



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE  
NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y EL CENTRO DE SALUD ZÁRATE, EN EL  
CONTEXTO DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE EL PERIODO  
2021-2022**

**PRESENTADO POR  
YOLANDA ROSABEL FRANCIA REYES**

**ASESORA  
MINERVA BASILIO CHIAPPE**

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

**LIMA- PERÚ  
2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE  
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y EL CENTRO DE SALUD ZÁRATE, EN  
EL CONTEXTO DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE EL PERIODO  
2021-2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR POR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**YOLANDA ROSABEL FRANCIA REYES**

**ASESORA**

**M.C. MINERVA BASILIO CHIAPPE**

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Dra. Yanire Patty Macedo Alfaro

**Miembro:** Dra. Maria Cecilia Santibanez Gutierrez

**Miembro:** Dr. Jeffree Tovar Roca

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	v
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
<b>I.1. ROTACIÓN GINECO – OBSTETRICIA .....</b>	<b>1</b>
1. 1. 1. CASO CLÍNICO N° 01.....	1
1. 1. 2. CASO CLÍNICO N° 02.....	4
<b>2. ROTACIÓN CIRUGÍA .....</b>	<b>7</b>
1. 2. 1. CASO CLÍNICO N° 01.....	7
1. 2. 2. CASO CLÍNICO N° 02.....	9
<b>3. ROTACIÓN PEDIATRÍA.....</b>	<b>11</b>
1. 3. 1. CASO CLÍNICO N° 01.....	11
1.3. 2. CASO CLÍNICO N° 02.....	12
<b>4. ROTACIÓN MEDICINA INTERNA.....</b>	<b>14</b>
1.4. 1. CASO CLÍNICO N° 01.....	14
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA .....	17
<b>2.1. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé .....</b>	<b>17</b>
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	18
<b>3.1. Rotación de Gineco – Obstetricia .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2. Rotación Cirugía.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3. Rotación Pediatría .....</b>	<b>23</b>
<b>3.4. Rotación Medicina Interna .....</b>	<b>26</b>
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA .....	28
V. CONCLUSIONES.....	29
VI. RECOMENDACIONES.....	30
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN .....	31

## RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional ha sido elaborado durante el desarrollo del internado médico, en las áreas de Ginecología, Pediatría y Cirugía pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, y medicina general en el Centro de Salud Zárate. Consiste en una breve descripción de casos clínicos presentados durante las diversas rotaciones.

El internado médico es la etapa más importante de la carrera de medicina humana. Se realizan rotaciones en Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General, en la cuales se consolidan los conocimientos adquiridos durante todos los años en la universidad.

Esta etapa se dio durante la pandemia por el Covid 19. Con respecto al internado pre pandemia, hubo algunas diferencias. Por ejemplo, en cuanto al horario, solo se nos permitía asistir 150 horas al mes, el hospital estaba dividido en áreas no Covid y Covid (a las cuales no podíamos ingresar, dificultando de alguna manera nuestro aprendizaje en el manejo de estos casos).

**Objetivo:** Dar a conocer mediante la presentación de casos, cómo es el manejo de cada uno, desde el ingreso del paciente, la anamnesis, cómo se llega al diagnóstico, qué manejo requiere, el tratamiento a seguir, con lo cual se busca asociar el conocimiento teórico con la práctica clínica.

**Conclusiones:** Al término de la experiencia, se puede decir que se adquieren conocimientos que serán de mucha utilidad en la labor como profesional. El internado es una etapa fundamental en la formación de todo médico, no solo ayuda a adquirir conocimientos, sino habilidades y destrezas, que nos servirán en nuestra carrera profesional.

## ABSTRACT

The present work of professional proficiency has been elaborated based on the experience acquired during the medical internship, in the areas of pediatric gynecology and pediatric surgery of San Bartolomé Mother Child National Teaching Hospital; and medicine at Zárate Health Center; It consists of a brief description of clinical cases reviewed during the various rotations.

The medical internship is the most important stage of the human medicine career, rotations are carried out in: Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine and General Surgery, in which we carry out assistance and academic activities, it is the stage where the knowledge.

This stage occurred during the Covid 19 pandemic, there were some differences with respect to the pre-pandemic boarding school, for example, the schedule, we were only allowed to go 150 hours a month, we could not make shifts, the hospital was divided in non-Covid and Covid areas, in which we could not enter, somehow hindering our learning in handling these cases.

**Objective:** To make known through the presentation of cases, how is the management of each one, from the patient's admission, the anamnesis, how we arrive at the diagnosis, what management is required, the treatment to be followed, managing to associate theoretical knowledge with practice. clinic.

**Conclusions:** At the end of my experience, I can say that I have acquired knowledge that will be very useful to me in my work as a doctor, the internship is a fundamental stage in the training of all doctors, it not only helps us to acquire knowledge, but skills and skills that will help us in our professional career.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, brinda atención en salud reproductiva y sexual en la mujer, y una atención integral al recién nacido, lactante, niño y adolescente, convirtiéndolo en un hospital de referencia para el país. Desarrolla de forma permanente la docencia. Fue reconocido como establecimiento de salud de nivel III E, el año 2020. Cuenta con los servicios de obstetricia y ginecología, cirugía pediátrica, pediatría, emergencia ginecológica y pediátrica.

El Centro de Salud Zárate, es un centro de nivel I, encargado de la promoción y prevención de salud, dirigido a la persona, familia y comunidad, brinda atención básica, en medicina general, obstetricia, dental, nutrición, psicología, tiene un programa de tuberculosis, laboratorio clínico, farmacia.

En el Perú, el internado médico es una etapa trascendental en la formación del futuro médico, el cual se realiza en el último año de estudios. Constituye un periodo que equivale a prácticas pre profesionales, en la cual se combina conocimientos teóricos y prácticos, se adquieren nuevas habilidades y destrezas.

El interno tiene una participación activa bajo la supervisión de un médico asistente y residente. Se ponen a su cuidado pacientes para su manejo, con el fin de adquirir experiencia y conocimiento para su diagnóstico, tratamiento y recuperación.

El 21 de junio del 2021, el Ministerio de Salud emitió la Resolución Ministerial N° 779 – 2021, en la cual se dieron los lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos, con el objetivo de establecer los requisitos y determinar el procedimiento para el desarrollo de actividades del interno, en el cual se establece la entrega de equipos de protección personal.

