

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES Y EN EL CENTRO DE SALUD
GUSTAVO LANATTA DURANTE ABRIL 2023 - ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

RUTH GRACIELA HUARAG VALVERDE

ASESOR

OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES Y EN EL CENTRO DE SALUD
GUSTAVO LANATTA DURANTE ABRIL 2023 - ENERO 2024**

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

**PRESENTADO POR
RUTH GRACIELA HUARAG VALVERDE**

**ASESOR
MGTR. OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT**

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dra. Pajuelo Bustamante Rossana

Miembro: Dr. Cubas Vásquez Víctor Emilio

Miembro: Dra. Parhuana Bando Alejandra

DEDICATORIA

A mis padres y a Dios, que siempre guían mis pasos, son mi soporte día a día. Su amor fue fundamental para permitirme creer en mí y seguir en estos largos 7 años de carrera.

AGRADECIMIENTO

A los docentes que estuvieron ahí, brindándonos sus conocimientos y dando herramientas para poder ser una buena profesional. También a mis pacientes, quienes me permitieron aprender diariamente.

ÍNDICE

ÍNDICE	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	9
CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL	23
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	32
RECOMENDACIONES	34
FUENTES DE INFORMACIÓN	35

RESUMEN

La maravillosa carrera de medicina humana dura siete años en Perú, siendo el último año el del internado médico. Esta comprende cuatro rotaciones, las cuales son Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General. Este trabajo contiene todas las actividades y las experiencias adquiridas entre el periodo abril 2023 hasta enero de 2024, en el Hospital Nacional Sergio Bernales y Centro de Salud Gustavo Lanatta por un lapso de 10 meses, con el objetivo de lograr la consolidación de todo lo aprendido. El propósito es describir las competencias desarrolladas durante mi internado en las diferentes áreas como medicina, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría . La metodología usada es la descripción detallada de la adecuada aplicación de guías clínicas a través de casos, aparte de los conocimientos adquiridos gracias a los médicos especialistas y residentes. Como resultado, se menciona que este último año, el interno ha desarrollado distintas habilidades que van desde cómo tener una buena relación médico-paciente, cómo realizar un buen examen físico y sobre todo cómo llegar a un diagnóstico adecuado Se ha puesto en práctica todos los fundamentos teóricos aprendidos. En conclusión, el internado medico es de suma importancia en la etapa final de nuestra formación como estudiantes de la carrera de Medicina Humana, tanto en el ámbito hospitalario como también en el centro de salud.

Palabras Clave: Internado, Clínicos, Hospitales, Perú

ABSTRACT

The wonderful career in human medicine lasts seven years in Peru, the last year being the medical internship. This internship includes four rotations, which are Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, Internal Medicine, and General Surgery. This paper narrates all activities and experiences gained from April 2023 to January 2024, spanning 10 months, at the Sergio Bernales National Hospital and Gustavo Lanatta Health Center, with the aim of consolidating everything learned. The purpose is to describe the competencies obtained by the author through the presentation of two clinical cases for each rotation. The methodology used is the detailed description of the proper application of clinical guidelines through cases, in addition to the knowledge acquired from specialist doctors and residents. As a result, it is mentioned that during this final year, the intern has developed various skills ranging from how to establish a good doctor-patient relationship, how to perform a thorough physical examination, and above all, how to arrive at an accurate diagnosis. All theoretical fundamentals learned have been put into practice. In conclusion, the medical internship is of utmost importance in the final stage of our training as students of the Human Medicine career, both in the hospital setting and in the health center.

Keywords: Internship, Clinical, Hospitals, Peru

<p>NOMBRE DEL TRABAJO</p> <p>EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES Y EN EL CENTRO DE SALUD</p>	<p>AUTOR</p> <p>RUTH GRACIELA HUARAG VALVERDE</p>
--	---

<p>RECuento DE PALABRAS</p> <p>8866 Words</p>	<p>RECuento DE CARACTERES</p> <p>48809 Characters</p>
---	---

<p>RECuento DE PÁGINAS</p> <p>43 Pages</p>	<p>TAMAÑO DEL ARCHIVO</p> <p>941.2 KB</p>
--	---

<p>FECHA DE ENTREGA</p> <p>Mar 11, 2024 12:36 PM GMT-5</p>	<p>FECHA DEL INFORME</p> <p>Mar 11, 2024 12:37 PM GMT-5</p>
--	---

● 15% de similitud general

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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



MGTR.OSCAR OTOYA PETIT
DNI:08498700
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2877-2147>

INTRODUCCIÓN

En Perú, la carrera de medicina humana consta de siete años y se divide en tres fases; ciencias básicas, prácticas clínicas e internado médico. En la primera etapa, se imparten los conocimientos necesarios para comprender los temas que se abordarán en los años siguientes. En la segunda etapa, los estudiantes tienen sus primeros acercamientos con los pacientes. Por último, en el internado médico se desarrolla todo lo aprendido a lo largo de los seis años previos. (1)

Actualmente, el internado consta de cuatro rotaciones, las cuales son ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general y pediatría durante un período de 8 meses. Además, se rotan dos meses en centros de salud.

El internado médico ofrece valiosas lecciones para los estudiantes, ya que representa una ventana que permite desarrollar habilidades al afrontar diferentes desafíos en la práctica clínica. Asimismo, esta etapa permite identificar áreas en la enseñanza clínica y gestión de recursos con el fin de potenciar la práctica profesional de los futuros médicos.

El presente documento fue realizado por una interna de medicina en el Hospital Sergio E. Bernales, un centro hospitalario peruano administrado por el Ministerio de Salud de Perú (Minsa), ubicado en Lima.

El objetivo de este trabajo es compartir la experiencia adquirida durante la etapa final de la carrera de medicina; abordando casos resaltantes de cada rotación, los cuales tienen utilidad práctica en la vida profesional.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Pediatría

Caso clínico n. °1

Lactante de seis meses, de sexo femenino, ingresó por el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. La madre reportó que menor hace 12 horas presentó tos seca, rinorrea y agitación al respirar. La madre también mencionó que notó “hundimiento en el pecho y podía ver las costillas de la niña al respirar”.

Antecedentes perinatales: Madre de 40 años, con un historial obstétrico de G3P3003, ha tenido 9 controles prenatales (CPN). No se reportan antecedentes relevantes.

Antecedentes natales: Nacida por parto por cesárea. El peso al nacer fue de 3500 gramos, la talla fue de 50 centímetros y el perímetro cefálico de 32 centímetros. El APGAR fue de 8-9. La edad gestacional fue de 40 semanas. Se observó líquido meconial claro y las membranas estaban íntegras. El recién nacido fue dado de alta conjuntamente con la madre.

Peso: 7.3 kg

Talla: 65 cm

En el tópic de emergencia, presentó los siguientes signos vitales:

-FC 140 latidos/minuto

-FR 50 respiraciones/minuto

-T 37°C

-SatO₂ 93%-94%

En el examen físico se evidenció lo siguiente:

Piel y faneras: La piel se encontraba tibia, elástica y bien hidratada. El llenado capilar <2 segundos y no se evidencia cianosis. Se observó rinorrea abundante en las fosas nasales, que se acompañaba de eritema alrededor de las mismas.

Tórax y pulmones: El murmullo vesicular fue adecuado en ambos hemitórax. Se auscultó sibilancias tanto inspiratorias como espiratorias, pero no se evidenciaron tirajes.

Aparato cardiovascular: Se escuchó ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultaban soplos.

Abdomen: Los ruidos hidroaéreos están presentes. El abdomen se encontraba blando y depresible, no se evidenció dolor a la palpación.

Genitales: Femeninos. Sin alteraciones.

SNC: La paciente estaba activa y reaccionaba a estímulos.

Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitos en cantidad de 8000/mm³ sin desviación a la izquierda, plaquetas en número de 200000/mm³ y hemoglobina de 14.00 g/dL. Los valores de urea y creatinina se encontraban dentro de los rangos normales.

Se le realizó una placa de tórax en donde se observó la horizontalización de las costillas y opacidades en ambas bases pulmonares, con un patrón de rayos solares.

Con todos los hallazgos clínicos, exámenes de laboratorio e imágenes se establece un diagnóstico de bronquiolitis leve, con una puntuación de 5 puntos en la escala de Bierman y Pierson.

Se hospitalizó a la paciente, se indicó lactancia materna exclusiva, aspirado de secreciones nasales y nebulización con solución salina al 0.9%. Se dejó indicado también la administración de oxígeno si la saturación de oxígeno es menor al 92%. Además, se indicó el uso de paracetamol en gotas (14 gotas) en caso de fiebre.

Tras 3 días de hospitalización, la madre informó que su hija presentó una mejoría significativa en comparación con su estado al momento del ingreso. Se observó una mejora en las funciones vitales, con una frecuencia cardíaca de 120-130 latidos/minuto, una frecuencia respiratoria de 30 respiraciones/minuto, una temperatura de 36°C y una saturación de oxígeno del 96%. No se detectaban tirajes, aunque persistían los sibilantes.

La paciente evolucionó favorablemente, cumpliendo 4 días de hospitalización fue dada de alta con indicaciones medicas y se indicó seguimiento por consultorio externo de pediatría.

Caso clínico n. °2

Lactante masculino de 5 meses, con un tiempo de enfermedad de 24 horas caracterizado por deposiciones líquidas sin evidencia de moco o sangre, y episodios de vómitos. La madre refirió que en las últimas 24 horas el menor había presentado 7 deposiciones líquidas, además de 2 episodios de vómitos con contenido alimenticio. También mencionó que notó al niño más somnoliento de lo habitual y que, a pesar de que lo cargaba, no dejaba de llorar cuando se despertaba. Debido a estos síntomas, la madre acudió al servicio de Emergencias del Hospital Sergio E. Bernales.

Peso: 6 kg

Talla: 65 cm

Antecedentes perinatales: Madre de 50 años, con un historial obstétrico de G5P3023 y 5 controles prenatales. Los exámenes serológicos resultaron no reactivo y el examen de orina fue negativo.

Antecedentes natales: Parto por cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. El peso al nacer fue de 3900 gramos, la talla fue de 48 centímetros y el perímetro cefálico de 34 centímetros. El APGAR fue de 9-9. La edad gestacional fue de 39 semanas. Se observó líquido meconial claro y las membranas estaban íntegras. El recién nacido fue dado de alta conjuntamente con la madre.

Presentó los siguientes signos vitales:

-FC 150 latidos/minuto

-FR 40 respiraciones/minuto

-T 37,4°C

-SatO₂ 97%

En el examen físico se evidenció lo siguiente:

Piel y faneras: La piel se encontraba caliente y con elasticidad disminuida. El llenado capilar <2 segundos y no se evidenció cianosis, pero se observó palidez (++) y el signo del pliegue fue positivo, con una duración de 2 a 3 segundos. Además, se presentaban ojos hundidos y mucosas secas.

Tórax y pulmones: El murmullo vesicular fue adecuado en ambos hemitórax. No se auscultaban ruidos agregados y no se evidenciaban tirajes.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad.

Abdomen: Blando, depresible y ruidos hidroaéreos presentes. Se percibió dolor a la palpación de manera difusa.

Genitales: Se observó genitales masculinos con testículos descendidos.

SNC: El paciente pareció estar somnoliento.

Se solicitó exámenes de laboratorio en donde se evidenció los siguientes resultados leucocitos de $1000/\text{mm}^3$ sin desviación a la izquierda, plaquetas en $200,000/\text{mm}^3$, hemoglobina en 14.00 g/dL . Urea y creatinina dentro de los valores normales.

Se estableció el diagnóstico de diarrea acuosa aguda y deshidratación severa, por lo que se solicita hospitalización, hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 100cc/kg por vía endovenoso, colocación de ondansetron condicional a vómitos y se solicitó coprocultivo.

Tras 5 días, se obtuvieron los resultados del coprocultivo siendo negativo. Afortunadamente, la evolución del paciente fue favorable; al realizar el examen físico, ya no se evidenciaban signos de deshidratación, por lo cual se decidió dar de alta al paciente con indicaciones médicas. Se prescribió zinc 20 mg cada 24 horas y se programó una consulta externa de pediatría.

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n. °1

Gestante de 39 años, multípara, estaba en su tercera gestación, con 38 semanas y 5 días por fecha de última regla y 39 semanas por ecografía del primer trimestre. Ingresó por el servicio de Emergencia al Hospital Sergio E. Bernal, con referencia del centro de salud materno infantil Laura Rodríguez Dulanto. La gestante refirió que acudió a su centro de salud para control prenatal, donde en el triaje se evidenció una presión arterial de $150/90$. Además, mencionó que tiene cefalea de moderada intensidad (8/10) pero niega tinnitus, epigastria, pérdida de líquido y sangrado. Asegura percibir movimientos fetales.

Antecedentes Obstétricos: La paciente tiene un historial obstétrico de G3P2002. El primero ocurrió en el año 2000, con un peso al nacer de 3800 kg , y el segundo en 2005, con un peso al nacer de 3500 kg . Además, ha tenido 5 CPN en el Centro de Salud Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto.

Peso: 80 kg

Talla: 1.59 m

Presentó los siguientes signos vitales:

-FC 90 latidos/minuto

-FR 20 respiraciones/minuto

-T 37°C

-PA 160/90 mmHg

-SatO₂ 97%

En el examen físico se evidenció lo siguiente:

Piel y faneras: La piel se encontraba tibia, elástica y bien hidratada. El llenado capilar < 2 segundos. Se evidenció edemas en ambos miembros inferiores.

Tórax y pulmones: El murmullo vesicular se escuchaba adecuadamente en ambos hemitórax. No se auscultaban ruidos adicionales.

Aparato cardiovascular: Se escuchaban ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultaban soplos.

Abdomen: Se palpó un útero grávido con una altura uterina de 34 cm y una presentación longitudinal cefálica derecha. La frecuencia cardíaca fetal fue de 140 latidos/minuto y no se observó dinámica uterina.

Tacto vaginal: Cuello uterino posterior sin cambios. No se evidenció sangrado ni pérdida de líquido. La pelvis ginecoide.

SNC: La paciente se mostraba activa y reactiva a estímulos, con una escala de Glasgow de 15/15.

Se indicó examen de laboratorio los cuales mostraron leucocitos en 7000/mm³ sin desviación a la izquierda, hemoglobina es de 11.5 g/dL, plaquetas se encontraban en 150,000/mm³, creatinina es de 1.5 mg/dL, TGO es de 45 U/L y La glucosa capilar fue de 94 mg/dL.

El examen de orina que se indicó resulta de la siguiente manera proteína en cantidad de ++/+++, pero no se detectó leucocituria ni hematíes. La cantidad de proteína en la orina fue de 40 mg/dL.

Luego de 30 minutos, se realizó una segunda toma de presión arterial la cual se encuentra en 164/96 mmHg.

Ante una paciente con preeclampsia con signos de severidad se decidió activar la clave azul y se realizó una cesárea de emergencia para culminar la gestación, se administró nifedipino y sulfato de magnesio para prevenir convulsiones. El informe operatorio indicó una duración de 01:00 horas, con

el feto en presentación longitudinal cefálica derecha. Según la evaluación por Capurro, la gestación se encontraba en 39 semanas, con una puntuación Apgar de 8-9 y líquido amniótico claro.

