

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y EN EL CENTRO DE SALUD
GUSTAVO LANATTA LUJÁN 2023-2024**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICA CIRUJANA
PRESENTO POR
MERY KELY SULCA FLORES**

**ASESORA
SHIRLEY ROSSEMARY QUISPE PANTA**

**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 DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y EN EL CENTRO DE SALUD
GUSTAVO LANATTA LUJÁN 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MERY KELY SULCA FLORES**

**ASESORA
MC SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA**

LIMA, PERÚ

2024

JURADOS

Presidente: Dr. Héctor Miguel Lamilla Valdez.

Miembro: Dra. Giovanna Itala Aguilar Oliva.

Miembro: Dr. Lincoln Florencio Blácido Trujillo.

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional de todos estos años ya que siempre me han enseñado a ser perseverante y a nunca rendirme.

Y a mis abuelos, quienes siempre me dieron amor y me acompañaron hasta mi niñez, pero yo sé que desde el cielo están guiando mi camino.

AGRADECIMIENTO

A los docentes, doctores, licenciados, compañeros, amigos por ser parte de mi aprendizaje, ya que no solo se obtuvo conocimientos sino se fue aprendiendo a tener más empatía con todos y a trabajar en equipo para obtener buenos resultados y brindarle al paciente una atención de calidad.

Especialmente, a la doctora Shirley Quispe Panta por su ayuda incondicional en el desarrollo de este trabajo de suficiencia profesional.

Además, agradecer a la Universidad de San Martín de Porres (USMP), al Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján y al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), por ser parte de mi formación.

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| ÍNDICE | v |
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT | vii |
| INTRODUCCIÓN | ix |
| CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL | 1 |
| CASOS CLÍNICOS | 3 |
| 1. Rotación de Ginecología y Obstetricia | 3 |
| Caso clínico n.º1: Ruptura prematura de membranas | 3 |
| Caso clínico n.º2: Gestación anembrionada | 6 |
| 2. Rotación de Pediatría | 8 |
| Caso clínico n.º1: Asma | 8 |
| Caso clínico n.º2: Celulitis | 10 |
| 3. Rotación de Medicina Interna | 12 |
| Caso clínico n.º1: Dengue | 12 |
| Caso clínico n.º2: Colangitis | 14 |
| 4. Rotación de Cirugía General | 16 |
| Caso clínico n.º1: Colecistitis aguda | 16 |
| Caso clínico n.º2: Apendicitis aguda | 18 |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 21 |
| CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL | 22 |
| CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 36 |
| V. CONCLUSIONES | 38 |
| VI. RECOMENDACIONES | 39 |
| VII. FUENTES DE INFORMACIÓN | 40 |
| VIII. ANEXOS | 45 |

RESUMEN

El internado médico se desarrolla en el último año de la carrera de Medicina Humana en el Perú, buscando adquirir y ampliar conocimientos, prácticas y experiencias en la vida profesional y personal, sin embargo, todo esto está bajo la supervisión de residentes y asistentes. El presente documento es elaborado por una interna de la Facultad de Medicina Humana de la USMP, quien describe las experiencias que tuvo en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján y en el HCLLH en el periodo del 1 de abril del 2023 al 31 de enero del 2024, en donde se realizaron 4 rotaciones en los servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna, por lo consiguiente se presentan 8 casos clínicos para dar a conocer la importancia de la clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente. **Objetivo:** Describir y analizar los casos clínicos observados durante el periodo del internado comprendido entre el 1 de abril del 2023 al 31 de enero del 2024. **Materiales y métodos:** Casos clínicos de pacientes que acudieron al Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján y al HCLLH, por cada rotación se explican 2 casos clínicos y para esto se hizo una revisión de la historia clínica completa hasta su alta médica. **Conclusiones:** El internado es una etapa importante ya que ayuda a tener ciertas habilidades profesionales y personales además de los buenos resultados del trabajo en equipo para beneficio del paciente.

Palabras claves: Internado médico, casos clínicos, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General.

ABSTRACT

The medical internship takes place in the last year of the Human Medicine degree in Peru, seeking to acquire and expand knowledge, practices and experiences in professional and personal life, however, all of this is under the supervision of residents and assistants. This document is prepared by an intern from the Faculty of Human Medicine of the USMP, who describes the experiences she had at the Gustavo Lanatta Luján health center and at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital in the period from April 1st, 2023 to January 31st, 2024, where 4 rotations were carried out in the services of Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Surgery and Internal Medicine, therefore 8 clinical cases are presented to publicize the importance of the clinic, diagnosis, treatment, evolution of the patient. **Objective:** To describe and analyze the clinical cases that were observed during the internship period between April 1st, 2023, and January 31st, 2024. **Materials and methods:** Clinical cases of patients who attended the Gustavo Lanatta Luján health center and the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, for each rotation 2 clinical cases are explained. And for this, a complete medical history review was carried out made until their medical discharge. **Conclusions:** Internship is an important stage since it helps to have certain professional and personal skills, in addition, to the good results of teamwork for the benefit of the patient.

Keywords: Medical internship, clinical cases, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine, General Surgery.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO
LA HOZ Y EN EL CENTRO DE SALUD GUS
T

AUTOR

MERY KELY SULCA FLORES

RECuento DE PALABRAS

12708 Words

RECuento DE CARACTERES

70877 Characters

RECuento DE PÁGINAS

53 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

144.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 8, 2024 8:57 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 8, 2024 8:58 AM GMT-5

● 17% de similitud general


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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% 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





 Dra. SHIRLEY R. QUISPE PANTA

 MÉDICO INTERNISTA

 CMP N° 60967 RNE N° 38577

Dra. Shirley Rossmery Quispe Panta
Asesora

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6620-2487>
DNI:45253636

INTRODUCCIÓN

El internado médico se lleva a cabo en el séptimo año de la carrera de Medicina Humana en el Perú, así como lo establece la malla curricular (1). En este periodo se consolida no solo la parte práctica sino la de conocimientos adquiridos durante todos los años previos, además de saber tomar decisiones acertadas, eficaces y oportunas para el propio beneficio del paciente (2,3).

Para el año 2023 tuvo una duración de 10 meses (4). Los cuales se desarrollaban de la siguiente manera; 2 meses en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján en el distrito de San Martín de Porres y 8 meses en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) en el distrito de Puente Piedra, durante el periodo del 1 de abril del 2023 al 31 de enero del 2024, esta elección se llevó a cabo según el orden de mérito de los estudiantes.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer 8 casos clínicos verídicos observados durante el internado en el HCLLH de la categoría II-2 (5) en donde se llevó a cabo las 4 rotaciones (Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General), además de las experiencias en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján de la categoría I-3 del Ministerio de Salud (MINSU).

Aunque, el interno ya había tenido experiencias en diversos hospitales y centros de salud, la forma de presentación de una patología es diferente en cada paciente. Por otro lado, existen limitaciones como la falta de medicamentos por lo que se tiene que tomar decisiones rápidas y asertivas para ayudar al paciente. Asimismo, en el Centro de Salud se aprendió de cómo hacer el llenado correcto del formato único de atención (FUA) y del sistema de información hospitalaria (HIS).

Se espera que este documento sirva como ejemplo para otros profesionales no solo como un conocimiento agregado sino para plantear soluciones frente a diversos problemas de tal forma se llegaría a mejorar nuestro sistema de salud.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Existen diferentes universidades para la carrera de Medicina Humana en el Perú del cual consta de 7 años de estudio, una de estas es la Universidad San Martín de Porres ubicada en la avenida Alameda del Corregidor 1531-urbanización Sirius en la III etapa, cuyo distrito es la Molina 15024. Según el plan de estudios tenemos 3 etapas de las cuales las dos primeras duran 3 años cada uno y la última 1 año, en cada año se hicieron 2 semestres (6).

Ciencias Básicas

Es la primera etapa donde se busca adquirir y asociar conocimientos de cursos básicos tales como; Matemática, Lenguaje, Química e incluso actividades deportivas y culturales hasta cursos propios de carrera como; Biología Molecular y Celular, Salud Pública I y II, Histología, Anatomía I y II, Embriología, Microbiología, Parasitología, Fisiología humana, Farmacología, Patología, Informática, Bioética u otros; así como cursos electivos de los cuales se encuentra; Medicina Tradicional y Complementaria, Quechua, Informática, Software Estadístico, entre otros.

Clínica

En esta fase se unió la parte teórica con la práctica, con esta metodología se pudo correlacionar de forma más adecuada las diferentes patologías. En esta etapa se asiste a los hospitales a diferencia de lo anterior que solo se alternaba entre facultad y centros de salud. Se pudo aprender a tener una buena relación médico paciente y de la misma manera a llenar bien las historias clínicas, ya que muchos de los diagnósticos eran clínicos por lo que se tenía que evaluar al paciente de forma correcta. El año se inició con cursos mucho más formidables como Medicina, Laboratorio Clínico, Nutrición, Diagnóstico por Imágenes, además de cursos más complejos como Neurología, Terapéutica, Tesis, Cirugía, Geriatria, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Emergencia, Medicina Legal, y otras especialidades.

Internado médico

Esta etapa era la última y la más esperada por todos los alumnos ya que los conocimientos se afianzan más con la práctica y seríamos muy independientes en cuanto a nuestras responsabilidades, deberes y funciones debido a que nosotros éramos el primer contacto frente a los pacientes.

Particularmente en este caso la primera rotación se realizó en un centro de salud por 2 meses y los siguientes 8 meses en el hospital; el primer servicio fue el área de Ginecología y Obstetricia, luego de Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General. También, se consolidaba la práctica con los seminarios que se realizaban en la universidad cada dos semanas de manera virtual, y se resolvían pruebas calificadas de cada rotación, además de exámenes similares al Examen Nacional de Medicina (ENAM) en la universidad de forma presencial.

Al inicio de este proceso poseía un carácter extenuante ya que se tenían muchas responsabilidades. Las evoluciones diarias de los pacientes debían cumplirse a tiempo, además de aprender cada caso de los pacientes; ya que luego se tenía que pasar pre-visititas con los residentes menores y luego con los mayores; para después poder hacerlo mejor con los asistentes. Posteriormente, se realizaban las recetas, referencias y las altas junto a las contrarreferencias, entre otras funciones.

