

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL SERGIO ERNESTO BERNALES  
2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**DANA KAREN SANTAMARIA ZAVALA  
ROSARIO SULIBAN SOLIS PANTOJA**

**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**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL SERGIO ERNESTO BERNALES  
2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**DANA KAREN SANTAMARIA ZAVALA  
ROSARIO SULIBAN SOLIS PANTOJA**

**ASESOR  
MGTR. OSCAR ORLANDO OTOYA PETIT**

**LIMA - PERÚ  
2024**

## **JURADO**

**PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA**

**MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA**

**MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE**

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestras familias, por todo el apoyo dado durante este largo camino.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>i</b>
<b>JURADO</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>viii</b>
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>9</b>
1. Ginecología y Obstetricia	9
2. Pediatría	14
3. Medicina Interna	20
4. Cirugía General	23
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>31</b>
1. Ginecología y Obstetricia	31
2. Pediatría	31
3. Medicina Interna	32
4. Cirugía General	32
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>34</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>36</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>39</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Por medio de la sustentación de casos clínicos, evidenciar lo aprendido a lo largo de las cuatro rotaciones que constituyen el Internado Médico. **Materiales y métodos:** Se exponen dieciséis casos clínicos donde se comentarán las patologías más comunes y resaltantes de las rotaciones del internado, a través del análisis de diversas historias clínicas. **Resultados:** El internado médico es la etapa más determinante de la carrera de Medicina Humana, en donde se aplica todos los conocimientos teóricos aprendidos durante los seis años de pregrado y se cerciora que nuestra formación como futuros médicos sea óptima. **Conclusión:** Los internos de medicina tienen un rol importante ante el paciente, dado que se ponen en práctica sus habilidades y conocimientos obtenidos en su formación como estudiantes de medicina.

**Palabras clave:** Estudiantes de medicina, internado médico

## ABSTRACT

**Objective:** Through the support of clinical cases, demonstrate what has been learned throughout the four rotations that constitute the Medical Internship.

**Materials and methods:** Sixteen clinical cases are presented where the most common and outstanding pathologies of the internship rotations will be discussed, through the analysis of various clinical histories. **Results:**

The medical internship is the most determining stage of the Human Medicine career, where all the theoretical knowledge learned during the six years of undergraduate is applied and ensures that our training as future doctors is optimal.

**Conclusion:** Medical interns have an important role before the patient since they put into practice their skills and knowledge obtained in their training as medical students.

**Keywords:** Medical students, medical internship

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL SERGIO ERNESTO BERNALES 2023-2024**

AUTOR

**DANA KAREN SANTAMARIA ZAVALA**

RECUENTO DE PALABRAS

**7608 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**42325 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**39 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**317.6KB**

FECHA DE ENTREGA

**Mar 19, 2024 2:33 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Mar 19, 2024 2:34 PM GMT-5****● 18% de similitud general**

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

**● Excluir del Reporte de Similitud**

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

## INTRODUCCIÓN

La carrera de Medicina Humana es una de las de mayor requerimiento a nivel mundial y nacional. En el Perú es considerada de gran prestigio con una duración de siete años dentro de ellos, el último año es la etapa del internado médico en la cual se realiza prácticas preprofesionales en donde los conocimientos aprendidos se plasman ante las situaciones que se presentan diariamente en el hospital como es el llegar a un diagnóstico, el manejo de una patología siempre en supervisión de los médicos asistentes y residentes.

El Internado Médico tuvo una duración de diez meses, debido a que se atravesó por una pandemia COVID-19 y las rotaciones hospitalarias para los estudiantes del sector salud quedaron suspendidas por una temporada ya que en primera instancia nos enfrentamos a una patología desconocida parcialmente, además de no tener un plan de contingencia adecuado, en el mes de mayo del año 2022 fue publicada la Resolución Ministerial N° 351-2022-MINSA, indicando el inicio del internado y sus bases, especificaciones correspondientes (1).

En esta última etapa de formación como estudiantes de medicina se nos brinda la oportunidad de rotar por cuatro grandes áreas: ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía, en donde tuvimos la posibilidad de demostrar nuestras habilidades y conocimientos durante nuestra formación académica. En el presente informe se relata la experiencia adquirida durante el internado, también se presentan dieciséis casos clínicos, cuatro de cada especialidad mencionada.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es el séptimo año de aprendizaje que todo médico debe cumplir para poder obtener su título como médico cirujano. Este es un año en donde se consolidan todos los conocimientos teóricos adquiridos durante los 6 años de carrera, ya que es donde se pone en práctica todo lo aprendido.

Residentes y asistentes nos acompañan en este año de formación, orientándose a la presunción del diagnóstico, a hallar el diagnóstico definitivo y a brindar un tratamiento adecuado en base a lo hallado. En este informe, colocaremos casos clínicos de las cuatro especialidades en las que se rotó durante el periodo académico 2023 – 2024.

### **1. Ginecología y Obstetricia**

La rotación en Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales está conformada por los Servicios de Ginecología, y Obstetricia. En el caso de Obstetricia, cada interno debe rotar por Alto Riesgo, Puerperio, Centro Obstétrico, Legrado, Unidad de Cuidados Intermedios, y Emergencias. Este es el servicio más grande del hospital, ya que cuenta con más de 30 asistentes, y 16 residentes. Los ingresos que más se observan son los obstétricos, ya que en la zona la tasa de natalidad aún es alta.

A continuación, se expondrán cuatro casos vistos en esta rotación:

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 23 años, llega a la emergencia el día 25 de abril del 2024 por sangrado vaginal desde hace un día, niega otras molestias. Niega antecedentes patológicos, quirúrgicos, de hospitalizaciones previas, y alergias medicamentosas. Refiere que su última fecha de regla fue el 04 de octubre del 2023. Con respecto a su paridad G1P0000.

Paciente presenta funciones vitales dentro del rango normal, afebril.

Antecedentes: Infectada por virus del mono hace tres meses

Examen físico:

- Estado general y sensorio: AREG, AREH, AREN
- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica. No edemas, llenado capilar

menor a 2 segundos.

- Tórax y pulmones: simétrico, se ausculta murmullo vesicular en AHT, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: presenta RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: AU: 17 cm, blando, depresible. No doloroso a la palpación.
- Tacto vaginal: cérvix posterior, largo, AP: FDP.
- SNC: LOTEPE. Escala Glasgow 15/15.

#### Impresión diagnóstica

1. Gesta 1 de 24 semanas 6 días por ecografía de primer trimestre
2. Oligoamnios
3. A descartar malformación fetal

Plan: Se hospitaliza para estudios de medicina fetal, monitoreo fetal. A su vez se le brinda hidratación y analgesia con diclofenaco, más control de funciones vitales.

