, troponina I: 0.16, PCR: 58. En el AGA se encontró un pH: 7.405, pO₂: 40.2, SO₂: 85.3 %, pCO₂: 37.2, HCO₃: 22.9, lactato: 1.09, PaFiO₂: 99.7. En la radiografía de tórax se encontró una condensación en el hemitórax derecho, índice cardiorácico aumentado, botón aórtico prominente, mientras que en la TEM cerebral se encontró atrofia subcortical, no se encontró sangrado y hubo presencia de una lesión hipodensa en el núcleo basal derecho. Con todo esto se decide la hospitalización del paciente en el Servicio de Medicina Interna.

Caso clínico n.º 8

Paciente varón de 84 años, natural y procedente de Apurímac, que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 meses caracterizado por presentar aumento de volumen en los miembros inferiores a predominio del miembro inferior izquierdo, que días después comienza a acompañarse de dolor que limita la deambulaci3n. Al mismo tiempo sus

familiares refieren que empezaron a notar que el paciente comenzaba a agitarse más cuando caminaba por el parque.

Dos semanas antes del ingreso aparece un cambio en la coloración de la piel del miembro inferior izquierda a un tono blanquecino y presencia de frialdad distal, motivo por el cual acude al centro de salud de su comunidad en donde le recetan analgésicos, sin embargo notan que no hace efecto debido a que el dolor continúa, además de que la palidez y la frialdad distal se van acentuando, por lo que deciden acudir al hospital de Apurímac, sin embargo en dicho nosocomio no contaban con especialistas que puedan ayudarlo, por lo que les sugieren acudir por emergencia al hospital en donde al llegar se procede a su hospitalización en el Servicio de Medicina Interna.

Funciones biológicas: Apetito disminuido y sueño aumentado. El paciente niega antecedentes personales patológicos y quirúrgicos. Refiere no fumar y no consumir alcohol desde hace 10 años. Como antecedentes familiares refiere que sus madres fallecieron por causas naturales, refiere que tiene 4 hijos aparentemente sanos y refiere haber tenido 6 hermanos, de los cuales 2 fallecieron por accidente y 1 por infarto.

Durante su hospitalización cursó con un episodio de desaturación llegando a una SatO₂: 83-85 %, por lo cual se llama a médico de guardia el cual menciona que impresiona tromboembolismo pulmonar, por lo cual se decide colocar apoyo ventilatorio con máscara de Venturi con FiO₂ al 50 %, inicio de anticoagulación y un angiotem.

Funciones vitales: PA: 130/75 FC: 94x' FR: 19x' Temperatura: 36.8°C SatO₂: 94 %

Al examen físico: REG, REH, REN, afebril, ventilando espontáneamente
Piel y TCSC: Piel elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos, onicomiosis ungueales en los miembros inferiores. Presenta leve edema en miembros inferiores +/-+++, no presenta adenopatías.

Aparato locomotor: Presenta frialdad distal en el miembro inferior izquierdo, piel tibia en miembro inferior derecho. Signo de Homans +

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Presenta amplexación simétrica de la caja torácica sin presencia de tirajes.

Aparato cardiovascular: Ritmos cardíacos arrítmicos, no se auscultan soplos. Ingurgitación yugular + y reflujo hepatoyugular +. Pulso poplíteo, tibial posterior y pedio +/+++.

Abdomen: Globuloso, distendido. Se aprecian telangiectasias. No doloroso a palpación superficial ni profunda. Matidez conservada. No se palpan masas ni visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes y adecuados.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Sistema nervioso central: Despierto, reactivo a estímulos. Obedece órdenes simples. No presenta signos meníngeos ni de focalización. Confundido en espacio, orientado en tiempo y persona. Escala de Glasgow 13/15.

Diagnóstico: Tromboembolismo pulmonar.

Plan de trabajo

Se le solicitó hemograma completo, perfil de coagulación, urea, creatinina, PCR, troponina I, CK-MB, análisis de gases arteriales y además se le solicitó estudios de imágenes como una radiografía de tórax, eco Doppler y un angiotem de tórax.

Los resultados más destacados fueron: PCR: 20.2, CK-MB: 26. En el AGA se encontró un pH: 7.435, pO₂: 79.6, SO₂: 93.6 %, pCO₂: 34.7, HCO₃: 23.5, lactato: 1.08, PaFiO₂: 88.4. En el eco Doppler se evidenció un sistema venoso superficial competente y una trombosis venosa poplíteo de 11 x 8 x 33 milímetros que obturaba >90 % del lumen. En la radiografía de tórax se encontró un aumento de trama perihilar bilateral, derrame pleural basal

izquierdo, proceso parenquimal peri hilar izquierdo, signo de la Palla. En el angiotem se observó un patrón de panal de abeja, presencia de bronquiectasias, derrame basal izquierdo y oligohemia pulmonar.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Nuestro internado fue realizado en 4 magnos hospitales localizados en la capital del Perú. El primero fue el hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé el cual está ubicado en la avenida Alfonso Ugarte 825. En un principio este nosocomio estaba dedicada su atención a personas de raza negra, sin embargo, hoy en día está enfocado en lograr el bienestar en la salud sexual y reproductiva de la mujer, del niño y del adolescente (3). En el año 2019 este nosocomio recibió la categoría III-E, por lo cual se le reconoce como un hospital con atención especializada (4). Este hospital cuenta con diversos servicios, dentro de los cuales tenemos al de ginecoobstetricia, medicina materno fetal, reproducción humana, ginecología oncológica, neonatología, lactantes, pediatría, entre muchos otros (3).

Otro establecimiento en donde desarrollamos nuestro internado es el Instituto Nacional de Enfermedad Neoplásicas – INEN, el cual está ubicado en la avenida Angamos Este 2520 en Surquillo y que posee una complejidad de III-2, fue creado para brindar una atención más especializada a aquellos pacientes que sufren de procesos neoplásicos, siendo un instituto referente a nivel nacional (5). Este establecimiento trabaja en autonomía, pero también en convenio con el MINSA y la DIRIS Centro. Dicho instituto cuenta con diversos servicios tales como cirugía oncológica, el cual se subdivide en cirugía de cabeza y cuello, mamas, y tejidos blandos, tórax, abdomen, ortopedia, neurocirugía y cirugía plástica; además cuenta con medicina oncológica y diversas especialidades médicas, tales como oftalmología, patología, cardiología, neumología, entre muchos otros (6).