Al final, las rotaciones fueron gratificantes porque se obtuvo mucho aprendizaje sobre la casuística en un nosocomio. A continuación, se dará a conocer 8 casos clínicos basado en las diferentes rotaciones:

CASOS CLÍNICOS

1. Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º1: Ruptura prematura de membranas

Anamnesis: gestante (G1P0000) de 21 años, con edad gestacional de 39 semanas por ecografía de I trimestre, procedente de Puente Piedra, católica, conviviente y ama de casa, acude al establecimiento de salud por emergencia debido a una referencia por el Centro de Salud Zapallal, ya que hace 6 horas presentó pérdida de líquido amniótico claro, positivo para test de helecho. Adicionalmente, que las contracciones uterinas son esporádicas, percibe los movimientos fetales, niega sangrado vaginal y sensación de alza térmica.

Enfermedad actual: el tiempo de enfermedad fue de 6 horas, inicio fue Brusco, curso fue progresivo. Los signos y síntomas principales fueron la pérdida de líquido amniótico (6 horas) y contracciones uterinas.

Antecedentes personales: niega antecedentes generales, patológicos, quirúrgicos y de reacción adversa a medicamentos (RAM's).

Antecedentes ginecológicos: la menarquia se presentó a los 14 años, su régimen catamenial era de 4/30, el inicio de relaciones sexuales fue a los 16 años, tuvo 5 parejas sexuales en su totalidad y la última prueba realizada de Papanicolaou (PAP) fue negativa.

Antecedentes obstétricos: G1P0000. Embarazo actual no planificado, con 7 controles prenatales.

Control de signos vitales: la presión arterial (PA) de 110/60 milímetros de mercurio (mm Hg), frecuencia cardíaca (FC) de 78 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria (FR) de 17 respiraciones por minuto (rpm), temperatura de 36.3°C y la saturación de oxígeno (SO₂) de 98%.

Control de funciones biológicas: sed y apetito conservado, sueño adecuado, orina y deposición normal.

Examen físico:

- Estado general: Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente regular estado de hidratación (AREH).
- Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de moderada intensidad, no soplos audibles.
- Mamas: blandas, simétricas y no dolorosas a la palpación.
- Abdomen: útero grávido cuyo contenido es un feto único, situación longitudinal, posición derecha y presentación cefálica; la altura uterina de 31 cm, latidos fetales de 148 latidos por minutos, y el ponderado fetal fue de 3413 gramos.
- Genitourinario (GU): puño percusión lumbar (PPL) negativo (-), puño renoureteral (PRU) negativo (-).
- Examen ginecológico: Al tacto vaginal el cérvix era blando posterior dehiscente un dedo, altura de presentación: C-3; membranas rotas (líquido amniótico claro) y pelvis pinacoide.
- Sistema nervioso central (SNC): despierta, escala de Glasgow (EG):15/15; no focalización.

Exámenes auxiliares

- Hematología: Leucocitos: $11.30 \times 10^3/\text{ul}$, hemoglobina: 13.3g/dl, plaquetas: $213 \times 10^3/\text{ul}$ y neutrófilos segmentados: 73.8 %
- Coagulación: tiempo de sangría (TS): 3 min. Seg, tiempo de coagulación (TC): 7 min. Seg.
- Glucosa: 79.4 mg/dl, creatinina: 0.42 mg/dl, urea: 12 mg/dl, proteína C reactiva (PCR): 0.62 mg/dl
- Serológicos: No reactivo para sífilis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatitis B (VHB).

- Examen de orina: color amarillo y aspecto turbio, densidad de 1.005, leucocitos de 8-10 por campo y hematíes:0-2 por campo.
- Test no estresante (NST): reactivo y dinámica uterina presente.
- Monitoreo intraparto (MIP): Categoría I.
- Ecografía obstétrica: feto único, situación longitudinal, con presentación cefálica y posición derecha. Ponderado fetal de 3413 gramos, latidos cardiacos fetales de 144 latidos por minuto, líquido amniótico con un índice de Phelan de 10 cm, circular simple de cordón umbilical, placenta anterior. Se concluye: Una gestación única de 39 semanas por ecografía del primer trimestre y crecimiento fetal P46.

Impresión diagnóstica

- Gestante de 39 con 1/7 de semanas por ecografía del primer trimestre.
- Pródromo de trabajo de parto.
- Ruptura prematura de membrana de 6 horas.

Plan de trabajo: la paciente ingresa a centro obstétrico para la acentuación de trabajo de parto, con las siguientes indicaciones

- Dieta completa (DC)+ líquidos a voluntad (LAV).
- CIna 0.9% 1000cc + Oxitocina 10U → 8 gotas por minuto
- Ampicilina 2 gr vía endovenosa (EV) STAT (inmediata) después 1 gr EV cada 6h.
- Control de funciones vitales (CFV), vigilar los signos de corioamnionitis, tacto vaginal restringido y comunicar eventualidades.

Informe del parto y del recién nacido: el primer periodo del parto fue de 12 horas, el segundo de 17 minutos y el tercero de 8 minutos, tuvo una pérdida sanguínea de 200cc. El recién nacido fue masculino con un peso de 3380 gramos, talla de 50 cm, Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 35.5 cm y perímetro abdominal de 34 cm, líquido amniótico claro y edad gestacional por Capurro fue de 40 semanas.

A la gestante se le indica paracetamol 1gr condicional a dolor intenso, masaje uterino y control de funciones vitales; además se le solicita un examen de orina y nivel de hemoglobina. Luego la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta después de dos días del parto eutócico. Se le indica paracetamol 1 gr condicional al dolor por 3 días, sulfato ferroso de 300 mg vía oral (VO) cada 24 horas por 30 días, lactancia materna exclusiva (LME), se le explica los signos y síntomas de alarma, y control por consultorio externo de Ginecología después de los 4 días del alta médica.

Caso clínico n.º2: Gestación anembrionada

Anamnesis: paciente mujer de 27 años, católica, conviviente y procedente de Puente Piedra, acude a emergencia acompañado de su pareja, quien refiere que hace 1 día presentó dolor pélvico asociado a sangrado vaginal, niega sensación de alza térmica. Además, presenta una ecografía transvaginal externa en donde hace mención que el saco gestacional mide 25mm.

Enfermedad actual: tiempo de enfermedad de 1 día, inicio brusco, curso progresivo, los signos y síntomas principales fueron dolor pélvico y sangrado vaginal.

Antecedentes personales: niega antecedentes generales, patológicos, quirúrgicos y de reacción adversa a medicamentos (RAM's).

Antecedentes ginecológicos: la menarquia se presentó a los 13 años, régimen catamenial de 4/30, inicio de relaciones sexuales fue a los 20 años, tuvo 2 parejas sexuales en total y la última prueba realizada de Papanicolaou (PAP) fue negativa.

Antecedentes obstétricos: G0P0

Control de signos vitales: presentó una PA de 110/70 mm Hg, la FC de 82 lpm, FR de 20 rpm, temperatura de 37.2 °C y una SO₂ de 97%.

Control de funciones biológicas: apetito: disminuido, sed: conservado, sueño: adecuado, orina y deposiciones normales.

Examen físico:

- Estado general: AREG, AREH y AREN
- Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de moderada intensidad, no soplos audibles.
- Mamas: blandas, simétricas y no dolorosas a la palpación.
- Abdomen: blando, depresible con dolor a la palpación en hipogastrio.
- Genitourinario (GU): PPL (-) y PRU (-)
- Examen ginecológico: al tacto vaginal el cérvix era blando posterior cerrado largo, útero en anteversoflexión que mide 8cm y escaso sangrado activo.
- SNC: despierta, EG: 15/15; no focalización.

Exámenes auxiliares

- Hematología: leucocitos: $4 \times 10^3/\text{ul}$, hemoglobina: 11.7g/dl, plaquetas: $318 \times 10^3/\text{ul}$, neutrófilos segmentados: 51% y linfocitos: 32%.
- Coagulación: TS: 3.3 min. Seg y TC: 7 min. Seg.
- Glucosa: 91.3 mg/dl, creatinina: 0.54 mg/dl y la urea: 16.5 mg/dl.
- Serológicos: no reactivo para sífilis, VIH y VHB.
- Examen de orina: color amarillo y aspecto turbio, densidad de 1.020, leucocitos de 2-4 por campo y hematíes de 8-10 por campo.
- Ecografía obstétrica: Útero en anteversoflexión de 71 x 44 mm cuya superficie es regular y homogéneo, además el endometrio contiene un saco gestacional único e irregular de 25mm de diámetro mayor y no se visualiza embrión. Conclusión: Gestación anembrionada de 6 semanas.

Impresión diagnóstica

- Gestación anembrionada

Plan de trabajo

- Nada por vía oral (NPO)
- NaCl 0.9% 1000cc EV
- Misoprostol 200mg 2 tabletas vía vaginal (VV) y vía oral (VO)
- Doxiciclina 100 mg 2 tabletas pre y 1 tableta post aspiración manual endouterina (AMEU).
- Control de funciones vitales (CFV)

Debido a que la paciente tiene 6 semanas de gestación se le programa para realizarle una AMEU por lo cual se le administra midazolam y atropina 1ml EV.

Récord operatorio: dentro de los hallazgos se encuentra un útero que medía 9 cm con presencia de restos endouterinos de 20cc sin mal olor.

Al día siguiente, la paciente presentó una evolución favorable, por ello se le da el alta médica con paracetamol 1 gr condicional al dolor por 3 días, se le explica los signos y síntomas de alarma y se le cita a los 4 días por consultorio de Ginecología para su posterior control.

2. Rotación de Pediatría

Caso clínico n.º1: Asma

Anamnesis: paciente masculino de 5 años procedente de Puente Piedra acude con su madre al servicio de emergencia, la cual refiere que el menor presenta hace 5 días rinorrea, en el cual se le añadió tos productiva que se intensifica con los días, niega sensación de alza térmica, agrega dificultad respiratoria por lo cual usa salbutamol 2 puff en 1 oportunidad (automedicado), pero al persistir con los días acude a emergencia. Además, se le hace una escala de medida de evaluación respiratoria pediátrica (PRAM) y se obtiene 6 puntos.