La paciente continúa hospitalizada por dos días más. Se realiza un examen de imagen Doppler que arroja los siguientes diagnósticos ecográficos:

1. Gestación única activa de 26 semanas y 2 días por fecha de última regla.
2. Crecimiento fetal menor de percentil 3: restricción de crecimiento intrauterino (RCIU severo)
3. No circular de cordón
4. Doppler de la arteria umbilical, cerebral media y uterina normales.
5. Perfil biofísico fetal. 6/8 por líquido amniótico
6. Calcificación intrahepática en un 100% del parénquima hepático
7. Calcificaciones intestinales y leve ascitis, edema prenatal.
8. Placentomegalia (Grosor 48 mm)
9. Oligoamnios leve ILA 4

Se realiza una interconsulta a Infectología en donde se refiere que las infecciones congénitas de *Monkey Pox* se asocian con abortos y en algunos

casos a malformaciones congénitas y placentarias. Se descartan otras enfermedades infecciosas. Se comunica a la paciente que no hay tratamiento específico para la infección congénita por *Monkey Pox*.

La paciente permanece hospitalizada hasta el 07 de mayo del 2023, en donde se atiende su parto en periodo expulsivo, no observándose signos de vida del feto, y por lo que se realizó un legrado uterino (2). Se le da de alta el 13 de mayo del 2023, en óptimas condiciones.

### **Caso clínico n.º2**

Paciente de sexo femenino de 27 años que ingresa a la emergencia del Servicio de Ginecología el día 21 de septiembre del 2023, por sangrado por vía vaginal con coágulos asociados a dolor pélvico desde hace 11 días.

Paciente niega antecedentes patológicos, niega alergias medicamentosas, y antecedentes quirúrgicos tres cesáreas y una apendicectomía. Su fecha de última regla fue el 20 de agosto del 2023. Paridad: G4 P3003.

Al examen físico:

- Estado General: AREG, AREH, AREN
- Piel y faneras: tibia, húmeda y elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación en el flanco derecho.
- Tacto vaginal: se encuentra el cérvix posterior cerrado, y se evidencia coágulos en orificio cervical externo, y sangrado no activo.
- Sistema Nervioso Central: escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica: Síndrome doloroso abdominal a descartar aborto incompleto

El plan que se le indicó para esta paciente fue realizarle una ecografía transvaginal, y realizarse una prueba de beta-hCG cuantitativa.

Encontrándose como diagnósticos:

1. Gestación única activa de 18 semanas por Biometría fetal fuera de la cavidad uterina
2. Embarazo ectópico abdominal

Se continúa evaluando a la paciente encontrando al examen físico en abdomen, rebote (+) e intenso dolor en flanco derecho. Se le realizan exámenes de laboratorio encontrándose una anemia leve, trombocitosis, y una beta-hCG de 503.12 mUi por lo que la paciente es ingresada a sala de operaciones con los siguientes diagnósticos:

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. Embarazo ectópico abdominal
3. Anemia leve

Se le realizó una laparotomía exploratoria, dándole de alta al tercer día de hospitalización con pronóstico favorable.

### **Caso clínico n.º3**

Paciente de sexo femenino de 41 años que llega a la emergencia por presentar sangrado vaginal, dolor pélvico y dolor lumbar desde hace 15 días. Al examen físico no se encuentran alteraciones. La paciente presenta los siguientes diagnósticos:

1. Hemorragia Uterina Anormal
2. Tumoración endometrial
3. Mioma degenerado vs. neoplasia maligna vs. mola
4. Anemia severa.

El plan para la paciente fue la estabilización hemodinámica, por la que se le transfunden dos paquetes globulares y tratamiento antibiótico.

Se activa clave roja y se logra compensar a paciente, sin embargo, no se programa para legrado o histerectomía porque paciente presentaba un hematocrito de 15 %. Hasta ese momento no se precisaba el diagnóstico por lo que se requería realizar una TEM Abdomino pélvica.

La ecografía evidenciaba en endometrio la presencia de imagen hipocogénica de bordes irregulares relacionada con saco gestacional de

medidas de 1809 mm.

La tomografía arrojó que se evidenciaba una masa uterina, y que no se descarta la posibilidad de corresponder a miomatosis condicionando hematómetra.

La paciente ingresa a sala para realizarle una histerectomía abdominal total y salpingooforectomía, donde finalmente se halló que la paciente tenía una mola hidatiforme. La paciente fue dada de alta en los 3 días posteriores con pronóstico favorable.

#### **Caso clínico n.º4**

Paciente de sexo femenino de 47 años, que ingresa a la emergencia el día 23 de agosto del 2023 por dolor abdominal y sangrado vía vaginal, con los siguientes diagnósticos:

1. Hemorragia de la primera mitad del embarazo D/C aborto incompleto vs enfermedad trofoblástica gestacional.

Por ello, se plantea una ecografía transvaginal, prueba de beta-hCG, y exámenes de laboratorio. Los resultados fueron una beta-hCG de 0.50, y en la ecografía se evidenció un útero de 140 x 80 x 110 mm en cavidad uterina ocupado por masa sólida con múltiples imágenes anecogénicas de aspecto de copa de nieve, y una hemoglobina de 9.5 mg/dl, por lo que los diagnósticos post resultados fueron:

1. Hemorragia uterina anormal: enfermedad trofoblástica gestacional
2. Anemia moderada
3. Alto riesgo: edad materna avanzada

Por lo que se considera parte del plan un control de beta-hCG, y se decide hospitalizar a la paciente en ginecología en donde posteriormente se replantean los diagnósticos a:

1. Sangrado uterino anormal: mioma degenerativo versus neoplasia maligna de endometrio.
2. Anemia moderada

Se plantea una ecografía pélvica, una biopsia del canal endocervical, y

marcadores tumorales para nm de endometrio. Se logra ingresar al canal cervical y se extrae muestra.

Para el día 27 de agosto del 2022, se le da diagnóstico ecográfico de mola hidatiforme, y el CA 125 se encontró dentro de los valores normales. Tres días después se halló una beta-hCG de 2313 mU/ml, y se recibió la conclusión de la tomografía en donde se refiere lo siguiente: útero lateralizado a la derecha, presenta masa sólida endouterino de bordes imprecisos con cuerpo uterino, realce heterogéneo lineal en fase contrastada, mide 122 mm de diámetro mayor en correlación con los datos clínicos corresponde enfermedad trofoblástica gestacional, mola invasiva.

Por lo que se programa una junta médica para probabilidad quirúrgica (histerectomía total laparoscópica) y se recogen nuevos resultados de beta-hCG de 2522 mU/ml.