El siguiente establecimiento donde continuamos con nuestro internado es el Hospital Nacional Dos de Mayo, cuyos orígenes se remontan a la construcción del Hospital Nuestra Señora de la Concepción inaugurado el año 1538, sin embargo, con el pasar de los años y la creciente demanda de la población fue necesario pasar a ser un establecimiento más grande, por el cual fue denominado el Hospital Real de San Andrés. Los años seguían pasando y la

demanda de la población crecía mucho, por lo cual era necesario crear otro hospital mucho más grande, es ahí en donde el 28 de febrero de 1875 se crea este hospital (7). Este hospital está ubicado a la altura de la cuadra 13 de la avenida Miguel Grau y viene a ser un establecimiento con una categoría III-1, siendo un establecimiento referente nacional. Actualmente este nosocomio está enfocado en ofrecer a la población servicios de salud de calidad, priorizando a las personas más vulnerables en cualquier etapa de su vida. Cuenta con diversos departamentos, entre los cuales tenemos al de medicina, al de especialidad médicas, cirugía, cirugía de tórax y cardiovascular, pediatría, ginecoobstetricia, entre muchos (8).

El próximo establecimiento en donde continuamos el internado es el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña – INSN, el cual está ubicado en la avenida Brasil 600 en Breña. Este establecimiento fue inaugurado el 1 de noviembre del año 1929 y actualmente es un establecimiento con una categoría III-2 y un establecimiento de referencia a nivel nacional. El fin de este nosocomio es brindar servicios de salud que sean integrales enfocados en la población pediátrica del país (9). Cuenta con una gran diversidad de servicios y una amplia gama de especialidades entre los cuales, por mencionar a algunas, están los de medicina, otorrinolaringología, dermatología, cardiología, neumología, cirugía, salud mental, odontología, diagnóstico por imágenes, servicio social, MAMIS, entre muchos otros (9).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

El diagnóstico, en el presente caso, fue de una púrpura de Henoch Schönlein. También llamada por vasculitis IgA, viene a ser una vasculitis de pequeños vasos, de origen autoinmune caracterizada por el depósito de complejos inmunes de IgA1, por el fenómeno de leucocitoclasia y por presentar púrpuras sin presencia de plaquetopenia o problemas en la coagulación (10). Viene a ser una de las vasculitis más comunes en niños, aunque también se han visto casos en el adulto. Suele presentarse más entre los 3 a 15 años y es más frecuente su aparición en el sexo masculino (11).

Se ha visto que esta enfermedad aparece con cambios estacionales, preferiblemente en invierno, debido que hasta en un 50 % de los casos han sido precedidos por alguna infección del aparato respiratorio (11).

En cuanto a su etiopatogenia no es conocida completamente, sin embargo, se ha visto relacionada con el antecedente de infecciones respiratorias dadas por Mycoplasma, estreptococo betahemolítico o por virus como el de Epstein-Barr. Como es una vasculitis mediada por IgA, habrá un aumento en la producción de éste, aumentando su formación de inmunocomplejos que se llegarán a situarse en diversas partes, tales como la piel, los intestinos y el glomérulo renal, y llega a originar una respuesta inflamatoria causando una vasculitis leucocitoclástica con posterior necrosis en los vasos pequeños (12).

Entre sus manifestaciones tenemos a la tétrada clásica en donde se encuentra la presencia de púrpura palpable sin plaquetopenia, dolor en las articulaciones, dolor abdominal y afección renal. Esta clínica puede tener su desarrollo en días o semanas y el orden que aparecen las manifestaciones no siempre es la misma (11) (12). Su diagnóstico suele ser clínico basándose en la tétrada clásica ya que no hay una prueba de laboratorio que sea específicamente para esta enfermedad, pero puede ser útil para valorar el nivel de afección que se tendría a nivel renal, así como también para descartar

el diagnóstico diferencial con otras enfermedades (13). En aquellos pacientes en los que a clínica no sea muy florida o tengan presentaciones inusuales, una biopsia del órgano afectado puede ayudar al diagnóstico si es que se encuentra vasculitis leucitoclástica con inmunocomplejos de IgA (10).

El tratamiento de esta vasculitis puede ser conservadora con analgésicos y reposo si es que la púrpura no es severa, no presenta necrosis ni hay afección renal. Los AINES poseen un efecto de antiagregante plaquetario por lo que estaría contraindicado en pacientes con hemorragia digestiva o con insuficiencia renal. Para el dolor abdominal, los espasmódicos pueden ser gran ayuda (10). El uso de corticoides es controvertido, ya que pueden ayudar a disminuir el dolor articular, abdominal, pero no previene la afección renal ni sus recurrencias. Su dosis debe ser de 1-2 mg/kg por día y en casos más graves puede usarse metilprednisolona de 10-30 mg/kg por día (12).

Caso clínico n.º 2

El diagnóstico en el presente caso fue de una diarrea disentérica. La diarrea aguda es definida como 3 o más evacuaciones líquidas por día durante 3 a 14 días (14). Viene a ser la segunda causa de muerte infantil a nivel mundial con mayor prevalencia en países subdesarrollados (15). En nuestro país es una causa importante con gran morbimortalidad más que todo en menores de 5 años primordialmente por la deshidratación, siendo más frecuente en el área rural que en la urbana y principalmente en zonas de la selva, seguido de la sierra y por último de la costa (14).