Enfermedad actual: tiempo de enfermedad de 5 días, inicio: insidioso, curso: progresivo, signos y síntomas principales: rinorrea, tos productiva y dificultad respiratoria.

Antecedentes personales: la madre menciona que sufrió de broncoespasmo a los 20 días después de nacido y usó salbutamol y beclometasona hace 2 meses, niega antecedentes quirúrgicos y RAM.

Antecedentes familiares: tiene dos hermanos que son asmáticos.

Control de signos vitales: FC de 82 lpm, temperatura de 36.5 °C, FR de 43 rpm y una SO₂ de 94%.

Control de funciones biológicas: apetito y sueño disminuidos, sed: conservado, orina y deposiciones: normales

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH.
- Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia, palidez +/-, no cianosis.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes inspiratorios y espiratorios, tirajes supraesternales, intercostales y subcostales.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de baja intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- SNC: Despierto, EG:15/15; no focalización.

Exámenes auxiliares

- Hematología: leucocitos: $13.8 \times 10^3/\text{ul}$; hemoglobina: 11.5 g/dl; plaquetas: $378 \times 10^3/\text{ul}$, neutrófilos segmentados: 77%; linfocitos: 14.7 %
- PCR: 0.41mg/dl.
- Radiografía de tórax: se observa aumento de trama broncopulmonar, 9 espacios intercostales bilaterales, ángulos cardiofrénicos y costofrénicos libres e impresiona infiltrado intersticial.

Impresión diagnóstica

- Crisis asmática moderada
- Neumonía atípica con hipoxemia

Plan de trabajo

- Dieta líquida (DL) + líquidos a voluntad (LAV)
- Dextrosa al 5 % 1000cc + NaCl 20 % 40cc + KCl 20 % 10cc → 400cc/hora
- Nebulización con salbutamol 0.5% 15 gotas+ 4cc SF cada 20 minutos
- Inhalación con bromuro de ipratropio 20 mg 4 puff cada 20 minutos post nebulización.
- Metilprednisolona 20 mg EV cada 12 horas.
- Oxígeno suplementario PRN saturación menor o igual a 92%, monitoreo respiratorio, cabecera a 30°, CFV con observación de signos de alarma (OSA) y luego pasa a observación de pediatría.

Luego, le agregan azitromicina 200mg/5ml VO 4.5 ml cada 24 horas, budesonida 200 mcg 1 puff con aerocámara cada 24 horas y fisioterapia respiratoria, al mejorar es dado de alta médica al cuarto día.

Caso clínico n.º2: Celulitis

Anamnesis: paciente femenino de 1 mes de edad, procedente de Carabayllo, es traída a emergencia por su madre la cual refiere que la menor presenta hace 10 días lesiones papulares eritematosas en cara, pabellón auricular y cuello por tal motivo le realiza baños con azul de metileno, pero no observa mejoría; además de ello agrega que también tenía lesiones en abdomen pero sin signos de flogosis; y dos días antes del ingreso al hospital las lesiones se tornaron descamativas; agregado a ello presentaba lesión eritematosa en la región malar derecha por lo que le aplica óxido de zinc pero no obtuvo buenos resultados, niega vómitos y alza térmica.

Enfermedad actual: tiempo de enfermedad: 10 días, inicio: insidioso, curso: progresivo, signos y síntomas principales: lesiones papulares y eritematosas.

Antecedentes personales: la madre niega la presencia de antecedentes patológicos, quirúrgicos y reacción adversa a medicamentos.

Control de signos vitales: FC de 130 lpm, temperatura de 37 °C, FR de 43 rpm y una SO₂ de 99%.

Control de funciones biológicas: apetito y sed: conservado; sueño, orina y deposiciones normales.

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH.
- Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. No edemas y no cianosis. Lesiones papulares eritematosas en región malar derecha con costras melicéricas; además de lesiones papulares descamativas en cara, pabellones auriculares, zona frontal del cuero cabelludo, cuello y tórax.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de baja intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- SNC: Despierto, reactivo a estímulos.

Exámenes auxiliares

- Hematología: leucocitos: $7.8 \times 10^3/\text{ul}$; hemoglobina: 14.3 g/dl; plaquetas: $373 \times 10^3 \text{ ul}$; neutrófilos segmentados: 19.1 %; linfocitos: 60.8 %; monocitos: 8.3 %
- PCR: 0.01mg/dl.

Impresión diagnóstica

- Celulitis facial
- Dermatitis seborreica

Plan de trabajo

- Lactancia materna exclusiva a libre demanda.
- Jeringa salinizada (JS).
- Oxacilina 200 mg EV cada 6 horas.
- Clorfenamina 0.6 mg EV cada 8 horas.
- Paracetamol 100 mg/ml 15 gotas VO condicional a temperatura mayor o igual de 38°C.
- Aplicar Bepanthen en las zonas descamativas cada 8 horas, CFV y OSA, baño diario con jabón Syndet y seguimiento de hemocultivos.

Después de los 4 días de hospitalización el paciente es dado de alta médica por su mejoría clínica, se le indica tratamiento en domicilio con dicloxacilina 250 mg/5 ml 1.5cc VO cada 8 horas por 3 días, paracetamol 100 mg/ml 15 gotas VO condicional a fiebre, baño diario y controlarse por consultorio externo de Pediatría después de los 2 días.

3. Rotación de Medicina Interna

Caso clínico n.º1: Dengue

Anamnesis: paciente masculino de 36 años católico, cuya ocupación es transportista, convive con su pareja y es procedente de Puente Piedra. Refiere que hace 6 días presentaba malestar general, alza térmica cuantificada de 39 °C, asociado a cefalea, náuseas y vómitos si sangre, además de malestar en la región lumbar, agregado a ello se hizo una prueba rápida para la detección de antígeno para dengue cuyo resultado fue positivo.

Enfermedad actual: tiempo de enfermedad: 6 días; inicio: insidioso; curso: progresivo, signos y síntomas principales: malestar general, alza térmica, cefalea, náuseas y hematemesis.

Control de signos vitales: presentó una PA de 110/70 mm Hg, la FC de 85 lpm, temperatura de 37.5 °C, FR de 24 rpm y una SO₂ de 98%.

Control de funciones biológicas: apetito y sed: disminuidos; sueño: normal; orina: alterado; deposición: normal.

Antecedentes personales: cirugía por apendicitis hace 1 año.

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH.
- Piel y faneras: mucosa levemente hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de moderada intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos, leve dolor a la palpación profunda, reborde hepático notable.
- GU: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteración.
- SNC: despierto, EG:15/15; no focalización.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: leucocitos: $4.20 \times 10^3/\text{ul}$; hemoglobina: 15.1 g/dl; plaquetas: $77 \times 10^3 \text{ ul}$; ADP:17.1; neutrófilos segmentados:37.1 %; linfocitos:53.5 %; monocitos: 8.5%; eosinófilos:0.3%.
- Coagulación: tiempo de coagulación (TC):6.30 min. Seg; tiempo de sangría (TS):2.30 min. Seg; TP:12.1seg; INR:0.89 ratio.
- Proteína C reactiva (PCR): 0.91 mg/dl.
- Creatinina:0.95 mg/dl; urea:22.7 mg/dl.
- Perfil hepático: transaminasa glutámica oxalacética (TGO):113.3 U/L, transaminasa glutámica oxalacética (TGP):81.4 U/L; proteína total (PT):6.9 g/dl; albumina:4.1 g/dl; fosfatasa alcalina(FA):56.5 U/L; bilirrubina total (BT):0.48 mg/dl.
- Examen de orina: color amarillo y aspecto ligeramente turbio; densidad de 6; leucocitos y hematíes: 0-1 por campo; gérmenes: escasos.

Impresión diagnóstica

- Síndrome febril
- Dengue

- Plaquetopenia

Plan de trabajo

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc EV
- Paracetamol 500mg VO cada 8 horas
- NaCl 0.9% 100cc + Omeprazol 40mg EV STAT
- Ondansetrón 8mg condicional (PRN) a nauseas o vómitos.
- Control de funciones vitales

Con el paso de los días, el paciente mejoró y cumplía con los criterios de alta ya que no presentaba fiebre por 48 horas, el número de plaquetas se incrementó en comparación con el ingreso a emergencia, no presentó dificultad respiratoria y el hematocrito se estabilizó; debido a esto se le dio de alta médica con la indicación de la toma de paracetamol de 500 mg en VO cada 8h condicional a fiebre y dolor, terapia medica nutricional de alta y el control por consultorio externo de Medicina en los siguientes 3 días.

Caso clínico n.º2: Colangitis

Anamnesis: paciente masculino de 47 años, católico, cuya ocupación es enfermero militar, soltero, procedente de Ancón. Refiere que hace 1 día antes del ingreso a emergencia presentaba dolor abdominal difuso con predominancia en epigastrio e hipocondrio derecho con intensidad de 9/10, asociado a sensación de alza térmica, además de vómitos biliosos por lo que no toleraba los sólidos ni los líquidos, por tal motivo es traído por el personal del Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE).

Enfermedad actual: tiempo de enfermedad: 1 día; inicio: brusco; curso: progresivo; signos y síntomas principales: dolor abdominal difuso, alza térmica y vómitos biliosos.

Control de signos vitales: presentó una PA de 110/90 mm Hg, la FC de 97 lpm, temperatura de 38 °C, FR de 18 rpm y una SO2 de 98%.

Control de funciones biológicas: apetito: disminuido; sed: normal; sueño: normal; orina: alterado; deposiciones: normal.

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH.
- Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, ictericia en escleras ++/+++.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos, dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho.
- GU: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteración
- SNC: despierto, EG:15/15; no signos meníngeos y no signos de focalización.