Los establecimientos de salud de nivel I- 3, I -4, a los cuales asistirá el interno deben ser de preferencia en zona cercanas al domicilio evitando grandes



desplazamientos. En el caso de los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel no pueden exceder el 50% del total de la duración del internado al igual que los establecimientos de primer nivel.

El desarrollo de las actividades es presencial, las actividades no pueden programarse en áreas destinadas a la atención a pacientes con Covid- 19 en estado grave, con complicaciones o con alta concentración de personas con esta patología. El internado se realiza bajo un régimen de 150 horas mensuales, de lunes a sábado turnos de 6 horas ya sean en la mañana o en la tarde, o una guardia de 12 horas.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **I.1. ROTACIÓN GINECO – OBSTETRICIA**

#### **1. 1. 1. CASO CLÍNICO N° 01**

##### **FILIACIÓN:**

Paciente de 32 años con iniciales R.L.G, G3P1011, lugar de nacimiento: Venezuela, procedencia: San Miguel, estado civil: conviviente, grado instrucción: superior completa (abogada), ocupación: ama de casa.

##### **ANAMNESIS**

Paciente mujer con las iniciales R.L.G, de 32 años de edad, que acude a control prenatal por consultorio externo, en el cual tras contar con últimas ecografías del 11/11/2021 donde se observa placenta previa con signos de acretismo placentario, feto podálico y tener una edad gestacional de 37 semanas se decide su hospitalización para hacer efectivos requisitos prequirúrgicos para realizar cesárea segmentaria transversa, además de descartar compromiso vesical. Niega sangrado vaginal, pérdida de líquido y percibe movimientos fetales.

##### **ANTECEDENTES**

- Personales: 2013: Hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 100 mg (diagnosticado en su primera gestación)
- Familiares: hipertensión arterial en padre, abuelo paterno y abuela materna
- Gineco obstétricos:
  - Menarquía: 12 años
  - Régimen catamenial: 7/28+/-2d
  - Cantidad: 4 paños/día
  - Regularidad menstrual: Sí
  - Dismenorrea: No
  - Métodos anticonceptivos: T de cobre (retira 01/03/2021)
  - Inicio de relaciones sexuales: 16 años
  - Última relación sexual: Hace 6m

- Dispareunia: No
- N° Parejas: 03
- Sangrado Post coital: No
- G1: Año 2010: Aborto inducido con legrado uterino
- G2: Año 2014: Feto podálico, peso al nacer 3550 gr
- G3: Embarazo actual, fue planificado, con un tiempo de relación 12 años.
  - 03 controles prenatales desde la semana 17 a la 27 en clínica
  - 05 controles prenatales desde la semana 31.2 a la 37 en Hospital San Bartolomé
  - Presión arterial máxima de 120/70 mmHg
  - Ganancia ponderal de 29.1 kg
  - Intercurrencias:
    - 05/2021: Vulvovaginitis en tratamiento con óvulos por 5 días, anemia en tratamiento con sulfato ferroso cada /24 horas y suplemento vitamínicos con hierro (última hemoglobina → 11.8 gr/dL)
    - 07/2021: Vulvovaginitis en tratamiento con óvulos por 5 días
    - 08/2021: Vulvovaginitis en tratamiento con óvulos por 5 días

## **EXAMEN FÍSICO**

Presión arterial:100/60 mmHg, frecuencia cardiaca y respiratoria conservadas, saturación de oxígeno: 98%, Temperatura: 36.3 °C

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad.

Genitourinario: No presenta globo vesical, puño percusión negativo, no puntos renoureterales.

Examen Ginecológico: Genitales externos con características normales, altura uterina 36 cm, tono normal, latidos fetales 148 latidos por minuto, ponderado fetal de 3000 +- 100 gr.

## **EXÁMENES AUXILIARES:**

Se le solicita una ecografía transvaginal, descripción: Feto con actividad cardiaca presente; placenta: previa total grado III, presencia de lagos venosos, líquido amniótico normal. DIAGNÓSTICOS: Placenta previa total, feto en podálico, gestación de 36 semanas, acretismo placentario.

NST: Reactivo: línea de base 136, variabilidad: 6, no dinámica uterina

TSH: 2.72 mUI/L

T4L: 0.84 nmol/L

## **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS**

1. Gestante de 37 2/7 semanas por Eco Temprana
2. No trabajo de parto
3. Placenta Previa Total
4. Acretismo Placentario
5. Feto podálico
6. Alto riesgo obstétrico: Cesárea anterior una vez
7. Hipotiroidismo

## **PLAN DE TRABAJO**

Cesárea fúndica corporal alta más histerectomía subtotal

Post operada pasa a UCIM, debido a que durante el acto quirúrgico paciente presenta sangrado profuso, estimado en 2500 mL, que requiere terapia vasopresora con Norepinefrina 15cc/h, y transfusión de 05 paquetes globulares, 03 de plasma fresco congelado y 01 unidades de plaquetas, cursando con acidosis metabólica severa pH 7.1

Ingresa con los diagnósticos de:

- Shock hipovolémico
- Acidosis metabólica e hipercloremia
- Anemia aguda secundaria

Plan de trabajo: Hidratación para euvolemia, titular terapia vasopresora para PAM  $\geq$  60 mmHg, antibióticos profilaxis, ventilación asistida.

Luego de 03 días pasa a sala de hospitalización, Hemodinámicamente estable, con evolución favorable, dolor cede con analgesia, no se presenta interurrencias, tratamiento con ceftriaxona 2 gr endovenoso, se retiró CVC, siendo dada de alta.

## **1. 1. 2. CASO CLÍNICO N° 02**

### **FILIACIÓN:**

Paciente de 25 años con iniciales L.J.R, G1P0, procedencia: Cercado de Lima, lugar de nacimiento.: Piura, grado Instrucción: primaria completa, ocupación: empleada del hogar.

### **ANAMNESIS**

Paciente ingresa por emergencia, presenta ausencia de visión más cefalea tipo punzada de leve intensidad, por lo que es llevada por un familiar al hospital. En emergencia paciente presenta rigidez, desviación de la mirada y no responde a estímulos, episodio que dura 2 a 3 minutos.

