



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - CENTRO DE SALUD
GAUDENCIO BERNASCONI -CENTRO DE SALUD
LEONOR SAAVEDRA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
KATHERINE VERONICA FARRO FIGUEROA

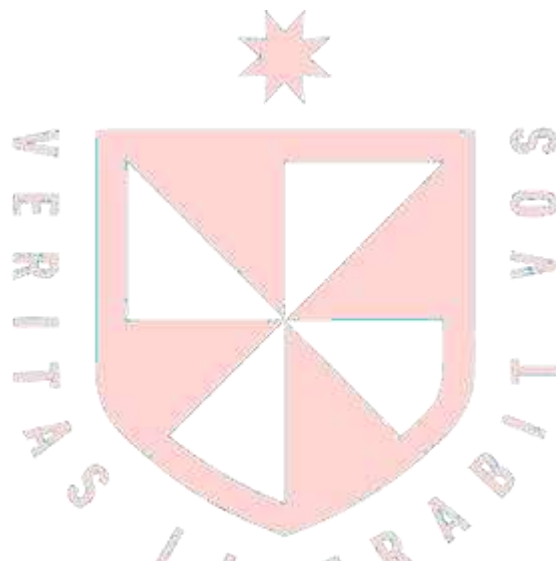
JULIO CÉSAR JHAIR FIGUEROA DIAZ

ASESOR

MANUEL ANIBAL ORREGO VELASQUEZ

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA - CENTRO DE SALUD GAUDENCIO
BERNASCONI -CENTRO DE SALUD LEONOR SAAVEDRA
2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**KATHERINE VERONICA FARRO FIGUEROA
JULIO CÉSAR JHAIR FIGUEROA DIAZ**

ASESOR

DR. MANUEL ANIBAL ORREGO VELASQUEZ

LIMA - PERÚ

2023

i

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedicamos el trabajo a nuestros padres y hermanos, por el apoyo y comprensión brindados durante todos los años de carrera, impulsándonos a cumplir nuestras metas.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

El internado médico representa una etapa fundamental e invaluable en la formación de todo médico peruano. Sin embargo, debido a la pandemia, el internado médico, cuya duración habitual era de 12 meses, tuvo que adaptarse y llevarse a cabo en dos partes: la primera mitad en un Centro de Salud de primer nivel de atención y la segunda mitad en un hospital perteneciente al Ministerio de Salud. La experiencia en el primer nivel de atención fue, para muchos de nosotros, una parte importante sino la mejor del internado, ya que nos permitió vivenciar de manera directa un componente esencial del sistema de salud, el cual en muchas ocasiones es pasado por alto o relegado a un segundo plano en la educación médica. Esta experiencia nos brindó a los internos la oportunidad de comprender la importancia de la atención primaria en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el manejo de afecciones comunes en la población. Al enfrentarnos a situaciones reales y diversas, pudimos aplicar y reforzar los conocimientos adquiridos durante nuestra formación académica y desarrollar habilidades clínicas esenciales para la futura práctica médica.

Objetivos: Describir las vivencias y saberes obtenidos a través de la exposición de casos clínicos y su correspondiente análisis clínico y plan de acción, durante el período de internado médico. **Métodos:** Presentamos un reporte de 16 casos clínicos recolectados por medio de revisión de historias clínicas, a lo largo de 10 meses de internado médico. Los primeros 8 casos corresponden a experiencias adquiridas en el primer nivel de atención, mientras que los siguientes 8 casos provienen de las distintas rotaciones realizadas en un hospital del Ministerio de Salud. La rotación en el hospital del MINSA se dividió en cuatro áreas principales: Medicina, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría. **Resultados:** A pesar de los obstáculos y desafíos presentados por el contexto de la pandemia, donde para salvaguardar la salud de los estudiantes de medicina se optó por la virtualidad, logramos concluir con éxito esta etapa formativa. **Conclusiones:** Se logró adquirir el conocimiento y habilidades necesarias para un desempeño adecuado como médico cirujano y poder realizar el SERUMS.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, primer nivel de atención, pandemia.

ABSTRACT

The medical internship represents a fundamental and invaluable stage in the training of every Peruvian doctor. However, due to the pandemic, the medical internship, which usually lasted 12 months, had to be adapted and carried out in two parts: the first half in a first level health center and the second half in a hospital belonging to the Ministry of Health. The experience at the first level of care was, for many of us, an important if not the best part of the internship, as it allowed us to experience firsthand an essential component of the health system, which is often overlooked or relegated to the background in medical education. This experience gave us interns the opportunity to understand the importance of primary care in health promotion, disease prevention and management of common conditions in the population. By facing real and diverse situations, we were able to apply and reinforce the knowledge acquired during our academic training and develop essential clinical skills for future medical practice.

Objectives: To describe the experiences and knowledge gained through the presentation of clinical cases and their corresponding clinical analysis and action plan, during the medical internship period **Methods:** We present a report of 16 clinical cases collected through the review of medical records, over 10 months of medical internship. The first 8 cases correspond to experiences acquired at the first level of care, while the following 8 cases come from the different rotations carried out in a Ministry of Health hospital. The rotation at the MINSA hospital was divided into four main areas: Medicine, Gynecology and Obstetrics, Surgery and Pediatrics. **Results:** Despite the obstacles and challenges presented by the context of the pandemic, where to safeguard the health of the medical students we opted for virtuality, we managed to successfully conclude this formative stage. **Conclusions:** We managed to acquire the knowledge and skills necessary for adequate performance as a surgeon and to be able to perform SERUMS.

Keywords: Medical internship, clinical cases, first level of care, pandemic.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA -
CENTRO DE SALUD GAUDENCIO BERNA
S**

AUTOR

KATHERINE VERONICA FARRO FIGU

RECUENTO DE PALABRAS

10658 Words

RECUENTO DE CARACTERES

58895 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

35 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

670.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 19, 2023 12:38 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 19, 2023 12:39 PM GMT-5

● **13% de similitud general**

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

- 12% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



DNI 08072100

<https://orcid.org/0009-0002-8153-1649>

INTRODUCCIÓN

El internado médico se realiza en el último año de la carrera de medicina humana en donde adquirimos conocimiento práctico y pulimos toda la teoría aprendida en los años anteriores de la carrera.

En este año rotamos por los 4 grandes servicios en los hospitales: Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología . Además por el contexto de pandemia se nos asignó rotaciones en Centros de Salud de Primer nivel en donde también rotamos por los diferentes servicios como Medicina general, Obstetricia , CRED y PCT. Así mismo contamos con la oportunidad de poner en práctica las diversas estrategias de promoción y prevención de la salud en nuestras comunidades.

Realizamos el internado médico en el Hospital Maria Auxiliadora ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores de la provincia de Lima y en Centros de Salud pertenecientes a la Diris Lima Sur.

Debido a la pandemia por COVID-19 que llegó a nuestro país en marzo del 2020, el desarrollo del internado médico se vio afectado al suspenderse el 15 de marzo del mismo año , por lo cual el internado médico 2022 inició el 01 de junio del mismo año y culminó el 31 de marzo del 2023 según la Resolución Ministerial N° 351-2022/MINSA. Cita

Este trabajo presenta algunas de las experiencias vividas durante el internado médico 2022-2023 en el HAMA y Servicios Básicos de la Salud.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se exponen 16 casos clínicos que aprendimos a manejar durante nuestros 10 meses rotando en los 4 servicios del Hospital María Auxiliadora y servicios básicos de la salud.

I.1. ROTACIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Por el contexto de la pandemia COVID-19 nuestras rotaciones fueron divididas en servicios básicos de la salud y hospitales nacionales. Nuestros primeros 5 meses los realizamos en Centros de Salud pertenecientes a la DIRIS LIMA SUR, en donde aprendimos a manejar patologías recurrentes y las diferentes estrategias sanitarias.

Caso clínico N°1

Paciente varón de 09 años acude con su madre a consultorio externo con un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por otalgia derecha de moderada intensidad que no deja al menor conciliar el sueño, tiene como antecedente de importancia acudir a piscinas públicas con regularidad, niega náuseas y vómitos, niega sensación de alza térmica.