Luego de 2 horas de la cesárea, la paciente fue evaluada en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), donde se encontraba hemodinámicamente estable y con funciones vitales normales. No se observaban alteraciones en la diuresis ni en los reflejos osteotendinosos. En el examen físico, se constató que el útero estaba contraído a nivel de la cicatriz umbilical, y la herida operatoria estaba cubierta con gasas estériles sin evidencia de sangrado.

Tras 6 horas de la cesárea, la paciente fue trasladada a la Unidad de Vigilancia Intensiva Materna (UVIM), donde se evidenció una evolución favorable con funciones vitales estables y un examen físico normal. Los valores de hemoglobina y hematocrito control se encontraban dentro de los límites normales, por lo que se indicó pase a puerperio.

En el segundo día de hospitalización en el puerperio, se dio el alta a la paciente con indicaciones médicas y se programó un control por consultorio externo en 7 días en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

Caso clínico n. °2

Paciente femenina de 17 años ingresó por el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Refirió que hace 10 horas presentó sangrado vaginal que se acompañaba de coágulos, también experimentaba dolor abdominal de intensidad moderada (8/10). Además, mencionó que no había tenido menstruación en los últimos 2 meses. Niega tener conocimiento previo de un embarazo.

Antecedentes médicos: Niega

Antecedentes Ginecológicos: G1P0010 (en 2021 tuvo un aborto). Régimen catamenial: 4/30, menarquia a los 12 años, métodos anticonceptivos: método del ritmo y preservativo. Inició sus relaciones sexuales a los 14 años, número de parejas sexuales: 2. Su fecha de última regla fue hace 2 meses.

Peso: 55 kg

Talla: 1.60m

Contó con las siguientes funciones vitales:

- PA 100/70 mmHg
- FC 90 latidos/minuto
- FR 28 respiraciones/minuto
- T 37, 5°
- SatO₂ 98%.

En el examen físico se evidenció lo siguiente:

Piel y faneras: La piel se encontraba tibia, elástica e hidratada. El llenado capilar <2 segundos. Se observó palidez ++/++.

Tórax y pulmones: El murmullo vesicular se escuchaba adecuadamente en ambos hemitórax y no se auscultaban ruidos añadidos.

Aparato cardiovascular: Los ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad. No se auscultaban soplos.

Abdomen: El abdomen estaba blando y depresible. Se presentó dolor a la palpación en la región hipogástrica.

Tacto vaginal: Se encontraba el orificio cervical abierto, el cérvix centralizado y se evidenció un sangrado activo de color rojo intenso con coágulos.

SNC: La paciente mostraba una respuesta activa y reactiva a los estímulos. Glasgow de 15/15.

Se realizó una prueba de gonadotropina coriónica humana (BHCG) la cual resultó positiva, indicando un posible embarazo. Además, se llevó a cabo un hemograma que indicó leucocitos en 11000/mm³ sin desviación a la izquierda, hemoglobina en 8.5 mg/dL, plaquetas en rangos normales. Los niveles de urea y creatinina se encontraban dentro de los valores normales. También se efectuó un hemoglucotest que mostró un nivel de 100 mg/dL.

La ecografía transvaginal mostró útero posterior, endometrio heterogéneo de 18 mm y latidos cardiacos ausentes.

Frente a los hallazgos, se decide hospitalizar a la paciente con el diagnóstico de aborto incompleto. Se indicó hidratación con suero salino al 0.9% y se programó para realizar un aborto por aspiración manual endouterina (AMEU).

1.3 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n. °1

Paciente femenina de 19 años se presentó en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Sergio E. Bernales con un tiempo de enfermedad de 12

horas. Refirió un dolor abdominal intenso que fue aumentando gradualmente con el tiempo. Inicialmente, el dolor se localizaba en el epigastrio y luego se trasladó a la fosa iliaca derecha. Además, experimentó vómitos de contenido alimentario en tres ocasiones y había experimentado una disminución del apetito. Mencionó que visitó una farmacia donde le proporcionaron Plidan para aliviar su dolor abdominal.

Peso: 60kg

Talla: 1.65m

Antecedentes de importancia: Niega

Presentó los siguientes signos vitales:

-PA 110/60 mmHg

-FC 90 latidos/minuto

-FR 20 respiraciones/minuto

-T 37.9°C

-SatO₂ 95%

En el examen físico se evidenció lo siguiente:

Piel y faneras: La piel se encontraba caliente y elástica. El llenado capilar < 2 segundos, con palidez leve a moderada.

Tórax y pulmones: Se auscultó un murmullo vesicular adecuado en ambos hemitórax. No se apreciaba ruidos agregados ni signos de tiraje.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.

Abdomen: Los ruidos hidroaéreos estaban disminuidos. El abdomen se presentó blando y depresible, con dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha. Se observa el signo de McBurney positivo y el signo de Ileopsoas positivo.

SNC: El sistema nervioso central mostró una respuesta activa y reactiva a estímulos. Glasgow de 15/15.

Los exámenes de laboratorio indicaron leucocitos en 15,000/mm³ sin desviación a la izquierda, hemoglobina en 12.00 mg/dl, proteína C reactiva: 9 mg/dl y BHCG fue negativo.

Se indico también una ecografía pélvica el cual fue normal.

Frente a los hallazgos, se decidió hospitalizar a la paciente con el diagnóstico de apendicitis aguda. Se solicitaron exámenes prequirúrgicos, se realizó el riesgo quirúrgico y se programó la apendicetomía de emergencia.

Dentro de los hallazgos operatorios se encontró un apéndice paracecal que midió 6 cm y presentó un área supurada en su tercio medio, pero no estaba perforado. La base del apéndice estaba intacta.

Tras 2 horas, fue trasladada a la Unidad de Recuperación Postoperatoria (URPA), donde se observó que las funciones vitales y los resultados de los exámenes de control, como la hemoglobina y el hematocrito, estaban dentro de los valores normales.

Luego de 6 horas, fue trasladada a hospitalización de cirugía, la paciente mostró una evolución favorable; toleró líquidos y una dieta blanda, no presentó vómitos ni náuseas, presentó flatos y tiene movimientos intestinales normales. Finalmente 2 días después de la operación, se le dio el alta con instrucciones médicas y se programó una cita de seguimiento ambulatorio en el consultorio externo para dentro de 7 días.

Caso clínico n. °2

Paciente varón de 50 años ingresó por el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales con un tiempo de enfermedad de un año. Refirió una sensación de aumento de volumen en la región inguinal izquierda que se intensificaba durante el esfuerzo, se acompañaba de dolor de moderada intensidad. No se observó cambios en la coloración de la zona afectada. Además, presentó sensación de fiebre y náuseas, pero negó haber tenido vómitos.

Antecedentes médicos: Diabetes *mellitus* tipo 2 desde hace 10 años con tratamiento regular de metformina 850mg cada 12 horas.

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Peso: 75kg

Talla: 1.70m

Presentó los siguientes signos vitales:

-PA 120/68 mmHg

-FC 80 latidos/minuto

-FR 18 respiraciones/minuto

-T 36.9°C

-SatO₂ 98%

En el examen físico se evidenció lo siguiente:

Piel y faneras: Hidratadas, cálidas, y elásticas. El llenado capilar <2 segundos, con palidez (++)/+++).

Tórax y pulmones: El murmullo vesicular se escuchaba bien en ambos hemitórax. No se auscultaban ruidos adicionales y no se observaban signos de tiraje.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.

Abdomen: Se auscultaba ruidos hidroaéreos en la tumoración, blanda y depresible. Había dolor a la palpación en el hipogastrio. Se detectó un aumento de volumen de aproximadamente 5x5 cm en la región inguinal. Durante la maniobra de Valsalva, se palpa una tumoración en el escroto.

SNC: El paciente mostró una respuesta activa y reactiva a estímulos y Glasgow de 15/15.