Según su etiopatogenia en menores de 2 años el rotavirus es el agente causal más frecuente de las diarreas acuosas, mientras que de las disentéricas en el mismo grupo etario el *Campylobacter jejuni* es las más frecuente. Asimismo, en mayores de 5 años el agente causal más frecuente de las diarreas acuosas es en *E. coli* enterotoxigénico, mientras que en mayores de 5 años viene a ser la *Shigella flexneri* (15) (16). Entre los factores de riesgo tenemos a las precarias condiciones sociales, de higiene y sanitarias, lo que condiciona a la ingesta contaminada de agua y de alimentos (14).

Generalmente la diarrea aguda es una enfermedad que se autolimita, hay presencia de heces líquidas que pueden ser acuosas o con presencia de moco y sangre cuando son diarreas disintéricas, además pueden estar acompañadas de náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre o signos de deshidratación (14) (15).

El objetivo del tratamiento en las diarreas es reponer las pérdidas de líquidos y mantener un adecuado estado nutricional el paciente. La rehidratación puede ser oral o endovenoso dependiendo del grado de deshidratación que posea el paciente (16). En cuanto a la alimentación es necesario su reinicio precoz tras la fase de rehidratación dado que un ayuno prolongado y una mala nutrición conducen a la presencia de atrofia vellositaria y mayor permeabilidad de la mucosa, dilatando el tiempo de enfermedad. En cuanto a los antimicrobianos no están indicados de inicio dado que la gran mayoría de diarreas son de origen viral, sin embargo, en diarreas mesentéricas es necesario el uso de antimicrobianos, estando a la cabeza el uso de los macrólidos (14) (15). En relación con las vitaminas y minerales, se ha visto que el zinc ha demostrado lograr una reducción en cuanto a la gravedad y al tiempo de duración de la enfermedad en países que están en vías de desarrollo. Asimismo, la vitamina A ha demostrado una disminución en cuanto a su gravedad y mortalidad, pero no demostró efecto alguno sobre el tiempo de duración de la enfermedad (15).

3.2. Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 3

El diagnóstico del caso fue de un liposarcoma en el tercio distal del muslo izquierdo, por lo cual se tuvo la disposición de realizar una amputación supracondílea de fémur izquierdo al día siguiente de su internamiento. La cirugía tuvo una duración de una hora con veinte minutos y no hubo presencia de complicaciones, volviendo a piso el mismo día de la cirugía. Durante su estancia en piso no hubo presencia de alguna complicación, llegando a cumplir cada doce horas con la limpieza de la herida quirúrgica, siempre dejándola con gasas y vendas limpias y secas. Al no haber mayores complicaciones se dispuso su alta 3 días después de haber sido hospitalizada,

yéndose con tratamiento antibiótico con cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas durante siete días y tratamiento analgésico para el dolor, con control posterior por el consultorio externo de Ortopedia oncológica en una semana.

Esta neoplasia es de tipo mesenquimatosa que afecta a los tejidos blandos. Su frecuencia en varias partes del cuerpo se relaciona con el subtipo presente, siendo el des diferenciado mucho más frecuente en zonas retroperitoneales y el mixoide más frecuente a nivel de los miembros inferiores (17) (18). Viene a ser e tipo de sarcoma que afecta los tejidos blandos más frecuente a nivel mundial y se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, asimismo su promedio de edad en la cual se diagnostica viene a ser los 50 años, aunque se han visto casos de niños que lo han presentado (17).

Su etiopatogenia depende del subtipo, siendo el des diferenciado el des diferenciado con un marcador enorme de diagnóstico y un cromosoma en anillo, el cual hará que haya una proliferación celular de forma descontrolada. En cuanto al subtipo mixoide habrá una translocación entre los cromosomas 12 y 16, lo que unirá a los genes FUS y DDIT3 lo que suscitará a una proliferación descontrolada del ciclo celular. Habrá mutaciones en varias vías cuyo fin es suprimir los tumores, tales como RB1, NF1 y el p53, por lo cual puede explicar el carácter agresivo de esta neoplasia (17).

Su clínica suele ser variable, por la localización que pueda presentar, por lo que hay que reconocerlo como un diferencial cuando hay: tumoración, el motivo de consulta más frecuente entre los pacientes, que suele ser indolora y que progresivamente aumentó de tamaño, siendo pronóstico menos favorable los de más de 5 centímetros. El dolor es otra de las manifestaciones que pueda presentar, que representa que localmente la enfermedad está avanzada y se da debido a la compresión de estructuras por parte del tumor. La ulceración es una manifestación muy poco frecuente pero que puede darse más aún si anteriormente hubo presencia de biopsias incisionales o drenajes hechos por error (18).

Su sospecha diagnóstica puede estar dada por la clínica del paciente, sin embargo, para poder llegar al diagnóstico definitivo es necesario una confirmación histológica dada por una biopsia, las cuales pueden obtenerse de manera incisional, excisional o por punción percutánea, que generalmente es la mejor tolerada (18). El diagnóstico imagenológico es de gran ayuda en estos casos, teniendo a la ecografía de partes blandas como estudio inicial, la tomografía que ayuda a la estadificación de la enfermedad o la resonancia magnética que aporta una mayor resolución a nivel de las estructuras musculares y vasculares (17) (18).

El manejo de esta enfermedad tiene que ser de forma multidisciplinaria, por lo cual es importante la integración de diversos especialistas. El tratamiento en sí dependerá de varios factores, tales como el subtipo, la localización, la extensión y la etapa en sí de la neoplasia, siendo la indicación primaria la resección quirúrgica completa, ya que si se logra antes de que se haya producido diseminación de la enfermedad es posible que se logre su cura sin otros tratamientos agregados. También pueden usarse la radioterapia y quimioterapia, llegando a demostrar una menor recidiva de la enfermedad a largo plazo, pero sin mejoría en la sobrevida (18) (19).

Caso clínico n.º 4

El diagnóstico del caso fue de un tumor óseo de células gigantes (TCG), por lo que se dispuso la debridación del tejido de granulación un día después de hospitalizarse. La cirugía tuvo una duración de 50 minutos y no hubo presencia de complicaciones postoperatorias, volviendo a piso el mismo. La evolución de la paciente fue favorable, con la indicación de realizar limpieza quirúrgica en el sitio operatorio. Al no haber mayores interurrencias se dispuso su alta a los dos días de haber sido internado, dándose de alta con tratamiento antibiótico con cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas por siete días y analgésicos, con cita para su control por el consultorio de Ortopedia oncológica en 1 semana.