Al examen físico se encuentra que paciente tenía un peso de 36 kilogramos, una frecuencia cardíaca de 70 latidos por minutos, una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y una temperatura de 37,2°C. Así mismo menor se muestra irritable, no se palpan adenopatías retroauriculares, signo de trago positivo. Se realiza una otoscopia donde se encuentra conducto auditivo externo eritematoso, membrana timpánica íntegra, no pérdida de líquido.

Se diagnostica como una otitis externa aguda y se realiza tratamiento con ciprofloxacino/dexametasona a 4 gotas de aplicación ótica a razón de cada 12 horas durante 7 días y paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días respectivamente, se indica signos de alarma e indicaciones de cuidado e higiene.

Caso clínico N°2

Paciente mujer de 23 años acude a consultorio externo con un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por odinofagia, rinorrea, cefalea, tos sin expectoración y alza térmica cuantificada (38.5) que cede tras la administración de paracetamol. Refiere contacto con caso COVID positivo hace 5 días.

Al examen físico se encontró una presión arterial de 120 /60 mmHg, una frecuencia cardíaca de

100 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto, una saturación de 98% con FiO₂ de 0.21. Así mismo a la exploración física no se palpan adenopatías, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax sin ruidos agregados.

Dada la clínica y los antecedentes se realiza una prueba COVID antigénica con resultado positivo, por lo que se plantea los diagnósticos de infección respiratoria por COVID-19 leve. Consecuentemente se brinda tratamiento sintomático con paracetamol de 500mg cada 8 horas, se explican signos y síntomas de alarma así como aislamiento domiciliario por 5 días.

Caso clínico N°3

Paciente varón de 25 años acude a consultorio externo con un tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por presentar una lesión única indolora en glande de pene, niega sensación de alza térmica. Como antecedente de importancia refiere conductas sexuales de riesgo.

Al examen físico se encontró una presión arterial de 110 /60 mmHg, una frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, una frecuencia de 17 respiraciones por minuto, una saturación de 99% con un FiO₂ de 0.21. A la inspección de genitales se evidencia lesión de bordes sobreelevados única en glande de pene, indolora a la palpación, no se evidencia secreción uretral.

Dada la clínica y antecedentes se decide realizar pruebas de laboratorio RPR: positivo y VIH: Negativo. Con la confirmación de los exámenes de laboratorio se establece el diagnóstico de sífilis primaria.

Se brinda tratamiento antibiótico con penicilina G Benzatínica de 2,4 millones de unidades internacionales a dosis única, así mismo se brinda consejería, ampliación de contactos sexuales de riesgo y se brinda condones

Caso clínico N°4

Paciente femenina de 32 años acude a consulta en el centro de salud con quejas de disuria, polaquiuria y sensación de urgencia miccional desde hace 3 días. Niega fiebre, escalofríos o dolor lumbar. Refiere que ha tenido episodios similares en el pasado, siendo el último hace aproximadamente 6 meses. La paciente menciona que ha estado bebiendo menos agua de lo habitual en los últimos días y no ha vaciado completamente la vejiga al orinar. Niega antecedentes de enfermedades crónicas, alergias medicamentosas y cirugías previas.

Al examen físico se encontró una presión arterial de 120/75 mmHg, una frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y una temperatura de 36.8°C. Así mismo se evidencia un abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. No se palpan masas ni visceromegalias. No se encuentra

dolor en el área suprapúbica ni en los flancos, PPL(-) PRU (-) , resto de examen físico no contributorio.

Se solicita examen completo de orina en donde se evidencia >100 leucocitos por campo, hematíes 2-4 por campo, gérmenes (++) por lo que se diagnostica una infección del tracto urinario. Se brinda tratamiento antibiótico con nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días , no se realiza antibiograma por no tener disponibilidad en el centro de salud

Caso clínico N°5

Paciente femenina de 2 años y 9 meses, es traída al centro de salud por madre. Refiere que tres días antes de su ingreso inició cuadro con congestión nasal y rinorrea. 2 días antes de su ingreso se añade alza térmica no cuantificada, y la madre manifiesta que “le silva el pecho” a su hija. Ahondando en la historia la madre señala que hija a sufrido de múltiples cuadros de sibilancias desde los 8 meses hasta la actualidad.

Dentro del examen físico, la paciente pesaba 11 kilogramos, además de que los hallazgos principales fueron una frecuencia cardíaca de 125 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, saturación de 94% a un FiO2 de 0.21 y una temperatura de 36.8° C. Por otro lado, durante la auscultación pulmonar, el murmullo vesicular pasaba disminuido en ambas bases pulmonares acompañado de sibilantes bilaterales.

Por las características mencionadas con anterioridad es que se plantea el diagnóstico de síndrome obstructivo bronquial, por lo cual se prescribe un ciclo de rescate con salbutamol 100 µg/do a 4 puff cada 20 minutos por 1 hora. A la reevaluación la saturación subió a 98% y los demás parámetros físicos se encontraban normales. Por lo que se le dio de alta con Salbutamol 100 µg/do 2 puff cada 4 horas por 3 días y después cada 6 horas por 3 días más; además se le entregó paracetamol 120mg/5ml a 7 ml condicional a temperatura $\geq 38^{\circ}$ C, con la indicación de que regrese en 7 días para reevaluación.

Caso clínico N°6

Paciente femenino de 1 año y 8 meses, es traída al centro de salud por madre, quien refiere que 10 días previos al ingreso inicia con cuadro de tos, rinorrea y deposiciones líquidas de 5 cámaras por día con presencia de moco, pero sin sangre. La madre añade que en una farmacia cercana a su domicilio le recetaron amoxicilina durante 07 días sin mejoría alguna. Manifiesta también que no presenta alergia medicamentosa alguna y además trae consigo un examen de reacción inflamatoria en heces positivo.

En el examen físico la paciente se encontraba en un peso de 10 kilogramos con una frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, 19 respiraciones por minuto, una saturación de 98% a un FiO2 de 0.21. Además, durante la exploración se encontró orofaringe congestiva, eritematosa,

sin la presencia de placas. Por otro lado, en el examen abdominal se encontró ausencia de distensión, ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en mesogastrio.

Basándonos en los hallazgos anteriores es que se plantean los diagnósticos de diarrea aguda bacteriana, gastroenteritis aguda, deshidratación leve y rinofaringitis aguda, por lo que se indica azitromicina 200mg/5ml a 2.5 ml cada 24 horas por 5 días, paracetamol condicional a temperatura $\geq 38^{\circ}$ C, lavado nasal con solución fisiológica, aumento en ingesta habitual de líquidos y 50 cc después de cada deposición diarreica, se indica señales de alarma y se cita para reevaluación en 3 días

Caso clínico N°7

Paciente masculino de 57 años acude al centro de salud, quien 4 días antes de su ingreso presenta lesiones que generan “comezón” intensa en ambos brazos, tórax y piernas a predominio nocturno. Además, refiere antecedente de infarto de miocardio hace 8 años por lo que recibe medicación prescrita por el cardiólogo (ácido acetilsalicílico y atorvastatina). Niega reacciones adversas medicamentosas y alergias. Asimismo, refiere que su esposa cursa también con prurito de predominio nocturno.

Al examen físico se encuentra una frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, presión arterial de 90/60 mmHg y una temperatura de 36.5° C. Así mismo se muestran lesiones pápulo-eritematosas a predominio de pliegues, así como evidentes signos de escoriaciones y rascado.

Dada la clínica y características de las lesiones se plantean los diagnósticos de escabiosis por lo que se inicia tratamiento con Benzoato de bencilo al 25%, debido a ser único medicamento disponible en establecimiento de salud, aplicándose una vez en la noche por dos noches consecutivas, repitiendo el ciclo de tratamiento en 7 días; además se dan indicaciones de limpieza e higiene para erradicar el ácaro, y se cita a reevaluación en 7 días.

A la reevaluación el paciente refiere persistir con síntomas, pero en menor intensidad, observando disminución en tamaño de lesiones, por lo que se indica permetrina al 5% en crema, aplicando en zonas afectadas y dejando reposar por 10 horas, posteriormente y si síntomas persisten, repetir en 2 semanas. Finalmente se vuelve dar indicaciones de aseo e higiene para erradicación de ácaro y reevaluación en 7 días.