### **ANTECEDENTES**

- Antecedentes personales: no contributorios
- Antecedentes familiares: no contributorios
- Antecedentes gineco-obstétricos:
  - Menarquía: 13 años
  - Régimen catamenial: 4-6/30 - 90
  - Cantidad: 4 paños/día
  - Regularidad menstrual: No
  - Dismenorrea: No
  - Métodos anticonceptivos: anticonceptivos orales hace 1 año
  - Inicio de relaciones sexuales: 18 años
  - Última relación sexual: Hace 2 meses
  - Dispareunia: No
  - G1: Embarazo actual, no fue planificado con un tiempo de relación de 03 años, sin controles prenatales

### **EXAMEN FÍSICO**

Presión arterial:160/110 mmHg, taquicardia: 120 latidos Por min. Frecuencia respiratoria conservada, saturación de oxígeno: 96%, temperatura: 37 °C.

Examen físico: Diferido

Pérdida de líquido y sangre: no

## **EXÁMENES AUXILIARES**

Ecografía transvaginal en emergencia: Se observa feto único con actividad cardíaca 150 latidos por minuto, morfología de los órganos fetales ecográficamente conservados, placenta fúndica anterior grado III, líquido amniótico: pozo mayor 49 mm, ponderado fetal: 1907 gr.

Prueba de bienestar fetal 8/8

Hemograma: Leucocitosis 1310, segmentados 80%, abastionados 0%, plaquetas 178 400 mm<sup>3</sup>

Lámina periférica: Serie roja: normal, serie blanca: leucocitosis, serie plaquetaria: normal

Creatinina: 0.55 mg/dL

Perfil hepático: Bilirrubina total: 0.25 mg/dL, bilirrubina directa: 0.1 mg/dL, TGO: 34 u/L, TGP: 22 u/L, DHL: 548 U/L

Creatinina en orina 164.4 mg/dL, proteína en orina 357.1 mg/dL

## **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS**

- Gestante de 32.1 semanas por ecografía tardía
- Pre eclampsia severa
- Eclampsia
- No trabajo de parto

## **PLAN DE TRABAJO**

- NaCl 9% 1000cc: hidratar 500cc
- SO<sub>4</sub>Mg protocolo Sibai
- Preparar para cesárea de emergencia
- Betametasona 12 mg intramuscular STAT
- Nifedipino 10 mg Vía oral STAT, luego si presión arterial  $\geq$  160/11
- Se realiza cesárea segmentaria transversa de emergencia

Post operada pasa a UCIM, sangrado de 600 cc intraoperatorio, presentó tendencia a relajación uterina, por lo que se indica administrar misoprostol transrectal, pasa a UCIM para manejo y monitoreo hemodinámico, respiratorio y neurológico, ingresa intubada,

siento ventilada manualmente con ambú, hipotensa (89/66 mmHg)

Ingresa con los diagnósticos de

- Insuficiencia respiratoria en ventilación mecánica
- Descartar neumonía aspirativa
- Eclampsia controlada
- Preeclampsia severa

Plan

- Monitoreo hemodinámico
- Hidratación
- Protocolo de sulfato de magnesio por 10 horas
- Ventilación asistida
- Tratamiento antibiótico profiláctico

Exámenes auxiliares:

- Hemograma N° 1 en UCIM: Leucocitos 21 320, segmentados 80%°, abastionados 15%, plaquetas 14 000 mm<sup>3</sup>
- DHL: 637 U/L N° 1 en UCIM
- Hemograma N° 2 en UCIM: Leucocitos 9 200, segmentados 78%°, abastionados 0%, plaquetas 14 000 mm<sup>3</sup>
- DHL: 610 U/L N° 2 en UCIM

Luego de 04 días pasa a sala de hospitalización hemodinámicamente estable, recibe metildopa más Nifedipino, con resultados de perfil de preeclampsia dentro de los valores normales. Es dada de alta luego de 03 días de hospitalización.

## **2. ROTACIÓN CIRUGÍA**

### **1. 2. 1. CASO CLÍNICO N° 01**

#### **FILIACIÓN:**

Paciente mujer de 12 años con iniciales M.J.N, lugar de nacimiento: Perú, Puente Piedra, ocupación: Estudiante

#### **ANAMNESIS**

Madre de la paciente refiere que su hija inició su cuadro clínico aproximadamente 05 días antes del ingreso, caracterizado por dolor abdominal difuso, vómitos en 10 oportunidades y anorexia. La medican con Paracetamol con mejoría parcial, sin embargo, a las pocas horas el dolor recurre, y aumenta en intensidad localizándose en hemiabdomen inferior, 02 días antes de su ingreso se agrega sensación de alza térmica, el dolor abdominal persiste, y aumenta de intensidad por lo que acude por emergencia al hospital.

#### **ANTECEDENTES**

- Personales: Prenatales: más de 06 controles prenatales. Natales: parto eutócico, peso al nacer de 3000 gr, APGAR: no recuerda, pero lloró al nacer. Postnatales: niega alergias, inmunizaciones completas, hospitalizaciones, y cirugías.
- Familiares: no contributorios.

#### **EXAMEN FÍSICO**

Presión arterial:100/60 mmHg, Frecuencia cardiaca y respiratorias conservadas, saturación de oxígeno: 98%, Temperatura: 36.3 °C

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmico buena intensidad. No soplos

Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en tono y frecuencia, abdomen blando, poco depresible, se palpa masa en fosa iliaca derecha, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (+)



### **EXÁMENES AUXILIARES:**

Hemograma: paciente presenta leucocitosis 22 710 abastados 0%, segmentados 84%, hemoglobina 11.5 gr/dL, plaquetas 496 000 mm<sup>3</sup>

PCR: 129 mg/L

### **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS**

- Apendicitis aguda

Se hidrata al paciente, se inicia NPO, Ceftriaxona 1gr, ketoprofeno 100mg endovenoso. Se solicita radiografía de tórax, hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, prueba antigénica para COVID 19, y ecografía abdominal.

### **PLAN DE TRABAJO**

Apendicetomía laparoscópica más lavado de cavidad.

Hallazgos operatorios: Apéndice ceca de aproximadamente 10 x 1.5 cm, perforado en tercio distal, plastronado, de posición pélvica, base indemne, líquido purulento, aproximadamente 500 cc, adherencias en anexo derecho y útero, múltiples fecalitos libres.