En el examen de laboratorio indicaron leucocitos de 12000/mm³ sin desviación a la izquierda, hemoglobina de 14.00 mg/dl, la proteína C reactiva se encuentra en 7 mg/dl. Además, el examen de gases arteriales estaba dentro de los valores normales.

Frente a los hallazgos, se decide hospitalizar al paciente con el diagnóstico de hernia inguinal directa izquierda irreductible. Se solicitó prequirúrgicos, realizar el riesgo quirúrgico y se programó la hernioplastia.

Dentro de los hallazgos operatorios se descubrió un defecto en la pared posterior de aproximadamente 1.5 cm, a través del cual protruyó un saco herniario de 6 x 6 cm con contenido vacío. Además, se identificó un anillo inguinal profundo dilatado de aproximadamente 4 cm, por donde protruyó un saco herniario de 10 x 5 cm con contenido vacío. Se observó que el saco está firmemente adherido al testículo izquierdo.

El paciente presentó una evolución favorable en URPA, por lo que a las 8 horas fue trasladada a la sala de hospitalización.

Finalmente, después de 1 día en hospitalización, su evolución continuó siendo favorable, por lo que se le dio de alta con indicaciones médicas estables y se programó una cita por consultorio externo.

1.4 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n. °1

Paciente masculino de 60 años ingresó por el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales con un tiempo de enfermedad de 1 hora. La esposa refirió que el paciente se desmayó al levantarse de su cama y perdió el conocimiento durante 10 minutos. El paciente refirió una disminución de la fuerza en el hemicuerpo derecho.

Antecedentes médicos: Hipertensión arterial con tratamiento irregular con losartán de 50 mg y diabetes *mellitus* con tratamiento irregular con metformina de 850 mg, ambos diagnosticados en el 2019.

Antecedentes quirúrgicos: niega

Peso: 70kg

Talla: 1.65m

Presentó los siguientes signos vitales:

-PA 170/110 mmHg

-FC 90 latidos/minuto

-FR 20 respiraciones/minuto

-T 37°C

-SaO₂ 95%

En el examen físico se evidenció lo siguiente:

Piel y faneras: Caliente, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2 segundos, se evidenció equimosis en la hemicara derecha.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasaba bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultaban soplos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos aumentados, blando / depresible, no doloroso a la palpación.

SNC: Activo y reactivo a estímulos, presentó una marcada disartria, también una disminución de fuerza del hemicuerpo derecho (MMSS derecho: 1/4, MMII derecho: 1/4), mientras que el hemicuerpo izquierdo se encontraba conservado. Glasgow 13/15.

Los exámenes de laboratorio indicaron leucocitos en 9000/mm³ sin desviación a la izquierda, hemoglobina en 15.00 mg/dl, proteína C reactiva en 0.5 mg/dl y hemoglucotest 120 mg/dl.

En la TEM cerebral sin contraste no se evidenció signos hemorrágicos. Se apreciaban pequeñas zonas hipodensas en el área irrigada por la arteria cerebral media izquierda.

Frente a los hallazgos, se decide hospitalizar al paciente con el diagnóstico de accidente cerebro vascular isquémico. Se indicó iniciar alteplasa, administración de oxígeno si la saturación de oxígeno es inferior a 94%, control de funciones vitales cada 8 horas, control de glucosa seriado cada 4 horas. Se dejó también orden para TEM cerebral sin contraste a las 72 horas y se envió la orden para consulta con medicina física y rehabilitación.

Tras 72 horas, se realizó la TEM cerebral en donde se evidenció de manera más clara las áreas hipodensas y las zonas de isquemia en el territorio de la arteria cerebral media izquierda.

Finalmente, el paciente fue dado de alta con indicaciones médicas y seguimiento por neurología y medicina física.

Caso clínico n. °2

Mujer de 40 años llegó al servicio de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, manifestó que desde hace 2 días experimenta un dolor intenso, calificado como 10/10, en la región del talón. Además, mencionó que hace unos días notó una herida en el primer dedo del pie, la cual fue aumentando de tamaño con el paso del tiempo y presenta secreción mucopurulenta, aunque niega sentir dolor en esa área. Ante esta situación, acudió a la farmacia donde le recomendaron aplicarse Aceptil Rojo.

Antecedentes: Hace 6 años le diagnosticaron diabetes *mellitus* tipo 2, para la cual indicó que solo recibe tratamiento con apicultura.

Peso: 70kg.

Talla: 1.55m.

Presentó los siguientes signos vitales:

-PA 110/70 mmHg

-FC 80 latidos/minuto

-FR 16 respiraciones/minuto

-T 37°C

-SatO₂ 96%.

En el examen físico se evidenció lo siguiente:

Piel y faneras: Caliente, elástica e hidratada. El llenado capilar es <2 segundos. Se observó una solución de continuidad de 5x5 cm en el primer dedo del pie derecho con signos de inflamación y secreción mucopurulenta. En la región del calcáneo se evidenció inflamación con aumento de volumen. Tórax y pulmones: El murmullo vesicular estaba presente y es adecuado en ambos hemitórax.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultaban soplos.

Abdomen: Se encontraban presentes los ruidos hidroaéreos, blando y depresible, sin dolor a la palpación.

SNC: El sistema nervioso central estaba activo y respondía estímulos. La escala de Glasgow arrojaba una puntuación de 15/15, indicaba una función cerebral normal.

Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitos en 12,000/mm³ sin desviación a la izquierda, hemoglobina en 12.00 mg/dl, proteína C reactiva en 0.7 mg/dl, glucosa en ayunas dentro de los valores normales (128 mg/dl). Los niveles de urea y creatinina se encontraban dentro de los valores normales.

Frente a dichos hallazgos, se indicó hospitalizar al paciente con el diagnóstico de pie diabético. Se incidió cobertura con meropenem 500 mg y vancomicina 500mg, se realizó limpieza de la herida diariamente cada 12 horas, el tramadol se había dejado indicado condicionalmente según el nivel de dolor, se solicitó ecografía Doppler del pie derecho.

Finalmente, la evolución fue favorable por el cual se decidió dar de alta al paciente y se solicitó seguimiento por el área de pie diabético.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El internado médico del 2023 se llevó a cabo después de un año de pandemia del COVID-19, durante el cual se vieron afectados diversos aspectos, como la parte económica, humanística debido a las muertes ocurridas, y política, lo que llevó a la suspensión del internado en ese momento. En la actualidad, los internos de medicina vienen de tres años de formación académica virtual, lo que de cierta manera afectó el desenvolvimiento con los pacientes en las distintas áreas de las cuatro rotaciones.

2.1 Hospital Nacional Sergio E. Bernales

El nosocomio fue construido en 1939 como anexo del Hospital del Niño y se inauguró en 1940 con tan solo 100 camas, con el principal objetivo de tratar exclusivamente a niños con tuberculosis (2). Adoptó el nombre de Sergio E. Bernales en honor a un especialista que fue guía para muchos galenos. Actualmente, este hospital forma parte de DIRIS Lima Norte.

Dentro del internado médico, se llevaron a cabo diversas actividades, como exposiciones diarias. A cada interno se le asignaba un tema de exposición que se realizaba dentro del cronograma establecido. En el ámbito de la hospitalización, los internos se encargaban de la evolución diaria de los pacientes, así como de sus limpiezas y curaciones de heridas. En el ámbito quirúrgico, los internos asistían a los residentes o asistentes. En el servicio de Emergencias, los internos se encargaban del triaje, la toma de signos vitales, el llenado de las fichas, la solicitud de laboratorios, la toma de gases arteriales y la elaboración de recetas. Todo ello se llevó a cabo bajo la supervisión de los médicos residentes o especialistas.

CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Pediatría

Caso clínico n. °1

La bronquiolitis se define como el primer episodio de tos exigente que se acompaña de ruidos agregados pulmonares, como sibilancias y/o estertores. Afecta principalmente al tracto respiratorio bajo, y su población objetivo es principalmente pediátrica(3). Por ello, el diagnóstico se basa en la clínica, así como también en estudios de imágenes.

El agente causal más común es el virus sincitial respiratorio (VSR), presente en aproximadamente el 70% de los casos diagnosticados (4).

En este caso clínico, se diagnosticó bronquiolitis debido a los criterios clínicos que el paciente cumplía. Estos incluían antecedentes de un cuadro catarral de cuatro días de evolución y la presencia de sibilancias tanto inspiratorias como espiratorias en el examen físico. Tanto el score de Bierman y Pierson como la escala de severidad de ESBA (ANEXO 1) concluyeron en 5 puntos, lo que indicaban que se trata de una bronquiolitis leve. Es importante destacar el reconocimiento de criterios para la hospitalización de los pacientes, que incluyen la edad del paciente (menor o igual a tres meses), la evidencia clínica de apnea, una saturación de oxígeno igual o menor al 92%, dificultad para tolerar la vía oral, el uso de musculatura accesoria y la presencia de comorbilidades (5).

Según la guía del Ministerio de Salud (Minsa) para el manejo de la bronquiolitis, se recomienda un enfoque sintomático. Esto implica la indicación de nebulizaciones con suero fisiológico cada 20 minutos en ciclos de tres para facilitar la movilización de secreciones. La oxigenoterapia es fundamental si se observa una saturación igual o menor al 92%. Sin embargo, no se deben administrar corticoides ni broncodilatadores para el tratamiento de esta infección (6)

En este caso, dado que el paciente presenta criterios de hospitalización, se inició el tratamiento con nebulización de suero fisiológico, lo cual resultó en una mejoría significativa. Por lo tanto, se decidió dar de alta al paciente. Se proporcionaron instrucciones a la madre sobre los signos de alarma, como

dificultad respiratoria (observar hundimiento del pecho y ver las costillas), vómitos persistentes, fiebre mayor a 38°C y somnolencia. Además, se recomendó un seguimiento en consulta externa de pediatría en 7 días para control.

Caso clínico n.º 2

Se define como diarrea al aumento en el número de deposiciones, siendo mayor o igual a 3 deposiciones que se acompaña de una consistencia disminuida de las heces.

Según la clasificación, tenemos a la diarrea aguda que se define como cuadro diarreico que dura menos de 14 días y también a la diarrea crónica cuya definición son los cuadros diarreicos que persisten por más de cuatro semanas (7).

Es una enfermedad pediátrica extremadamente común y grave que sigue siendo responsable de más de 500,000 muertes en niños menores de 5 años en todo el mundo cada año(8).

Es de suma importancia identificar las características de la consistencia de las deposiciones del paciente, así como preguntar sobre la presencia de sangre o moco en las heces, ya que esta característica es crucial para diferenciar entre un cuadro disentérico y uno acuoso, y para determinar el agente etiológico.

En cuanto a la etiología, el agente más frecuente en la diarrea acuosa, especialmente en menores de dos años, es el rotavirus.

La principal complicación de la diarrea es la deshidratación. Es esencial reconocer los signos de deshidratación, que incluyen mucosas secas, ojos hundidos, somnolencia, oliguria, fontanela deprimida, llenado capilar mayor a 2 segundos y ausencia de lágrimas. Se clasifica la deshidratación en leve, moderada y severa, según los signos vitales y el examen físico.

En el caso presente, el paciente presenta signo de pliegue positivo, mucosas secas, ojos hundidos, somnolencia e irritabilidad al examen físico. Por lo tanto, se hizo el diagnóstico de diarrea aguda acuosa con signos de deshidratación severa sin shock. Según la guía del Minsa, se debe aplicar el plan C(9)(ANEXO 2).

Según el plan C, el manejo se lleva a cabo en hospitalización. Dentro del manejo, en primer lugar, se encuentra la hidratación con suero fisiológico al 0.9%, administrando 100 ml por kg de peso corporal. La hidratación se realiza de manera gradual; primero se administra 30 ml por kg en la primera hora y luego el resto del suero se administra en las siguientes cinco horas. En todo momento se debe monitorear los signos vitales y la diuresis hasta que se revierta el cuadro de deshidratación.

Posteriormente a este cuadro, se debe continuar la hidratación con suero oral y una vez que el paciente tolere esto, se debe iniciar con la tolerancia alimentaria (10).

3.2 Rotación en Ginecología-Obstetricia

Caso clínico n. °1

La preeclampsia se define como el trastorno de hipertensión que ocurre durante el periodo del embarazo. Se caracteriza por ser progresiva e irreversible, afectando a múltiples órganos y sistemas. Tiene una incidencia del 10 al 15 % en gestantes hospitalizadas. El diagnóstico se realiza cuando la presión sistólica supera los 140 mmHg y/o la presión diastólica está por encima de 110 mmHg. Además, esta presión elevada se asocia con proteinuria, definida como una excreción de proteínas mayor de 300 mg en 24 horas (11). La comprensión de la severidad de la preeclampsia es una prioridad en la atención médica(12).

Debemos tener en cuenta cuáles son los criterios de severidad de la preeclampsia . Entre ellos, se encuentran en primer lugar una presión sistólica igual o mayor a 160 mmHg o una presión diastólica igual o mayor a 110 mmHg. Esta toma se realiza en dos oportunidades dentro de un lapso de 4 horas. En los exámenes de laboratorio, se evidencia plaquetas menores de 100,000, el doble de su valor basal de enzimas hepáticas, creatinina elevada mayor a 1.1 mg/dl, y daño en órganos tales como el edema pulmonar y cefalea intensa o trastornos visuales (13)

En el presente caso, tenemos como paciente a una gestante de edad avanzada que presenta presiones elevadas, lo cual lleva al diagnóstico de preeclampsia. Se han identificado criterios de severidad, ya que los exámenes de laboratorio muestran presencia de proteinuria, creatinina elevada y valores de presión sistólica por encima de 160 mmHg.

El tratamiento de elección en este tipo de casos es la culminación del embarazo. Si las condiciones son óptimas y el trabajo de parto es favorable, se debe preferir el parto vaginal. Sin embargo, en este caso, nuestra gestante presentaba un Bishop desfavorable, por lo que se optó por realizar una cesárea de emergencia. Además, se administraron antihipertensivos como el nifedipino y sulfato de magnesio para la neuroprotección.

Caso clínico n. °2

Se define como aborto a la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación o cuando el peso del feto es menor a 500 gramos, o cuando el tamaño del feto es menor a 25 cm. En cuanto a la etiología, las cromosomopatías son las que se presentan con mayor frecuencia en los abortos durante el primer trimestre del embarazo (14).

La OMS reporta 73 millones de abortos cada año a nivel mundial. Según un sondeo, se evidencia que el 61% de los embarazos no deseados son interrumpidos de manera voluntaria (15).

Es de suma importancia diferenciar entre un aborto y una amenaza de aborto, la principal diferencia entre ambos es que, en ambos casos, se produce sangrado y dolor en el hipogastrio, pero en la amenaza de aborto no se producen cambios cervicales, mientras que en el aborto el cuello uterino se encuentra dilatado. Dentro del grupo de abortos, se encuentra el inminente, que es cuando las membranas están íntegras, y el aborto inevitable, que es cuando las membranas están rotas. Se habla de aborto consumado incompleto cuando se expulsan los restos embrionarios de manera parcial, y de aborto consumado completo cuando se ha eliminado el embrión en su totalidad (16).