Caso clínico N°8

Paciente femenino de 6 meses acude al establecimiento de salud, traída por madre, para CREED en donde se le indica como parte de la estrategia, pasar por consultorio externo para recibir tratamiento ambulatorio de suplementación de hierro, en el tamizaje se encuentra una

hemoglobina de 10.3 mg/dl, niega sintomatología de ningún tipo, niega reacciones adversas medicamentosas, niega alergias.

Durante el examen físico se encontró un peso de 8,160 kilogramos, una frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto, temperatura axilar de 36, 5° C, aparatos y sistemas conservados.

Por lo que se plantea el diagnóstico de anemia leve, y se inicia tratamiento con sulfato ferroso 25 mg/ml a 19 gotas cada 24 horas, se da indicaciones sobre la importancia de seguir el tratamiento durante 6 meses, así como cita para reevaluación en un mes, asimismo deberá pasar por nutrición para consejería nutricional para inicio de ablactancia y continuar con los controles correspondientes a CREED.

A los dos meses de iniciado el tratamiento y en el segundo control se encuentra un peso de 8,300 kilogramos y una hemoglobina de 9,4mg/dl, madre refiere ser constante con tratamiento y en historia clínica se corrobora que paciente acudió a reevaluación y a recibir tratamiento para la anemia, se indica sulfato ferroso 25mg/ml a gotas cada 24 horas e indicaciones de correcta administración, se solicita examen parasitológico en heces y se cita para reevaluación en 1 mes. En el quinto mes de iniciado el tratamiento para la anemia, paciente tiene un peso de 9 kilogramos madre refiere que no pudo realizar exámenes solicitados hace 3 meses atrás pese a reiteradas indicaciones, pero si acudió a controles y recojo de medicación para la anemia lo cual se corrobora con historia clínica, se indica tratamiento de sulfato ferroso 25mg/dl a 22 gotas cada 24 horas, se explica que este es el último mes de tratamiento y que en siguiente control se realizará medición de hemoglobina.

I.2 ROTACIÓN POR EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

I.2.1 ROTACION POR MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

Paciente varón de 42 años con tiempo de enfermedad de 2 meses, caracterizado por dolor abdominal en epigastrio, intermitente y sordo. Refiere que el dolor lo despierta en las noches y calma después de ingerir alimentos. Hace 3 semanas presenta llenura precoz y hace 2 días que no tolera alimentos. Se auto medicó con ranitidina y sintió leve mejoría. Recuerda un episodio similar hace 5 años que cedió tomando omeprazol. Niega fiebre y otros síntomas asociados. El día de hoy presenta dolor intenso tipo ardor que no calma con automedicación, asociado a hiporexia y pérdida de peso aproximadamente de 4 kilos. Niega náuseas, vómitos recientes y

otros síntomas asociados.

Al examen físico se encontró una frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto y una presión arterial de 120/80 mmHg. En la exploración física impresiona que a la palpación superficial en epigastrio y signo de succusión sugerente.

Dada la clínica del paciente se solicitaron exámenes auxiliares que revelaron una hemoglobina de 12g/dL, VCM de 90fL, HCM de 30pg, un hematocrito de 37.8, leucocitos en 9000; Amilasa, lipasa y fosfatasa alcalina dentro de parámetros normales. La endoscopia revela úlcera duodenal >5 mm, con bordes limpios, redondos, regulares y de base eritematosa. Test de urea positivo.

Se plantea el diagnóstico de enfermedad úlcera péptica, siendo la posible causa la infección por la bacteria Helicobacter Pylori. Por lo que se brinda esquema de tratamiento para la infección por Helicobacter Pylori con Amoxicilina de 1 gr, claritromicina de 500 mg y omeprazol de 40 mg por 14 días y se proporcionan medidas higiénico-dietéticas.

Caso clínico N°2

Paciente varón de 40 años diabético e hipertenso controlado llega a emergencia por dolor tipo cólico en flanco derecho que se va irradiando hacia la región umbilical, lumbar y genitales de intensidad 10/10, además refiere náuseas y vómitos. Indica que hace dos días tuvo un dolor similar, pero al tomar buscapina disminuyó.

En el examen físico se encuentra una PA de 130/70 mm hg , FC 110 x min FR 23 x min además de presenta PPL derecho (+).

Se realizan exámenes de laboratorio: Hemograma: Hb 13g/dL, VCM:90fL, HCM: 30pg Hto 40.7 , Leucocitos 9000 ; Glucosa: 98 mg/dL ; Creatinina: 1.9 mg/dL ; Urea: 44 mg/dL ; Examen de orina : leucocitos 4 x campo , hematíes 50 x campo , cilindros y cristales negativos . Se realizó una UROTEM en donde se visualizó un cálculo en uréter. El diagnóstico fue litiasis renal brindando tratamiento analgésico y seguimiento por consultorio externo.

I.2. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 27 años acude a emergencia de tópico de ginecología con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por sangrado vaginal menor a una regla, de color rojo oscuro. Refiere además que hace 3 días inició con dolor tipo cólico intermitente en fosa iliaca derecha, niega náuseas, vómitos y sensación de alta térmica. Antecedentes de importancia: Menarca 14 años FUR: incierta, RC: 3/28 días, G:1, P: 0000, MAC: preservativo, IVSA 26 años, Niega antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Al examen físico PA: 100/60 mmHg

FC: 90 x min FR: 18 x min T°: 36.8° Sat 99% , el abdomen se encuentra blando depresible doloroso a la palpación profunda en ambas fosas iliacas sobre todo en el punto de McBurney, RHA (+), no se auscultaron latidos cardíacos fetal ; al tacto vaginal : la cavidad se encuentra eutérmica, cérvix posterior cerrado sin cambios, presencia de sangrado transvaginal , resto de examen no contributorio. Se realizan exámenes laboratorio en donde se encuentra: Hemograma: Hb 12g/dL, VCM:89fL, HCM: 30pg HTO 39.0 Leucocitos 7000 ; Glucosa: 90 mg/dl ; Creatinina: 2.3 mg/dL HCG: positiva de 1600 mUI/ml .Ultrasonografía transvaginal: reporta una imagen en la trompa de Falopio derecha redondeada con reacción decidual que corresponde a un saco gestacional con embrión en su interior de 4mm, de aproximadamente 6 semanas de gestación con actividad cardíaca rítmica apenas perceptible. Se descarta embarazo heterotópico. Se decide hospitalizar a la paciente para brindarle tratamiento médico con metotrexato debido a que cumple con los criterios requeridos. Se le brinda el alta con controles periódicos de los niveles de BHCG y educación sobre sus próximas intervenciones.

Caso clínico N°2

Paciente femenino de 29 años, G5P3013, alfabeta, con estudios secundarios completos, soltera, residente en San Juan de Miraflores. Ingresó al nosocomio por contracciones uterinas de reciente aparición, niega antecedentes familiares refiere cirugía pélvica uterina previa. Datos de carnet perinatal: FUR 20/05/22, FPP 26/01/23, no recibió dosis antitetánica, grupo y factor O +, VIH no reactivo, VDRL no reactivo, hemoglobina 12.9 g/dl, orina y glucosa no patológicos, 04 consultas prenatales

Al examen físico se encontró una presión arterial de 130/60 mmHg, una frecuencia cardíaca de 90 latidos por minutos, frecuencia respiratoria de 15 respiraciones por minuto, una temperatura de 37°C. Al palpar abdomen encontramos una altura uterina de 33 centímetros, un feto longitudinal, podálico y derecho, así como la presencia de latidos cardíacos fetales de 145 por minuto. Al tacto vaginal: ligero borramiento del cuello, dilatación en 3.

Por lo que se plantean los diagnósticos de multigesta de 38 semanas por ecografía de primer trimestre, feto en presentación podálica, trabajo activo de parto, alto riesgo por cesárea anterior una vez e insuficientes controles prenatales. Dado que el feto se encuentra en presentación podálica, se decide realizar una cesárea de emergencia, por lo que se prepara a paciente para ingreso a sala de operaciones.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N°1

Paciente masculino de 40 años ingresa a emergencia en camilla acompañado por bomberos, luego de haber sufrido un accidente de tránsito en su moto al chocar con una camioneta en un cruce en plena carretera hace aproximadamente 1 hora. El paciente refiere haberse golpeado la cabeza y el miembro inferior derecho durante la caída, pero niega pérdida de conciencia, náuseas ni vómitos.