Paciente es hospitalizado, continuando con antibioticoterapia con ceftriaxona 500mg EV cada 12 horas, y metronidazol 500mg EV cada 8 horas, continúa con ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas. La paciente evoluciona favorablemente, afebril, tolera bien alimentos por vía oral al segundo día, realiza deposiciones al tercer día, y es dada de alta al tercer día. Se le cita por consultorio externo.

## **1. 2. 2. CASO CLÍNICO N° 02**

### **FILIACIÓN**

Paciente varón de 05 años con iniciales S.V.E, lugar de nacimiento: Perú, Carabaylo, ocupación: estudiante.

### **ANAMNESIS**

Paciente con diagnóstico de hipospadia pene escrotal acude a control por consultorio de urología pediátrica, donde se solicitan prequirúrgicos, siendo programado para sala de operaciones.

### **ANTECEDENTES**

- Personales: Prenatales: más de 06 controles prenatales. Natales: parto eutócico, peso al nacer de 2800 gr, APGAR: no recuerda, pero lloró al nacer. Postnatales: alergia a amoxicilina, inmunizaciones completas, niega hospitalizaciones y cirugías.
- Familiares: no contributorios.

### **EXAMEN FÍSICO**

Presión arterial: 100/60 mmHg, frecuencia y respiratoria conservadas, saturación de oxígeno: 98%, Temperatura: 36.3 °C

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.

Genitourinario: meato urinario en tercio inferior de glande, testículos en ambas bolsas escrotales.

### **EXÁMENES AUXILIARES:**

Hemograma: leucocitos 7 700 abastados 2%, segmentados 44%, hemoglobina 11.9 gr/dL, plaquetas 352 000 mm<sup>3</sup>

### **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS**

- Hipospadia pene escrotal

## **PLAN DE TRABAJO**

Meatoplastía y corrección de pene curvo

Hallazgos operatorios: meato uretral a nivel de cara ventral de tercio proximal de pene, pene curvado hacia cara ventral.

Paciente pasa a piso de hospitalización hemodinámicamente estable, afebril, con tratamiento de cefazolina 1g 25-50 mg/kg/día por 3 dosis, fue dado de alta al 4 día, se cita por consultorio externo para evaluación.

### **3. ROTACIÓN PEDIATRÍA**

#### **1. 3. 1. CASO CLÍNICO N° 01**

##### **FILIACIÓN**

Paciente varón de 05 años con iniciales C.T.A, lugar de nacimiento: Perú, Villa María del Triunfo, ocupación: estudiante.

##### **ANAMNESIS**

Madre del paciente refiere que 15 días antes del ingreso presentó fiebre y tos que se fue incrementando en intensidad, ella acude a farmacia donde le dan Cefalexina, mejorando parcialmente los síntomas.

07 días antes del ingreso, la madre lo lleva a un médico particular, el cual le prescribe Ceftriaxona y Dexametasona por 02 días, cada 12 horas; Amoxicilina + Acido clavulánico y Dexametasona por 07 días, cada 12 horas, cediendo los síntomas.

02 días antes del ingreso, la madre refiere que el menor presenta tos seca

01 día antes del ingreso presenta fiebre de 38.5°C, la madre le da Paracetamol, el niño mejora, pero la tos se torna más exigente y presenta rinorrea hialina, nota respiración rápida. El día del ingreso persiste respiración rápida y fiebre, y acude a emergencia del hospital.

##### **ANTECEDENTES**

- Personales: Prenatales: más de 06 controles prenatales. Natales: parto eutócico, peso al nacer no recuerda, APGAR: no recuerda, pero lloró al nacer. Postnatales: niega alergias, inmunizaciones completas, hospitalizaciones y cirugías.
- Familiares: madre sin antecedentes, aparentemente sana; padre: tuberculosis hace 4 años con tratamiento completo, 05 hermanos aparentemente sanos.

##### **EXAMEN FÍSICO**

Frecuencia cardiaca: 137 latidos por min. Frecuencia respiratoria: 53 respiraciones por min. Temperatura: 38.3 °C y saturación de oxígeno: 94%,

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos no presenta ictericia,

no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo, se auscultan sibilantes difusos y subcrepitantes.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

### **EXÁMENES AUXILIARES:**

Hemograma: leucocitos 12 500 abastionados 2%, segmentados 75%, hemoglobina 13.1 gr/dL, plaquetas 402 000 mm<sup>3</sup>

PCR: 33 mg/dL

IFI sérico: POSITIVO a Mycoplasma pneumoniae

### **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS**

- Neumonía atípica por Mycoplasma pneumoniae

### **PLAN DE TRABAJO**

Apoyo oxigenatorio por Venturi a Fio<sub>2</sub> 40%

Azitromicina 500mg 10mg/kg/ día durante 3 dosis

Paciente muestra evolución favorable por lo que es dado de alta.

## **1.3. 2. CASO CLÍNICO N° 02**

### **FILIACIÓN**

Paciente varón de 29 días de vida con iniciales Z.C.J. lugar de nacimiento: Perú, Puente Piedra, ocupación: estudiante.

### **ANAMNESIS**

Madre del menor refiere que 04 días antes del ingreso presentó congestión nasal, tos, rinorrea hialina, anorexia.

02 días antes del ingreso se añade a los síntomas, fiebre de 38.5°C

01 día antes del ingreso se añade dificultad respiratoria, por lo que lo lleva por emergencia al hospital.

## **ANTECEDENTES**

- Personales: Prenatales: más de 06 controles prenatales. Natales: parto eutócico, peso al nacer 2980gr. APGAR: no recuerda, pero lloró al nacer. Postnatales:
- Familiares: no contributorios.

## **EXAMEN FÍSICO**

Frecuencia cardíaca: 120 latidos por min. Frecuencia respiratoria: 49 respiraciones por min. Temperatura: 38.2 °C y saturación de oxígeno: 94%,

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en bases de ambos hemitórax, se auscultan subcrepitantes difusos, a predominio de base, sibilantes inspiratorios y espiratorios diseminados, tiraje subcostal e intercostal.

## **EXÁMENES AUXILIARES:**

Hemograma: leucocitos 18 500 abastados 0%, segmentados 48%, hemoglobina 12.1 gr/dL, plaquetas 350 000 mm<sup>3</sup>

PCR: 5 mg/dL

Radiografía de tórax: se encuentra espacios intercostales aumentados.