En el caso clínico expuesto, una paciente de 17 años acude al servicio de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales con sangrado vaginal y coágulos, acompañado de dolor abdominal en hipogastrio de intensidad (8/10). Niega estar consciente de su estado de embarazo, pero refiere que su última menstruación fue hace 2 meses. Dado que se trata de una paciente en edad fértil y con ausencia de menstruación durante dos meses, lo primero es realizar una prueba de embarazo (BHCG) para confirmar o descartar el embarazo. En este caso, la prueba confirmó el embarazo. Los signos vitales

se encuentran dentro del rango de estabilidad y, al examen físico, se evidencia dilatación del cuello uterino, confirmando el aborto. Se debe complementar con una prueba de imagen fundamental, como una ecografía transvaginal, que muestra un útero posterior, endometrio heterogéneo de 18 mm y ausencia de latidos cardíacos fetales. Por lo tanto, se realiza el diagnóstico de aborto incompleto.

El tratamiento en este caso es hospitalizar a la paciente y programarla para un aspirado manual endouterino. Otra opción es el uso de la letra y realizar un legrado cuando la gestación es igual o menor a 12 semanas.

3.3 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n. °1

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice y es una de las patologías más frecuentes que se presenta en el servicio de Emergencia. Esta afección afecta principalmente a adultos jóvenes, quienes tienen un riesgo del 7% de presentarla en algún momento de su vida (17). La apendicitis aguda tiene una incidencia de 100 nuevos casos por cada 100,000 personas por año y es la causa más común del abdomen agudo(18).

Dicha patología puede clasificarse en complicada y no complicada. Dentro de la primera fase, podemos encontrar la catarral o congestiva, caracterizada por la inflamación de la mucosa. A diferencia de la fase flemonosa, en la que se evidencian ulceraciones de la mucosa. Si no se actúa a tiempo durante estas fases no complicadas, la condición puede evolucionar hacia una apendicitis complicada. Esta última cuenta con las fases purulenta y gangrenosa o perforada, que en la mayoría de los casos suelen estar acompañadas de peritonitis, ya sea localizada o generalizada. Es de suma importancia el reconocimiento del cuadro clínico, ya que esto conduce a un diagnóstico. Dentro de este, encontramos la triada de Murphy, que consta de dolor en el epigastrio, seguido de náuseas y/o vómitos, y una temperatura mayor a 38° que comienza en 12 a 24 horas. Posteriormente, el dolor abdominal en el epigastrio migra hacia la fosa iliaca derecha. El examen inicial que se realiza en emergencia es la ecografía, aunque esta presenta una sensibilidad limitada. Por ello, se opta por una TAC abdominal cuando el diagnóstico es muy difícil(19).

En el presente caso clínico, tenemos a una paciente con toda la clínica característica de una apendicitis aguda, con un tiempo de enfermedad de 12 horas. Por lo tanto, probablemente estaríamos frente a una apendicitis aguda no complicada. Nuestra paciente cumple con los criterios para ser programada para una cirugía de apendicectomía por la escala de Alvarado (ANEXO 3). La paciente muestra una buena tolerancia al procedimiento quirúrgico; en 12 horas está deambulando, tolera bien la vía oral y posteriormente la dieta blanda. Por lo tanto, es dada de alta y se controla en el consultorio externo en 7 días.

Caso clínico n. °2

La hernia inguinal es la salida del contenido abdominal, generalmente a través de un orificio natural o de una zona en donde haya debilidad en la pared. Tiene una incidencia del 75%. Entre los signos y síntomas, nuestra paciente acudirá a consulta refiriendo un bulto o tumefacción en la región inguinal(20). En ocasiones, puede ir acompañado de dolor que se intensificará al realizar esfuerzos (21).

En algunos casos, el dolor puede ser de gran intensidad, por lo que se debe descartar la presencia de complicaciones como la incarceration herniaria, que se caracteriza por la imposibilidad de que el contenido (generalmente asas de intestino) pueda retornar por el orificio de salida. En caso de compromiso de la circulación del contenido, estaríamos frente a una hernia estrangulada. En esta situación, es de suma urgencia acudir al médico para una intervención de urgencia (22).

Dentro de las causas de las hernias inguinales, se encuentra la persistencia del conducto inguinal, que es el canal por el cual desciende el testículo desde la cavidad abdominal hasta el escroto. Esta persistencia del conducto facilita la herniación de las asas intestinales. Esta condición tiene una incidencia de 5 de cada 100 niños.

Otra causa común es la debilidad de la pared abdominal, la cual puede provocar hernias inguinales. Esta debilidad puede ser el resultado de esfuerzos extremos, como toser, levantar peso o defecar. El diagnóstico se realiza mediante la evaluación clínica de nuestros pacientes y los signos que

se pueden evidenciar. Además, el apoyo diagnóstico con imágenes como la ecografía y la tomografía abdominal es de suma importancia (21).

En el presente caso clínico, tenemos a un paciente que refiere tumefacción o sensación de bulto en la región inguinal, acompañado de dolor, lo que sugiere una hernia inguinal directa izquierda irreductible. Se programa para cirugía de herniorrafía. El paciente presenta una evolución favorable, tolera bien la vía oral y la dieta blanda, por lo que es dado de alta al tercer día de hospitalización y debe acudir al consultorio externo de cirugía general en 7 días.

3.4 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n. °1: Accidente cerebro vascular isquémico

El accidente cerebro vascular isquémico se produce debido a un bloqueo del flujo sanguíneo o a una reducción de este. Esta reducción puede tener diferentes causas, como la disminución de la perfusión sistémica, la oclusión de vasos sanguíneos o una estenosis grave.

Dentro de las principales causas de discapacidad en el mundo se encuentra el accidente cerebrovascular isquémico. Debido a su alta incidencia, es importante presentar este caso clínico para poder identificar precozmente los signos y síntomas de esta patología (23). La detección precoz desencadena una serie de acciones específicas diseñadas para mejorar las posibilidades de supervivencia y recuperación del paciente(24).

La clasificación TOAST categorizará el evento según su etiología, que incluyen aterosclerosis de grandes arterias, cardioembolismo, oclusión de vasos pequeños, accidente cerebrovascular de otra etiología determinada e ictus de etiología indeterminada (25).

Dentro de los métodos diagnósticos, lo primero que se realiza es la toma de una tomografía cerebral en emergencias. El tiempo ideal para realizar esta tomografía es dentro de los primeros 25 minutos. Con ella podemos determinar si se trata de un accidente cerebrovascular hemorrágico, evidenciando una zona de hiperdensidad, o un accidente cerebrovascular isquémico, evidenciando una imagen de hipodensidad.

En cuanto al manejo inicial, se inicia principalmente con las vías respiratorias, asegurando su permeabilidad, una ventilación adecuada y una saturación de oxígeno por encima del 94%, a continuación, se procede con el control adecuado de la frecuencia cardíaca y la presión arterial; y por último, se realiza una evaluación neurológica exhaustiva a través de la escala de NIHSS (ANEXO 5)(26).

Para el tratamiento de primera línea, se emplea alteplasa dentro de las 4 o 5 horas después del inicio del evento. El mecanismo de acción del alteplasa consiste en la unión de la fibrinólisis local con la fibrina en un trombo, lo que conduce a la conversión del plasminógeno atrapado en plasmina, esta a su vez romperá el trombo. Es importante revisar los criterios de elegibilidad para el uso de alteplasa (ANEXO 6). Antes de emplear la terapia con alteplasa, es crucial mantener una presión sistólica por debajo de 185 y una presión diastólica igual o menor a 110 mmHg. Por lo tanto, se debe mantener una presión estable, manteniéndola en 180/105 mmHg o menos durante al menos 24 horas después del tratamiento con alteplasa (27).

Los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico que no fueron tratados con alteplasa. La presión arterial no debe tratarse como un evento agudo, solo se debe tratar como un evento agudo cuando la hipertensión es extrema (PAS > 220 mmHg o PAD > 120 mmHg).

Caso clínico n. °2

La neuropatía, la infección y la vasculopatía son factores de riesgo importantes que se asocian con la aparición de esta complicación en pacientes diabéticos (28). Anteriormente se usaba la clasificación de Wagner, pero esta ha sido desplazada y la más aceptada en la actualidad por la comunidad médica es la clasificación de PEDIS(29)(ANEXO 7).

En el presente caso clínico, se nos presenta un paciente con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo II mal controlado. De hecho, se recomienda una revisión trimestral del pie para cualquier paciente con antecedentes de infección en el pie (30). La evaluación implica la identificación de factores de riesgo, incluida

la neuropatía. Se evidencia una solución de continuidad de 5x5 cm en el primer dedo del pie derecho con signos de flogosis y secreción mucopurulenta. En la región calcánea se observa un signo de flogosis con aumento de volumen. Aplicando la escala de PEDIS, estaríamos frente a una infección moderada-severa de grado 3. Por ello, es de suma necesidad un adecuado tratamiento con antibióticos de amplio espectro y alta biodisponibilidad. Se decide la cobertura con carbapenémicos, se evaluaron los paquetes vasculares periféricos por dicha complicación que hemos evidenciado, tanto micro como macrovasculares causadas por la diabetes.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Las diversas rotaciones dentro del ámbito hospitalario y en el centro de salud han ayudado a potenciar todos los conocimientos y fundamentos teóricos adquiridos en los seis años previos. A través de la realización de las historias clínicas y examen clínico, evaluación de análisis de laboratorio y estudios de imágenes y actividades estructuradas como la revisión de revistas, discusiones de casos clínicos y revisión de temas con implicancia clínica, se pudo profundizar en el conocimiento y las actualizaciones en el campo.

Otro aspecto que llamó mucha mi atención es la falta de recursos que hay en el hospital y en el centro de salud. De esta manera, los pacientes se veían obligados a realizar diversos exámenes de manera particular o a comprar insumos que no estaban disponibles en el hospital. En otros casos, los pacientes no tenían los suficientes recursos, lo que limitaba el diagnóstico e incluso el tratamiento que se les podía brindar.

Durante las Rotaciones dadas en los servicios de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina interna se puede adquirir las cualidades de empatía y compromiso con el paciente para dar un trato mas humano y dejar atrás el trato paternalista del medico pasando hacer un trato más igualitario.

Es de suma importancia realizar el internado médico en un centro de salud, ya que los pacientes y las patologías son similares a los casos que se atienden en el servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums). La creadora de este trabajo recibió instrucción principalmente en la promoción y prevención de diversas patologías más frecuentes en el distrito de San Martín de Porres, tales como la anemia, la tuberculosis, el dengue, entre otras.

CONCLUSIONES

El internado médico marca el fin de un largo camino y el cumplimiento de un gran sueño, el cual debe ser aprovechado al máximo con responsabilidad y amor hacia cada uno de los pacientes.

Me sentí muy beneficiada al incorporar mis prácticas en los centros de salud. De esta manera, se me capacitó en cómo realizar una adecuada promoción y prevención para las distintas patologías que afectan su entorno. Esto me permite llegar a un diagnóstico precoz y brindar un tratamiento oportuno lo más pronto posible, preparándome para retos que podría enfrentar como médico en mi vida profesional.

Durante el internado, pudimos identificar diferentes signos de alarma, lo cual es de suma importancia para brindar un manejo adecuado y evitar complicaciones de las patologías que afectan la vida de los pacientes.

En comparación con años anteriores, especialmente después de la pandemia de COVID-19, se ha incrementado la práctica en el internado médico, lo cual es de suma importancia. Se espera que en los siguientes años se sigan incrementando los meses de internado, lo que contribuirá aún más a la formación de los futuros profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES

1. Esta hermosa carrera siempre debe ir acompañada de la parte humanitaria, ya que los futuros médicos atenderán a personas y no solo a patologías.
2. A los siguientes internos de medicina, enriquezcanse de conocimientos en cada rotación y traten de mejorar cada día por sus pacientes, quienes pondrán sus vidas en sus manos más adelante.
3. En cuanto a la duración del internado médico en los centros de salud, debería ser de más de dos meses, ya que es lo que vamos a hacer cuando cumplamos nuestra labor como servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums).
4. Es fundamental desarrollar la inteligencia emocional para puedan tener una buena relación médico-paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución Ministerial N.º 675-2022-Minsa [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/Minsa/normas-legales/3427060-675-2022-Minsa>
2. Nuestra Historia [Internet]. Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Portal Institucional. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
3. Gill PJ, Chanchlani N, Mahant S. Bronchiolitis. CMAJ. 2022;194(6):E216-E216.
4. Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=bronchiolitis-90-P06022>
5. Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_475_Bronquiolitis_AIAQS_compl.pdf
6. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://bvs.Minsa.gob.pe/local/Minsa/4930.pdf>
7. Diarrea aguda [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf
8. Schnadower D, O'Connell KJ, VanBuren JM, Vance C, Tarr PI, Schuh S, et al. Association Between Diarrhea Duration and Severity and Probiotic Efficacy in Children With Acute Gastroenteritis. Am J Gastroenterol. 1 de julio de 2021;116(7):1523-32.
9. 188666_RM_N_C2_B0_755-2017-Minsa.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-Minsa.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf?v=1535063213
10. Procedimientos y protocolos de atención en enfermedades del aparato digestivo [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://bvs.Minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-5.pdf
11. de Lima C. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -.
12. Erez O, Romero R, Jung E, Chaemsaitong P, Bosco M, Suksai M, et al. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. Am J Obstet Gynecol. febrero de 2022;226(2S):S786-803.
13. RD_326-2019-HCH-DG.pdf [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_326-2019-HCH-DG.pdf
14. Aborto [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
15. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://bvs.Minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
16. ¿Cuáles son los síntomas de la pérdida del embarazo (antes de las 20 semanas de embarazo)? | NICHD Español [Internet]. 2019 [citado 20 de

- febrero de 2024]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancyloss/informacion/sintomas>
17. Rodríguez González HM, Portillo Yáñez IE, Soto Fajardo RC, Martínez Hernández JE, Morales Chávez NA. Prevalencia de apendicitis aguda en un centro de segundo nivel de atención. *Cir Gen.* 1 de abril de 2014;36(2):87-90.
 18. Téoule P, Laffolie J de, Rolle U, Reissfelder C. Acute Appendicitis in Childhood and Adulthood. *Dtsch Arzteblatt Int.* 6 de noviembre de 2020;117(45):764-74.
 19. 701_MS-PSNB318-7.pdf [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://bvs.Minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-7.pdf
 20. Purkayastha S, Chow A, Athanasiou T, Tekkis P, Darzi A. Inguinal hernia. *BMJ Clin Evid.* 16 de julio de 2008;2008:0412.
 21. RD2022-233.pdf [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-principal/resoluciones-directorales/2022/RD2022-233.pdf>
 22. Parabavidez S. ¿Qué es una hernia y cuáles son los tipos más comunes? [Internet]. Policlínica Metropolitana. 2022 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/que-es-una-hernia-y-cuales-son-los-tipos-mas-comunes/>
 23. Accidente Cerebrovascular (ACV): definición, tipos y tratamiento [Internet]. Psyciencia. 2019 [citado 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/accidente-cerebrovascular-acv-definicion-tipos-y-tratamiento/>
 24. Herpich F, Rincon F. Management of Acute Ischemic Stroke. *Crit Care Med.* noviembre de 2020;48(11):1654-63.
 25. Epidemiología, etiología y clasificación de la enfermedad vascular cerebral [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273849945026/html/>
 26. Garavelli F, Ghelfi AM, Kilstein JG. Utilidad del score NIHSS como predictor de complicaciones intrahospitalarias no neurológicas en ictus isquémico. *Med Clínica.* 12 de noviembre de 2021;157(9):434-7.
 27. Tratamiento dentro de las cuatro horas y media mejora la supervivencia de afectados por accidente cerebrovasculares [Internet]. INCN. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/2019/11/10/tratamiento-dentro-de-las-cuatro-horas-y-media-mejora-la-supervivencia-de-afectados-por-accidente-cerebrovasculares/>
 28. Guía práctica del pie diabético [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://bvs.Minsa.gob.pe/local/Minsa/3971.pdf>
 29. Clasificación PEDIS: evaluación básica del estadio y la gravedad de la infección en el síndrome de pie diabético - Ependium [Internet]. [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: https://empendium.com/manualmibe/compendio/table/034_3702
 30. Reardon R, Simring D, Kim B, Mortensen J, Williams D, Leslie A. The diabetic foot ulcer. *Aust J Gen Pract.* mayo de 2020;49(5):250-5.