Al examen físico se encontró una presión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno al 97% con un FiO₂ de 0.21. Se observa una herida de 6 cm en el arco supraorbital izquierdo de bordes regulares sin pérdida de la consistencia. No hay signos de trauma torácico y abdominal. Se evidencia leve disminución del pulso pedio derecho, dolor a la palpación en muslo derecho con hematoma distribuido hacia la pierna derecha, sin deformidad y con ligero aumento de volumen, sin limitación funcional.

Debido a la clínica se decide solicitar un hemograma, glucosa, urea y creatinina así como radiografía de pierna derecha y de cráneo.

Laboratorio:

Hemoglobina: 9.5 g/dL, Hematocrito: 28%, Leucocitos: 8.42, Glucosa: 122 mg/dL, Creatinina: 0.87, Urea: 31 mg/dL.

Imágenes de apoyo diagnóstico:

En radiografía de miembro inferior derecho se evidencia fractura de platillo tibial derecho.

En radiografía de cráneo no se evidencian signos de fractura ni lesiones.

Durante la evolución del paciente en emergencia se evidencia aumento de volumen en miembro inferior derecho, piel tensa y disminución de pulso pedio, por lo cual se plantean los diagnósticos de fractura de platillo de tibia derecha y síndrome compartimental. Por lo que se decide llevar al paciente a sala de operaciones para realizar una fasciotomía de pierna derecha con el objetivo de disminuir la presión dentro de los compartimentos de la pierna y evitar mayores complicaciones.

Caso clínico N°2

Paciente masculino de 65 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por un dolor abdominal intenso, distensión abdominal, que se asocia a náuseas e hiporexia, niega deposiciones, niega flatos, niega reacciones adversas medicamentosas. Así mismo refiere antecedente de 3 lapartomías exploratorias, hace 20, 36 y 37 años, por obstrucción intestinal.

Al examen físico se encuentra una frecuencia cardiaca de 167 latidos por minuto, frecuencia

respiratoria de 27 respiraciones por minuto, presión arterial de 135/80 mmHg, una saturación de 97% a FiO₂ de 0.21 y una temperatura de 37.6°. Así mismo en el examen abdominal este se encuentra distendido con mayor volumen en hemiabdomen izquierda, ruidos hidroaéreos metálicos auscultados en hipocondrio izquierdo y ausencia de los mismos en fosa iliaca izquierda, blando, poco depresible, dolor a la palpación y a la descompresión en fosa iliaca izquierda.

Dada la clínica del paciente se postulan los diagnósticos presuntivos de vólvulo sigmoide e impactación fecal, por lo que se decide ampliar estudios, solicitando hemograma, gasometría arterial, ecografía abdominal y una radiografía de abdomen en bipedestación.

Se reciben exámenes de laboratorio encontrándose:

En el hemograma: Hb 13,8 g/dl, Hcto 39,7%, Plaquetas en 138000/uL, Leucocitos 7.17 x 10³/u

En el gasometría arterial se encuentra acidosis metabólica

Se reciben imágenes de apoyo diagnóstico:

En radiografía abdominal se observa marcada dilatación del marco colónico, con imagen característica de “grano de café” sugerente de vólvulo de sigmoides.

En ecografía abdominal se reporta gran meteorismo intestinal sugerente de suboclusión intestinal.

Posteriormente se solicitó tomografía abdominal pero no pudo realizarse por falta de disponibilidad en hospital. Posteriormente paciente cursó con inestabilidad hemodinámica por lo que se programó su ingreso a sala de operaciones para laparotomía exploratoria de emergencia con los siguientes hallazgos:

Vólvulo que compromete desde el colon transverso hasta el ángulo esplénico

Se realizó resección del área comprometida con posterior anastomosis primaria transverso-descendente y colocación de dren Pen Rose.

Se envió muestra para estudio de anatomopatológica.

Paciente con buena tolerancia a procedimiento y posterior pase a hospitalización con cobertura antibiótica intravenosa de ceftriaxona, metronidazol por 7 días al segundo día se agregó amikacina por 6 días. Paciente con evolución favorable con progresivo de aumento de tolerancia oral posterior a eliminación de flatos, consecuentemente a evolución favorable se da alta con indicaciones y cita por consultorio externo para control de herida operatoria

I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRIA

Caso clínico N°1

Recién nacido a término (RNAT), femenino, nacido por parto eutócico en el nosocomio. Madre de 29 años, G2 P1001, sin antecedentes familiares ni personales de importancia. Grupo y factor O +, VIH no reactivo, VDRL no reactivo, Hb 12.7 g/dl, 39 semanas de edad gestacional por FUR. APGAR 8 al minuto y líquido meconial espeso, APGAR 9 a los 5 minutos. Edad por Capurro de 38 semanas, peso al nacer de 4500 gr, talla de 50.5 cm, perímetro cefálico de 33.5 cm, perímetro torácico de 35 cm.

Al examen físico encontramos un neonato en regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición. Piel tibia, hidratada, elástica con llenado capilar menor de 3 segundos, sin ictericia ni palidez. Normocéfala, fontanelas normotensas. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares de buena intensidad, sin soplos. Tórax simétrico, murmullo vesicular que pasa bien por ambos campos pulmonares sin ruidos agregados. Abdomen blando y depresible, no distendido, con ruidos hidroaéreos presentes. Genitales externos femeninos. Extremidades móviles sin limitaciones, Ortolani negativo y Barlow negativo. Reactiva a estímulos externos con reflejos primitivos presentes.

Se plantean los diagnósticos de recién nacido a término, grande para edad gestacional, femenino, macrosómico, sufrimiento fetal agudo (SFA) por líquido amniótico meconial espeso (LAM) y descartar trastorno metabólico: Hipoglucemia

Con los diagnósticos anteriormente planteados se decide brindar cuidados del recién nacido lactancia materna exclusiva a demanda, así control de funciones vitales, observación de signos de alarma, hemoglucotest a la 1era y 3era hora de vida se solicita grupo y factor sanguíneo

Con los resultados de grupo y factor O + y una glucosa de 40 mg/dl en la 1era hora de vida se decide reforzar lactancia materna y se controla glucosa en la 3era hora de vida, obteniendo 75 mg/dl. Se indica a la madre continuar la lactancia materna y darle con mayor frecuencia

Caso clínico N°2

Paciente masculino de 2 años de edad es traído por mamá a la emergencia, quien refiere dificultad respiratoria de inicio súbito, asociado a cianosis perioral de 1 hora de evolución. La mamá añade que 14 horas antes del ingreso, su hijo presentó fiebre cuantificada en 38.5 °C, disfonía leve, babeo, rechazo a los alimentos y decaimiento. Como antecedentes de importancia se rescata que el paciente nació por parto eutócico y recibió lactancia materna exclusiva solo los primeros 2 meses de vida; además, mamá indica que no ha recibido ninguna vacuna por el miedo a que su niño desarrolle autismo.

En el examen físico inicial, se encontró que las funciones vitales fueron una temperatura de 38.7 °C, saturación de O₂ de 92%, frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto y una frecuencia respiratoria de 45 latidos por minuto; además, el triángulo de evaluación pediátrica se encontraba alterado

Mal aspecto general, irritable, cianosis perioral y babeo evidente. No toleraba la posición en decúbito supino y el cuello presentaba una hiperextensión marcada.

A nivel respiratorio encontramos tirajes subcostales e intercostales, disociación toracoabdominal para el patrón respiratorio, aleteo nasal y la presencia de estridor inspiratorio.

A nivel cardiovascular había ruidos cardiacos rítmicos y regulares en taquicardia evidente. Los pulsos periféricos estaban presentes y no se auscultaron soplos cardiacos.