Se le realiza al paciente que le hará una HAT con salpingooforectomia, se encontró un útero de 18 cm con vascularidad, ST: 9000cc, se refieren los siguientes diagnósticos postoperatorios:

1. Mola hidatiforme completa con invasión vascular miometrial
2. Cervicitis crónica
3. Miometrio invasión vascular de trofoblasto

Finalmente, se le da a la paciente alta con indicaciones, se explican signos de alarma, se le indica control beta-hCG en una semana y acudir por consultorio externo.

## **2. Pediatría**

### **Caso clínico n.º1**

Paciente de un año de sexo femenino, con tiempo de enfermedad de 1 hora, caracterizado por “movimientos raros”, vómitos, trastorno del sensorio, y sialorrea. Niega fiebre. Padre niega patologías y/o cirugías previas, ni alergias medicamentosas

Padres refieren que el menor estuvo jugando en un ambiente donde se roció

un insecticida para matar zancudos.

Al examen físico se muestra taquicárdico (140 latidos por minuto), taquipnea (28 respiraciones por minuto), temperatura de 37 °C, y su SatO<sub>2</sub> fue de 92 %. Hay frialdad distal, no cianosis. En tórax, el murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, pero hay roncales difusos bilaterales a predominio bibasales. Presenta ruidos cardiacos rítmicos, no hay soplos. En Sistema Nervioso central, paciente se muestra somnoliento, presenta pupilas mióticas multiformes. No signos de focalización.

Se le solicitaron exámenes de laboratorio y se halló una leucocitosis de 15 mil, sin presentar otras alteraciones.

Diagnóstico:

1. Intoxicación por organofosforados
2. A descartar neumonía aspirativa
3. A descartar trastorno hidroelectrolítico

En este caso, observamos a un paciente que tuvo una intoxicación por organofosforados, la cual te da una clínica caracterizada por fasciculaciones, sialorrea, y a nivel neurológico pupilas mióticas puntiformes.

## **Caso clínico n.º2**

Niño de sexo masculino de 10 años, obeso que llega a la emergencia con tiempo de enfermedad de tres días caracterizado por síntomas respiratorios altos (tos, estornudo y catarro). Se encuentra afebril. Madre refiere que desde hace 30 minutos presenta dificultad para respirar, y que ella le ha dado un jarabe para la tos (no refiere el nombre), sin embargo, no ha mejorado. No refiere a antecedentes quirúrgicos, ni patológicos, ni alergias alimentarias.

Al examen físico se evidencia, tiraje subcostal, tiraje intercostal, supraclavicular. Presenta taquipnea, tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, disminuido en 1/3 inferior de hemitórax derecho, presencia de sibilantes espiratorios e inspiratorios, con saturación de oxígeno de 92 %. No se encuentran otras alteraciones.

## Diagnóstico

### 1. Crisis asmática moderada a severa

El paciente permaneció dos días más en observación y luego fue dado de alta, con tratamiento para casa como inhaladores, cambio de dieta alimentaria y la restricción de actividad física por diez días.

## **Caso clínico n.º3**

Neonato masculino de 36 semanas por Capurro de 4155 gr con APGAR 8-9  
Datos maternos: 33 años tipo de sangre 0+, 36 3/7 semanas, pruebas serológicas no reactivas, 04 controles prenatales. Examen de orina 1-2 leucocitos por campo.

Datos del parto: Cesárea, líquido amniótico claro, no contacto piel a piel, reanimación respiratoria a oxígeno a flujo libre.

Evolución al minuto de recién nacido.

- Casco cefálico 21 % FiO2 6 litros Sat: 92 % FC: 158 lpm FR: 62 rpm
- Estado general: normal
- Tórax: anormal Puntaje Silverman Anderson 4 puntos Tiraje intercostales (1) Aleteo nasal (1) Quejido (2)
- Resto de examen físico sin alteraciones

Diagnóstico de nacimiento.

1. Recién nacido pretérmino de 36 semanas Grande para edad gestacional - macrosómico.
2. SDR: D/C Taquipnea transitoria del recién nacido
3. Riesgo de trastorno metabólico.

A las 5 horas de evolución, el neonato es ingresado a intermedio por persistencia de taquipnea pese a casco cefálico FiO2 25 % 5 lpm y al retiro de O2 desatura 89 %. Se solicitan pruebas de laboratorio: hemograma, calcio, glucosa, bilirrubinas y radiografía de tórax.

En la radiografía de tórax se evidencian 7 espacios intercostales, costilla levemente horizontalizadas. ICT: 0,6, refuerzo de trama broncopulmonar bilateral compatible con Taquipnea transitoria del recién nacido, por lo cual se

plantea vigilar saturación oxígeno, vigilar patrón respiratorio.

En la evaluación con exámenes auxiliares y examen físico se llega al diagnóstico de ictericia neonatal e hipocalcemia por lo que se indica el inicio de fototerapia, administración de gluconato de calcio 4ml c/8hrs y control de bilirrubina total y directa c/6 horas.

Con base en la evolución y el manejo inicial del caso presentado, el neonato masculino de 36 semanas ha mostrado signos de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN), un trastorno respiratorio común en neonatos, especialmente en aquellos pretérmino y/o macrosómicos como es este caso. Además, se han identificado complicaciones adicionales, incluyendo ictericia neonatal e hipocalcemia, ambas condiciones requieren manejo específico y monitoreo cuidadoso.

#### Diagnósticos

1. Taquipnea Transitoria del Recién Nacido: Dado que el neonato presenta signos de TTRN, el manejo inicial con oxigenoterapia ha sido apropiado. La vigilancia continua de la saturación de oxígeno y el patrón respiratorio es esencial. La mayoría de los casos de TTRN se resuelven dentro de las 48 a 72 horas con soporte de oxígeno y cuidados de soporte (3).
2. Ictericia Neonatal: La ictericia es común en los recién nacidos y puede ser más pronunciada en neonatos prematuros o aquellos con trastornos subyacentes. El inicio de fototerapia es el tratamiento estándar para reducir los niveles de bilirrubina. Es crucial monitorear los niveles de bilirrubina total y directa cada 6 horas para ajustar la intensidad de la fototerapia según sea necesario y prevenir complicaciones como la encefalopatía bilirrubínica (4).
3. Hipocalcemia: La administración de gluconato de calcio es necesaria para corregir la hipocalcemia. La monitorización de los niveles de calcio sérico ayudará a guiar la terapia y asegurar que el neonato alcance niveles

séricos normales. La hipocalcemia en neonatos puede estar relacionada con una variedad de factores, incluyendo el prematuro nacimiento y trastornos metabólicos, por lo que es importante investigar y abordar las causas subyacentes (5).

#### **Caso clínico n.º4**

Neonato masculino de 38 semanas por Capurro, de 2.820kg con APGAR 6-8-9, que al examen físico presenta lesiones dérmicas descamativas a predominio de palmas y plantas.