Exámenes auxiliares

- Hematología: leucocitos: 20.60 x10³/ul; hemoglobina: 13.3 g/dl; plaquetas:330x10³ ul; neutrófilos segmentados%:82.3%; linfocitos:3.2%; monocitos: 14.1%
- Coagulación: TP:14.4 seg; INR:1.09 ratio
- Proteína C reactiva (PCR): 11.8 mg/dl
- Creatinina:0.75 mg/dl; urea: 35.3 mg/dl
- Perfil hepático: TGO:134.1 U/L, TGP: 435.6 U/L; PT:7.6 g/dl; albumina:4.2 g/dl; FA: 389.3 U/L; BT: 8.63 mg/dl.
- Perfil de electrolitos: potasio:4.3 mmol/l; sodio:139 mmol/l; calcio:1.23 mmol/l; cloro:104 mmol/l.
- Ecografía abdominal: el colédoco medía 7mm en donde se observaba una imagen cálcica de 11 mm y la porta de 8.4mm; además el informe da la conclusión de coledocolitiasis y esteatosis hepática leve.

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal
- Colangitis aguda
- Coledocolitiasis por ecografía

Plan de trabajo

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc EV 60cc /h
- Paracetamol 500mg VO cada 8 horas
- Omeprazol 40mg EV cada 24h
- Metamizol 1g EV cada 8h
- Tramadol 100mg PRN dolor intenso
- Dimenhidrinato 50mg EV cada 8h
- Control de funciones vitales

Luego, se le agregó ceftriaxona 2g EV cada 24h y el metronidazol de 500 mg EV cada 8h. A los días, se le realizó una resonancia magnética abdominal sin contraste, presencia de hepatomegalia leve, además de la no dilatación de vías biliares ni signos de coledocolitiasis, con leve engrosamiento difuso de las vías biliares; por otra parte, la vesícula estaba contraída, sus paredes eran gruesas y estaban llenas de barro biliar con cálculos de hasta 14 mm, agregado a lo anterior también presentaba como hallazgo accidental quistes de Bosniak en ambos riñones.

El paciente cumplió con el tratamiento de antibiótico por lo que le dio de alta médica; pero debido a la litiasis vesicular se le explicó que debería tener control por consultorio externo de Cirugía General.

4. Rotación de Cirugía General

Caso clínico n.º1: Colecistitis aguda

Anamnesis: paciente femenino de 30 años, católica, cuya ocupación es ser ama de casa, soltera y procedente de Puente Piedra. Refiere que hace 1 semana presenta dolor tipo cólico en epigastrio, pero con predominancia en

el hipocondrio derecho de intensidad 4/10, niega náuseas, niega vómitos, niega sensación de alza térmica; debido a esto acude a su centro de salud por lo que le realizan una ecografía evidenciándose múltiples pólipos vesiculares, por lo que decide solicitar su referencia a consultorio externo de Cirugía General para su programación a sala de operaciones.

Enfermedad actual: tiempo de enfermedad: 7 días; inicio: insidioso; curso: progresivo; signos y síntomas principales: dolor abdominal difuso.

Control de signos vitales: PA de 100/80 mm Hg, la FC de 70 lpm, temperatura de 36.6 °C, FR de 18 rpm y una SO₂ de 98%.

Control de funciones biológicas: normales

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH.
- Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: no distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda, Murphy negativo, no signos peritoneales.
- GU: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteración
- SNC: despierto, EG:15/15; no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

- Hematología: leucocitos: 9.10 x10³/ul; hemoglobina: 14.5 g/dl; plaquetas:362x10³ ul; neutrófilos segmentados%:42.9%; linfocitos:47.6%; monocitos: 7.6%
- Coagulación: TS:2.3 min. Seg; TC:6 min. Seg; INR:0.89 ratio
- Glucosa: 94.5mg/dl; creatinina: 0.71 mg/dl; urea: 28.7 mg/dl

- Perfil hepático: TGO:13.2 U/L, TGP: 11 U/L; PT:7.6 g/dl; albumina:4.5 g/dl; FA: 73.9 U/L; BT: 0.70 mg/dl.
- Examen de orina: color amarillo transparente; densidad de 1.020; leucocitos y hematíes:0-2 por campo; gérmenes: escasos.
- Ecografía abdominal: Vesícula biliar: vía biliar principal de 3.4mm, pared delgada de 2.4 mm con medidas de 66.7 x 31.9 mm, además de la presencia de pólipos y el de mayor medida es de 8.5mm.
- En la conclusión lo denotan como poliposis vesicular y esteatosis hepática grado I.

Impresión diagnóstica

- Poliposis vesicular

Plan de trabajo: al paciente se le programa a sala para realizarle una colecistectomía vía laparoscopia por la poliposis vesicular, en el que se indica estar en NPO a partir de las 20 horas, vía salinizada (NaCl 0.9% 1000cc EV), cefazolina 2gr EV 30 minutos antes de entrar a sala de operaciones y CFV.

Luego, del post operatorio inmediato se le indica NPO, tolerancia oral en 6 horas, NaCl 0.9% 1000cc EV, metamizol 2gr EV cada 8h, omeprazol 40mg EV cada 24h y dimenhidrinato 50 mg condicional a nauseas o vómitos.

A las 48horas después de la cirugía el paciente no presentó ninguna complicación por lo que le dio el alta médica con paracetamol de 1g VO cada 8 horas por 4 días y simeticona de 80mg VO cada 8 horas por 4 días, se le explica los signos de alarma y que debe de hacerse un control por consultorio externo de Cirugía General a los 7 días.

Informe operatorio: se encontró una vesícula biliar de 8x4 cm con paredes delgadas y múltiples cálculos menores de 5mm, arteria cística anterior, conducto cístico no dilatado, además de un cálculo en el cístico.

Caso clínico n.º2: Apendicitis aguda

Anamnesis: paciente masculino de 52 años, católico, con ocupación de comerciante, casado y procedente de Puente Piedra. Acude a emergencia

acompañado de su familiar quien refiere desde hace 2 días presenta dolor abdominal difuso que migra a fosa iliaca derecha de intensidad 7/10, asociado con hiporexia, niega náuseas, vómitos y sensación de alza térmica.

Enfermedad actual: tiempo de enfermedad: 2 días; inicio: insidioso; curso: progresivo; signos y síntomas principales: dolor abdominal en fosa iliaca derecha.

Control de signos vitales: PA de 110/70 mm Hg, la FC de 75 lpm, temperatura de 37 °C, FR de 18 rpm y una SO₂ de 98%.

Control de funciones biológicas: apetito: disminuido; sed, sueño, orina y deposiciones: normales

Examen físico

- General: AREG, AREN, AREH.
- Piel y faneras: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: no distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc Burney, Blumberg y Rovsing positivos, no masas ni visceromegalias.
- GU: PPL (-), PRU (-), genitales externos sin alteración.
- SNC: despierto, EG:15/15; no signos meníngeos

Exámenes auxiliares

- Hematología: leucocitos: 13.10 x10³/ul; hemoglobina: 13.9 g/dl; plaquetas:293x10³ ul; neutrófilos segmentados%:77.2%; linfocitos:14.3%; monocitos: 7.6%
- Coagulación: TP:15.7seg; INR:1.21 ratio

- Glucosa: 103.4mg/dl; creatinina: 0.92 mg/dl; urea: 21.8 mg/dl; PCR:4.43 mg/dl
- Examen de orina: color amarillo transparente; densidad: 1.010; leucocitos y hematíes:0-1 por campo.
- Ecografía abdominal: litiasis renal derecha de 6mm sin hidronefrosis, en fosa iliaca derecha se evidencia imagen tubular a peristáltica de 8 mm.

Impresión diagnóstica

- Apendicitis aguda

Plan de trabajo: al paciente se le programa a sala de operaciones para realizarle una apendicectomía abierta por apendicitis aguda, se le indica estar en NPO, NaCl 0.9% 1000cc EV, ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas, metamizol 1 gr EV cada 8 horas, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas y CFV.

Luego, en el post operatorio inmediato se le indica NPO, NaCl 0.9% 1000cc EV, ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas, metronidazol 500 mg cada 8 horas, metamizol 2gr EV c/8h, metoclopramida 10mg EV cada 8 horas, omeprazol 40 mg EV cada 24h y CFV.

Después de los dos días de post operado, al paciente se le plantea el alta médica y se le indicó cefuroxima 500 mg VO cada 12 horas por 8 días, metronidazol 500mg VO cada 8 horas por 8 días, paracetamol de 1g VO cada 8 horas por 3 días y simeticona de 80 mg VO cada 8 horas por 3 días. En ese mismo contexto, se le explica los signos de alarma y que se debe hacerse un control por consultorio externo de Cirugía General a los 7 días después del alta.

Informe operatorio: dentro de los hallazgos se encontró un apéndice cecal de 10 x 1 cm necrosada en toda su extensión, subserosa en 1/3 proximal, base indemne y escaso liquido inflamatorio.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La primera parte del internado se desarrolló en el Centro de Salud Gustavo Lanatta, desde el 1 de abril hasta el 31 de mayo del 2023. El Centro de Salud Gustavo Lanatta es de nivel I-3 y se encuentra ubicado en Jirón Félix De Valle 505-segunda etapa de la Urbanización Condevilla en el distrito de San Martín de Porres, Lima, Perú; el presente establecimiento de salud pertenece a la Dirección de Salud (DISA) Lima Norte. Al ser un establecimiento de primer nivel lo que prima es velar por la prevención y promoción de cuidados en salud, además de atenciones de las patologías más frecuentes. Cuenta con diversos servicios como el de Medicina, Obstetricia, Enfermería, Psicología, Nutrición, laboratorios, además del área de prevención y control de tuberculosis, u otros. Además, se encargan de la realización campañas, estrategias, vacunas, visitas domiciliarias y también en los colegios para realizar charlas.

Desde junio de 2023 hasta febrero de 2024, la rotación se llevó a cabo en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ubicado en la avenida Sáenz Peña, cuadra 6, distrito de Puente Piedra, kilómetro 31 de la Panamericana Norte, Lima, Perú, clasificado como categoría II-2. Este hospital ofrece atención integral en emergencias, consultorios externos y diversas especialidades, así como servicios de hospitalización. Además, cuenta con varias oficinas administrativas y unidades, como Logística, Epidemiología, Gestión de Calidad, entre otras. También tiene departamentos médicos y de apoyo, como Medicina, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Diagnóstico por Imágenes, Patología, Anestesiología, Emergencia y Cuidados Intensivos (5).