## **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS**

- Bronquiolitis

## **PLAN DE TRABAJO**

Se hospitaliza al paciente, se dispone nebulización con suero fisiológico, mantener buen estado de hidratación, y la elevación de la cabecera de la cama. El paciente evoluciona, luego de 48 horas de hospitalización no se observa tirajes, se auscultan escasos sibilantes difusos y subcrepitantes escasos en base, tolera bien la vía oral, por lo que es dado de alta.

## **4. ROTACIÓN MEDICINA INTERNA**

### **1.4. 1. CASO CLÍNICO N° 01**

#### **FILIACIÓN**

Paciente varón de 28 años con iniciales M.T.J., procedencia: Ayacucho, residencia San Juan de Lurigancho, ocupación: artesano

#### **ANAMNESIS**

Paciente refiere que 6 días antes de que acuda al centro de salud, presenta aumento de volumen en hemiescrotos derecho acompañado de dolor leve a la movilización, motivo por el cual acude por consultorio.

#### **ANTECEDENTES**

- Personales: antes tratado por tuberculosis pleural año 2016, esquema sensible, condición de egreso: tratamiento completo
- Familiares: no contributorios.

#### **EXAMEN FÍSICO**

Frecuencia cardiaca: 68 latidos por min. Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por min.

Temperatura: 36.3 °C, saturación de oxígeno: 98%,

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: pene medial, prepucio retráctil, meato central permeable, hemiescrotos izquierdo sin alteraciones, derecho con tumoración móvil de bordes irregulares, indurada no dolorosa.

#### **EXÁMENES AUXILIARES:**

Ecografía: Conclusiones: Bolsa escrotal sin alteraciones. Impresión diagnóstica: quiste simple de epidídimo izquierdo, signos inespecíficos de proceso inflamatorio de predominio funicular, parénquima testicular derecho asociada a infiltración microquística múltiple, signos sugestivos a absceso residual a nivel de la capa albugínea con cambios

inflamatorios en su pared.

Urocultivo: Negativo

Cultivo de BK en orina de 24 horas: Positivo para Mycobacterium tuberculosis

## **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS**

- Tuberculosis escrotal

## **PLAN DE TRABAJO**

Se inicia esquema sensible el que se suspende por Genotype que evidencia resistencia a Rifampicina e Isoniazida iniciando esquema empírico MDR

Esquema indicado KmLxEZCsEto

### **1.4. 2. CASO CLÍNICO N° 02**

#### **FILIACIÓN**

Paciente mujer de 40 años con iniciales U.A.G., residencia San Juan de Lurigancho, ocupación: Ama de casa.

#### **ANANMNESIS**

Paciente refiere que 6 días antes de que acuda al centro de salud, presenta malestar general y cefalea, 4 días antes del ingreso se suma náuseas, vómitos, SAT no cuantificada y dolor abdominal que se irradia a región lumbar, durante los siguientes días la clínica va incrementando de intensidad.

#### **ANTECEDENTES**

- Personales: diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace 3 meses, en tratamiento con metformina.
- Familiares: padre con diabetes mellitus tipo 2, madre con hipertensión arterial.



## **EXAMEN FÍSICO**

Frecuencia cardíaca y respiratoria conservadas, temperatura: 36.7 °C, saturación de oxígeno: 98%,

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: PPL (+), PRU superior y medio (+)

## **EXÁMENES AUXILIARES:**

Examen completo de orina: Examen bioquímico: Glucosa 2+, examen microscópico: leucocitos 80 – 90 por campo, leucocitos aglutinados 1+, hematíes 3 – 5 por campo, gérmenes 2+.

Hemograma: Hemograma: leucocitos 19 240 abastionados 0%, segmentados 81%, hemoglobina 11.6 gr/dL, plaquetas 350 000 mm<sup>3</sup>.

Ecografía abdominal: Hepatopatía difusa moderada, hepatomegalia, ectasia renal izquierda, meteorismo incrementado.

Ecografía renal: Riñones de dimensiones normales, hidronefrosis grado I derecha y grado II izquierda, por características descritas en el seno renal no se descarta pielonefritis a correlacionar con estudios de laboratorio.

## **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS**

- Pielonefritis aguda
- DM2

## **PLAN DE TRABAJO**

Se inicia antibioticoterapia y se solicita Urocultivo más antibiograma. Luego del término del tratamiento, se prescribe Ceftriaxona 2g EV c/24h, Ranitidina 50 mg EV C/12h, Metamizol 1 g EV PRN (Primero 2g EV STAT).

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

### **2.1. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé**

El Hospital San Bartolomé, fue fundado por Bartolomé de Vadillo, solo atendía a negros, esclavos o libertos. Fue destruido completamente en dos ocasiones, La reconstrucción se llevó en 1756, siendo el mejor conservado de los hospitales coloniales.

En julio de 1821, se inicia como Hospital Militar de San Bartolomé, dependiente directamente del Ejército Nacional, a cargo de un Cirujano Mayor y un equipo completo de médicos especialistas y estudiantes internos y externos de la universidad de San Marcos.

En 1958 se realiza el traslado del Hospital Materno Infantil al local remodelado del Hospital San Bartolomé.

Actualmente, el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, brinda atención en salud reproductiva y sexual de la mujer, y una atención integral al recién nacido, lactante, niño y adolescente, convirtiéndolo en un hospital de referencia para el país. Desarrolla de forma permanente la docencia. Fue reconocido como establecimiento de salud de nivel III E, el año 2020. Cuenta con los servicios de obstetricia y ginecología, cirugía pediátrica, pediatría, emergencia ginecológica y pediátrica.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1. Rotación de Gineco – Obstetricia**

La placenta es el órgano que secreta hormonas y enzimas, transporta nutrientes y metabolitos e intercambia gases.

La placenta previa la implantación ocurre en la parte inferior del útero, muy cerca al orificio cervical interno, cubriéndolo de manera total o parcial. Actualmente la clasificación utilizada consiste de 2 variaciones: placenta previa y placenta previa marginal.

Los factores de riesgo asociados con placenta previa son: edad materna avanzada, partos múltiples, cesárea, abortos previos, cicatrices uterinas previas, tabaquismo, tratamientos de infertilidad y placenta previa anterior.

El método para diagnosticar la placenta previa es la ecografía, definiendo la localización de la placenta, debe ser realizada entre las semanas 18 y 23.