Por lo detallado con anterioridad es que se plantean los siguientes diagnósticos: síndrome de dificultad respiratoria grave, a descartar epiglotitis, a descartar absceso retrofaríngeo, a descartar laringotraqueitis, a descartar angioedema. Basado en ello, el plan de trabajo fue solicitar un hemograma, velocidad de sedimentación globular, análisis de gases arteriales, hemocultivo, radiografía de tórax posteroanterior y lateral y finalmente una laringoscopia

En el hemograma se encontró una hemoglobina de 11.5 g/dL, leucocitos en 15 200 cél/mm³ y plaquetas en 335 000 cél/mm³. El VSG se encontró en 50 mg/dL. El AGA reveló un pH en 7.37, una pCO₂ en 42 mmHg, una pO₂ en 75 mmHg y un HCO₃⁻ en 11.3 mEq. El hemocultivo fue positivo para Haemophilus influenzae tipo b no productor de betalactamasas. La radiografía PA no presentó hallazgo alguno, pero la lateral reveló un importante aumento del volumen de la epiglotis con interrupción parcial del paso de la columna de aire y dilatación del espacio faríngeo. Finalmente, y bajo anestesia general, se realizó la laringoscopia, encontrándose una epiglotis eritematosa, brillante y con aumento marcado del volumen.

Con todo lo anterior se decidió mantener el diagnóstico de epiglotitis y el de síndrome de dificultad respiratoria grave. Como abordaje se decidió la hospitalización del paciente en la UCI pediátrica, la colocación de O₂ suplementario mediante intubación endotraqueal, metamizol y el uso de ceftriaxona con vancomicina

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se mencionó con anterioridad, realizamos el internado médico en el Hospital María Auxiliadora y Servicios Básicos de Salud, este hospital se inauguró el 29 de diciembre de 1983 durante el segundo gobierno constitucional del Presidente Fernando Belaunde Terry , a cargo del Ministro de Salud de la época el Dr . Juan Franco Ponce . (1)

El Hospital María Auxiliadora y Servicios Básicos de Salud está ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores de la provincia lima en el departamento de Lima, es un hospital que tiene bajo su jurisdicción y funciona como centro de referencia del cono sur de lima.(1)

Las funciones del interno de medicina en el hospital son la elaboración de historias clínicas, evolución diaria de los pacientes, atención de emergencia de estos. Además de realizar diversos

procedimientos bajo la supervisión de médicos residentes. también somos el primer contacto de los pacientes con el servicio de salud.

Dentro de nuestras funciones también figura el proceso administrativo como el llenado de hojas FUA, HIS, referencias , contra referencias , altas y otros formatos varios, necesarios para cumplir con el plan establecido por el médico asistente. Como retribución por el trabajo realizado, los internos que retornaron al internado durante la emergencia sanitaria recibieron un estipendio mensual de 400 soles según lo establecido por el MINSA (4).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN POR SERVICIOS BASICOS DE LA SALUD

Caso clínico N° 1

De acuerdo con la información presentada, el paciente presenta una patología que encaja en la clínica de la otitis externa aguda. La otitis externa es una inflamación del conducto auditivo externo, generalmente de origen infeccioso, que puede ser causada por bacterias, hongos, virus o una combinación de estos . Los síntomas típicos incluyen otalgia, prurito, otorrea y en ocasiones pérdida de audición (2). En el caso presentado, el paciente tiene una otalgia derecha de moderada intensidad y un historial de visitas frecuentes a piscinas públicas, lo que podría haber favorecido la aparición de la infección.

El tratamiento de la otitis externa aguda se realiza con antibióticos tópicos y corticosteroides para disminuir la inflamación y el dolor (3). En este caso, se optó por utilizar una combinación de ciprofloxacino (un antibiótico de amplio espectro) y dexametasona (un corticosteroide) en forma de gotas óticas. Esta combinación es efectiva para tratar la mayoría de las infecciones bacterianas causantes de otitis externa (4). Además, se prescribe paracetamol para el control del dolor y la fiebre.

Se proporcionaron indicaciones de cuidado e higiene, así como signos de alarma, para garantizar una recuperación adecuada y la detección temprana de posibles complicaciones

Caso clínico N° 2

La paciente presenta síntomas compatibles con la COVID-19, una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2. La COVID-19 se caracteriza por una amplia gama de síntomas que pueden variar desde leves hasta graves, siendo los más comunes fiebre, tos seca,

cansancio, dolores musculares, dolor de garganta y pérdida del olfato o gusto (2). En este caso, la paciente presenta odinofagia, rinorrea, cefalea, tos sin expectoración y fiebre, lo cual coincide con los síntomas característicos de la COVID-19.

Además, la paciente refiere haber estado en contacto con un caso COVID positivo hace 5 días, lo que aumenta la probabilidad de que haya contraído la infección. La prueba COVID antigénica realizada confirma el diagnóstico al dar un resultado positivo.(2)

El tratamiento recomendado en casos de COVID-19 leve a moderado se centra en el manejo sintomático y el aislamiento domiciliario para evitar la propagación del virus (2). En este caso, la paciente presenta una forma leve de la enfermedad, ya que su saturación de oxígeno es del 98% y no presenta dificultades respiratorias.

El tratamiento sintomático brindado incluye la administración de paracetamol para controlar la fiebre y aliviar el dolor (2). Además, se le proporciona información sobre signos y síntomas de alarma, como dificultad para respirar, dolor en el pecho, confusión o somnolencia, entre otros, que podrían indicar un empeoramiento de la enfermedad y requerir atención médica urgente (2)

El aislamiento domiciliario por 5 días está en línea con las recomendaciones de la OMS, que sugieren un periodo de aislamiento de al menos 5 días para pacientes con COVID-19 leve y sin factores de riesgo (2)

Caso clínico N°3

El paciente presenta una lesión única, indolora en el glande del pene, con antecedentes de conductas sexuales de riesgo. Estas características clínicas son sugestivas de sífilis primaria, una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La sífilis primaria se caracteriza por la aparición de una lesión denominada chancro, que es una úlcera indolora, de bordes sobreelevados y base limpia, que se localiza en el lugar de inoculación del microorganismo (3) En este caso, la lesión se encuentra en el glande del pene. Además, el resultado positivo en la prueba no treponémica RPR (reagina plasmática rápida) apoya el diagnóstico de sífilis (4)

La conducta terapéutica en este caso incluye el tratamiento antibiótico, la consejería sobre métodos de protección de barrera, la ampliación de contactos sexuales de riesgo y la provisión de condones(4). El tratamiento antibiótico de elección para la sífilis en todas sus etapas es la penicilina G benzatina, administrada por vía intramuscular en una dosis única La terapia antibiótica es crucial para erradicar la infección y prevenir la progresión a etapas posteriores de la enfermedad.

La consejería sobre métodos de protección de barrera y la provisión de condones son medidas importantes para prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS) a futuras parejas sexuales. Además, se debe realizar la ampliación de contactos sexuales de riesgo para

identificar y tratar a otras personas que puedan haber estado expuestas a la sífilis, lo cual ayuda a controlar la propagación de la enfermedad (3)

Caso clínico N°4

El caso presentado sugiere una infección del tracto urinario (ITU), específicamente una cistitis, que es la inflamación de la vejiga urinaria, generalmente causada por una infección bacteriana. La clínica del caso encaja con esta patología, ya que la paciente presenta síntomas típicos como disuria, polaquiuria y sensación de urgencia miccional, sin fiebre, escalofríos o dolor lumbar(5). La conducta terapéutica consiste en administrar un tratamiento antibiótico con nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por 5 días. (6).

En este caso, no se realiza antibiograma debido a la falta de disponibilidad en el centro de salud. Aunque el antibiograma es útil para determinar la sensibilidad bacteriana y seleccionar el antibiótico más adecuado, las guías peruanas mencionan que el tratamiento empírico puede ser iniciado sin confirmación microbiológica en pacientes con ITU no complicada. (7)

Caso clínico N°5

La patología en este caso se describe como síndrome obstructivo bronquial (SOB), una afección caracterizada por la obstrucción reversible de las vías aéreas inferiores, la cual se manifiesta con síntomas como sibilancias, disnea y/o tos (8). La presentación clínica de la paciente, incluyendo la congestión nasal, rinorrea, alza térmica, antecedentes de episodios de sibilancias y la presencia de sibilancias bilaterales en la auscultación, encaja en este diagnóstico (8).

En cuanto al manejo terapéutico, se ha prescrito un ciclo de rescate con salbutamol, un agonista beta-2 adrenérgico de acción rápida que actúa como broncodilatador, aliviando la obstrucción bronquial (9). La administración de salbutamol en dosis de 100 µg/do a 4 puff cada 20 minutos por 1 hora sigue las recomendaciones de la guía peruana para el tratamiento de SOB en niños (10). La reevaluación de la paciente tras el ciclo de rescate mostró mejoría en la saturación de oxígeno y en los demás parámetros físicos.