El aprendizaje fue fundamental en ambos entornos, permitiendo adquirir conocimientos sobre el manejo del 1° y 2° nivel de salud. Se contó con tutores que compartieron sus experiencias profesionales y académicas, contribuyendo al desarrollo adecuado del internado y a la preparación tanto académica como personal para el SERUMS.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1. Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º1: Ruptura prematura de membranas

Concepto: la ruptura prematura de membranas (RPM) es cuando las membranas ovulares se rompen antes del trabajo de parto, lo que provoca la salida transvaginal del líquido amniótico (7,8). Pueden existir 2 categorías:

1. Ruptura de membranas a término: aquellas que ocurren después de las 37 semanas
2. Ruptura de membranas pre término: se presentan antes de las 37 semanas y se clasifica en previable (≤ 23 semanas), remota al término (24 a 32 semanas) y cercana al término (33 a 36 semanas).

Etiología: aunque nuestra comprensión de la rotura espontánea de membranas es incompleta, incluye factores como las proteínas de la membrana extracelular. Estos procesos pueden ser interrumpidos por eventos patológicos como infecciones, inflamaciones o estrés, lo que provoca cambios bioquímicos que pueden resultar en la RPM. Aunque las rutas específicas pueden variar, la ruptura generalmente es el resultado final. Las infecciones del tracto urogenital, el abuso de sustancias, el embarazo múltiple y el trauma obstétrico son algunos factores de riesgo (9).

Clínica: la gestante presentará o manifestará la pérdida de un líquido claro o amarillo pálido por el canal vaginal, posterior a la pérdida de líquido la gestante puede experimentar contracciones uterinas (10).

Diagnóstico: se puede realizar evidenciando la pérdida de líquido amniótico (hidrorrea) directamente del canal vaginal; sin embargo, si aún persiste la duda diagnóstica se puede hacer uso de los siguientes exámenes complementarios:

- a. PH vaginal: se realiza mediante un test de colorimetría, donde el pH normal de la vagina va de 3.5 a 5.5, mientras que el pH del líquido amniótico es mayor a 6.5.
- b. Ecografía fetal: es una prueba que carece de sensibilidad y especificidad debido a que mide la cantidad de líquido amniótico en el momento sin un patrón comparador.
- c. Pruebas bioquímicas: son las pruebas con mayor sensibilidad y especificidad entre estas se encuentra el *Insulin-like growth factor binding protein-1* (IGFBP-1) y *Placental alpha microglobulin-1* (PAMG-1).
- d. Amniocentesis diagnóstica: esta prueba se basa por la administración de una sustancia denominada fluoresceína, la cual posteriormente se va a detectar en el canal vaginal.

Tratamiento: dependerá del tiempo transcurrido de la ruptura de membranas y de la edad gestacional

- a. Para una gestante con RPM de menos de 24 horas de evolución, se recomienda finalizar la gestación de manera activa. Los medicamentos que pueden utilizarse para inducir el parto van desde misoprostol hasta oxitocina.
- b. Se solicitarán pruebas complementarias como PCR y hemograma para una gestante con RPM de 24 horas o más de evolución. Independientemente de si la paciente es portadora de *estreptococo* del grupo B, recibirá antibioticoterapia con amoxicilina clavulánico 1 gramo por vía intravenosa cada 6 horas. El uso de misoprostol u oxitocina se utilizará para programar la finalización de la gestación, y la elección entre estos medicamentos dependerá del estado del cuello uterino (11).

Comentario del caso: se describe el manejo de una gestante de 21 años con 39 semanas de gestación, que acude por emergencia debido a pérdida de líquido amniótico claro hace 6 horas, positivo para test de hebrecho. A pesar de las contracciones esporádicas, la gestante no presenta sangrado vaginal ni

sensación de alza térmica. Su historia clínica revela un embarazo no planificado con controles prenatales regulares. El examen físico muestra un útero grávido, membranas rotas, y una situación fetal estable. Se decide acentuar el trabajo de parto con oxitocina y antibióticos intravenosos. El parto transcurre sin complicaciones, con un recién nacido sano y una paciente que es dada de alta dos días después con indicaciones de seguimiento adecuado. Este caso destaca la importancia de una atención obstétrica oportuna y coordinada para garantizar resultados materno-fetales favorables.

Caso clínico n.º2: Gestación anembrionada

Concepto: se considera a una gestación anembrionada a aquella que por hallazgo ecográfico se ubica a un saco gestacional sin contenido (sin embrión, ni vesícula vitelina) y con un tamaño $\geq 25\text{mm}$. También, se puede considerar a aquella en la cual no se evidencia embrión en la exploración transvaginal de seguimiento, o pasado los 11 días muestra un saco gestacional con saco vitelino, pero sin embrión o aquella que después de 2 semanas de una exploración muestra saco gestacional, pero sin saco vitelino, ni embrión (12).

Etiología: es de suma complejidad determinar la etiología de una gestación anembrionada, sin embargo, pueden darse principalmente por anomalías morfológicas o cromosómicas, obesidad y edad materna avanzada, infecciones, malformaciones uterinas o trastornos inmunológicos y hormonales (13).

Clínica: los síntomas que pueden indicar un embarazo anembrionario pueden ser similares a los de un embarazo ectópico. En una ecografía obstétrica inicial del primer trimestre, el embarazo anembrionario se puede observar con frecuencia de manera incidental. La paciente puede experimentar calambres abdominales y sangrado vaginal si el embarazo anembrionario avanza hasta una pérdida temprana del embarazo. Por el contrario, la pérdida temprana del embarazo durante un embarazo anembrionario puede ser clínicamente silenciosa (14).

Diagnóstico: se realiza mediante una prueba sanguínea para dosar los niveles de la gonadotropina coriónica humana B (hCG) ya sea en orina o

suero; además para la confirmación se debe realizar una ecografía transvaginal, donde se observará un saco gestacional vacío sin un embrión (15).

Tratamiento: entre las opciones de tratamiento se encuentran presente las siguientes:

a. Conducta expectante: también conocida como "espera vigilante", implica observar al paciente de cerca sin intervenir para permitir que el tejido se mueva libremente. Se pueden utilizar ecografías repetidas y monitoreo de los niveles de hCG durante este período para confirmar que el tejido se ha eliminado por completo. Se espera que los niveles de hCG sean negativos después de que todo el tejido haya pasado, especialmente cuando se elimina por vía vaginal.

b. Administración médica: la medicación implica la administración de mifepristona y/o misoprostol por vía vaginal, oral o bucal, con una variedad de esquemas de dosis y sincronización disponibles. La dosis óptima aún es un tema de investigación en desarrollo. En comparación con otras opciones de manejo, este método ofrece un curso de tratamiento más predecible.

c. Tratamiento quirúrgico: implica la evacuación uterina mediante vacío manual o dilatación y legrado. Este enfoque se utiliza frecuentemente en pacientes con inestabilidad hemodinámica o que no pueden tolerar los calambres y el sangrado asociados con el tratamiento médico. La aspiración o evacuación uterina se completa más con rapidez, especialmente cuando se realiza de forma ambulatoria (16,17).

Comentario del caso: este caso clínico presenta a una paciente de 27 años con una gestación anembrionada, que se manifestó con dolor pélvico y sangrado vaginal. Los antecedentes ginecológicos revelan un régimen catamenial regular y un método anticonceptivo de preservativos. El examen físico y los resultados de los exámenes auxiliares respaldan el diagnóstico, mostrando un útero con saco gestacional vacío y una ecografía que confirma la gestación anembrionada. Se opta por realizar una aspiración manual endouterina (AMEU), con un resultado satisfactorio y una evolución posterior

favorable. El plan de seguimiento incluye analgesia, instrucciones sobre signos de alarma y cita de control ginecológico. Este caso destaca la importancia de una evaluación integral y un manejo oportuno de las complicaciones obstétricas para garantizar la salud y el bienestar de la paciente.

2. Rotación de Pediatría

Caso clínico n.º1: Asma

Concepto: el asma es una patología de carácter heterogénea que se va a caracterizar por hallazgos clínicos que se traducen en la presencia de una obstrucción crónica, difusa, fluctuante y reversible de la vía aérea inferior; en la mayoría de los casos viene a ser de un origen inflamatorio (18).

Etiología: diversos factores pueden desencadenar esta patología tales como; factores genéticos, etiopatogénicos y/o ambientales; ya que pueden llegar a desencadenar una inflamación e hiperreactividad bronquial (19).

Clínica: los síntomas del asma pueden variar desde leves hasta que sean completamente ausentes en momentos de inestabilidad. La tos es temprana y común, pero no exclusiva. Se observa taquipnea y mayor esfuerzo respiratorio, con espiración prolongada y uso de músculos accesorios a medida que aumenta la obstrucción. Las sibilancias son el sonido más distintivo de la respiración. Los niños mayores pueden sentir disnea, dolor u opresión en el pecho. Las infecciones respiratorias del tracto superior suelen preceder y desencadenar crisis de asma. Los niños mayores con alergias tienen más probabilidades de experimentar crisis de inicio súbito (20).

Diagnóstico: para el diagnóstico debemos tener un historial de síntomas intermitentes o crónicos que son típicos del asma, además en el examen físico debe presentarse los sibilantes. La confirmación del diagnóstico se dará por 3 puntos claves:

- a. Demostración de la limitación variable del flujo inspiratorio mediante la espirometría.

b. Historial de episodio de obstrucción reversible.

c. Exclusión de diagnóstico diferenciales tales como; bronquiolitis en niños menores, laringotraqueítis, cuerpo extraño, infección atípica, anomalías estructurales y anomalías funcionales (Reflujo gastroesofágico, fibrosis quística, displasia broncopulmonar, entre otros) (19).

Además, se puede predecir si un niño puede llegar a padecer de asma mediante el Índice Predictivo de Asma (IPA) según la tabla 1.

Tratamiento: radica en la medicación preventiva o de mantenimiento y en medicación de rescate, los cuales son:

a. Medicación preventiva o de mantenimiento: es la medicación que se administra de forma diaria y crónica. En esta forma de tratamiento se encuentra al grupo farmacológico de los glucocorticoides inhalados, antagonistas de los receptores de los leucotrienos, agonistas beta 2 adrenérgicos de acción prolongada, antagonistas de receptores muscarínicos de acción prolongada, anticuerpos monoclonales y los glucocorticoides orales.

b. Tratamiento de rescate: vienen a ser los fármacos que se utilizan a demanda para revertir la broncoconstricción de forma inmediata. En este tipo de tratamiento se encuentra a la familia farmacológica de los SABA inhalados (elección), además de los anticolinérgicos inhalados y corticoides sistémicos (21).