El manejo depende si el borde de la placenta se localiza a 1cm o menos del orificio cervical interno, se indica cesárea si es alto el riesgo de hemorragia. Si presenta una cobertura del orificio cervical interno de 2cm o más, es muy probable la necesidad de cesárea. Cuando el borde de la placenta se localiza a más de 2cm del orificio cervical interno, se puede iniciar el trabajo de parto.

La placenta ácreta es aquella que se adhiere al útero o a estructuras adyacentes. Los factores de riesgo son: antecedente de placenta previa y cesáreas.

Se identifica en el primer y segundo trimestre. El sangrado sería el signo de alarma.

El diagnóstico se realiza mediante el ultrasonido transabdominal o transvaginal, evidenciando la presencia de lagunas vasculares con flujo turbulento, que ocurre en el segundo trimestre del embarazo. Confirmado el diagnóstico se programará el trabajo de parto en un establecimiento de salud nivel III, debido a que es imprescindible, contar con unidades de sangre y otros hemoderivados, anticipándose a una hemorragia masiva.

En el primer caso tenemos a una gestante de 37 semanas, que acude a control prenatal, en el cual le realizan una ecografía que muestra placenta previa con signos de acretismo placentario, feto podálico. La mujer es hospitalizada para realizar cesárea segmentaria transversa, en la cual tuvo una pérdida sanguínea de 2500 mL, por lo que requiere terapia vasopresora con Norepinefrina 15cc/h, y transfusión de 05 paquetes globulares, 03 de plasma fresco congelado y 01 unidades de plaquetas, cursando con acidosis metabólica severa pH 7.1, razón por la cual ingresa a UCIM para estabilización.

La preeclampsia, se define como la presión arterial sistólica mayor igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor igual a 90 mmHg medidas en dos oportunidades a partir de la semana 20 de gestación y 12 semanas post parto.

La hipertensión y la proteinuria son criterios para diagnosticarla; pero en ausencia de proteinuria se diagnostica preeclampsia si se presenta: plaquetas menor a 100 000 microL, deterioro de la función hepática, elevación de enzimas hepáticas (duplicando la concentración normal), dolor persistente en epigástrico, insuficiencia renal (creatinina sérica superior a 1,1 mg/ dl), edema pulmonar, o cefalea de inicio reciente que no cede al Acetaminofén; clasificándose en preeclampsia con criterio de severidad o sin criterios de severidad.

La eclampsia es una complicación de la preeclampsia severa, en la que se presenta mayor daño a nivel del sistema nervioso central, debido a vasoespasmo, que conlleva a la hemorragia intracerebral, ocasionando la muerte.

La eclampsia a menudo va precedida de signos premonitorios de irritación cerebral, como cefalea occipital o frontal intensa y persistente, visión borrosa, fotofobia y alteración del estado mental.

En el segundo caso clínico tenemos a una gestante de 32.1 semanas de gestación, quien ingresa por emergencia con una presión arterial de 160/110 mmHg y con signos de gravedad como lo son la ausencia de visión y cefalea, quien presentó rigidez y desviación de la mirada y no responde a estímulos, siendo diagnosticada con preeclampsia severa y eclampsia. El manejo de esta paciente fue administrar  $\text{SO}_4\text{Mg}$  mediante el protocolo Sibai, Betametasona 12 mg intramuscular, Nifedipino 10 mg y preparar para cesárea segmentaria transversa de emergencia.

### 3.2. Rotación Cirugía

La apendicitis aguda, es la inflamación del apéndice ceca. Ocasionado por la obstrucción de la luz apendicular, debido hiperplasia linfoide, fecalitos, parásitos y tumores primarios. Primero se presenta una inflamación de la pared apendicular, seguida de la congestión vascular, isquemia, perforación.

La apendicitis aguda se diagnostica mediante una buena anamnesis, examen físico y resultados de laboratorio y/o imagen. El dolor abdominal característico es periumbilical, que luego migra hacia el cuadrante inferior derecho, se puede observar también anorexia, náuseas, constipación/diarrea y fiebre.

El punto de sensibilidad dolorosa en el abdomen corresponde a McBurney, que se localiza en el tercio externo en una línea trazada del ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha. Leucocitosis con desviación a la izquierda y proteína C reactiva superior a 1.5 mg/l.

La ecografía abdominal, es el estudio de imagen de primera, se puede realizar también estudios más especializados como tomografía axial computarizada, que nos permite diferenciar entre apendicitis aguda perforada y no perforada. En el caso de embarazadas, la resonancia magnética es el estudio radiográfico de elección.

La escala de Alvarado es la más utilizada para su diagnóstico, asignando un puntaje: dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y vómito (1 punto), dolor ante la palpación en la fosa iliaca derecha (2 puntos), rebote positivo en la fosa iliaca derecha (1 punto), temperatura mayor de 37.5 (1 punto) y leucocitosis (2 puntos), desviación a la izquierda (1 punto).

De acuerdo al puntaje obtenido se decidirá el manejo:

- 0-3: bajo riesgo, se puede dar de alta con indicación de retornar si no presenta mejoría de síntomas.
- 4-6: hospitalización; si no hay mejora, se recomienda la intervención quirúrgica.

- 7-9: apendicectomía.

En el caso 1 podemos ver a una paciente mujer de 12 años, que presenta dolor abdominal de 5 días de evolución, que fue migrando a fosa iliaca derecha, incrementando su intensidad, asociándose a náuseas y vómitos, por lo cual la persona es llevada al hospital por emergencia. Al examen físico se encuentra la palpación de una masa en fosa iliaca derecha con signos peritoneales.

Se realiza una apendicetomía laparoscópica más lavado de cavidad, y antibioticoterapia con Ceftriaxona 500mg EV cada 12 horas, y Metronidazol 500mg EV cada 8 horas.

La hipospadia es una anomalía congénita, caracterizada por la presencia de un meato urinario ubicado en la cara ventral del pene, pene incurvado hacia a cara ventral debido a la cuerda y prepucio incompleto.

Aunque se han postulado diversas causas, no se ha establecido una etiología precisa. Actualmente, se considera que la hipospadias tiene un origen multifactorial, tanto a nivel genético, ambiental y materno.

El diagnóstico se realiza mediante el examen físico en el que se observa meato urinario ectópico y testículos palpables en escroto.

La nomenclatura más simple es la de Barcat, que describe 3 tipos de hipospadias:

- Hipospadias distal: meato en posición más distal.
- Hipospadias medial: meato ubicado en el tercio medio del pene.
- Hipospadias proximal: meato ubicado en el tercio proximal del pene.