Se prescribe el alta con salbutamol 100 µg/do 2 puff cada 4 horas por 3 días y después cada 6 horas por 3 días más, siguiendo las recomendaciones de la misma guía. Además, se receta paracetamol a dosis de 120 mg/5 ml a 7 ml, condicional a una temperatura $\geq 38^{\circ}$ C, para manejar la fiebre (10). Se indicó regresar en 7 días para reevaluación, lo cual es apropiado para garantizar un seguimiento adecuado de la evolución del caso.

Caso clínico N°6

La diarrea aguda bacteriana es una patología caracterizada por la presencia de deposiciones líquidas, frecuentes y con una duración menor a 14 días, provocada por una infección bacteriana en el tracto gastrointestinal(11). La paciente presenta cuadro de deposiciones líquidas de 5 cámaras por día con presencia de moco, sin sangre, y un examen de reacción inflamatoria en heces positivo, lo cual sugiere una infección bacteriana en el tracto gastrointestinal. Además, la rinofaringitis aguda es una infección del tracto respiratorio superior, que se manifiesta con síntomas como tos y rinorrea (11) La paciente presenta ambos síntomas, lo cual coincide con la clínica de rinofaringitis aguda.

El tratamiento de la diarrea aguda bacteriana y la rinofaringitis aguda con azitromicina se justifica por ser un antibiótico de amplio espectro que abarca tanto infecciones respiratorias como gastrointestinales (11). La dosis de azitromicina 200mg/5ml a 2.5 ml cada 24 horas por 5 días es adecuada para un paciente pediátrico de 1 año y 8 meses, basándose en la guía de tratamiento antibiótico en niños (12).

El paracetamol se indica condicional a temperatura $\geq 38^{\circ} \text{C}$, como antipirético y analgésico El lavado nasal con solución fisiológica ayuda a aliviar la congestión nasal asociada a la rinofaringitis aguda (11). Además, el aumento en la ingesta habitual de líquidos y 50 cc después de cada deposición diarreica es recomendado para prevenir la deshidratación (11) Finalmente, se cita al paciente para reevaluación en 3 días para valorar la evolución y ajustar el tratamiento si fuera necesario (11).

Caso clínico N°7

La patología que se plantea en este caso es la escabiosis, también conocida como sarna, la cual es una enfermedad parasitaria de la piel causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. La escabiosis se caracteriza por la presencia de prurito intenso, principalmente nocturno, y la aparición de lesiones pápulo-eritematosas en áreas de pliegues y zonas de roce(13). En este caso, la clínica concuerda con la presentación típica de la escabiosis, ya que el paciente presenta comezón intensa en brazos, tórax y piernas a predominio nocturno, además de lesiones pápulo-eritematosas en áreas de pliegues y signos de rascado.

El tratamiento inicial con Benzoato de bencilo al 25% se fundamenta en que es un medicamento efectivo para el tratamiento de la escabiosis, aunque en algunos países es menos utilizado debido a su potencial irritante (13). En este caso, se eligió el Benzoato de bencilo al 25% debido a que era el único medicamento disponible en el establecimiento de salud. La aplicación de una vez en la noche por dos noches consecutivas y la repetición del ciclo de tratamiento en 7 días, siguen las recomendaciones generales para el uso de Benzoato de bencilo en el tratamiento de la escabiosis (13)

A la reevaluación, el paciente presenta una disminución en la intensidad de los síntomas y una reducción en el tamaño de las lesiones, lo que indica una mejoría parcial. Ante esta situación,

se indica el uso de permetrina al 5% en crema, otro medicamento efectivo y de primera línea para el tratamiento de la escabiosis (13). La aplicación en zonas afectadas y dejando reposar por 10 horas, y la repetición del tratamiento en 2 semanas si los síntomas persisten, siguen las pautas recomendadas para la permetrina (13). Además, se refuerzan las indicaciones de aseo e higiene para erradicar el ácaro y se cita a reevaluación en 7 días, lo cual es esencial para el control y seguimiento del tratamiento (13).

Caso clínico N°8

La anemia es una condición en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos para suministrar el oxígeno necesario a los tejidos corporales. En el caso de la paciente de 6 meses, se encontró una hemoglobina de 10.3 mg/dl, lo cual encaja con el diagnóstico de anemia leve según el Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia en Pediatría del Ministerio de Salud del Perú, donde se establece que la anemia leve en niños menores de 5 años es cuando la concentración de hemoglobina se encuentra entre 10 y 10.9 g/dl (14)

La conducta terapéutica en este caso incluye el inicio de tratamiento con sulfato ferroso y la suplementación de hierro, así como controles y seguimiento a través de consultas de nutrición y exámenes parasitológicos. Esto se basa en las guías del Ministerio de Salud del Perú, que recomiendan el tratamiento de anemia en niños menores de 5 años con sulfato ferroso a una dosis de 3-5 mg/kg/día de hierro elemental, en una sola toma diaria, durante 3 meses y continuar con la suplementación de hierro profiláctica hasta los 5 años de edad (14). Además, se sugiere realizar una evaluación clínica y paraclínica, incluyendo el examen parasitológico en heces, para descartar otras causas de anemia (14).

La conducta terapéutica también incluye consejería nutricional y seguimiento de la ablactancia, lo cual es consistente con las recomendaciones del Ministerio de Salud del Perú para el manejo integral de la anemia en niños menores de 5 años, que abarcan aspectos relacionados con la alimentación complementaria y el apoyo a la lactancia materna (14).

III.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1

Definición de la patología y por qué encaja con la clínica del caso: La enfermedad ulcerosa péptica (EUP) es una afección caracterizada por la formación de úlceras en el estómago y/o duodeno, causadas por el desequilibrio entre factores agresivos (ácido gástrico, pepsina, infección por *Helicobacter pylori*) y protectores (moco, bicarbonato, flujo sanguíneo) de la mucosa gastrointestinal . (15) En este caso, la clínica del paciente (dolor abdominal en epigastrio, despertar nocturno, alivio al ingerir alimentos, antecedente de episodio similar y úlcera duodenal confirmada por endoscopia) es compatible con la EUP (16).

La infección por *Helicobacter pylori* es uno de los principales factores etiológicos en la EUP (16). La terapia erradicadora recomendada por las guías peruanas incluye un inhibidor de la bomba de protones (IBP), como omeprazol, y dos antibióticos, amoxicilina y claritromicina, durante 14 días (4). En el caso presentado, se decide brindar este esquema de tratamiento, ya que el test de urea es positivo, lo cual indica la presencia de *Helicobacter pylori*. Además, se proporcionan medidas higiénico-dietéticas para disminuir la producción de ácido gástrico y favorecer la cicatrización de la úlcera (17).

Caso clínico N° 2

La litiasis renal se refiere a la formación de cálculos (piedras) en el sistema urinario, los cuales pueden estar localizados en el riñón, uréter, vejiga o uretra. Los cálculos renales suelen estar compuestos por cristales de calcio, oxalato, fosfato, ácido úrico, entre otros.(18)

El paciente presenta dolor tipo cólico en flanco derecho que irradia hacia la región umbilical, lumbar y genitales de intensidad 10/10, acompañado de náuseas y vómitos. Estos síntomas son compatibles con el cólico nefrítico, un síntoma común en casos de litiasis renal (18), Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEU (18). Asociación Española de Urología). Además, el UROTEM confirmó la presencia de un cálculo en el uréter.

El manejo inicial del cólico nefrítico incluye el control del dolor, la hidratación y el manejo de las náuseas y vómitos (18). En este caso, se administró tratamiento analgésico para controlar el dolor y se informó al paciente sobre medidas preventivas para evitar la formación de nuevos cálculos renales. Estas medidas incluyen mantener una buena hidratación, reducir el consumo de sal y llevar una dieta (18)

Dado que el paciente también es diabético e hipertenso controlado, es importante realizar el seguimiento y control de estas condiciones crónicas en consultorio externo. La diabetes y la hipertensión pueden aumentar el riesgo de desarrollar litiasis (18).