Comentario del caso: este caso clínico, presenta a un niño de 5 años con una crisis asmática moderada y neumonía atípica, destacando síntomas como rinorrea, tos productiva y dificultad respiratoria. Los antecedentes personales y familiares revelan una predisposición al asma, lo que respalda el diagnóstico actual. El examen físico y los resultados de los exámenes auxiliares confirman la presencia de sibilancias y una radiografía de tórax sugiere una neumonía atípica. El plan de trabajo incluye una combinación de medidas farmacológicas y de soporte, como nebulizaciones con salbutamol, corticosteroides y oxigenoterapia, así como terapia antibiótica. La evolución

favorable del paciente, seguida de su alta médica con instrucciones adicionales de tratamiento, refleja una gestión efectiva de su condición respiratoria aguda. Este caso resalta la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario en el manejo de las crisis asmáticas pediátricas, especialmente cuando están asociadas con complicaciones como la neumonía.

Caso clínico n.º2: Celulitis

Concepto: viene a ser una infección que se da en la dermis y el tejido celular subcutáneo (22)

Etiología: los gérmenes con mayor implicación en esta patología vienen a ser el *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*, sin embargo, también se puede hallar implicancia del *Streptococcus agalactiae* y de bacilos gram negativos en neonatos y pacientes inmunosuprimidos.

Clínica: se observará la aparición de placas eritematosas de bordas mal definidos no sobreelevados, además del acompañamiento de una clínica sistémica la cual puede cursar con fiebre, náuseas, malestar general, etc. También puede verse acompañado de linfagitis y adenopatías; siendo la localización más frecuente la de los miembros inferior (23).

Entre las complicaciones más frecuentes de esta patología se puede encontrar a la formación de los abscesos subcutáneos y entre los más graves a la fascitis necrotizante, artritis y osteomielitis.

Diagnóstico: es netamente clínico con la apreciación de la clínica florida; no obstante, si existe una duda diagnóstica o la patología es resistente al tratamiento se puede realizar un estudio microbiológico mediante el cultivo por aspiración o biopsia. También se puede hacer uso de ecografía para hacer diagnóstico diferencial con abscesos o fascitis necrotizantes (24).

Tratamiento: se basa en una antibioticoterapia sistémica en la cual se puede brindar cefadroxilo por vía oral o cefazolina por vía intravenosa con una

duración de 7 a 10 días. Si existe resistencia se puede hacer uso de trimetoprima-sulfametoxazol o clindamicina (25, 26).

Comentario del caso: el caso presenta a una paciente de un mes que presenta lesiones papulares eritematosas en la cara y otras partes del cuerpo que no mejoraron a pesar del uso inicial de azul de metileno y óxido de zinc. La celulitis facial y la dermatitis seborreica se diagnostican. El tratamiento incluyó lactancia materna exclusiva, antibióticos y antihistamínicos parenterales, así como cuidados locales con Bepanthen. Tras cuatro días de hospitalización, se observa una mejoría clínica significativa, lo que conduce al alta hospitalaria y al seguimiento posterior en el consultorio de pediatría. La evolución favorable del paciente confirma la eficacia de la terapia utilizada y destaca la necesidad de un diagnóstico preciso y un manejo multidisciplinario en casos pediátricos con manifestaciones cutáneas complejas.

3. Rotación de Medicina Interna

Caso clínico n.º1: Dengue

Concepto: es una enfermedad febril aguda de rápido crecimiento con consecuencias potencialmente letales que es un problema de salud pública mundial, principalmente en países tropicales y subtropicales que es transmitida por un vector (*Aedes aegypti*). La infección puede ser asintomática o mostrar una variedad de síntomas, desde una enfermedad febril leve hasta un síndrome de shock potencialmente mortal. Se cree que una variedad de factores virales, del huésped y del vector afectan el riesgo de infección, enfermedad y gravedad de la enfermedad (27, 28).

Etiología: el dengue es un virus ARN transmitido por un mosquito denominado *Aedes aegypti* y en menor escala por el *Aedes albopictus*. El dengue posee el virus DENV de la familia *Flaviviridae* y del género *Flavivirus*. El virus DENV se divide en 4 serotipos que están estrechamente relacionados, pero serológicamente son diferentes, estos subtipos son el DENV1, DENV2, DENV3 y DENV4 (29).

Clínica: las manifestaciones clínicas del dengue se pueden dividir de acuerdo con la fase en la cual se encuentra la enfermedad.

a. Fase febril: esta fase se va a caracterizar por una temperatura corporal $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ además de cefalea, vómitos, mialgia, artralgia y erupciones maculopapulares. Se debe tener en cuenta que lo más común en esta fase es la cefalea y el dolor al movimiento ocular. Entre los síntomas menos comunes se encuentra la anorexia, dolor abdominal y congestión nasal.

b. Fase crítica: esta fase presenta sintomatología más grave en la cual el paciente puede experimentar un síndrome de fuga vascular sistémica lo que se caracteriza por hemorragia, shock y deterioro de órganos.

c. Fase de recuperación: en esta fase el paciente hay un estado convaleciente, sin embargo, de recuperación. El paciente puede experimentar erupciones maculopapulares (30).

Diagnóstico: se debe sospechar en pacientes que presentan una clínica compatible más los datos epidemiológicos relevantes, tales como viaje a zonas endémicas. Dentro de las pruebas de laboratorio útiles podemos encontrar al aislamiento y tipificación del virus de dengue, esto se realiza mediante un cultivo o por la serología (IgM) (31).

Entre los diagnósticos diferenciales podemos encontrar a la influenza, malaria, chikunguya, zika, leptospira, etc.

Tratamiento: se basa en mantener al paciente en un estado de hidratación óptima, además de brindarle medidas de soporte. En el tratamiento no se le debe administrar salicilatos como antitérmicos ya que puede causar una hemorragia digestiva y hasta un estado de acidosis. Las soluciones de hidratación preferibles son el lactato de Ringer, solución salina y dextrosa (32).

Comentario del caso: según el caso clínico, el paciente fue hospitalizado por el riesgo de sangrado debido a la plaquetopenia, además, se observó que las elevaciones de las transaminasas podrían indicar probables complicaciones por lo cual se tenía que darle un mayor monitoreo en hospitalización; luego, a

los días posteriores se observó que el paciente respondía al tratamiento con hidratación y al realizarle un nuevo control los exámenes se normalizaron por lo que se le indicó el alta médica.

Caso clínico n.º2: Colangitis

Concepto: la colangitis aguda viene a ser una infección potencialmente grave de las vías biliares causada por una obstrucción en ese nivel. Esta patología se caracteriza por fiebre, ictericia y dolor abdominal, debido a la estasis e infección del tracto biliar (33).

Etiología: es causada principalmente por una infección bacteriana en un paciente que presenta una obstrucción biliar, ya que los microorganismos pueden ascender desde el duodeno.

Entre las bacterias más comunes para el desarrollo de la colangitis encontramos un crecimiento mixto entre bacterias grampositivas y gramnegativas, siendo las más prevalentes la *Escherichia coli*, *Klebsiella* y especies de enterobacterias.

Clínica: esta patología es clásica ya que presenta a la denominada triada de Charcot la cual abarca fiebre, dolor abdominal e ictericia. En pacientes con mayor deterioro se puede agregar una alteración sensorial/mental y un estado de hipotensión (34).

Los pacientes que llegan a desarrollar colangitis también pueden llegar a complicarse por bacteriemias, abscesos hepáticos, sepsis y disfunciones orgánicas.

Diagnóstico: el diagnóstico de una colangitis se realiza de la siguiente manera:

Presencia de fiebre/escalofríos o evidencia laboratorial de una respuesta inflamatoria y evidencia de colestasis o imágenes con dilatación biliar. Se puede hacer uso de exámenes de imágenes tales como tomografía y/o resonancia magnética.

Entre los diagnósticos diferenciales podemos encontrar a la pancreatitis, fuga biliar, colecistitis aguda o absceso hepático.

Tratamiento: los pacientes con diagnóstico de colangitis deben ser internados para poder ser monitoreados y aplicar medidas de soporte como la hidratación, corrección de electrolitos y analgésicos para el dolor.

Dentro del internamiento estos pacientes son candidatos para el uso de antibioticoterapia entre los cuales se encuentra a la cefalozina, cefuroxima, ceftriaxona, levofloxacino o metronidazol; sin embargo, si existe alguna resistencia bacteriana también se puede hacer uso de meropenem, piperacilina y tazobactam, entre otros (35).

Comentario del caso: en el caso clínico, el paciente presentaba fiebre, dolor abdominal e ictericia característico de colangitis aguda, en este caso era moderada ya que presentaba recuento anormal de leucocitos, fiebre e hiperbilirrubinemia. Se cumplió con la hidratación endovenosa y su tratamiento con antibióticos como el uso de ceftriaxona y metronidazol ya que la principal bacteria implicada es la *Escherichia coli*. Con la ayuda de la resonancia magnética abdominal se supo que no presentaba signos de coledocolitiasis, pero si tenía litiasis biliar.

4. Rotación de Cirugía General

Caso clínico n.º1: Colecistitis aguda

Concepto: es una patología clínico-quirúrgica que se caracteriza por un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar. Este cuadro clínicamente presenta dolor abdominal predominante en hipocondrio derecho acompañado de fiebre y leucocitos. Existe la colecistitis aguda litiásica y alitiásica en el presente caso se debió a pólipos vesiculares, del mismo modo viene a ser una enfermedad necroinflamatoria aguda de la vesícula biliar con una patogénesis multifactorial (36).