En el caso 2 podemos ver a un paciente varón de 05 años, con diagnóstico de hipospadia pene escrotal, que es programado para sala de operaciones, realizándose una meatoplastia y corrección de pene curvo.

### **3.3. Rotación Pediatría**

La neumonía, es la inflamación de los espacios alveolares y/o del intersticio, causada mayormente por el virus respiratorio sincitial, seguida del virus de la influenza A y B, parainfluenza serotipos 1, 2 y 3, adenovirus y rinovirus.

Las bacterias asociadas a la neumonía son *Streptococcus pneumoniae*, que es la causa más común, y *Mycoplasma pneumoniae* que se asocia más al desarrollo de neumonía atípica.

La neumonía suele presentarse con decaimiento, fiebre y cefalea. La tos puede darse entre el tercer y quinto día; mayormente es no productiva, pero también puede presentar expectoración; y tener una duración de tres a cuatro semanas.

El diagnóstico puede realizarse mediante rayos X, en el cual se observa un patrón reticular, difuso y bilateral, la neumonía ocasionada por *Mycoplasma pneumoniae* tiene una presentación radiológica inespecífica. El diagnóstico también se puede realizar mediante cultivo de hisopado nasofaríngeo, detección de anticuerpos específicos contra *Mycoplasma pneumoniae*.

El tratamiento antibacteriano se basa en macrólidos, tetraciclinas, cloranfenicol y varios aminoglucósidos; medidas de soporte, para prevenir la deshidratación, analgésicos y manejo de la fiebre.

En el primer caso observamos a un niño de 05 años, quien es traído a la emergencia por presentar desde hace 15 días fiebre, tos seca, rinorrea hialina, dificultad respiratoria, al examen físico se ausculta murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo, sibilantes difusos, subcrepitantes en hemitórax izquierdo, por lo que es hospitalizado.



Se realiza un IFI viral siendo positivo para *Mycoplasma pneumoniae*, y es tratado con Azitromicina 500mg 10mg/kg/ día durante 3 dosis.

La bronquiolitis es la infección de las vías respiratorias inferiores, se da frecuentemente en niños menores de un año, causada en su mayoría por el virus sincitial respiratorio, seguido de rinovirus, bocavirus, adenovirus y con menos frecuencia virus parainfluenzae.

El diagnóstico es clínico, basado en la anamnesis, en la cual se busca hallar factores de riesgo como: edad menor de 6 semanas, antecedentes de prematuridad, bajo peso al nacer, tabaquismo, ausencia de lactancia materna y pobreza, y en el examen físico.

Se debe establecer la gravedad del cuadro clínico utilizando la escala de Bierman y Pierson, que incluye parámetros clínicos como: frecuencia respiratoria y cardíaca, la saturación de oxígeno; donde se evalúan la frecuencia respiratoria, presencia de sibilancias, retracciones y cianosis.

El tratamiento se basa en medidas de apoyo; la mayoría de los casos son leves, por lo que pueden ser manejados en el domicilio. Sin embargo, algunos pueden hacerse más graves, requiriendo valoración e ingreso hospitalario en el caso de que el menor presente intolerancia oral, deshidratación, letargia, apnea, taquipnea, dificultad respiratorio moderada o grave, saturación de oxígeno menor de 92%, diagnóstico dudoso, menor de 2 meses de edad, comorbilidades, inicios de sintomatología menor de 72 horas por el riesgo de empeoramiento.

El tratamiento consiste en impedir la obstrucción nasal mediante el lavado y la aspiración nasal con suero fisiológico, asegurando la permeabilidad de la vía aérea superior, y la elevación de la cabecera de la cuna. En los casos leves se debe mantener un buen estado de nutrición e hidratación, mediante la ingesta oral fraccionada, y para los casos graves la vía parenteral o enteral. La administración de líquidos de manera intravenosa se da en los casos graves.

En el caso 2 tenemos a un paciente varón de 29 días, que es llevado por emergencia al hospital por presentar congestión nasal, tos, rinorrea hialina anorexia, fiebre, no presenta antecedentes personales de importancia. Al examen físico se auscultó murmullo vesicular disminuido en bases de ambos hemitórax, subcrepitantes difusos a predominio de base, sibilantes inspiratorios y espiratorios diseminados, tiraje subcostal e intercostal, siendo hospitalizado, disponiendo nebulización con suero fisiológico, mantener buen estado de hidratación, y elevar la cabecera de la cama.

### 3.4. Rotación Medicina Interna

La tuberculosis genitourinaria es una infección crónica granulomatosa, es la manifestación extra-pulmonar más común, se disemina de forma hematológica desde los pulmones. La tuberculosis genitourinaria puede afectar a las vesículas seminales, próstata, testículos, conductos deferentes y pene.

Los BAAR, se encuentran en la región cortico-medular en forma de granulomas, que se reactivan cuando el individuo es afectado inmunológicamente, ocasionando una diseminación dentro de la médula. La enfermedad es de curso lento, finalizando en una necrosis extensa de la papila y en la formación de cavidades con abscesos.

Los síntomas y signos son de intensidad y duración variables, como polaquiuria, que no cede al tratamiento antibiótico, hematuria y/o microhematuria, cólico nefrítico, hemospermia, astenia, anorexia, adelgazamiento, etc.

El diagnóstico se da mediante el cultivo de orina, pero la reacción en cadena de polimerasa es más precisa y rápida; la ecografía puede ser útil en el control de la evolución, se puede realizar también un estudio histológico en muestras postoperatorias.

El tratamiento médico consiste actualmente en iniciar con cuatro medicamentos antituberculos por dos meses: rifampicina, isoniazida, pirazinamida, y etambutol. Esta prescripción es seguida por cuatro meses más utilizando rifampicina e isoniazida.

En el caso presentado es de un varón de 28 años, con antecedente de tuberculosis pleural, esquema sensible, que cursa con aumento de volumen en hemiescrotal derecho acompañado de dolor leve al a movilización.

Se realiza Urocultivo siendo negativo, cultivo de BK en orina, siendo positivo para Mycobacterium tuberculosis y ecografía en la cual se observa quiste simple de epidídimo izquierdo, signos inespecíficos de proceso inflamatorio de predominio funicular, parénquima testicular derecho asociada a infiltración microquística

múltiple, y signos sugestivos a absceso residual a nivel de la capa albugínea, con inflamación en su pared.