III.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N°1

El síndrome compartimental es una afección potencialmente grave en la que la presión dentro de un compartimento muscular cerrado se eleva a niveles patológicos, lo que puede conducir a la disminución del flujo sanguíneo y daño en los tejidos (19). En el caso descrito, el paciente presenta un aumento de volumen en el miembro inferior derecho, piel tensa y disminución de pulso pedio, lo que sugiere un aumento de la presión en los compartimentos musculares de la pierna, siendo indicativo de síndrome compartimental.

La fasciotomía es el tratamiento de elección para el síndrome compartimental. Consiste en realizar una incisión quirúrgica en la fascia que recubre los compartimentos musculares, con el objetivo de liberar la presión en el compartimento afectado y restablecer el flujo sanguíneo adecuado (20). En este caso, se decide llevar al paciente a sala de operaciones para realizar una fasciotomía de pierna derecha, ya que esta intervención es necesaria para prevenir el daño irreversible en los músculos y nervios y evitar complicaciones como la necrosis muscular, contracturas y pérdida de función (19).

Caso clínico N° 2

El vólvulo sigmoideo es una torsión del colon sigmoide que puede causar obstrucción intestinal. Se presenta con dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas, vómitos, ausencia de deposiciones y flatos (21). En el caso presentado, el paciente de 65 años presenta síntomas que coinciden con la patología mencionada, como dolor abdominal intenso, distensión abdominal, náuseas e hiporexia, ausencia de deposiciones y flatos. Además, el paciente tiene un antecedente de 3 laparotomías exploratorias por obstrucción intestinal, lo que puede aumentar el riesgo de adhesiones y complicaciones intestinales (21).

Dado el cuadro clínico y los hallazgos de imagen (radiografía abdominal con imagen característica de “grano de café” y ecografía abdominal con meteorismo intestinal), se optó por la laparotomía exploratoria de emergencia, que es el tratamiento adecuado para el vólvulo sigmoideo complicado o con inestabilidad hemodinámica (21). Durante la cirugía, se realizó la resección del área comprometida con posterior anastomosis primaria transverso-descendente y colocación de dren Pen Rose.

Después del procedimiento, el paciente recibió cobertura antibiótica intravenosa con ceftriaxona, metronidazol y amikacina, que es una terapia antimicrobiana adecuada para la profilaxis de infecciones postoperatorias en cirugías gastrointestinales.

III.3. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N°1

La macrosomía se define como un peso al nacer mayor o igual a 4000 gramos . El recién nacido en este caso tiene un peso de 4500 gr y es clasificado como grande para su edad gestacional (GEG). El sufrimiento fetal agudo (SFA) es una condición en la cual el feto no recibe suficiente oxígeno, lo que puede resultar en una disminución de la frecuencia cardíaca fetal, acidosis metabólica y/o cambios en el patrón de movimiento fetal (22). La presencia de líquido amniótico meconial espeso (LAM) puede indicar un SFA, ya que el meconio en el líquido amniótico es un signo de estrés fetal (23).

La lactancia materna exclusiva a demanda es una práctica recomendada para la alimentación de recién nacidos, ya que provee todos los nutrientes necesarios y fortalece el vínculo madre-hijo (24). Además, en neonatos macrosómicos, la lactancia materna puede ayudar a prevenir la hipoglucemia y a mantener niveles adecuados de glucosa en sangre(22). La monitorización de las funciones vitales y signos de alarma es crucial en neonatos con riesgo de trastornos metabólicos, como la hipoglucemia (22)La realización de hemoglucotest en las primeras horas de vida permite un seguimiento adecuado de la glucemia y detectar de forma temprana posibles alteraciones (22) .El control de glucosa en la 3era hora de vida y el refuerzo de la lactancia materna son medidas apropiadas para prevenir y tratar la hipoglucemia en el neonato(24).

Caso clínico N°2

La epiglotitis es una infección bacteriana aguda de la epiglotis y los tejidos circundantes, que puede causar una obstrucción grave de las vías respiratorias. Los signos y síntomas clínicos en el caso mencionado, como fiebre, disfonía leve, babeo, rechazo a los alimentos, decaimiento, dificultad respiratoria, cianosis perioral, irritabilidad, hiperextensión del cuello y estridor inspiratorio, son consistentes con el diagnóstico de epiglotitis (2)

El manejo de la epiglotitis requiere intervenciones inmediatas para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias y tratar la infección subyacente. Según la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes del sistema respiratorio en el Perú (2), las intervenciones y el tratamiento en este caso son apropiados:

La hospitalización en la UCI pediátrica es necesaria para el monitoreo y el manejo intensivo de la dificultad respiratoria grave

La administración de O2 suplementario mediante intubación endotraqueal es esencial para mantener una adecuada oxigenación y proteger las vías respiratorias

El uso de analgésicos, como el metamizol, ayuda a controlar la fiebre y el dolor asociados con

la epiglotitis (2)

El tratamiento con ceftriaxona y vancomicina es adecuado para combatir la infección bacteriana, especialmente porque el hemocultivo fue positivo para *Haemophilus influenzae* tipo b no productor de betalactamasas (2).

III.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA

Caso clínico N°1

El caso clínico presentado es compatible con un embarazo ectópico, que es una complicación del embarazo en la cual el óvulo fecundado se implanta y se desarrolla fuera de la cavidad uterina, generalmente en la trompa de Falopio . Los síntomas que presenta la paciente, como sangrado vaginal menor a una regla y dolor tipo cólico intermitente en fosa iliaca derecha, son consistentes con un embarazo ectópico

El diagnóstico se confirma mediante el hallazgo de un saco gestacional con embrión en su interior en la trompa de Falopio derecha, visualizado a través de la ultrasonografía transvaginal. Además, la presencia de actividad cardíaca rítmica apenas perceptible sugiere un embarazo en curso

El tratamiento médico con metotrexato está indicado en pacientes con embarazo ectópico no complicado y hemodinámicamente estables que cumplen con ciertos (20)En este caso, la paciente cumple con los criterios requeridos, incluyendo una concentración de BHCG menor a 5000 mUI/mL y ausencia de signos de ruptura tubárica(25).

El metotrexato es un agente quimioterapéutico que inhibe la síntesis de ácido fólico y, por lo tanto, impide la proliferación de células (21). Este medicamento se administra de forma ambulatoria, lo que permite evitar la cirugía en la mayoría de los casos (25).

La paciente debe ser dada de alta con controles periódicos de los niveles de BHCG y educación sobre las próximas intervenciones para asegurar una resolución adecuada del embarazo ectópico (25).

Caso clínico N°2

El caso presenta a una mujer multigesta de 29 años con antecedentes de cirugía pélvica uterina previa y feto en presentación podálica. La presentación podálica es una situación en la cual el feto se encuentra en una posición donde los glúteos o los pies son la parte que se presenta primero en el canal del parto, en lugar de la cabeza. Esta posición es menos segura para el parto vaginal, ya que aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el recién

nacido, como la asfixia perinatal o el prolapso del cordón umbilical.

Según las guías peruanas de atención integral a la gestante, en el caso de una presentación podálica se recomienda la realización de una cesárea, especialmente si la paciente tiene antecedentes de cesárea previa (26) Esto se debe a que un parto vaginal en estas condiciones incrementa el riesgo de ruptura uterina, hemorragia y otras complicaciones. Además, se ha identificado que la paciente tuvo insuficientes controles prenatales, lo cual también puede aumentar los riesgos durante el parto.

La decisión de realizar una cesárea de emergencia en este caso se basa en la evidencia de las guías peruanas de atención integral a la gestante, que sugieren que la cesárea es el enfoque más seguro y adecuado para el parto en casos de presentación podálica y antecedentes de cesárea previa (26).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado médico el primero de junio del 2022 fue un momento crítico en nuestra formación como futuros médicos. En un contexto de inestabilidad política y social, enfrentamos desafíos inimaginables, pero a pesar de todo, mostramos un compromiso inquebrantable con la vocación y el deseo de ayudar a la comunidad.

La división del internado en dos etapas, con cinco meses en el primer nivel de atención y cinco meses en hospitales nacionales, nos permitió adquirir una valiosa experiencia en distintos ámbitos del sistema de salud. A lo largo de este período, pudimos apreciar cómo el personal médico, de enfermería, obstetricia, administrativo y técnico son pilares fundamentales en la atención sanitaria y cómo, en conjunto, garantizan el funcionamiento del sistema.