Etiología: dependerá del tipo de colecistitis:

a. Colecistitis litiásica: la obstrucción del conducto cístico o del bacinete vesicular causada por un cálculo enclavado es la causa más frecuente de este cuadro. Existen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de un cálculo vesicular tales como; la dieta rica en grasas, la edad, el sexo, etc.

b. Colecistitis alitiásica: la estasis e isquemia de la vesícula biliar causan colecistitis alitiásica. La colecistitis alitiásica tiene múltiples factores de riesgo, tales como; sepsis, diabetes mellitus, émbolos de colesterol, infecciones, presencia de pólipos, etc. Desde un punto de vista patológico, los pacientes con colecistitis alitiásica, por medio de las lesiones endoteliales, isquemia de la vesícula biliar y estasis experimentan una concentración de sales biliares elevada, distensión de la vesícula biliar y, finalmente, necrosis del tejido de la vesícula biliar. La infección secundaria con patógenos entéricos es común después de la colecistitis alitiásica.

Clínica: podemos tener una clínica en los casos no complicados tal como el dolor en cuadrante superior derecho (signo de Murphy +), masa en cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos. En una colecistitis complicada podemos encontrar una vesícula palpable, fiebre $>39^{\circ}\text{C}$, escalofríos e inestabilidad hemodinámica (37).

Diagnóstico: el primer método de diagnóstico por imágenes recomendado para diagnosticar colecistitis aguda es una ecografía abdominal superior derecha. La ecografía de la vesícula biliar es económica, precisa y fácil de realizar, y se puede realizar rápidamente sin exponer a los pacientes a la radiación ionizante. Otros estudios de diagnóstico por imágenes que se usan con menos frecuencia para diagnosticar la colecistitis aguda son la tomografía computarizada (CT), la gammagrafía hepatobiliar e imágenes por resonancia magnética (MRI) (38).

También hay sintomatología clínica como el signo de Murphy (+), náuseas, vómitos, en caso de complicación puede haber fiebre, escalofríos, inestabilidad hemodinámica. Entre los diagnósticos diferenciales encontramos a la úlcera péptica perforada, obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, cólico renal, colangitis, pielonefritis, etc.

Tratamiento: la colecistitis aguda se trata con la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar (Colecistectomía). Aunque dependerá del grado de gravedad (36).

a. Grado I (Leve): colecistectomía temprana por laparoscopia

b. Grado II (Moderado): colecistectomía temprana por laparoscopia, pero dependerá de la sabiduría del cirujano, si el paciente presenta una inflamación se recomienda un drenaje previo y posteriormente la extracción.

c. Grado III (Severo): se debe manejar la falla de órgano, el tratamiento de la inflamación local, drenaje de la vesícula y la colecistectomía se realiza en mejora del paciente.

Comentario del caso: según el caso clínico, el paciente evoluciona favorablemente, a pesar de que al inicio se había pensado que era pólipo vesicular debido a la ecografía, por lo que debemos tener en cuenta que por ser operador dependiente puede haber errores; por ello, se decidió realizarle una colecistectomía laparoscópica por lo que se le indicó cefazolina antes de la cirugía, pero luego de ello nos dimos cuenta de que presentaba cálculos en la vía biliar dentro de los hallazgos.

Caso clínico n°2: Apendicitis aguda

Concepto: la apendicitis es una afección común que puede ocurrir a cualquier edad. Aunque su causa exacta no siempre es clara, suele estar relacionada con la obstrucción del apéndice, generalmente por fecalitos o inflamación secundaria a infecciones. La inflamación del apéndice y la proliferación bacteriana pueden ocurrir como resultado de esta obstrucción, lo que puede causar dolor abdominal agudo en el cuadrante inferior derecho. La apendicitis puede causar complicaciones graves como la perforación del apéndice y la peritonitis si no se trata, por lo que es crucial que se diagnostique y se trate pronto para evitar complicaciones mortales (39,40).

Etiología: en adultos, la obstrucción de la luz del apéndice es una causa común de apendicitis, que puede ser causada por varios factores, incluida la presencia de fecalitos, parásitos, tumores y otros. Este proceso inflamatorio se desarrolla en varias etapas. Comienza con una inflamación inicial, seguida de congestión vascular, isquemia y, en casos graves, perforación. La apendicitis puede complicarse con una infección bacteriana a lo largo de estas etapas, lo que agrava el cuadro clínico y aumenta el riesgo de complicaciones graves como la peritonitis.

Clínica: entre los síntomas más comunes que se aprecian en un cuadro de apendicitis es la anorexia, dolor temprano a nivel periumbilical, signo de Mc Burney +, dolor al movimiento, fiebre, náuseas y vómitos. En los casos más graves se encuentra reacción peritoneal (41).

Diagnóstico: se da por la clínica, aunque también se puede sumar los resultados de los exámenes complementarios. Dentro de los exámenes complementarios podemos solicitar un hemograma el cual va a tener una desviación hacia la izquierda, niveles de PCR; sin embargo, el diagnóstico gold estándar de esta patología se realiza mediante una tomografía (42).

Tratamiento: el tratamiento dependerá en algunos casos de la escala de Alvarado según la Tabla 2. El tratamiento es quirúrgico, pero hay algunos postulados que sugieren un tratamiento conservador. No obstante, existe evidencia que indica que, en términos curativos, la cirugía es superior. La cirugía para extraer el apéndice es la apendicectomía, ya sea abierta o mediante laparoscopia (43).

Comentario del caso: según el caso clínico, el paciente presentaba apendicitis aguda necrosada complicada, por lo que se le realiza una apendicetomía abierta, por ello es cubierto con ciprofloxacino y luego con ceftriaxona; a los días se le india el alta médica por su evolución favorable con cefuroxima y metronidazol.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico comenzó el 1 de abril de 2023 y finalizó el 31 de enero de 2024. Durante los dos primeros meses, estuvimos asignados al centro de salud, mientras que los meses restantes los pasamos en el hospital. En ambos lugares, recibimos charlas introductorias sobre el manejo adecuado de cada servicio, así como sobre nuestras responsabilidades, incluyendo la vestimenta adecuada. También se nos asignó el orden de nuestras primeras rotaciones y se nos informó sobre la disponibilidad de nuestro equipo de protección personal (EPP), aunque este no era suficiente y tuvimos que realizar gastos adicionales.

En el hospital, antes de comenzar nuestro internado, nos sometimos a evaluaciones y capacitaciones en áreas como Salud Ocupacional, Psicología, laboratorios, Rayos X, entre otros servicios.

En el Centro de Salud, se asistía seis días a la semana, pero en el turno de la mañana, lo que lo hacía accesible. El equipo está conformado por dos internos de medicina; la tutora solo estaba presente dos días a la semana, donde nos instruía en el llenado de historias clínicas y formularios de atención al usuario (FUA), además de enseñarnos estrategias de prevención y promoción en relación con la patología de anemia en niños y, especialmente, en lactantes, así como otras patologías comunes. Además, se realizaban exposiciones de las patologías más frecuentes atendidas en el Centro de Salud. Los demás días, se laboraba con otros médicos, quienes enfatizaban la importancia de la evaluación clínica en el diagnóstico, dada la limitación en exámenes auxiliares avanzados.

Durante el internado médico, las rotaciones abarcaron diferentes especialidades hospitalarias. La primera rotación fue en Ginecología y Obstetricia, donde se trabajaba en distintos entornos, como sala de parto eutócico y distócico, así como en el área de alto riesgo obstétrico. A pesar de la división las historias clínicas, era crucial el conocimiento a fondo cada caso, especialmente los de alto riesgo. Se realizaba diversas tareas, desde tactos vaginales hasta cuidados de heridas. Además, se pudo aprender sobre

el llenado adecuado de historias clínicas y cómo exponer casos en el pase de visita. En pediatría, la rotación era conocida como "el mundo de la facilidad" debido a su menor carga horaria y el ambiente más relajado. Se trataba casos de mayor frecuencia como crisis asmáticas y deshidratación. En medicina interna, se observaron a numerosos pacientes y procedimientos diarios, desde análisis de gases arteriales hasta cuidado de úlceras por presión. Y en cirugía general, se experimentaba situaciones variadas, desde suturas hasta cirugías de emergencia.

Se pudo aprender a manejar adecuadamente nuestros recursos y a organizarnos eficientemente, enfrentando desafíos como la falta de tiempo para comer adecuadamente.

Es fundamental que los internos tengan acceso a EPP completos y una adecuada alimentación durante su estancia en el hospital, ya que en las guardias no se proporcionaba comida.

V. CONCLUSIONES

1. El internado médico es una etapa primordial que ayuda al interno a afianzar sus conocimientos, tener experiencia y desarrollarse como persona frente a la toma de decisiones, ya que deben de ser eficaces.
2. En el Centro de Salud se aprendió más sobre estrategias para la prevención de la anemia y otras patologías como enfermedades crónicas, transmisibles y no transmisibles, visitas no solo en colegios, sino también domiciliarias que se hacían a los pacientes que tenían tuberculosis con tratamiento y abandono; asimismo, el llenado correcto de FUA y HIS ya que al inicio eran un poco dificultosos, pero esto se pudo evitar porque teníamos el asesoramiento de personas que nos guiaban y enseñaban para así evitar errores que podrían perjudicar a dicho centro.
3. En el hospital se rotó por 4 diferentes servicios de los cuales cada uno de ellos tenía su propia metodología y no todos contaban con residentes en hospitalización; pero con la ayuda de los médicos y demás personales el rol de cada interno se llevó de manera eficiente.
4. En su mayoría los internos tienen más relación con los residentes, donde son ellos quienes les enseñan a cómo llenar las historias clínicas, evoluciones, realizar procedimientos, entre otros.
5. Las experiencias fueron fundamentales, en especial para aquellos pacientes de los extremos de la vida ya que al realizar las historias clínicas tenemos una relación médico paciente más estrecha.
6. La experiencia fue única, porque se amplió el conocimiento teórico y práctico; además, de ser más responsable, empático, humano y de conocer la realidad del hospital y del Centro de Salud, ya que ellos contaban con pocos insumos, incluso así se tomaban decisiones asertivas.
7. El ambiente laboral fue agradable, por las personas que estuvieron siempre presentes como compañeros, amigos, técnicos, licenciados, médicos, maestros, entre otros.