Se comienza un esquema sensible, el cual se suspende luego de resultado de Genotype que evidencia resistencia a Isoniazida y Rifampicina, para luego iniciar un esquema empírico con KmLxEZCsEto

La pielonefritis aguda, es una infección del parénquima del riñón, que también abarca la pelvis renal, frecuentemente.

Se manifiesta con fiebre, dolor lumbar y abdominal, náuseas, vómitos, malestar general y diarrea.

En el hemograma presenta leucocitosis y desviación a la izquierda; en el examen de orina, se observa piuria, cilindros leucocitarios, y hematuria. Para el diagnóstico definitivo se recomienda realizar Urocultivo.

El tratamiento de la pielonefritis no complicada es empírico, se inicia con Ceftriaxona 1 g/día, aminoglucósido o Levofloxacino 500 mg/día por vía endovenosa.

En el caso tenemos a una paciente mujer de 40 años que presenta malestar general, cefalea, náuseas, vómitos, SAT no cuantificada y dolor abdominal que se irradia a región lumbar, siendo diagnosticada como Pielonefritis aguda. Se inicia antibioticoterapia con Ceftriaxona 2g EV c/24h, Ranitidina 50 mg EV C/12h, Metamizol 1 g EV PRN (Primero 2g EV STAT.

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

El internado médico se inició el 01 de Julio del 2021, con una duración de 10 meses, con la diferencia a otros años era que 05 meses se haría en un hospital y los otros 05 meses se desarrollarían en un centro de salud.

Al iniciar el internado recibimos una inducción en Bioseguridad, como colocarse el EPP correctamente, el adecuado lavado de manos, medidas que iban a servir durante la estancia en el hospital y para nuestra labor como médicos.

El hospital estaba dividido en áreas COVID y no COVID. Para este fin, a cada paciente al ingreso se le realizaba una prueba para descartar Covid 19. Esta medida limitaba un poco nuestra práctica, ya que en pediatría no podíamos evaluar el manejo de esta patología.

El horario del interno era de 07:00 am a 13:00 pm, aunque restringía el tiempo de estancia en el hospital y por ende tiempo de práctica, daba al interno tiempo para poder enriquecer la teoría y así poder correlacionar mejor la práctica con la teoría.

Luego de 05 meses de rotación en el HONADOMANI San Bartolomé, se debía seguir con el internado en el centro de salud Zárata. El horario se modificó era de 8:00 am a 20:00 pm, interdiario. En este establecimiento el interno apoyaba en áreas de vacunación, en el programa de tuberculosis-donde sí rotaba en el área Covid, realizando el triaje- luego del cual el paciente se realizaba la prueba de descarte, y en el caso de ser positivo se le sometía a tratamiento. Así mismo, realizaba rotaciones en los consultorios de medicina general y urgencias.

Al término del internado se adquieren muchos conocimientos y habilidades las cuales la ayudarán en la labor como médico, en un contexto donde la pandemia por COVID-19 demuestra que el país no está preparado para afrontar una situación como esta, poniendo en evidencia la precariedad en el sistema de salud del Perú en sus distintos niveles de atención.

## **V. CONCLUSIONES**

El internado médico es la etapa más importante de la carrera de medicina humana, en la cual se consolida todos los conocimientos adquiridos durante los 06 años anteriores, siempre de la mano de un tutor que algunas veces fue un residente o un médico asistentes, y que ayuda al interno a desarrollar el pensamiento crítico ante el manejo de un paciente.

La Medicina Humana es una carrera que demanda de mucho sacrificio y esfuerzo, además de implicar un gran compromiso.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Luego de la experiencia obtenida durante el internado médico, se recomienda no asustarse en esta etapa o ante algo que no sabemos.

La medicina humana es una carrera de constante aprendizaje, por eso no debemos tener miedo ante alguna situación que no manejemos, que ante alguna duda busquemos ayuda, puede ser de un médico asistente residente, o nuestros compañeros. Se debe aprovechar al máximo esta etapa para poder absolver todas nuestras dudas.

## VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-children-outpatient>
2. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral. "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS" Versión Corta [Internet]. 2019 [citado 15 de febrero de 2022].
3. Preeclampsia: Management and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022].
4. Rana S, Lemoine E, Granger JP, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circ Res.* 29 de marzo de 2019;124(7):1094-112.
5. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and Management of Placenta Previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007; 29(3): 261–266.
6. Arce R Calderón E Cruz P Díaz M Medécigo A Torres L. Guía de práctica clínica: Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012; 50 (6): 673682 .
7. Humes DJ, Simpson J. Clinical presentation of acute appendicitis: clinical signs laboratory findings clinical scores, Alvarado score and derivate scores. En: Keyzer C, Gevenois PA (Eds.). *Imaging of acute appendicitis in adults and children.* Berlin: Springer Science & Business Media; 2011.



8. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet* 2010; 376:631–44. (Nivel III).
9. Gestational hypertension and preeclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 222. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e237–60.
10. Marrocco et al. Environmental, parental and gestational factors. *J Pediatr Urol*,2015; 11(1)12-9.
11. Díaz-Pardo M, Meza-Rodríguez VA. Cirugía en patología urológica del niño. En: Games J, Troconis G, editores. *Introducción a la pediatría*. 7a edición. México: Méndez Editores; 2007. p. 849.
12. American Academy of Pediatrics. Clinical Practical guideline: the diagnosis, management and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134: e1474-e1502.
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases and Bronchiolitis Guideline Committee. Updated guidance for palivizumab prophylaxis among infants and young children at increased risk of hospitalization for respiratory syncytial virus infection. *Pediatrics*. 2014.
14. Sotelo-Anaya E, Sánchez-Muñoz MP, Ploneda-Valencia CF, de la Cerda-Trujillo LF, Varela-Muñoz O, Gutiérrez-Chávez C, et al. Acute appendicitis in an overweight and obese Mexican population: A retrospective cohort study. *Int J Surg*. 2016; 32: 6-9
15. Humes DJ, Simpson J. Clinical presentation of acute appendicitis: clinical signs laboratory findings clinical scores, Alvarado score and derivate scores. En: Keyzer C, Gevenois PA (Eds.). *Imaging of acute appendicitis in adults and children*. Berlin: Springer Science & Business Media; 2011