Datos maternos: 29 años, tipo de sangre 0+, edad gestacional 36.3 semanas, serológicos VDRL: reactivo 64 DILS (1 dosis de penicilina benzatínica), HIV: no reactivo

Datos del parto: Cesárea, líquido amniótico claro, sin llanto cianótico es llevado a cuna radiante se realiza pasos iniciales, presenta frecuencia cardiaca menor a 100 con persistencia de cianosis, por lo cual se hace reanimación VPP 15- 30".

Diagnóstico de nacimiento.

1. Recién nacido a término de 38 semanas Adecuada para edad gestacional.
2. Sífilis congénita: a descartar neuro sífilis
3. SDR: Taquipnea transitoria del recién nacido vs neumonía connatal.

Una vez realizada la anamnesis y el examen físico, se hospitaliza y se solicita hemograma, PCR, VDRL en suero y líquido cefalorraquídeo. Resultados nos muestran que el neonato presento VDRL reactivo 16 DILS, pero negativo en líquido cefalorraquídeo, PCR en 18 mg/dl.

La sífilis congénita es una infección bacteriana grave que se transmite de la madre al bebé durante el embarazo o el parto, causada por la espiroqueta *Treponema Palladium* (6). El caso descrito sugiere una infección significativa, dada la reactividad serológica materna y las manifestaciones clínicas en el neonato, incluidas lesiones dérmicas descamativas y posibles complicaciones neurológicas, sugiriendo neurosífilis. La administración de Penicilina G Sódica

durante 14 días es el tratamiento estándar para la sífilis congénita, especialmente en casos de posible neurosífilis, donde la penicilina es el único antibiótico con eficacia comprobada para tratar infecciones treponémicas en el sistema nervioso central.

#### Evolución y manejo posterior

**Evaluación Continua:** Tras el tratamiento, es crucial la evaluación continua del neonato para monitorear la respuesta al tratamiento y la resolución de los síntomas. Esto incluye exámenes físicos regulares, seguimiento neurológico y pruebas de laboratorio para evaluar la efectividad del tratamiento y la posible necesidad de intervenciones adicionales.

**Seguimiento serológico:** El seguimiento serológico con pruebas VDRL o RPR es fundamental para evaluar la respuesta al tratamiento. Se espera una disminución de los títulos de anticuerpos en los meses siguientes al tratamiento efectivo. La falta de disminución adecuada de los títulos puede indicar una respuesta insuficiente al tratamiento y la necesidad de evaluación y tratamiento adicionales.

**Monitoreo de desarrollo:** Los niños con sífilis congénita, particularmente aquellos con complicaciones como neurosífilis, deben ser monitoreados cuidadosamente para el desarrollo y crecimiento (6). Esto puede incluir evaluaciones periódicas por parte de pediatría, neurología pediátrica y otros especialistas según sea necesario para asegurar el desarrollo óptimo y la identificación temprana de posibles complicaciones o retrasos en el desarrollo.

**Tratamiento de Complicaciones:** Cualquier complicación emergente, como la taquipnea transitoria del recién nacido o la neumonía connatal, debe ser tratada según las directrices clínicas estándar, incluyendo soporte respiratorio y antibióticos de amplio espectro en caso de sospecha de infecciones bacterianas secundarias hasta que se pueda establecer o descartar un diagnóstico específico.

### **3. Medicina Interna**

La rotación de Medicina Interna en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, tuvo una duración de dos meses por los cuales los internos rotaron por el área tópico de medicina y hospitalización.

A continuación, se expondrán cuatro casos vistos en esta rotación:

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente varón de 55 años quien ingresa por el servicio de emergencia refiriendo tiempo de enfermedad de una semana caracterizada por alza térmica cuantificada de 38.9 °C asociada malestar general que fue intensificando hasta imposibilitar realizar sus actividades diarias por lo que acudió a una farmacia cercana a su domicilio y se automedico, menciona no recordar el nombre de los medicamentos, pese a su ingesta los síntomas no cedieron por completo. Dos días antes del ingreso continúa la fiebre y se agrega dolor peri orbitario, dolor abdominal tipo cólico en epigastrio motivo por el cual acude a un centro de salud en donde le realizaron una prueba rápida para dengue la cual fue positiva, por ello acude de emergencia al hospital. Niega antecedentes patológicos, quirúrgicos, niega alergias.

Al examen físico

- Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg FC: 98 lpm FR:17 rpm  
SatO2 98 % T 37.5 °C
- Piel: Tibia, húmeda, elástica / llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, no rash.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), Blando, depresible, leve dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio.
- SNC: LOTEPE, EG 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Luego de la anamnesis y examen físico, se solicita exámenes de laboratorio y NS1 DENGUE: Leucocitos 5.60 Hemoglobina 13.70 Plaquetopenia 115.00 Urea 54 Creatinina 1.13 Perfil Hepático no alterado.

Diagnóstico: Dengue con señales de alarma y Trombocitopenia.

Se plantea monitorización de funciones vitales, signos de alarma, reposo, se indica colocación de vía periférica: hidratación NaCl 0.9 % 1000cc: 30 gotas, paracetamol 1 gramo condicional a temperatura mayor a 38 °C. Paciente queda en observación, posterior a mejoría clínica y laboratorial se le da de alta médica con indicaciones.

### **Caso clínico n.º2**

Paciente mujer de 24 años quien acude al servicio de emergencia, refiriendo tiempo de enfermedad de once horas caracterizado por dolor en espalda y a nivel de la costilla del lado derecho, que aumenta al momento de “tomar aire” tras sufrir agresión por terceros, ella menciona que se automedico con diclofenaco y orfenadrina; pese a ello, el dolor no cedió, motivo por el cual decide acudir al servicio de emergencias.

Niega antecedentes patológicos, niega antecedentes quirúrgicos, niega alergia.

- Funciones vitales: PA 105/60 mmHg FC: 85 lpm FR 18 rpm

SatO2 99 %

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no rales. Doloroso a la palpación superficial y profunda en área de parrilla costal derecha,
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos (+) No doloroso a la palpación superficial y profunda, No signos peritoneales.
- SNC: LOTEPE, Escala Glasgow 15/15. El resto de examen físico sin alteraciones.

Luego de realizar la anamnesis y el examen físico, se solicita una radiografía de parrilla costal derecha en donde no se evidencian lesiones.

1. Diagnóstico: Contusión parrilla costal derecha, dorsalgia.

Plan: Colocación vía periférica y se administra ketoprofeno 100 mg + orfenadrina 60 mg /2 ml endovenoso, quedó en observación hasta lograr mejoría sintomática, posteriormente se le dio el alta con medicación vía oral con Naproxeno 550 mg cada 12 horas por 3 días, orfenadrina 100mg cada 12

horas por 3 días, se dan indicaciones de alta.