VI. RECOMENDACIONES

1. Siempre se debe relacionar todos los conocimientos adquiridos (de la universidad, libros o fuentes bibliográficas actualizadas) con la práctica clínica y junto a ello tener resúmenes puntuales de las patologías más frecuentes para recordarlos de manera sencilla.
2. Es importante que el interno sepa usar correctamente y tenga el acceso completo a los EPP ya que primero se debe estar protegido para así ayudar a los pacientes, además del adecuado lavado de manos y de la correcta eliminación de los desechos en especial de los punzocortantes y así evitar accidentes a futuro.
3. Para un adecuado internado, es preferible que antes de cada rotación existan clases de inducción presenciales para conocer el manejo de cada servicio y al personal, asimismo programar exposiciones de las patologías más frecuentes, e ir resolviendo a la par los bancos de preguntas para el ENAM de cada rotación.
4. Se recomienda que los futuros colegas deben de tener un lugar tranquilo y limpio donde puedan descansar y estudiar; junto a ello una alimentación de desayuno, almuerzo y cena para que lleven una vida saludable adecuada.
5. Es imprescindible tener deberes y responsabilidades, así como llegar temprano al centro laboral, tener los materiales completos para valorar de manera clínica al paciente, trabajar en equipo, aprender de todos y tener un ambiente laboral bueno para evitar posibles problemas.
6. El internado en este año fue de 10 meses, se recomienda que sea de 12 meses para que el interno tenga mayor experiencia, además de agregar más rotaciones en emergencia, consultorio externo y realizar procedimientos con la ayuda de un residente o asistente.
7. El interno deberá aprender a planificar; además, de tener una adecuada programación de horarios y saber respetarlos, ya que tendrá clases virtuales en la universidad, presentación de trabajos con fechas límites y exámenes; también deberá detener tiempo para estudiar todos los días para el ENAM ya que es un examen importante para su profesión.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Taype Rondán Álvaro, Tataje Rengifo Gustavo, Arizabal Ángela, Alegría Hernández Sacla. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An. Fac. med. 2016; 77(1): 31-38.
2. Chinchay Ruesta SA, Burga AG, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. Investigación en Educación Médica. 2017 Jan 1;6(21):65–6.
3. Rivas A. Durante el internado de medicina se forman los aspectos académicos y ético-morales [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. 2022. Available from: <https://www.cmp.org.pe/durante-el-internado-de-medicina-se-forman-los-aspectos-academicos-y-etico-morales/>
4. Congreso de la República de Perú. Aprueban dictamen que establece régimen especial que regula el internado médico [Internet]. Congreso de la República del Perú – Comisión de Salud y Población. 10 May 2022. Disponible en: <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/aprueban-dictamen-que-establece-regimen-especial-que-regula-el-internado-medico/>
5. Hospital Carlos Lanfranco. Misión del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz [Internet]. Hospital Carlos Lanfranco. 2020. Disponible en: <https://www.hcllh.gob.pe/mision-vision/#:~:text=%E2%80%9CEI%20Hospital%20Carlos%20Lanfranco%20La,usuarios%20que%20acuden%20a%20los>
6. Facultad de Medicina Humana. Plan de estudios 2024. Universidad San Martín de Porres [Internet]. Disponible en: <https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/pregrado/plan-de-estudios/>
7. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Guía de Referencia Rápida: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas (RPM). Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Octubre 2009.

8. "Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino: Guía en Versión Extensa. Lima: Es Salud; 2018.
9. Cobo. T, et al. Protocolo: Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de Déu- Universitat De Barcelona. 2023.
10. Kumar D, Moore RM, Mercer BM, et al. The physiology of fetal membrane weakening and rupture: Insights gained from the determination of physical properties revisited. *Placenta* 2016; 42:59.
11. Ireland KE, Rodriguez EI, Acosta OM, Ramsey PS. Intra-amniotic Dye Alternatives for the Diagnosis of Preterm Prelabor Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol* 2017; 129:1040.
12. ACOG Practice Bulletin No. 200 Summary: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol* 2018; 132:1311.
13. Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, et al. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *N Engl J Med* 2013; 369:1443.
14. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. *Obstet Gynecol* 2009; 113:748. Reaffirmed 2019.
15. Sakko Y, Turesheva A, Gaipov A, Aimagambetova G, Ukybassova T, Marat A, Kaldygulova L, Amanzholkyzy A, Nogay A, Khamidullina Z, Mussenov Y, Almawi WY, Atageldiyeva K. Epidemiology of spontaneous pregnancy loss in Kazakhstan: A national population-based cohort analysis during 2014-2019 using the national electronic healthcare system. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023 Dec;102(12):1682-1693
16. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 31;1(1):CD007223.

17. Chaudhry K, Tafti D, Carlson K, et al. Anembryonic Pregnancy. [Updated 2023 Nov 6]. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499938/>
18. Torres Borrego J, Ortega Casanueva C, Tortajada-Girbés M. Tratamiento del asma pediátrica. tratamiento de la crisis de asma. *Protoc diagn ter pediater*. 2019; 2:117-32.
19. García Merino Á., Mora Gandarillas I. Diagnóstico del asma. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013 Jun; 15 (Suppl 23): 89-95.
20. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Burden of Asthma Report available online. www.ginasthma.org.
21. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention (2022 update). <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf> (Accessed on October 13, 2023).
22. Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. *Protoc diagn ter pediater*. 2023; 2:271-283
23. Carrillo-Marquez M, Hulten K, Lamberth L, et al. Staphylococcus aureus bacteremia associated with skin and soft-tissue infection in children (abstract 2863.493). Pediatric Academic Societies Meeting, Vancouver, BC 2010.
24. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis* 2014; 59:147.
25. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2014 Feb 15;112(2).
26. Conejo-Fernández AJ, Martínez-Chamorro MJ, Couceiro JA, Moraga-Llop FA, Baquero-Artigao F, Alvez F, et al. Documento de consenso SEIP-AEPAP-

SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. *Anales de Pediatría*. 2016 Feb;84(2): 121.e1–10.

27. Maguiña Vargas C. El brote de dengue en Perú: Análisis y perspectivas. *Acta Med Peru*. 2023; 40(2): 087-90.

28. Frantchez Victoria, Fornelli Richard, Sartori Graciela Pérez, Arteta Zaida, Cabrera Susana, Sosa Leonardo et al. Dengue en adultos: diagnóstico, tratamiento y abordaje de situaciones especiales. *Rev. Méd. Urug*. 2016 Abr; 32(1): 43-51

29. World Health Organization. Dengue hemorrhagic fever: Diagnosis, treatment, prevention and control, 2nd edition. WHO, Geneva 1997. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41988/1/9241545003_eng.pdf (Accessed on December 07, 2016).

30. Kularatne SA. Dengue fever. *BMJ* 2015; 351:h4661.

31. Guzman MG, Harris E. Dengue. *Lancet* 2015; 385:453.

32. World Health Organization. Dengue: Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control, new edition. WHO: Geneva 2009. <http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf?ua=1> (Accessed on December 07, 2016).

33. Almirante B, Pigrau C. Colangitis aguda. *Enfermedades Infecciosas y microbiología clínica*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(Supl 2):18-24

34. Rodríguez Lugo Diego Andrés, Coronado Tovar Jorge Julián, Solano Villamarin Giovana Alejandra, Otero Regino William. Colangitis biliar primaria. Parte 1. Actualización: generalidades, epidemiología, factores involucrados, fisiopatología y manifestaciones clínicas. *Rev. gastroenterología. Perú*. 2017 Oct; 37(4): 357-364.

35. Orellana Soto Pablo. Presentación, diagnóstico y terapéutica de la colangitis aguda. *Med. leg. Costa Rica*. 2014 Mar; 31(1): 84-93.

36. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Octubre 2019.
37. Monestes J; Galindo F. Colecistitis aguda. Cirugía digestiva. IV-441, pág. 1-8.
38. C.J. Gargallo Puyuelo, f.J. Aranguren y M.A. Simón Marco. Emergencias en gastroenterología y hepatología. GH CONTINUADA. Enero-febrero 2011. Vol. 10 N.º 1.
39. Navarrete S, Cantele H, Leyba J, Vasallo M, Navarrete LI S. Apendicectomía por laparoscopia en la apendicitis aguda complicada. Gac Médica Caracas. abril de 2002;110(2):217-21.
40. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Med Leg Costa Rica. marzo de 2012;29(1):83-90.
41. Rafael P M, Quispe R K, Pantoja S LR, Rafael P M, Quispe R K, Pantoja S LR. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano. Rev Fac Med Humana. julio de 2022;22(3):463-70.
42. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen. marzo de 2019;41(1):33-8.
43. Céspedes C, Costa A, Ibáñez AE, Huamanñahui J a, Céspedes C, Costa A, et al. Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en un hospital de Lima. Rev Fac Med Humana. abril de 2023;23(2):180-2.

VIII. ANEXOS

Tabla 1: Índice de predicción de asma

| Índice de predicción de asma (IPA) | |
|---|---|
| Criterios mayores | Criterios menores |
| <ol style="list-style-type: none">1. Diagnóstico médico de asma en alguno de los padres2. Diagnóstico médico de eccema atópico3. Sensibilización a algún alérgeno | <ol style="list-style-type: none">1. Sibilancias no relacionados con resfriados2. Eosinofilia en sangre periférica $\geq 4\%$3. Presencia de rinitis alérgica diagnosticada por un médico4. Alergia a leche, frutos secos o huevo |
| <p>*IPA positivo: >3 episodios recurrentes de sibilantes durante el año hasta los 3 años más 1 criterio mayor o 2 menores</p> | |
| <p>García Merino Á., Mora Gandarillas I. Diagnóstico del asma. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013 Jun; 15 (Suppl 23): 89-95.</p> | |

Tabla 2: Escala de Alvarado para el diagnóstico de apendicitis

| CARACTERÍSTICAS | PUNTAJE |
|--|----------------|
| Dolor migratorio en la fosa iliaca derecha | 1 |
| Anorexia | 1 |
| Náuseas o vómitos | 1 |
| Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho | 2 |
| Dolor de rebote en la fosa iliaca derecha | 1 |
| Fiebre >37,5°C | 1 |
| Leucocitosis del recuento de glóbulos blancos >10 × 10 ⁹ /litro | 2 |
| TOTAL | 9 |
| <p>Una puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y se deben buscar otros diagnósticos. Una puntuación ≥4 indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo para detectar apendicitis</p> | |
| <p>Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med 1986; 15:557.</p> | |