Este tumor es una neoplasia dada a partir de células mesenquimatosas, siendo considerada una neoplasia benigna, pero con gran agresividad y

capacidad para diferenciarse y hacer metástasis (20). Suele afectar con mayor frecuencia a personas adultas que están entre la segunda y cuarta década de vida, siendo muy raro en pediatría y teniendo mayor inclinación hacia el sexo femenino. Se localiza más frecuentemente en los huesos largos en la parte de la epífisis (21).

No se determina la causa exacta de esta enfermedad, pero se encontró que en la gran mayoría de pacientes con esta neoplasia hay presencia de una anomalía en cuanto a la asociación telomérica que dará lugar a la unión de terminales de diversos cromosomas que desencadenará la proliferación de células y formación de tumor. Esta neoplasia posee 3 tipos celulares, entre las cuales están la del tipo I que vienen a ser fibroblastos que originan colágeno y que poseen la capacidad de diferenciarse, por lo cual se piensa que este tipo de célula sea la del componente tumoral. Después, tenemos a las células tipo II que serán similares a la familia de monocitos y macrófagos siendo precursores de las células gigantes multinucleadas; y las células tipo III que son células multinucleadas que comparten particularidades con los osteoclastos (20). No se conocen factores de riesgo, pero se han visto asociaciones en aquellos pacientes que padezcan de la enfermedad de Paget y del síndrome de Noonan (20) (21).

La clínica comúnmente viene a ser la tumoración, acompañado de dolor, inflamación y limitación funcional. Asimismo, debido al crecimiento que puede tener el tumor puede dar manifestaciones secundarias tales como compresión medular o fracturas patológicas del miembro afectado (20) (21). Para su diagnóstico, además de la clínica, es necesario un estudio anatomopatológico por biopsia. Asimismo, las imágenes tales como una radiografía, tomografía o resonancia van a ser de gran ayuda para poder ver el estadio, la extensión y el compromiso muscular o vascular que pueda tener la neoplasia (20).

En el tratamiento de esta neoplasia tenemos que la resección quirúrgica puede lograr la remisión de esta enfermedad; sin embargo, hay casos en los que estos tumores son irreseccables, para lo cual existen diversos tratamientos tales como radioterapia, interferón o Denosumab, entre los cuales éste último

ha demostrado ser de mayor beneficio ya que ayuda directamente a la reducción de la tumoración, volviéndolo resecable para posteriormente extraerlo quirúrgicamente (20) (22).

3.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 5

La impresión diagnóstica fue embarazo ectópico, motivo por el cual se decidió proceder a una laparoscopia quirúrgica encontrando evidencia de hemoperitoneo de 600 mL aproximadamente con coágulos en el espacio de Morrison. Además, la trompa uterina izquierda se encontró con una solución de continuidad de aproximadamente 1 centímetro en su tercio proximal con sangrado activo, mientras que la trompa y el ovario derecho lo encontraron con aspecto normal, motivo por el cual se decidió realizar una salpingectomía izquierda + lavado de cavidad, la cual tuvo una duración de una hora con treinta minutos sin presencia de complicaciones, por lo que pasa a piso con el plan de tratamiento analgésico y control de funciones vitales, yéndose de alta a los dos días con cita para su control en 1 semana.

El embarazo ectópico es aquel embarazo que sucede externamente de la cavidad uterina teniendo una gran capacidad de morbilidad y mortalidad en la mujer (23). En Estados Unidos su prevalencia se estima entre el 1 – 2 %, pero sube hasta el 5 % en aquellas mujeres que usaron reproducción asistida, pudiendo también causar la muerte al presentarse como embarazo ectópico roto con una prevalencia del 2.7 %. La gran mayoría de esta patología suelen localizarse en la trompa de Falopio alcanzando hasta un 90 % de prevalencia, siendo el más frecuente al nivel del ampulla, siendo seguido por presentarse en el istmo, las fimbrias y la porción intersticial de las trompas de Falopio (24).

En cuanto a su etiopatogenia, se considera de origen multifactorial debido a que cualquier elemento o circunstancia que altere la capacidad de las trompas de transportar los embriones beneficiará a la implantación extrauterina (23) (25). Entre sus factores de riesgo, tenemos que los más significativos están los antecedentes de alguna cirugía tubárica, el antecedente de un embarazo ectópico previo o la presencia de cirugías pélvicas previas, debido a que serían causa de adhesiones pélvicas, así como también el uso de

reproducción asistida, el periodo intergenésico prolongado o el uso de DIU al momento de concebirse al hijo (26).

En su clínica, es habitual la aparición de sangrado por vía vaginal y dolor del hemiabdomen inferior, siendo muy usual que la clínica comience a manifestarse de 5-8 semanas posteriores a la última menstruación, aunque hay casos en que no sucede esto y son asintomáticas (23) (24). En lo que se encuentra al examen físico está la presencia de dolor en los anexos y a la movilización del cérvix, así como también el palpar una tumoración en los anexos. Para su diagnóstico existe una triada clásica que nos orienta el cual incluye la presencia de dolor abdominal, alteración menstrual que engloba a la presencia de amenorrea o sangrado por vía vaginal y el hallazgo de una tumoración en el anexo. Sin embargo, también podemos ayudarnos de exámenes complementarios como la BHCG, que suele tener una curva de ascenso anormal, o de la ecografía transvaginal dado que nos permite observar el saco gestacional y hacer una correlación entre los valores de BHCG y la del tamaño del saco gestacional (26).