### **Caso clínico n.º3**

Paciente mujer de 57 años, quien acude por el servicio de emergencia, refiriendo un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por “dolor, ardor e hinchazón” en muslo izquierdo además menciona que acudió a su centro de salud en donde le indicaron amoxicilina por 7 días, pese a tomar la medicación no ve mejoría, motivo por el cual decide acudir al hospital. Niega fiebre, niega otra sintomatología.

Antecedentes patológicos: Celulitis en muslo izquierdo hace 3 años, Obesidad  
Niega antecedentes quirúrgicos, niega alergias.

Al examen físico:

- Funciones vitales: PA:125/70 mmHg FC: 78 lpm FR: 17 rpm

SatO2 98 %

- Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- MM.II. Izquierdo: Muslo eritematoso con bordes poco definidos, con signos de flogosis, no secreciones.
- Resto de examen físico sin alteraciones.

Luego de la anamnesis y el examen físico tenemos el diagnóstico: Celulitis en muslo izquierdo. Al no presentar síntomas sistémicos y/o algún factor de riesgo se decide darle de alta con indicación médica con Clindamicina 300 mg vía oral cada 8 horas por 10 días, ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días, se da consejería sobre patología, se explican signos de alarma y se le indica que debe acudir control por consultorio externo al culminar tratamiento.

### **Caso clínico n.º4**

Paciente varón de 26 años, quien acude por el servicio de emergencia, refiriendo tiempo de enfermedad de 4 horas caracterizado por dolor tipo cólico 6/10 en hipocondrio derecho asociado a náuseas tras ingesta de comida copiosa, niega sensación de alza térmica, niega deposiciones líquidas.

- Funciones vitales PA 100/68 mmHg FC 76 lpm FR 18 rpm  
SatO2 99 %

Al examen físico

- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, leve dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, Murphy (-). No signos peritoneales.
- Antecedentes patológicos: Colelitiasis
- Niega antecedentes quirúrgicos, niega alergias.

1. Diagnóstico: Síndrome doloroso abdominal, cólico biliar.

Plan: Se le pone una vía periférica, se administró metamizol 1gr, hioscina 40 mg, dimenhidrinato 50 mg, ranitidina 50 mg endovenoso STAT.

Se le da el alta al sentir mejoría sintomática, se indica medicación: hioscina 20 mg cada 12 horas por cinco días y paracetamol 500 mg cada 8 horas por tres días se le da consejería sobre la patología, sugerencias en cambios de hábitos alimentarios, explican signos de alarma y se explica que debe acudir por consultorio externo para manejo médico,

#### **4. Cirugía General**

En la rotación de Cirugía General, en el Hospital Sergio E. Bernales, lo que más se ha aprendido es a diagnosticar correctamente las patologías que requieren de manejo quirúrgico inmediato, como una apendicitis aguda, coledocolitiasis, o una colangitis; y cuando sugerirle al paciente hacer su trámite por consultorio externo, como en el caso de una colelitiasis.

A continuación, se expondrán cuatro casos vistos en esta rotación.

#### **Caso clínico n.º1**

Paciente varón de 24 años con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por dolor abdominal intenso 9/10, que se asocia a sensación de alza térmica, y deposiciones líquidas. Niega náuseas y/o vómitos. Paciente refiere que el

dolor abdominal empezó post ingesta de comida copiosa, y que por el momento presenta hiporexia. Acude a emergencia por la persistencia del dolor de gran intensidad.

Antecedentes: No refiere antecedentes quirúrgicos, niega alergia a medicamentos, niega patologías

#### Examen físico

- Funciones vitales: PA: 124/82 mmHg, FC: 79 lpm, FR: 21 rpm, T: 39.2° C, SatO2: 99 %
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a dos segundos, no cianosis, no ictericia
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha 10/10 de intensidad, signo de Mc Burney positivo.
- Neurológico: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Después del examen físico, se plantea solicitar exámenes de laboratorio, y estos arrojaron una leucocitosis de 19.200 con desviación izquierda y PCR elevada.

1. Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda
2. Diagnóstico post operatorio: Apendicitis aguda Perforada + Plastrón apendicular

Según los datos referidos por el paciente durante la anamnesis, menciona un dolor abdominal generalizado de 3 días de duración con inicio en epigastrio y migrando a fosa iliaca derecha, siendo característico de una apendicitis complicada. Además, en las fases complicadas esperamos encontrar una migración leucocitaria, y en este caso se halló una leucocitosis con desviación izquierda. Teniendo en cuenta que el diagnóstico de una apendicitis es

clínico, se le diagnosticó a este paciente Apendicitis Aguda. Se le pidieron sus riesgos quirúrgicos obteniendo riesgo I en Neumología y Cardiología respectivamente, y posteriormente entró a sala por Emergencia, obteniéndose como diagnóstico postoperatorio: Apendicitis Aguda perforada + Plastrón Apendicular, y hallándose un apéndice cecal de +/- 10 cm x 1.5 cm necrosado en toda su extensión, y perforado en 1/3 medio, con base apendicular comprometida. Lo que nos indica que el paciente necesitará de más días postoperatorios en observación del hospital.

El paciente tuvo una evolución favorable tiempo tolerando líquidos, deambulando y eliminando flatos. Se le dio de alta a los 4 días con indicaciones médicas con respecto a la dieta en casa y a los cuidados postoperatorios.

## **Caso clínico n.º2**

Paciente mujer de 45 años con un tiempo de enfermedad de 3 días. Acude a la emergencia por presentar dolor a nivel de hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos. Hace dos días paciente se automedica con analgésicos los cuales no hacen efectos, y se añade fiebre de 38.2 °C. Un día antes del ingreso el dolor se hace más intenso, motivo por el cual acude a Centro de Salud donde le prescriben antiespasmódicos y analgésicos. Al no haber mejoría clínica acude a la emergencia.

### Antecedentes

Patológicos: Colecistitis crónica calculosa (Hace 2 años), Obesidad, Diabética. Quirúrgicos: Cesáreas. Niega alergias medicamentos

### Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 100/70 mmHg, FC: 120 lpm, FR: 18 rpm, T: 38.5°C, SatO2: 97 %
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a dos segundos, no cianosis, no ictericia.

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: blando y depresible. Doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Murphy (+) y masa palpable dolorosa.
- Región inguinal izquierda: se palpa masa de +/- 4 x 3 cm de diámetro, reductible, coercible, anillo herniario de +/- 2 cm. Landívar negativo.
- Neurológico: escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

Se le realizan exámenes laboratoriales y se evidencia un hemograma de 18 000 mil leucocitos con 4 % de abastionados. Con respecto a los exámenes auxiliares, se le realiza una ecografía en donde se refleja una vesícula de 12 x 8 cm con pared de 6 mm, con cálculo enclavado y líquido perivesicular. Paciente fue dado de alta al 2do día postoperatorio.