Anexo 1: Escala de severidad de la bronquiolitis aguda

PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
Sibilancias	No	Sibilancias al final de la espiración	Sibilancias en toda la espiración	Sibilancias ins-espiratorias	Hipoflujo
Crepitantes	No	Crepitantes en un campo	Crepitantes en 2 campos	Crepitantes en 3 campos	Crepitantes en 4 campos
Esfuerzo	Ningún esfuerzo	Tiraje subcostal o intercostal inferior	+ tiraje supraesternal o aleteo	+ aleteo nasal y supraesternal (universal)	
Relación i/e	Normal	Simétrica	Invertida		
Frecuencia respiratoria	0	1	2		
Edad (meses)					
<2 m	< 57	57 - 66	> 66		
2-6 m	< 53	53 - 62	> 62		
6-12 m	< 47	47 - 55	> 55		
Frecuencia cardiaca	0	1	2		
Edad					
7d - 2m	125 - 152	153 - 180	> 180		
2 - 12 m	120 - 140	140 - 160	> 160		

Anexo 2: Plan de tratamiento de deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(*)
2. Ojos ^(*)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(*)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

Anexo 3: Escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

Anexo 4: Escala NIHSS

1.a. Nivel de conciencia	Alerta	0
	No alerta (mínimos estímulos verbales)	1
	No alerta (estímulos repetidos o dolorosos)	2
	Respuestas reflejas	3
1.b. Preguntas ¿En qué mes estamos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas correctas	0
	Una respuesta correcta (o disartría)	1
	Ninguna respuesta correcta (o afasia)	2
1.b. Órdenes motoras 1. Cierre los ojos 2. Abra y cierre la mano	Ambas órdenes correctas	0
	Una orden correcta	1
	Ninguna orden correcta	2
2. Mirada conjugada (horizontal)	Normal	0
	Parálisis parcial de la mirada	1
	Desviación forzada de la mirada	2
3. Campo visual	Normal	0
	Hemianopsia Parcial	1
	Hemianopsia Completa	2
	Ceguera	3
4. Paresia facial	Movilidad Normal	0
	Paresia menor	1
	Paresia parcial	2
	Parálisis completa de la hemicara	3
5. Miembro superior derecho / miembro superior izquierdo	No caída del miembro	0/0
	Caída en menos de 10 segundos	1/1
	Esfuerzo contra la gravedad	2/2
	Movimiento en el Plano horizontal	3/3
	No movimiento	4/4
6. Miembro inferior derecho / miembro inferior izquierdo	No caída del miembro	0/0
	Caída en menos de 5 segundos	1/1
	Esfuerzo contra la gravedad	2/2
	Movimiento en el Plano horizontal	3/3
	No movimiento	4/4
7. Ataxia de Miembros	Ausente	0
	Presente en 1 extremidad	1
	En 2 o más extremidades	2
8. Exploración Sensitiva	Normal	0
	Perdida entre ligera a moderada	1
	Perdida entre grave y total	2
9. Lenguaje	Normal	0
	Afasia ligera a moderada	1
	Afasia grave	2
	Afasia global	3
10. Disartría	Normal	0
	Ligera a moderada	1
	Grave a anartria	2
11. Extinción e Inatención (negligencia)	Normal	0
	Extinción parcial	1
	Extinción completa	2
Total (máximo 42)		

Anexo 5: Criterios de inclusión y exclusión para la trombólisis intravenosa

Criterios de Inclusión
<ul style="list-style-type: none">- Síntomas neurológicos por periodo inferior a 270 min de evolución, con hora de inicio definida- Déficit neurológico entre 5 y 23 puntos en la escala de NIHSS y por más de 30 min- Edad mayor de 18 años- Tomografía axial de cerebro sin evidencias de hemorragia intracraneal- Ausencia de los criterios de exclusión
Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none">- Hora inicio de síntomas desconocida, o mayor a 270 min al inicio de la infusión. Si inician durante el sueño se considera la hora en que paciente fue visto asintomático por última vez- NIHSSa >23 puntos: déficit neurológico severo o <5 puntos: déficit leve- ACVb extenso en los últimos 3 meses- Traumatismo craneal encefálico o cirugía del sistema nervioso central en los últimos 3 meses- IAMc dentro de últimos 21 días, a excepción del que ocurre de la manera concomitante con el ACVb- Cirugía mayor o biopsia de órgano no compresible en los últimos 14 días- Antecedentes de hemorragia intracraneana- Síntomas sugerente de hemorragia subaracnoidea- Malformación arteriovenosa o aneurisma cerebral- Antecedente de hemorragia gastrointestinal o urinaria en los últimos 21 días- Antecedentes de coagulopatía (ej: hemofilia)- Punción arterial en sitio no compresible o punción lumbar en los últimos 7 días- PASd > 185 mmHg y PADe > 110 mmHg refractaria a la administración de labetalol y/o nitroprusiato- Signos neurológicos que revierten rápidamente- INRf > 1,5; TTPKg > 15 segundos por sobre el límite superior. Uso de heparina de bajo peso molecular en las últimas 24 h.- Recuento plaquetario < 100.000/mm- Glicemia < 50 o > 400 mg/dl- TACH de encéfalo sin contraste con ASPECTi < 7- Otros: antecedentes de várices esofágicas, colitis ulcerosa, diverticulitis o pancreatitis aguda, retinopatía diabética con riesgo de hemorragia, neoplasia con riesgo de hemorragia, trauma agudo (fracturas), enfermedad sistémica o infecciosa grave, embarazo o parto dentro del último mes, evidencia de sangrado, sospecha de embolia séptica o de endocarditis infecciosa.

Anexo 6: Clasificación PEDIS

PEDIS	IDSA	Características	Tratamiento
1	No infectada	Sin signos y síntomas de infección	Por 1 a 2 semanas Cefalexina , Ceftriaxona Amoxicilina con ácido clavulánico, Clindamicina Dicloxacilina.
2	Leve	Limitada a piel y tejido subcutáneo -Induración - Calor - Dolor Eritema <1cm perilesional Descarga purulenta	
3	Moderada	Lo anterior y: Eritema >2 cm perilesional Afección a estructuras profundas , piel y tejido subcutáneo. Abscesos, necrosis, fascitis, osteomielitis, artritis séptica	Por 2 a 4 semanas. Ceftriaxona AMP/ Sulbactam Levofloxacino Ofloxacino TMP/ SMZ
4	Grave	Respuesta Inflamatoria Sistémica (FC >90, FR >20, T >38-º, leucocitosis) Descontrol metabólico secundario a sepsis: Hiperglucemia o hipoglucemia	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Escala de severidad de la bronquiolitis aguda	37
Anexo 2: Plan de tratamiento de deshidratación	38
Anexo 4: Escala de Alvarado	39
Anexo 5: Escala NIHSS	40
Anexo 6: Criterios de inclusión y exclusión para la trombólisis intravenosa	41
Anexo 7: Clasificación PEDIS	42