En cuanto al tratamiento este puede darse de 3 formas: la primera puede ser con un manejo expectante, siendo más adecuado para aquellas mujeres asintomáticas o con síntomas leves, que no estén hemodinámicamente inestables y que también posean un valor de BHCG inferior a 1500 IU/mL. El manejo médico está indicado en las pacientes que posean un embarazo ectópico inferior a los 4 cm, que estén hemodinámicamente estables y que tengan valor de BHCG menores a 5000 UI/mL, en donde se usa el metotrexate 1 mg/kg intramuscular en el 1°, 3°, 5°, 7° día, alternándose con 0.1 mg/kg de ácido folínico de forma intramuscular en el 2°, 4°, 6° y 8° día. Las contraindicaciones para este tratamiento constan de inestabilidad hemodinámica, valores de BHCG mayores a 5000 UI/mL, insuficiencia renal o presencia de actividad cardiaca del feto. El manejo quirúrgico está reservado para aquellas mujeres que presenten inestabilidad hemodinámica, embarazo ectópico roto, niveles de BHCG mayor a 5000 UI/mL o actividad cardiaca fetal y suele realizarse mediante salpingectomía, que se recomienda a pacientes con un embarazo ectópico mayor de 5 cm o presencia de sangrado

abundante; y también puede realizarse la salpingostomía de manera laparoscópica, el cual se elige cuando hay obstrucción o ausencia contralateral de las trompas de Falopio (23) (26).

Caso clínico n.º 6

La impresión diagnóstica fue la presencia de miomatosis uterina y absceso anexial derecho, motivo por el cual se decidió proceder a una laparotomía exploratoria encontrando un útero de 15 x 15 cm, adenomiósico, con dos miomas subserosos de 2 x 2 centímetros en el cuerno izquierdo, ausencia de anexo izquierdo y en el anexo derecho se encontró un quiste de chocolate de 10 x 6 cm con contenido purulento de 150 cc; además, se encontró la vejiga lateralizada a la derecha hasta el flanco derecho, motivo por el cual se decidió realizar una histerectomía subtotal + quistectomía anexial derecha + lavado de cavidad + dren laminar. Posterior a la culminación de la cirugía la paciente fue ingresada a UCIM con la indicación de monitoreo hemodinámico y cobertura antibiótica con meropenem 1 gramo EV cada 8 horas por 7 días. Sin embargo, a pesar de la administración farmacológica la paciente falleció 2 días después.

Los miomas uterinos vienen a ser los tumores del útero más frecuentes, que llegan a presentarse hasta en un 60 % de las pacientes. Aunque son benignos pueden llegar a casar morbilidad asta en un 30 %, llegando a requerir tratamientos invasivos tales como la miomectomía o la histerectomía (27) (28). Estos tumores pueden presentarse en diversas localizaciones, tales como intramural, submucoso y subseroso, de hecho, su clasificación la da la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la cual detalla la presencia de 8 tipos de miomas (27).

Estos tumores están formados por gran cuantía de matriz extracelular que puede contener fibronectina, colágeno o proteoglicanos, los cuales le conferirán su rigidez, así como también la presencia de músculo liso; y que, gracias al estrógeno y a la progesterona se favorecerá su crecimiento y desarrollo (27) (29). En cuanto a sus principales factores de riesgo están la menarquia temprana, el sobrepeso y la raza negra, así como también se ha

visto una asociación de mayor incidencia con el uso de anticonceptivos orales a menor edad. Asimismo, también se han visto factores que lograría una reducción en la presentación de estos tumores, tales como la multiparidad o los anticonceptivos inyectables con solo progestágenos (27) (28).

En cuanto a sus manifestaciones clínicas se ha visto la presencia de un sangrado menstrual abundante, dolor pélvico, infertilidad, pérdida recurrente de la gestación o sensación de compresión pélvica, aunque se ha visto que la gran mayoría de pacientes son asintomáticas (30). En cuanto a su diagnóstico al examen físico se puede palpar una tumoración abdominopélvica o un útero agrandado. Asimismo, un hemograma puede ayudar para detección de anemia por déficit debido al sangrado menstrual abundante que pueda tener la paciente. Los diagnósticos por imágenes tales como la ecografía pélvica vienen a ser el Gold Estándar debido más que todo a su amplia disponibilidad que tienen para su diagnóstico, así como también la histerosonografía en casos de miomas intracavitarios (27).

El tratamiento para estos tumores benignos puede darse de diversas formas, como el manejo expectante, el cual está indicado para pacientes asintomáticas, con miomas que permanecen estables en cuanto al tamaño durante el seguimiento, que estén durante o después de la menopausia o que al examen físico no se palpe el útero, el cual consta de tener una evaluación periódica cada medio año, el cual puede realizarse solo con el examen físico o también estudios laboratoriales o imagenológicos (27). En cuanto al tratamiento médico, éste se indica a aquellas pacientes que ya presenten una sintomatología leve como tratamientos con períodos cortos, comprendiendo el uso de anticonceptivos orales combinados como primera línea, AINES o ácido tranexámico a una dosis de 1300 mg cada 8 horas durante los primeros 5 días de cada ciclo menstrual (27) (30). El tratamiento quirúrgico se dará, debido a una inadecuada respuesta de la paciente al tratamiento médico, pudiendo realizarse una miomectomía, sin embargo, no siendo muy factible en casos en que haya una miomatosis difusa, además de que presenta riesgo de recurrencia. La miomectomía puede ser por laparotomía en pacientes que sean sintomáticas, tengan un útero mayor a los 16 cm, miomas mayores a 10

cm o más de 4 miomas en diferentes áreas del útero. En cambio, la miomectomía laparoscópica se usa cuando el útero es menor a los 16 cm o hay menos de 4 miomas en diversos sitios. La histerectomía viene a ser el tratamiento definitivo para aquellas mujeres con paridad satisfecha o aquellas en las que el tratamiento médico no funcionó, pudiendo realizarse por laparotomía o de manera laparoscópica (27) (29).

3.4. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 7

El diagnóstico del caso fue un accidente cerebrovascular (ACV). Viene a ser un conjunto de signos y síntomas con el común de presentar una alteración a nivel vascular del SNC, que origina un desequilibrio en cuanto al aporte y la necesidad de oxígeno que conllevará a un daño del tejido cerebral (31) (32).

El ACV puede ser de 2 tipos, siendo el isquémico dado por una obstrucción de una arteria, y el hemorrágico dado por la ruptura de un vaso que conllevará a la presencia de hemorragia (31). El ACV es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. En nuestro país constituye la segunda causa de mortalidad y también es una de las trascendentales causas de discapacidad, estando muy fuertemente asociada a factores de riesgo modificables (33).

Según la escala de TOAST, el ACV tiene cinco categorías de etiologías, entre las cuales tenemos a la enfermedad aterotrombótica aterosclerótica de grandes vasos, en donde se ve que la isquemia es de mediano y a un gran tamaño, localizándose en la parte carotidea o vertebro basilar; también tenemos al cardio embolismo, que consiste en la presencia de isquemia cuando existe alguna cardiopatía que causa émbolos; la enfermedad oclusiva de pequeños vasos se da cuando hay isquemia en vasos menores de 1,5 centímetros de diámetro, ocasionando un síndrome lacunar; otras causas, cuando se han descartado las 3 anteriores, pudiendo deberse por enfermedades sistémicas, alteraciones en el perfil de coagulación o malformaciones arteriovenosas; e indeterminado cuando no se conoce la etiología (31).

Entre sus factores de riesgo pueden estar los modificables o no modificables. Entre los no modificables tenemos a la edad avanzada, sexo masculino o antecedentes familiares; mientras que en los modificables tenemos a la presencia de hipertensión arterial, diabetes, alcoholismo, tabaquismo, obesidad, entre muchos otros (31) (32).

En cuanto a la clínica, esta es diversa dependiendo de la localización de la lesión, pudiendo presentar hemiparesias, hipoestesias, disartria, ataxia, afasia, mudismo, afectación del campo visual, entre otros. Para el diagnóstico, éste suele ser clínico y los estudios imagenológicos ayudan para determinar el grado de la lesión y el territorio afectado. En cuanto a los estudios imagenológicos tenemos a la tomografía la cual es recomendada para una evaluación inicial viendo cambios isquémicos tempranos o tardíos, también tenemos al angiotom y la resonancia magnética (31).

Para el tratamiento, se recomienda soporte de la vía aérea logrando tener una saturación de oxígeno mayor a 94 %. Las terapias de reperfusión en el ACV isquémico son la trombolisis intravenosa, intraarterial y la trombectomía mecánica. Los antiplaquetarios están recomendados, debiendo iniciar dentro de las primeras 24 a 48 horas del inicio de síntomas, sin embargo, con las personas que ya se inició terapia trombolítica con alteplase es necesario esperar al menos 24 horas para iniciar con los antiplaquetarios. Se ha visto que las estatinas disminuyen su incidencia debido a que poseen efecto pleiotrópico como antiinflamatorio y porque logran reducir los niveles de LDL. En cuanto a los anticoagulantes, no se recomienda su uso inmediato ya que existe un mayor riesgo de presentar hemorragias intracraneales que puedan empeorar el estado del paciente (31) (34).

Caso clínico n.º 8

El diagnóstico del caso fue un tromboembolismo pulmonar (TEP). El TEP viene a ser una enfermedad en donde se ocluyen las arterias pulmonares por el desprendimiento de un trombo. Viene a ser una enfermedad aguda y potencialmente mortal si no se diagnostica ni trata a tiempo (35). Constituye

una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en aquellos pacientes hospitalizados y postrados, además que viene a ser el 3° síndrome cardiovascular frecuente por debajo del ictus y del infarto (36) (37).

Para el desarrollo de esta enfermedad, se necesitan estasis venosa, hipercoagulabilidad y disfunción endotelial, el cual conforma la triada de Virchow, el cual terminará en un reclutamiento de plaquetas activadas que liberarán partículas las cuales contendrán mediadores proinflamatorios los cuales se unirán a neutrófilos favoreciendo al final a la formación de trombos (36). Existen diversos factores de riesgo categorizados en riesgo bajo, como la presencia de hipertensión arterial, diabetes, viajes prolongados; riesgo medio, como anticonceptivos orales, neoplasias, puerperio, trombofilias y riesgo alto, como infarto al miocardio, fractura de cadera y huesos largos, antecedentes de embolia venosa profunda (35) (37).

Su clínica es muy variable y puede llegar a ser asintomática, así como también presentarse como una disnea leve o hasta shock. Su gravedad está directamente relacionada a la magnitud del tamaño del trombo. La disnea viene a ser el síntoma más frecuente que experimentan estos pacientes, pudiendo acompañarse de dolor pleurítico hasta en un 50 % de los casos. Otras manifestaciones también pueden ser la tos, la hemoptisis, dolor retroesternal o la presencia de síncope (36).

Para poder realizar un diagnóstico certero es necesario tener la sospecha clínica, datos laboratoriales e imagenológicos. Si la sospecha clínica es baja podemos realizar la toma de dímero-D, el cual tiene un alto valor predictivo negativo, por lo que, si el resultado es negativo, son muy pocas las posibilidades de que el diagnóstico sea un TEP. Entre las pruebas laboratoriales complementarias, están el hemograma completo, AGA, proBNP, troponinas; además de un electrocardiograma también se pueden usar pruebas imagenológicas tales como la radiografía de tórax, TEM de tórax o un angiotem (36) (37).

Todo paciente con TEP tiene que ser anticoagulado con heparina no fraccionada o de bajo peso molecular. La heparina no fraccionada debe emplearse de manera IV con un bolo de 80 UI/kg o 5000 UI, seguido después de una infusión continua de 18 U/kg/hora o 1300UI por hora de manera IV, debiendo ser mantenido por 5 a 7 días para conseguir 1 a 2 veces el tiempo control de TTPA (36). El tratamiento trombolítico suele darse en aquellos pacientes con TEP que tengan inestabilidad hemodinámica, pudiendo usar alteplasa, uroquinasa o estreptoquinasa (35) (36).

CAPÍTULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El Internado Médico viene a ser la última etapa en la formación de pregrado para la carrera de Medicina Humana, siendo una etapa muy enriquecedora en cuanto a experiencias, aptitudes y conocimientos para poder desenvolvemos próximamente de manera óptima en el ámbito profesional, así como también para llegar a consolidar conceptos y enriquecer habilidades y capacidades para el trato con el paciente.

Fueron 10 meses llenos de aprendizaje principalmente práctico, en donde pude conocer, de primera mano, la manera en cual se diagnostica, se toman decisiones y ver la evolución de nuestros pacientes a lo largo de nuestra rotación por grandes especialidades, que son ginecología y obstetricia, cirugía, medicina interna y pediatría.

Las funciones del internado en las diferentes rotaciones que he tenido han sido la de realizar historias clínicas de todo paciente que haya ingresado ya sea por emergencia, consultorio externo o por referencia, asimismo estaba encargado de ver las funciones vitales y apreciar la evolución y la terapéutica de los pacientes, los cuales eran presentados a los médicos residentes y a los médicos asistentes. Asimismo, era importante conocer la historia de los pacientes debido a que en el pase de visita los internos éramos quienes presentábamos a los pacientes a los médicos asistentes. He aprendido a desarrollar y a hacer diversos procedimientos como sacar hemocultivos, AGA, examen de orina, colocar y quitar sondas o paracentesis por mencionar algunas. De igual manera, me permitían observar o asistir a las diferentes cirugías en las que me asignaban, por lo cual aprecio y agradezco a los maestros que tuve por compartir sus conocimientos y la confianza que me han dado en cada rotación que he tenido, por lo cual puedo decir que todo lo aprendido en la etapa de formación lo he aplicado en forma práctica durante el internado.

Siempre se ha desarrollado docencia durante el internado, un punto importante para la educación, ya que nos ayudan a reforzar nuestros conocimientos y a buscar mayores fuentes bibliográficas para las exposiciones o presentaciones de casos clínicos que se tenía durante los 10 meses de internado.

Finalmente, de manera definitiva, puedo decir que esta última etapa de la carrera es de gran crecimiento en el ámbito personal y también profesional, así como también una gran oportunidad para ganar experiencia en cara al siguiente escalón que se nos viene, que es realizar el SERUMS, por lo cual no tengo nada más que agradecer a los diferentes cointernos, residentes,

asistentes, tutores que hayamos tenido durante nuestro internado que nos han ayudado y nos dieron la confianza para poder crecer profesionalmente en esta carrera.

CONCLUSIONES

1. El internado es una etapa sumamente importante en la carrera de Medicina Humana, en donde ganaremos experiencia y podremos consolidar los conocimientos que fuimos recolectando durante los años de carrera.
2. Es importante e indispensable el apoyo de los médicos residentes, asistentes y tutores para los internos, ya que es de ellos de donde aprenderemos a diagnosticar de una manera correcta e iniciar un correcto tratamiento, además de aprender mucho sobre el trato a los pacientes.

3. A pesar de siempre haber dificultades, siempre hubo oportunidades de aprendizaje en las sedes que rotamos, obteniendo conocimientos que podremos poner en práctica durante el SERUMS.

4. El hecho de haber rotado en distintos hospitales permite ver de una manera más amplia diversas formas de diagnóstico, tratamiento, comunicación medico paciente y diversos papeleos que tocaba llenar.

5. Se logró desarrollar una muy buena relación con los residentes y asistentes, llegando a crear lazos amicales, que en un futuro podrían convertirse en diversas oportunidades.

6. El presente trabajo puede ser usado como ayuda y material de consulta para futuros internos que desean realizar su internado en las diversas sedes hospitalarias presentadas.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que pueda incrementarse el tiempo de internado a 12 meses, ya que con ello habrá mayor cantidad de aprendizaje y experiencias que pueden ser provechosos para cada uno de los internos.

2. Es importante la coordinación entre la Facultad y la sede hospitalaria en un tiempo prudente para una correcta asignación de plazas y así evitar estrés y

malos ratos a los estudiantes con la incertidumbre de dónde continuarán con sus rotaciones.

3. Recuerda tratar a los pacientes como te gustaría que te traten a ti o a tus familiares. Aprende a escucharlos, ya que siempre puedes aprender de ellos

4. Es importante estar bien nutrido para hacer frente a las largas horas de trabajo en el hospital, por lo cual se tiene que cuidar la alimentación.

5. Sería de gran ayuda implementar programas digitales en los diversos hospitales, para así ahorrar mucho tiempo con los papeleos por llenar y tener una mejor organización en cuanto a las historias clínicas, recetas o trámites de los pacientes.

6. Es importante prestar atención a nuestra salud mental, ya que durante el internado podemos desarrollar diversos episodios de estrés y un estilo de vida desordenado, lo cual nos puede generar diversos inconvenientes con nosotros mismos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. André JC, et al. Percepción de estudiantes internos de medicina sobre las brechas en su formación médica relacionadas con las habilidades y competencias humanas y el rol de docentes y preceptores. Int J Latest Res Humanities Social Sci [Internet]. 2019 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 2 (7): 17-24. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/336899337_Perception_of_Medical

[Intern Students about the Gaps in Their Medical Training Related To Human Skills and Competences and the Role of Teachers and Preceptors](#)

2. Taype-Rondán Á, et al. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. In Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. [Citado el 26 de febrero del 2024]; vol. 77 (1): 31-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000100006
3. Sandoval JE. Reseña histórica. Cienc Poder Aéreo [Internet]. 2004 [citado el 31 de marzo de 2023]; vol. 1 (1): 2. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/resena-historica>
4. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Direccion/OFI%20CIO%20N988-DG-DIRIS-LC,%20Categoria%20III-E.pdf>
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN. Reseña Histórica [Internet]. Portal de transparencia estándar INEN. 2019 [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
6. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN. Cartera de Servicios. [Internet]. Portal de transparencia estándar INEN. 2019 [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible <https://portal.inen.sld.pe/cartera-de-servicio/>
7. Hospital Nacional Dos de Mayo. Reseña Histórica [Internet]. Portal de transparencia. [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible <https://www.hdosdemayo.gob.pe/Institucional/ReseniaHistorica>
8. Hospital Nacional Dos de Mayo. Organigrama [Internet]. Portal de transparencia. [Citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible <https://www.hdosdemayo.gob.pe/Institucional/Organigrama>
9. Instituto Nacional de Salud del Niño INSN - Instituto Nacional de Salud el Niño [Internet]. Portal de transparencia INSN. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/>
10. Valeria Leitón Solano, et al. Diagnóstico y tratamiento de la Vasculitis por IgA. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2022 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 7 (4): e791. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v7i4.791>

11. Sergio Borlán Fernández. Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch). SERPE [Internet]. 2020 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 2: 225-238. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_vasculitis_iga.pdf
12. Dolores López Saldaña. Púrpura de Schönlein-Henoch. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría [Internet]. [Citado el 25 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13-purpura-SH.pdf>
13. José Pedro De La Fuente P, Mabel Ladino R. Púrpura de Schönlein-Henoch en la Edad Pediátrica. Rev chil reumatol. [Internet]. 2017 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 33 (4): 167-175. Disponible en: <https://sochire.cl/wp-content/uploads/2021/09/r-827-1-1524255268.pdf>
14. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico. INSN [Internet]. 2022 [Citado el 25 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>
15. Juan Manuel Bartolomé Porro, et al. Diarrea aguda. Protoc diagn ter pediatr. [Internet]. 2023 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol 1: 99-108. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_diarrea_aguda.pdf
16. Beltrán Castro Marvin, Muñoz Pedraza Diana. Enfoque y Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda: Revisión de la Literatura. Archivos de Medicina [Internet]. 2022 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 18 (7): 1-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8682446.pdf>
17. Rabia Zafar, Yurong Wheeler. Liposarcoma. StatPearls [Internet]. 2023 [citado el 25 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538265/>
18. Fernando González Calcagno, Emilia Cerchiari. SARCOMA DE PARTE BLANDAS. Clin Quir Fac Med UdelaR [Internet]. [Citado el 25 de febrero del 2024]. Disponible en:

https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Sarcoma_de_partes_blandas_CQ_FM.pdf

19. Juan Segura Sánchez, et al. Liposarcomas. Aspectos clínico-patológicos y moleculares. REV ESP PATOL [Internet]. [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 39 (3): 135-148. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S1699885506700289>

20. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica: Tumor óseo de células gigantes irresecable. INEN [Internet]. 2020 [Citado el 25 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/06/180-2020.pdf>

21. Fernández Figueroa F., Álvarez Mejía W. Tumor de células gigantes de tibia distal grado III: manejo quirúrgico. Revista Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2021 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 10 (2): 20-25. Disponible en: <http://revistacientificaseot.com/index.php/revseot/article/view/157/284>

22. Ricardo Alejos Gómez, et al. Tumor de células gigantes en cúbito de paciente postrauma. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2019 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 33 (2): e168. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2019000200003

23. Stephanie Espinoza Garita, et al. Generalidades sobre embarazo ectópico. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2021 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 6 (5): e670. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms215c.pdf>

24. Nicole Andrea Martínez Rodríguez. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. JAH [Internet]. 2023 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 6(1): 25-33. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159/304>

25. SEGO. Embarazo ectópico. Prog Obstet Ginecol. [Internet]. [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 50(6): 377-385. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501302758445&r=151>

26. Christian Rivera, et al. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [Citado el

- 25 de febrero del 2024]; vol. 85 (6): 697-708. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0697.pdf>
27. Celina María Toncel Churio, Liliana Isabel Gallego Vélez. Miomatosis uterina: enfoque terapéutico. Universidad de Antioquia [Internet]. 2021 [Citado el 25 de febrero del 2024]. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347149/20808546
28. Irlandia Deifilia Romero-Encalada, et al. Mioma uterino una experiencia vivida: sobre un caso. Dom. Cien. [Internet]. 2021 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 7 (2): 521-529. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i2.1815>
29. Alejandro Merino. Manejo de miomatosis uterina. Metro Ciencia [Internet]. 2023 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 31 (2). Disponible en: <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/578>
30. Janer Sepúlveda A., Miguel Ángel Alarcón N. Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet]. [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 81 (1): 48-55. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/315585096_Manejo_medico_de_la_miomatosis_uterina_Revision_de_la_literatura
31. Carolina García Alfonso, et al. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. Universitas Medica [Internet]. 2019 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 60 (3): 1-17. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n3/0041-9095-unmed-60-03-00041.pdf>
32. Maritza Alexandra Borja Santillán, et al. Accidente cerebrovascular y complicaciones en adultos mayores hospital León Becerra, Milagro – Ecuador. RECIMUNDO [Internet]. 2021 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 5 (1): 6-16. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1361>
33. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Boletín Epidemiológico – Ictus. INCN [Internet]. 2022 [Citado el 25 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2022/07/BOLET%C3%8DN-EPIDEMIOL%C3%93GICO-8.pdf>
34. Joel Mario Sequeiros-Chirinos, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del

- Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru [Internet]. 2020 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 37 (1): 54-73. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n1/1728-5917-amp-37-01-54.pdf>
35. Fabián D. Arias-Rodríguez, et al. Diagnóstico y tratamiento de tromboembolia pulmonar. Revisión bibliográfica. Rev Mex Angiol. [Internet]. 2022 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 50 (3): 96-109. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmang/v50n3/0377-4740-rma-50-3-96.pdf>
36. Gustavo Piñar Sancho, et al. Diagnóstico y manejo actualizado del tromboembolismo pulmonar agudo. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2021 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 6 (1): e633. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/633/1094>
37. Gindreska Paizano Vanega, et al. Diagnóstico de tromboembolismo pulmonar agudo. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2022 [Citado el 25 de febrero del 2024]; vol. 7 (2): e757. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms222d.pdf>