1. Diagnóstico Preoperatorio: Colecistitis aguda moderada
2. Diagnóstico Postoperatorio: Colecistitis aguda

Se decide ingresar a sala de operaciones, realizándose una colecistectomía total. En los hallazgos se encontró vesícula de 12 x 8 cm, con cálculo enclavado, vesícula necrosada y líquido perivesicular. Se realizó clipaje de arteria del conducto cístico.

En este caso, evidenciamos a una paciente con signos locales: dolor en hipocondrio derecho, y Murphy (+), signos sistémicos y exámenes de imagen positivos, que según los criterios de Tokyo nos dan el diagnóstico confirmatorio de una colecistitis aguda (7).

### **Caso clínico n.º3**

Paciente mujer de 64 años, que acude a la emergencia por presentar dolor en epigastrio que se irradia a región dorsal, asociado a náuseas, vómitos, ictericia, y fiebre. Antecedentes Patológicos: NM de útero, metástasis de colon.

### Examen físico

- Funciones vitales: PA: 123/70 mmHg, FC: 110 lpm, FR: 21 rpm, T: 36.8°C, SatO2: 99%
- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a dos segundos, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible. Dolor a la palpación en epigastrio
- Neurológico: escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

Durante la evolución, se le toman exámenes de laboratorio y se evidencia GGT: 300 BT: 6 BD:4 FA: 800. Se le realiza una ecografía de emergencia y se evidencia vesícula dilatada de 8 x 6 cm con cálculos móviles y pared delgada. Presenta colédoco de 9 mm. Presenta un hemograma con leucocitosis de 18 000 mil, plaquetopenia de 80 000 mil. Paciente se encuentra en shock séptico.

1. Diagnóstico preoperatorio: Síndrome Ictérico obstructivo. A descartar una colangitis
2. Diagnóstico postoperatorio: Colangitis aguda severa.

Al encontrarse la paciente en shock, no se le puede hacer una tomografía, así que se decide ingresar a sala de operaciones para realizar una laparotomía exploratoria en donde se encuentra bilis purulenta en vías biliares, y se evidenció un cálculo de 1 cm a nivel de colédoco. Se le colocó un dren Kher.

### **Caso clínico n.º4**

Paciente mujer de 50 años, quien ingresa por consultorio externo, refiriendo tiempo de enfermedad 2 años caracterizado por presentar una “masa” en abdomen inferior derecho añade que hace un año ha incrementado de tamaño y ocasionando sintomatología como dolor abdominal que le dificulta realizar

sus actividades diarias.

- Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial
- Antecedentes quirúrgicos: Histerectomía (2019)
- Niega alergia a medicamentos
- G2P2002

#### Examen físico

- Funciones vitales: PA: 130/65 mmHg, FC: 74 lpm, FR: 17 rpm, T: 36.5°C, SatO2: 98 %
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax , no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, RHA presentes, se evidencia masa aprox. 20 x 12 cm reducible en fosa iliaca derecha, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, depresible.
- Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

#### Diagnóstico

1. Eventración abdominal
2. Hipertensión arterial

Tras la exploración física más la anamnesis e imágenes auxiliares se confirma el diagnóstico de eventración abdominal; por lo que se decide la hospitalización para una intervención quirúrgica una vez completados los exámenes prequirúrgicos. La paciente es hospitalizada en el servicio de cirugía. para programación de cirugía electiva de eventroplastia donde se halló defecto eventrogeno de 15 x7 cm y saco eventrogeno de 20 x 8 cm, en donde se libera el espacio preperitoneal y se coloca malla de polipropileno fijada en aponeurosis también se inserta un sistema de drenaje al vacío en tejido celular subcutánea. Posterior a la cirugía la paciente evoluciona favorablemente, con buena tolerancia vía oral, elimina flatos, deambula,

motivo por el cual se le da de alta con indicaciones médicas, cuidados en casa, se explican signos de alarma y posterior control por consultorio externo.

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA**

El Hospital Nacional Sergio Bernales fue inaugurado el 15 de agosto de 1940 como un anexo del Hospital del Niño, para tratar niños con tuberculosis. Esta inauguración fue gracias a la colaboración de la familia Álvarez Calderón, quienes tenían vínculos familiares con el expresidente Oscar Benavides.

La mayoría de los médicos que laboraban en el hospital habían sido alumnos o habían recibido algún tipo de aprendizaje del Dr. Bernales, por lo que, en honor a él, se le colocó su nombre al hospital (8). En 1970 se creó el primer departamento del hospital que fue Ginecología y Obstetricia, y posterior a ellos los departamentos de Medicina, Pediatría, Cirugía, Cardiología, Oftalmología, y Rayos x; es ahí cuando fue declarado Hospital General.

En la actualidad el nosocomio cuenta con veinte especialidades y diferentes servicios de apoyo como ecografías, radiología, patología clínica y banco de sangre, por lo tanto, se considera de nivel III-1 del ministerio de salud. Siendo el principal responsable de la atención para la comunidad de Lima norte (Comas, Carabayllo, provincia de Canta) y referencias nacionales.

Es considerado un hospital de enseñanza por lo que anualmente se permite el ingreso de nuevos residentes e internos de medicina, enfermería y obstetricia, que buscan aprender y demostrar los conocimientos adquiridos durante sus respectivas carreras profesionales.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **1. Ginecología y Obstetricia**

El virus del mono es causado por un *Orthopoxvirus* que se emparentó con el virus de la viruela humana, y en el año 2022 fue declarado una emergencia global por la aparición de nuevos casos surgidos fuera de África. La información sobre el virus del mono y su relación con el embarazo es limitada, pero se ha evidenciado una alta tasa de daño fetal, como lo presentó nuestra paciente en el primer caso clínico en el capítulo de Ginecología.

Existen estudios clínicos que dan como resultado que la viruela del mono se puede transmitir verticalmente, a través de la placenta, lo que genera una infección congénita, o también existe la posibilidad de contacto directo después o durante el nacimiento. Estudio en Congo evidencia que un total de 222 infectados con virus del mono, cuatro eran gestantes, y tres de ellas tuvieron daño fetal. Dos de las que tuvieron daño fetal tuvieron abortos espontáneos en el primer trimestre (2). Al hacerles pruebas moleculares, se confirmó la presencia de ADN viral, con lo que se confirmó que sí hubo transmisión vertical del virus.

Por la evidencia mencionada, se asocia que la malformación congénita de nuestro caso clínico se debió al antecedente de infección de virus del mono de la madre (2).

### **2. Pediatría**

En el caso clínico número 2 se relata la historia de un paciente con cuadro de crisis asmática, un tiempo de enfermedad de tres días aproximadamente, caracterizado por síndrome catarral, el cual se va intensificando. Su clínica se hace compatible con asma, o con neumonía atípica. El asma genera broncoespasmos, lo cual nos daría un cuadro de sibilancias, y aumento de secreciones bronquiales.

El tratamiento para una crisis asmática como primera línea son los corticoides endovenosos, y se le realiza una terapia de rescate con nebulización con

salbutamol ver anexo 1, por lo que el menor mejoró de forma parcial su saturación de oxígeno a 94 %, pero persistía la taquipnea y se evidenciaba un mal patrón respiratorio, por eso se decide su ingreso a observación para seguir monitorizando. Permaneció por dos días más, tomando en cuenta que su estado nutricional predispone a que el paciente tenga una recuperación más lenta, ya que la obesidad es un estado proinflamatorio. Se dio de alta con varias recomendaciones como cambio de dieta, y la sugerencia de no hacer actividad física por 10 días, y continuar con los inhaladores por diez días (9).

### **3. Medicina Interna**

En el caso número 3 de Medicina Interna, se relata que la paciente presenta signos inflamación en muslo asociado a dolor, presentado factores de riesgo como obesidad, antecedente de haber presentado anteriormente celulitis en esa área, por lo que con el adecuado examen físico y la anamnesis se llega al diagnóstico de celulitis.

El manejo de la celulitis se valora según gravedad, puede ser tratamiento ambulatorio las no graves o que requieran hospitalización con o sin factores de riesgo y compromiso sistémico. La duración del tratamiento en casos no complicados será de cinco a siete días según su mejoría clínica y/o presencia de otras lesiones, en caso a la estancia en nosocomio varía entre cinco a diez días (10).

Los patógenos con más prevalencia y responsables suelen ser *S. pyogenes* y *S. aureus*. Existen complicaciones locales y generales, siendo el absceso cutáneo la más frecuente de las locales. Por otro lado, se deben tener cuenta los factores de riesgo como son el sexo masculino, obesidad, tener más de dos patologías de base, infecciones asociadas y un paciente en shock (10).

### **4. Cirugía General**

En el caso número 3 de Cirugía General, se evidencia que la paciente presentaba la pentada de Reynolds que consiste en presentar, fiebre, ictericia, dolor abdominal, compromiso neurológico y compromiso cardiovascular (paciente en shock). Además, presentó signos de colestasis como ictericia,

enzimas hepáticas incrementadas, y síntomas de inflamación como la presencia de leucocitosis, que según los criterios de Tokyo ver anexo 2, nos harían sospechar de una colangitis. En este caso, debido a la severidad, se le realizó una cirugía, y no el tratamiento de elección que normalmente sería un drenaje endoscópico (11).

Se describió por primera vez esta patología en 1877 por Jean Marie Charcot, y fue definida como una infección bacteriana que afecta el sistema del ducto biliar, en donde se pueden presentar casos leves hasta severos. Inicialmente fue descrita como una enfermedad grave y potencialmente mortal, pero ahora que se conoce como identificar la gravedad, se sabe que esta puede ir de leve a grave (11).

## **CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Nuestra experiencia en el Hospital Sergio E. Bernales en el distrito de Comas se llevó a cabo durante el periodo de 01 de abril 2023 hasta 31 enero 2024, siendo este un hospital de nivel III-1, que cuenta distintas especialidades que garantiza el desenvolvimiento adecuado en el internado, además de contar con otros servicios como lo son hospitalización, observación y unidad de cuidados intensivos, entre otros.

El internado médico es el último escalón para culminar la carrera profesional de medicina humana, en donde se consolidan conocimientos y se adquieren nuevas habilidades para el desarrollo correcto de la profesión médica, ya que en esta etapa se mantiene un contacto directo y cercano con los pacientes, quienes con sus dolencias y patologías nos enseñan a ser empáticos y más humanos. También es importante resaltar que en este periodo se pasa mayor tiempo en el nosocomio aprendiendo todos los días ya que se presentan diversidad de casos clínicos y de distintos tipos de complejidades de las rotaciones como son: ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía, teniendo cada una una duración de aproximadamente dos meses.

## **CONCLUSIONES**

1. El internado médico es la etapa final más crucial de nuestra formación para lograr ser profesionales de salud, ya que logramos desenvolvemos y desarrollar nuestras competencias y conocimientos adquiridos durante el pregrado.
2. Somos una generación de estudiantes de medicina que ha sufrido consecuencias por la pandemia COVID-19 que de alguna manera afectó nuestra formación académica, no tuvimos la oportunidad de tener todas las rotaciones clínicas y la experiencia de tratar directamente con pacientes reales antes de ser internos de medicina.
3. El aprendizaje se obtiene durante los pases de visita, guardias en las emergencias y las enseñanzas brindadas por parte de nuestros maestros médicos de las cuatro especialidades más fundamentales en el internado nos ayudaron a que nuestra vivencia en el internado sea realmente enriquecedora.

## RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que la duración del internado vuelva a ser de un año, pues rotar solo dos meses por cada servicio termina siendo insuficiente para consolidar el aprendizaje del interno.
2. Se recomienda mejorar la parte académica dentro del hospital Sergio E. Bernal, ya que no cuenta con biblioteca, ni centros de descanso para internos.
3. Se debería implementar un manual instructivo para saber lo necesario en cada inicio rotación de los distintos servicios.
4. La facultad de medicina debe cerciorarse que exista una correcta enseñanza por parte de los tutores de cada servicio hacia los internos rotantes.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2987398-351-2022-minsa>
2. Velázquez-Cervantes MA, Ulloa-Aguilar JM, León-Juárez M. La viruela del mono y el embarazo: una enfermedad olvidada y su impacto en la salud perinatal. Rev Clin Esp [Internet]. 2023 [citado el 4 de marzo de 2024];223(1):32–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2022.09.002>
3. Bruschetti M, Hassan K-O, Romantsik O, Banzi R, Calevo MG, Moresco L. Interventions for the management of transient tachypnoea of the newborn - an overview of systematic reviews. Cochrane Libr [Internet]. 2022 [citado el 4 de marzo de 2024];2022(2). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013563.pub2/full/es>
4. Gob.pe. [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/3\\_GUÍA%20DE%20PRÁCTICA%20CLÍNICA%20PARA%20EL%20DIAGNÓSTICO%20Y%20MANEJO%20DE%20ICTERICIA%20NEONATAL.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/3_GUÍA%20DE%20PRÁCTICA%20CLÍNICA%20PARA%20EL%20DIAGNÓSTICO%20Y%20MANEJO%20DE%20ICTERICIA%20NEONATAL.pdf)
5. Yeste D, Campos A, Fábregas A, Soler L, Mogas E, Clemente M. Patología del metabolismo del calcio [Internet]. Aeped.es. [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14\\_patol\\_meta.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_patol_meta.pdf)
6. Gob.pe. [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/22\\_GUÍA%20DE%20PRÁCTICA%20CLÍNICA%20PARA%20EL%20DIAGNÓSTICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20SÍFILIS%20CONGÉNITA.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/22_GUÍA%20DE%20PRÁCTICA%20CLÍNICA%20PARA%20EL%20DIAGNÓSTICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20SÍFILIS%20CONGÉNITA.pdf)
7. Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. Aplicación de la guía de Tokio en colecistitis aguda litiásica. Rev médica - Col Méd Paz [Internet]. 2018 [citado el 4 de marzo de 2024];24(1):19–26. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582018000100004](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004)
8. Nuestra Historia [Internet]. Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Portal

- Institucional. Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Portal Web; 2019 [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
9. Castro-Rodríguez JA. Tratamiento de la crisis asmática en pediatría. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2007 [citado el 4 de marzo de 2024];67(4):390–400. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-tratamiento-crisis-asmatica-pediatria-articulo-13110615>
  10. La celulitis [Internet]. Cdc.gov. 2023 [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/cellulitis-sp.html>
  11. Díaz Roca AB, Calderón A, Blanco S, Ruiz P, Ortiz de Zárate J, Menéndez F, et al. Presentación retrospectiva de 255 episodios de colangitis aguda en nuestro medio. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2009 [citado el 4 de marzo de 2024];101(4):298–9. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082009000400013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000400013)

# ANEXOS

## Anexo 1

Figura 1. Algoritmo de manejo de pacientes con crisis asmática en Urgencias

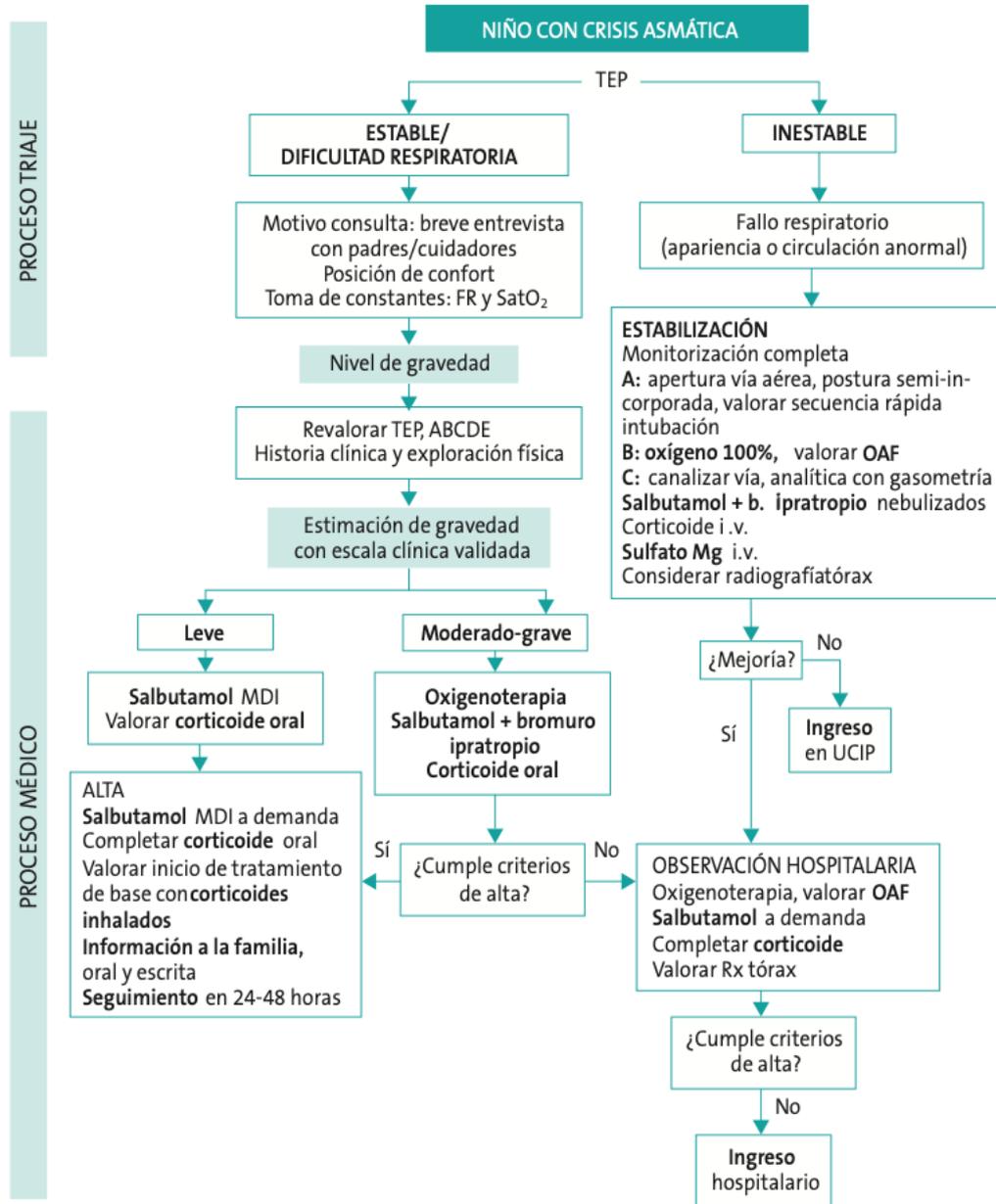


Ilustración 1 Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias [Internet]. Aeped.es. [citado el 02 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04\\_crisis\\_asmatica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf)

## Anexo 2

<b>Tabla 1. Criterios diagnósticos de colangitis aguda.</b>
<b>A. Inflamación sistémica:</b>
<b>A1.</b> Fiebre (Tª >38°C) y/o escalofríos.
<b>A2</b> Datos de laboratorio: Leucocitos <4000 o >10000/mcL, PCR>1mg/dl.
<b>B. Colestasis.</b>
<b>B-1.</b> Ictericia (T-Bil >2mg/dL)
<b>B-2.</b> Elevación de niveles de FA, GGT, AST y ALT > 1,5 LSN.
<b>C. Pruebas de imagen:</b>
<b>C-1.</b> Dilatation vía biliar
<b>C-2.</b> Evidencia de la causa en pruebas de imagen (tumor, litiasis, <u>stent</u> etc.)
Diagnóstico de sospecha: Un ítem de A + uno de B o de C
Diagnóstico definitivo: Un ítem de A + uno de B + uno de C

*Ilustración 2 AnestesiaR. Colangitis aguda [Internet]. AnestesiaR. 2015 [citado el 02 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://anestesar.org/2015/colangitis-aguda/>*