La labor del interno de medicina es esencial no sólo para su formación como médicos competentes y empáticos, sino también como un recurso valioso en la atención a pacientes. Aunque el trabajo no siempre es justamente remunerado, el esfuerzo y la dedicación demostrados por nosotros y nuestros compañeros profesionales es un reflejo de la pasión y compromiso hacia el bienestar de los pacientes y la sociedad en general.

El regreso de un período de virtualidad a la atención presencial fue un desafío crucial por lo que debimos adaptarnos rápidamente al cambio y enfrentar las brechas en nuestra educación generadas por la pandemia. Sin embargo, la experiencia vivida en el internado, tanto en hospitales nacionales como en centros de salud, ha enriquecido su formación y fortalecido su espíritu.

En momentos de adversidad, como los vividos en el 2022, es fundamental recordar que la vocación y el deseo de ayudar a la comunidad son fuerzas más poderosas que cualquier obstáculo. Los internos de medicina, con su dedicación y perseverancia, hemos demostrado que

incluso en situaciones difíciles, es posible seguir adelante y contribuir al bienestar de nuestra sociedad. Seremos testimonio de una generación resiliente y comprometida, que enfrentó desafíos y superó barreras para continuar sirviendo a la comunidad y creciendo como profesionales.

CONCLUSIONES

El internado es una etapa fundamental para desarrollo de todo personal de la salud, aquí es donde ponemos en práctica nuestras habilidades y conocimientos. Además, es el periodo en donde la mayoría de nosotros tomamos decisiones importantes sobre el futuro de nuestras carreras.

En el contexto de la pandemia por COVID-19 aprendimos la importancia del uso del EPP, así mismo la importancia de las medidas de bioseguridad para poder desempeñar nuestras labores de la mejor manera y no poner en peligro a nuestras familias ni amigos.

Nuestra rotación abarco 10 meses desde el 01 de junio del 2022 al 30 marzo del 2023, en donde los 5 primeros meses los desarrollamos en centros de salud de primer nivel aprendiendo sobre el manejo de las patologías más comunes y el desarrollo de los diversos programas que cuenta el ministerio de salud.

Poder desempeñarnos en hospitales después un largo tiempo de virtualidad nos hizo apreciar mucho más las enseñanzas y oportunidades que nos brindaron nuestros residentes o asistentes. Sin embargo, lo más importante para nosotros fue el contacto con los pacientes, siempre agradeciendo por dejarnos aprender de ellos y esperando que nuestra ayuda puedo haber sido de utilidad para ellos.

Contamos con el apoyo y seguimiento de diversos tutores asignados por la universidad en cada sede de rotación, los cuales nos fueron de gran apoyo en nuestro pase por las diversas especialidades.

Dentro de nuestro cronograma contamos con actividades académicas programadas como exposiciones, exámenes y conversatorios junto a nuestros compañeros de otras universidades. Las mismas nos ayudaron a adquirir nuevos conocimientos teóricos y reforzar nuestros conocimientos adquiridos en los años de carrera.

RECOMENDACIONES

Recomendamos a los próximos internos mantener la motivación al realizar procedimientos brindados por los residentes o asistentes. Cada oportunidad para consolidar nuestras habilidades y destrezas será de gran ayuda para nuestra práctica profesional futura.

Nuestra rotación por el primer nivel de atención nos brindó mucha experiencia para la realización de nuestro SERUMS, sin embargo, recalcamos la importancia de la realización de 12 meses de internado hospitalario para adquirir los suficientes conocimientos prácticos en las diferentes rotaciones que nos van a ayudar a la realización de nuestra práctica profesional. Recomendamos la aplicación de un externado de 6 meses por los centros de primer nivel además del internado para poder complementar nuestra educación.

Contamos con la enseñanza y guía de nuestros residentes, asistentes y tutores durante nuestros meses de internado, sin embargo, por la gran carga laboral y cantidad de pacientes, el tiempo de enseñanza se vio reducido. Proponemos el aumento de actividades académicas aprovechando las herramientas virtuales que actualmente manejamos para aumentar el tiempo de enseñanza para nuestro beneficio.

Pedimos también a los hospitales y al gobierno la creación e implementación de reglamentos básicos para la práctica de nuestros futuros compañeros. Respetando así los derechos y deberes de estos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA, et al. Clinical practice guideline: acute otitis externa. Otolaryngology--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. febrero de 2014; 150 (1 Suppl): S1-24.
2. Interim clinical guidance for management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19) .EE. UU. CDC [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/89980>
3. Sífilis - Enfermedades de transmisión sexual. Lima, Perú, Ministerio de Salud [Internet]. 2022 [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/stdfact-syphilis-s.htm>
4. Boletín Epidemiológico, volumen 31- SE1[Internet] Lima, Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20227_10_212757.pdf
5. Aristondo FM, Moyano AB, Álvarez PP. SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD.
6. Chen YS, Yang SSD, Yang CC, Chang SJ. Risk of urinary tract infection symptoms recurrence in women: A prospective observational study. Tzu Chi Med J. marzo de 2022;34(1):69.
7. Acute simple cystitis in females - UpToDate [Internet]. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-females>
8. Martin J, Townshend J, Brodlie M. Diagnosis and management of asthma in children. BMJ Paediatr Open. abril de 2022;6(1):e001277.
9. Ortiz-Alvarez O, Mikrogianakis A. Managing the paediatric patient with an acute asthma exacerbation. Paediatr Child Health. mayo de 2012;17(5):251-6.
10. Analysis of the theoretical knowledge and clinical management of fever by paediatricians and medical residents in relation to an established care protocol [Internet]. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: <http://pap.es/article/11674/analysis-of-the-theoretical-knowledge-and-clinical-management-of-fever-by-paediatricians-and-medical-residents-in-relation-to-an-established-care-protocol>
11. Gonzales S. C, Bada M. C, Rojas G. R, Bernaola A. G, Chávez B. C. Guía de práctica

- clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. Rev Gastroenterol Perú. julio de 2011;31(3):258-77.
12. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [Internet] Lima, Perú. Ministerio de Salud. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llq4ky.pdf?v=1535063213
 13. Guía de referencia rápida para el Diagnóstico y Tratamiento de la Escabiosis [Internet]. México. Instituto Mexicano del Seguro Social [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/543GRR.pdf>
 14. Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet] Lima, Perú. Ministerio de Salud. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
 15. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet Lond Engl. 5 de agosto de 2017;390(10094):613-24.
 16. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. enero de 2017;66(1):6-30.
 17. Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, et al. IV Spanish Consensus Conference on Helicobacter pylori infection treatment. Gastroenterol Hepatol. diciembre de 2016;39(10):697-721.
 18. Kidney stones in adults: Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis - UpToDate [Internet]. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/kidney-stones-in-adults-diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis?search=lithiasis%20renal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 19. Department of surgery , anual report [Internet]. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: <https://surgery.utoronto.ca/sites/default/files/2010-11.pdf>
 20. von Keudell AG, Weaver MJ, Appleton PT, Bae DS, Dyer GSM, Heng M, et al. Diagnosis and treatment of acute extremity compartment syndrome. The Lancet. September de 2015;386(10000):1299-310.

21. Sigmoid volvulus - UpToDate [Internet]. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=volvulus%20de%20sigmoid&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
22. Practice Bulletin No. 173 Summary: Fetal Macrosomia. [Internet]. Read by QxMD. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: <https://read.qxmd.com/read/27776066/practice-bulletin-no-173-summary-fetal-macrosomia>
23. Maternal, Fetal, & Neonatal Physiology - 5th Edition [Internet]. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/maternal-fetal-and-neonatal-physiology/blackburn/978-0-323-44934-2>
24. Norma técnica de Salud para la atención integral de Salud de adolescentes 2019 [Internet] Lima, Perú. Ministerio de Salud. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>
25. Lee IT, Barnhart KT. What Is an Ectopic Pregnancy? JAMA. 7 de febrero de 2023;329(5):434.
26. Norma técnica de Salud para la Atención integral de Salud Materna [Internet] Lima, Perú. Ministerio de Salud. [citado 3 de abril de 2023]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf