



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GONZALO ANDRÉS SÁENZ MORENO

ASESOR

EDWIN LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GONZALO ANDRÉS SÁENZ MORENO

ASESOR:

DR. EDWIN LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

Dedicatoria

Dedicado especialmente a mis padres, sin duda alguna fueron un apoyo incondicional durante toda mi carrera

ÍNDICE

CONTENIDO

Índice.....	III
Resumen	IV
Abstract.....	VI
Introducción.....	IX
CAPÍTULO I: DE LA TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
Rotación de medicina	1
Rotación de cirugía	4
Rotación de Gineco-Obstetricia	6
Rotación de Pediatría	7
Capitulo ii: Contexto en el cual se desarrolló la experiencia	10
CAPÍTULO III. DE LA APLICACIÓN PROFESIONAL.....	11
Rotación de Medicina Interna.....	11
Rotación de Cirugía general.....	13
Rotación de Gineco-obstetricia	15
Rotación de Pediatría	18
Conclusiones.....	22
Recomendaciones	23
Referencias bibliográficas.....	24

RESUMEN

El internado médico es la etapa final de todo estudiante de medicina humana, donde se da paso a la parte práctica de la carrera, donde el estudiante se adentra más en la práctica médica reforzando sus conocimientos teóricos.

En este periodo de internado médico se presentaron algunos problemas a nivel nacional como es la quinta ola de la pandemia de COVID-19 así como dificultades por parte del gobierno y políticos, lo que ocasionaron ciertas molestias para el desarrollo del internado médico.

En este trabajo se expondrá las experiencias vividas del internado médico en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, como también, una descripción de 8 casos clínicos de las áreas de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Se hará una descripción del hospital y las responsabilidades que tuvimos que manejar los internos de medicina en el hospital.

Objetivo: Describir las experiencias y el progreso evolutivo del internado médico hospitalario comprendido durante los meses de noviembre del 2022 hasta marzo del 2023. Se puntualiza la trayectoria profesional, el contexto en el cual se realizó el internado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales y la aplicación profesional de los conocimientos adquiridos a lo largo de esta experiencia.

Metodología: Se relata la experiencia del internado médico hospitalario en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, así como se describen 2 casos clínicos de cada rotación.

Resultados: Rotación de medicina interna Caso 1: Paciente femenina de 29 años, diagnóstico ingreso: Síndrome febril, cefalea, paciente infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida, diagnóstico final: Síndrome meníngeo más Hidrocefalia, recaída de criptococosis y descartar meningoencefalitis Caso 2: Paciente masculino de 70 años, diagnóstico de ingreso: Síndrome doloroso abdominal a descartar una obstrucción intestinal y a descartar pancreatitis, diagnóstico final: Pancreatitis aguda de etiología biliar, complicada con coledocolitiasis, hipertensión arterial en tratamiento, accidente cerebro vascular secuelar. **Rotación de cirugía.** Caso 1: Paciente

de 68 años, diagnóstico de ingreso: Síndrome doloroso abdominal a descartar una obstrucción intestinal, diagnóstico final: Obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides, dolico megacolon. Caso 2: Paciente femenina de 42 años, diagnóstico de ingreso: Hernia umbilical no incarcerada, diagnóstico final: Hernia umbilical, hernia epigástrica. **Rotación de Ginecoobstetricia.** Caso 1: Paciente femenina 23 años, diagnósticos de ingreso: Gestante segunda de 15 semana, síndrome doloroso abdominal a descartar gastritis aguda. Diagnósticos finales: Hiperémesis gravídica, candidiasis esofágica, gastritis crónica. Caso 2: Paciente femenina de 29 años, diagnóstico de ingreso: Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, placenta previa, diagnóstico final: Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: Desprendimiento prematura de placenta. **Rotación de pediatría.** Caso 1: Paciente masculino de 8 años con diagnóstico de ingreso: Hipertensión endocraneana, estatus convulsivo, hemorragia intracerebral, diagnóstico final: Muerte cerebral, hemorragia intracerebral por ruptura de la arteria cerebral media derecha. Caso 2: Paciente masculino de 4 años con diagnósticos iniciales de: Crisis asmática severa y deshidratación severa, diagnósticos finales: Neumonía bacteriana, crisis asmática, anemia leve.

Conclusiones: El internado médico es una etapa crucial en la formación profesional del futuro médico y es fundamental para el estudiante de medicina.

Palabras clave: Internado médico, pandemia, atención médica.

ABSTRACT

The medical internship is the final stage of every student of human medicine, where the practical part of the career begins, where the student goes deeper into medical practice, reinforcing their theoretical knowledge.

During this period of medical internship, some problems arose at the national level, such as the fifth wave of the COVID-19 pandemic, as well as difficulties on the part of the government and politicians, which caused certain inconveniences for the development of the medical internship.

In this work, the experiences of the medical internship at the Sergio E. Bernales National Hospital will be exposed, as well as a description of 8 clinical cases from the areas of Internal Medicine, Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics. A description of the hospital and the responsibilities that we had to handle as medical interns in the hospital will be made.

Objective: To describe the experiences and the evolutionary progress of the hospital medical internship between the months of November 2022 and March 2023. The professional trajectory, the context in which the internship was carried out at the Sergio E. Bernales National Hospital and the professional application of the knowledge acquired throughout this experience.

Methodology: The experience of the hospital medical internship at the Sergio E. Bernales National Hospital is reported, as well as two clinical cases of each rotation are described.

Results: Internal medicine rotation: Case 1: 29-year-old female patient, admission diagnosis: febrile syndrome, headache, patient infected with the human immunodeficiency virus, final diagnosis: Meningeal syndrome plus Hydrocephalus, relapse of cryptococcosis and rule out meningoencephalitis
Case 2 : A 70-year-old male patient, admission diagnosis: abdominal pain syndrome to rule out intestinal obstruction and rule out pancreatitis, final diagnosis: acute pancreatitis of biliary etiology, complicated by choledocholithiasis, arterial hypertension under treatment, sequelae of a cerebrovascular accident. **Surgery rotation.** Case 1: 68-year-old patient, admission diagnosis: abdominal pain syndrome to rule out intestinal

obstruction, final diagnosis: intestinal obstruction due to sigmoid volvulus, dolichomegacolon. Case 2: 42-year-old female patient, admission diagnosis: non-incarcerated umbilical hernia, final diagnosis: umbilical hernia, epigastric hernia. **Gynecology and Obstetrics rotation.** Case 1: 23-year-old female patient, admission diagnoses: Second 15-week pregnant woman, abdominal pain syndrome to rule out acute gastritis. Final diagnoses: hyperemesis gravidarum, esophageal candidiasis, chronic gastritis. Case 2: A 29-year-old female patient, admission diagnosis: Bleeding in the second half of pregnancy, placenta previa, final diagnosis: Bleeding in the second half of pregnancy: premature placental abruption. **Pediatric rotation.** Case 1: 8-year-old male patient with a diagnosis on admission: intracranial hypertension, convulsive status, intracerebral hemorrhage, final diagnosis: brain death, intracerebral hemorrhage due to rupture of the right middle cerebral artery. Case 2: 4-year-old male patient with initial diagnoses of: severe asthmatic attack and severe dehydration, final diagnoses: bacterial pneumonia, asthmatic attack, mild anemia.

Conclusions: The medical internship is a crucial stage in the professional training of the future doctor and is fundamental for the medical student.

Keywords: Medical internship, pandemic, medical care.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES 2022-2023**

AUTOR

Gonzalo Andrés Sáenz Moreno

RECUENTO DE PALABRAS

7859 Words

RECUENTO DE CARACTERES

44138 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

33 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

88.2KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 18, 2023 10:03 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 18, 2023 10:03 AM GMT-5

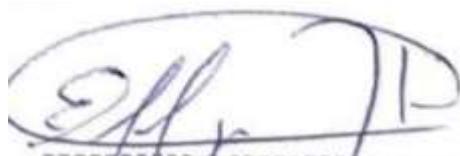
● **9% de similitud general**

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

- 9% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. EDWIN LAJARUNA ZUMAETA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
C.R.P. 47893 R.N.E. 21321

<https://orcid.org/0000-0003-0418-871X>

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa dentro de la carrera de medicina, donde se aplican los conocimientos y destrezas adquiridas durante la etapa de pregrado y se consolidan nuestras habilidades para lograr una adecuada atención médica hacia el paciente. Durante esta etapa el estudiante de medicina desarrolla la destreza necesaria para la atención médica, adentrándose en la labor multidisciplinaria y aprendiendo sobre los diversos casos de atención médica a los cuales los estudiantes se enfrentarán cuando comience la labor médica.

Durante el internado médico hospitalario, en el hospital Nacional Sergio E. Bernales se realizó rotaciones en 4 especialidades: Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría para lo cual el interno de medicina permanece aproximadamente durante 7 semanas.

El internado médico realizado se subdividió en 5 meses de estancia en un centro de salud I-III, Gustavo Lanatta de San Martín de Porres y los 5 meses restantes durante el hospital nacional Sergio Bernales.

Por la coyuntura nacional correspondiente al periodo de transición en el gobierno del Perú, para salvaguardar la seguridad de los internos de ciencias de la salud durante un breve periodo de tiempo los internos dejamos de asistir, en los periodos.

CAPÍTULO I: DE LA TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se presentará una revisión de 8 casos clínicos que me sirvieron para mi formación profesional y afianzar mis conocimientos para así brindar un adecuado manejo de los pacientes. Son casos recibidos durante mi estadía en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Internado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Especialidades rotantes: Medicina Interna, Cirugía general, Ginecoobstetricia y Pediatría.

Rotación de medicina

Es la primera rotación que realicé durante mi estancia en el hospital. Comenzamos el 1ero de noviembre a las 7 am en el pabellón de Medicina Interna, donde tuvimos la oportunidad de aprender de una diversidad de casos, entre los cuales describiré dos a continuación:

Caso 1

Paciente con antecedente de tener el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida con tratamiento antirretroviral irregular (TARGA), que llega al servicio de emergencia por presentar cefalea de 2 semanas de evolución, además de presentar malestar general y sensación de alza térmica no cuantificable. Refiere que no estuvo tomando adicionalmente medicación aparte del TARGA.

Al examen físico no se le evidencia anormalidades y se le solicita los siguientes exámenes de laboratorio:

Hemograma

Leucocitos: 7800

Hemoglobina: 8.60 g/dL

VCM: 72.9

HCM: 23.30

Plaquetas: 439 00

Linfocitos: 940

Glucosa: 95

Urea: 28

Creatinina: 0.61

PCR: 0.05

TEM Cerebral: Se evidencia edema difuso más ventriculomegalia

Tras la examinación, con evidencia de estar despierta, LOTEPE, con rigidez de nuca. Tras la realización de la TEM Cerebral, se evidenció dilatación del tercer, cuarto y ventrículos laterales compatibles con hidrocefalia e hipodensidad a nivel subcortical, además, en interconsulta Neurología sugirió punción lumbar diaria, reevaluación por infectología por sus episodios de convulsión añadió diazepam 10 mg condicional a crisis convulsiva, fenitoína 100 mg c/8h por vía endovenosa. Ya con resultados de laboratorio se plantearon los siguientes diagnósticos.

1. Síndrome meníngeo
 - a. Criptococosis en recaída
 - b. Descartar Meningoencefalitis subaguda: viral vs bacteriano
2. Hidrocefalia
3. Virus de la inmunodeficiencia humana adquirida con TARGA
4. Anemia moderada normocítica hipocrómica
5. Síndrome convulsivo
6. Trastorno hidroelectrolítico: Hipokalemia severa

Tras evaluación por el servicio de neurología, se sugirió la realización de punción lumbar diaria.

Caso 2

Paciente masculino de 70 años que ingresa por emergencia de medicina por presentar sintomatología de 3 días caracterizado por constipación, dos días antes del ingreso, se añade el dolor abdominal difuso de moderada intensidad que a la evaluación por emergencia se presenta con dolor 6/10 por lo que ingiere analgésicos, pero los síntomas se agudizan y ahora se acompañan de náuseas. Niega sensación de alza térmica, al examen físico se presenta con:

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/-, no ictericia.

Tórax y pulmones: Móvil, simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se auscultaron ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, glóbulos, ruidos hidroaéreos incrementados, doloroso a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, no visceromegalia.

Sistema nervioso central: Despierto, conectado con su entorno, escala de Glasgow: 15/15, no se evidencia signos meníngeos ni de focalización.

por lo que en emergencia se plantea los siguientes diagnósticos:

1. Síndrome doloroso abdominal
 - a. Descartar obstrucción intestinal
 - b. Descartar Pancreatitis

Se solicitaron los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, electrocardiograma, análisis de gases arteriales y electrolitos, perfil de coagulación, perfil hepático, HIV, Sífilis, antígeno de superficie VHB, dentro de los cuales:

Hemograma: Leucocitos 14600, Hemoglobina: 13.90 g/dL, hematocrito: 42.80 %, plaquetas: 320000, bastonados: 0%, segmentados: 91%

- Amilasa: 2020 U/L
- Lipasa: 5604 U/L
- Proteína C reactiva: 6.62 mg/dL
- Úrea: 24 mg/dL
- Creatinina: 1.19 mg/dL
- Sífilis: Reactivo, VHBs: No reactivo, VIH: No reactivo
- Electrolitos: Sodio: 139 mEq/L, potasio: 3,79 mEq/L, cloro: 111 mEq/L
- Examen de orina no patológico

Tras administración de hidratación y tratamiento contra la constipación como lactulosa y enema evacuante se descarta el diagnóstico de obstrucción intestinal. Por lo que los diagnósticos se agudizan:

1. Pancreatitis aguda
 - a. Etiología biliar
 - b. Complicada: Coledocolitiasis de alta probabilidad
2. HTA por historia clínica
3. ACV secuelar

Tras solicitud de ecografía abdominal superior se muestra un colédoco en 8.5 mm (Dilatado), vena porta en 11mm, vesícula biliar: 44X20 mm, pared de 3.2 mm, presencia de algunas imágenes litiásicas, de las cuales, una de ellas mide 14 mm, el páncreas no se visualizó por interposición gaseosa, bazo: mide 100x34 mm, con parénquima conservado. No se evidenció líquido libre en cavidad abdominal y hubo meteorismo intestinal incrementado.

Rotación de cirugía

Caso 1

Paciente adulto mayor de 68 años que ingresa por emergencia de tópico de medicina por presentar desde hace aproximadamente 6 horas un dolor abdominal tipo cólico asociado a náusea.

Al examen clínico se encontraba con los ruidos hidroaéreos incrementados, el abdomen blando y poco depresible, con percusión timpánica y dolor a la palpación difusa. Se solicitan exámenes de rutina: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, radiografía de abdomen de pie, análisis de gases arteriales y electrolitos, grupo y factor y prueba antigénica contra la COVID 19, que dio como resultado negativo y resto de exámenes no patológicos.

Tras la examinación por radiografía se evidencia que el paciente presenta una gran distensión de las asas intestinales. Se plantearon los diagnósticos iniciales de:

- Síndrome doloroso abdominal superior e inferior
 - Descartar Obstrucción intestinal

Se le realizó una laparotomía exploratoria + colostomía a lo Hartman+ SC+ Dren Penrose, en donde se encontró 1 vólvulo de sigmoide de +/- 40 cm, en sentido antihorario a 180 grados, paredes del colon sigmoide dilatadas y necrosadas con líquido inflamatorio de aproximadamente 100 cc, además de evidenciarse un dolicomegacolon.

Caso 2

Paciente femenino de 42 años que ingresa al hospital por consultorios externos refiere que desde hace 5 años inicia con dolor tipo cólico en mesogastrio (6/10) que iniciaba cuando levantaba un peso o hacía esfuerzo físico moderado. Des aproximadamente hace 2 años siente una tumoración en mesogastrio de +/- 6 cm de diámetro que se reducía cuando se echaba o realizaba masajes, tras ver que los cólicos continuaban y se intensifican cuando realizaba esfuerzo físico o fuerza y acompañarse de náuseas se acerca al hospital para consulta.

Al examen clínico paciente se encontraba en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente buen estado de nutrición.

Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia ni cianosis.

Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada, no se auscultaron ruidos agregados.

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, se palpa masa en región umbilical asociado a dolor tipo cólico de intensidad 7/10.

Sistema nervioso central: Despierta, conectada con el ambiente, escala de Glasgow: 15/15, no hay signos meníngeos ni de focalización.

Por lo que se le diagnostica como una hernia umbilical no encarcerada y se realizan los preparativos para programarla para sala de operaciones. Tras la llegada de los resultados de exámenes de laboratorios no patológicos se mantienen en espera de SOP al paciente.

Tras la operación los diagnósticos post quirúrgicos fueron de hernia umbilical+ hernia epigástrica se encontró un defecto herniario epigástrico de +/- 3 cm, saco

de 4+/- 4 x 6 cm, conteniendo grasa peritoneal; un defecto de hernia umbilical de aproximadamente 1.5 cm conteniendo grasa preperitoneal y saco de +/- 2 cm.

Rotación de Gineco-Obstetricia

Caso 1

Paciente gestante (G2) de 23 años ingresa que por emergencia por ambulancia SAMU por presentar dolor abdominal, náuseas y vómitos de contenido alimenticio de aproximadamente 1 día de evolución, refiere que antes del ingreso al hospital presentó sensación de alza térmica que disminuyó tras el consumo de metamizol. Como antecedentes menciona que tuvo 1 cesárea anterior por preeclampsia con feto de 36 semanas de edad gestacional. No tuvo pérdidas, al examen físico, no presenta sangrado a la exploración vaginal y los latidos fetales de su gestación actual al ingreso fueron 145 por minuto y presentó dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior. Se plantearon los siguientes diagnósticos iniciales:

1. Síndrome febril
2. Síndrome doloroso abdominal
 - a. Descartar Infección del tracto urinario
 - b. Descartar gastritis aguda

Tras los exámenes de laboratorio de orina no patológicos se descarta la posibilidad de infección del tracto urinario y resultados de leucocitos: 11 200, hemoglobina 11 g/dL, plaquetas: 306 000, glucosa 208, Na: 127, K, 2.74, Cl: 114

Se agudizan los diagnósticos:

1. Hiperémesis gravídica
2. Hipokalemia moderada
3. ARO: Controles prenatales insuficientes

Tras interconsulta con gastroenterología se sugiere pedir exámenes de laboratorio: Antígeno de superficie contra la hepatitis B, VHBanticore, VHC, ecografía abdominal completa, ranitidina y una orden para endoscopia digestiva alta tras lo cual se observa en el tercio inferior del esófago placas blanco-

amarillentas aisladas de 1 a 2 mm y el estómago se observó en el cuerpo eritema levemente y los pliegues mucosos congestivos por lo que se añaden los diagnósticos de candidiasis esofágica y gastritis crónica superficial.

Caso 2

Paciente en su cuarta gestación acude por emergencia por referir sangrado vaginal desde aproximadamente 1 semana, negó pérdida de líquido y percibió los movimientos fetales. Presentó antecedentes de 3 cesáreas anteriores por pelvis estrecha y al momento del ingreso se encontraba en la semana 37 de gestación. Al examen físico presentó una altura uterina de 33 cm, en su situación, posición y presentación el feto se encontraba en longitudinal cefálico izquierdo, sus latidos cardiacos fetales en 136 por minuto, sus movimientos fetales ++/+++ y sangrando vaginal no activo a la especuloscopia, se plantearon los siguientes diagnósticos iniciales:

1. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo
 - a. Descartar Placenta previa
2. Alto riesgo obstétrico: Cesárea anterior 3 veces
3. Alto riesgo obstétrico: No hay controles prenatales

Según ecografía obstétrica en el barrido se plantea placenta previa total por lo que se programa para cesárea de emergencia. Tras la cesárea se evidenció un recién nacido vivo en cefálico, placenta desprendida en un 20%, líquido amniótico sanguinolento y síndrome adherencial severo por lo que el diagnóstico se agudiza por desprendimiento prematura de la placenta.

Rotación de Pediatría

Caso 1

Llegó el caso de un paciente de 8 años de edad de iniciales x.x.x.x que llegó mostrando signos de tía de menor refiere que 2 horas antes del ingreso del menor a emergencias pediátricas el paciente le indicó dolor de cabeza intenso en hemicráneo derecho, 3 episodios de vómitos explosivos con movimiento de hiperextensión en hemicuerpo derecho motivo por el cual acudió al emergencia de EsSalud (Hospital Mariano Molina), donde al no contar con seguro activo le

mencionan que acuda a otro nosocomio llegando al servicio de emergencias pediátricas del HNSEB. Al examen físico del ingreso se encontraba:

- Piel: Tibia, palidez marcada, mucosa oral poco hidratada
- Ojos: Pupilas midriáticas 0.5 mm, anisocóricas bilaterales
- SNC: Hiperextensión de hemicuerpo derecho, hipertonicidad de hemicuerpo izquierdo, agitación psicomotriz, Babinski bilateral presente espontánea

Escala de Glasgow:

- Respuesta ocular: 4 puntos
- Respuesta verbal: 1 punto
- Respuesta motora: 5 puntos

Por lo que se plantearon los diagnósticos iniciales de

1. Hipertensión endocraneana
2. Hemorragia intracerebral
 - a. Descartar malformación arteriovenosa
3. Descartar epilepsia en debut
4. Descartar trastorno metabólico
5. Estatus convulsivo
6. Descartar encefalitis
7. Descartar intoxicación por sustancia desconocida

Debido a la gravedad del caso paciente recibió apoyo oxigenatorio inmediato, terapia anticonvulsiva con midazolam, fenitoína 500 mg ev, cabecera elevada y pasó a la unidad de Shock Trauma pediátrico donde se efectivizó la toma de los exámenes de laboratorio, se solicitó una TEM cerebral sin contaste y se solicitó interconsulta a Neurocirugía y a Trauma Shock adultos para el proceso de intubación. Tras la interconsulta con neurocirugía y tras evidenciar la TEM y que no responde a estímulo dolorosa, no moviliza extremidades, reflejos osteotendinosos ausentes, pupilas en 6mm bilateral, no reactivas a la luz, se agudizó hacia el diagnóstico de muerte cerebral. Asimismo, en la tomografía se evidenció evento hemorrágico agudo asociado a edema perilesional por

probable ruptura de vasos del territorio de la arteria cerebral media derecha condicionando a desviación de la línea media y parcial del tronco encefálico.

Caso 2

Se trata de un paciente cuya madre refirió que su menor hijo presentaba alza térmica no cuantificada durante 2 días que se acompañaba de rinorrea, congestión nasal, menciona como antecedente que es alérgico a la amoxicilina y que en las 2 últimas horas mencionó que se añadió una tos seca continua por lo que la trae al servicio de emergencia del hospital nacional Sergio E. Bernales.

Paciente en emergencia se presenta con piel pálida, ojos hundidos y mucosas secas, además de evidenciar aleteo nasal.

A la examinación del tórax se mostró con politirajes, a la examinación pulmonar el murmullo vesicular pasaba bien en ambos campos pulmonar, se auscultaron roncales y sibilantes en ambos campos pulmonares. Se diagnosticaron inicialmente:

1. Crisis asmática severa
2. Descartar atelectasia
3. Descartar neumonía
4. Deshidratación severa

Se le inicia terapia con antibióticos, ceftriaxona a 630 gr por vía endovenosa cada 12 horas, añadiéndose corticoides como dexametasona 1,6 gr EV c/6h, y salbutamol 100 ug 4 puff cada 12 horas + bromuro de ipratropio 10 ug, 4 puff cada 4 horas y budesónida 200 ug 1puff cada 12 horas, pasando a hospitalización evolucionando lenta y favorablemente cesando la crisis asmática y los tirajes, con ayuda de terapia oxigenatoria a 2L con cánula binasal y presentándose con los diagnósticos de:

1. Neumonía bacteriana
2. Crisis asmática
3. Anemia leve

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL CUAL SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico en el ambiente hospitalario se desarrolló entre los meses de noviembre a fines de marzo, siendo este hospital un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, caracterizado por ser un centro de alta complejidad y clasificado con nivel III-1. Está ubicado en el distrito de Comas, av. Túpac Amaru N° 8000 P.J. Collique (Km 14.5 de la carretera Lima-Canta). Y se atiende pacientes provenientes de los distritos de Comas, Carabayllo, Independencia, Puente Piedra, Los Olivos.

Nuestras funciones como internos de medicina fueron ser la primera medida de alerta mediante la observación de los pacientes, elaboración de historias clínicas, evolución de los pacientes por cada día de hospitalización, estando bajo la supervisión de cada médico asistente o médico residente los internos de medicina también realizamos otros procedimientos como la toma de muestra para exámenes de gases arteriales (AGA), curaciones de heridas, colocación de yeso y férulas, colocación y retiro de sondas vesicales, suturas y retiro de puntos.

Asimismo, los internos de medicina también colaboran con las altas hospitalarias, el llenado adecuado de las FUA, órdenes médicas de laboratorio, de imágenes, llenado de formato de referencia y contrarreferencia, así como colabora con las recetas médicas.

CAPÍTULO III. DE LA APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación de Medicina Interna

Caso 1

Paciente con el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida con tratamiento no regular, esta enfermedad condiciona una destrucción progresiva del sistema inmune, evidenciándose una disminución en el número de linfocitos T CD4. Tras estar en el estadio sida y estar mal controlado el recuento de linfocitos T CD4 disminuye por lo que se presentan patologías neoplásicas, así como oportunistas, que en un paciente inmunocompetente no causarían mayor daño. La paciente fue afectada por un microorganismo oportunista, el criptococo, el cual es un hongo saprofito, el cual ingresa al organismo al inhalar pequeñas levaduras y se asienta en los pulmones en donde, al no tener una cantidad suficiente de CD, tiende a diseminarse, presenta una gran predilección para afectar el sistema nervioso, donde se muestra con un cuadro de meningoencefalitis y el cuadro que se presenta generalmente es menos agudo, cefalea, fiebre y un examen físico no patognomónico. (1)

Los primeros síntomas evidenciados son cefalea, marcha tambaleante, demencia, confusión, náuseas, estado de irritabilidad, visión borrosa, fiebre y signos de irritación meníngea, y como su vía de diseminación es hematogena también puede afectar el sistema nervioso, el hueso, próstata y la piel. (2)

El diagnóstico se realiza a través del método de la tinta china, siendo la muestra de elección el líquido cefalorraquídeo, siendo la prueba positiva el encontrar levaduras encapsuladas y la confirmación del diagnóstico se realiza por medio del cultivo en medio Agar Sabouraud.

Como método de tratamiento farmacológico se presentan 3 fases de inducción, consolidación y mantenimiento, donde en la inducción se realiza una esterilización rápida del líquido cefalorraquídeo con Anfotericina B deoxicolato inyectable en combinación con fluticasona oral. En la fase de consolidación y mantenimiento se considera el uso de fluconazol 800 mg/día durante 8 semanas,

al término de la fase de inducción, luego el paciente debe continuar con fluconazol 200 mg/día por un año como mínimo. (3)

El paciente del caso clínico según toma de antibiograma se evidenció resistencia a diversos medicamentos, dentro de los cuales se mencionan: Anfotericina B, Imipenem, meropenem, amikacina, piperacilina/Tazobactam, ceftazidima, cefepime, ciprofloxacina, Ceftolozano/Tazobactam por lo que el servicio de Infectología tras interconsulta recomendó continuar el tratamiento con fluconazol EV 1200 mg/día+ fluticasona.

Caso 2

La pancreatitis aguda leve define una enfermedad donde hay compromiso como edema de la glándula pancreática sin presentar falla de órgano ni complicaciones a nivel local. (4)

Los factores de riesgo más frecuentes son los cálculos biliares y el abuso de alcohol, otros factores de riesgo menos frecuentes, pero no menos importantes son el consumo de tabaco, hipertrigliceridemia, CEPRE, esta enfermedad puede ser diagnosticada si cumple al menos dos de los siguientes 3 criterios:

1. Dolor abdominal típico: De inicio agudo o persistente a nivel de epigastrio, frecuentemente irradiado hacia la espalda
2. Incremento de los valores de lipasa sérica de al menos 3 veces más del límite normal
3. Características morfológicas en las pruebas de imagen. (5)

Es de gran importancia clasificar la severidad del cuadro inmediatamente al ingreso así para poder discernir qué pacientes podrían desarrollar complicaciones locales o sistémicas y quiénes se pueden beneficiar con una terapia intensiva, por ello según opinión de expertos en la materia, se acepta la clasificación de Atlanta como instrumento para medir la severidad del cuadro, clasificando según no tiene complicaciones locales o falla de órgano como pancreatitis aguda leve, si en caso presente una falla transitoria de órgano (Menor de 48 horas) y/o complicaciones o comorbilidades como pancreatitis aguda moderada severa y como pancreatitis aguda severa a aquella que

presenta falla persistente de órgano (Más de 48 horas) con o sin complicaciones locales. (6)

Con referencia al tratamiento se menciona una agresiva resucitación con fluidos precoz con lactato ringer en un bolo inicial de 15-20 mg/Kg seguido de su administración continua por 3 mg/Kg por hora, asimismo, el tratamiento debe guiarse bajo un régimen de no brindar alimentación por la vía oral, de acuerdo con la severidad del cuadro, hasta que haya una mejora en la sintomatología por lo que se progresa la dieta según la mejoría del paciente.

Otro aspecto importante en el manejo de la pancreatitis es el manejo del dolor, que según la OMS se maneja según la escala analgésica del dolor de la OMS, comenzando de primera mano con los analgésicos no esteroides, opioides débiles, hasta los opioides potentes. (7)

En nuestro paciente, adulto mayor se espera encontrar que la etiología sea biliar, ya que tras evaluación de ecografía se evidenció litiasis biliar, dentro de las cuales, una de ellas mide 14 mm además de un colédoco dilatado (8.5 mm) además que se debe averiguar si tiene otros factores de riesgo como si es considerado adulto mayor frágil o si es tiene etiología sobreagregada, como malignidad por neoplasia, o si presenta polifarmacia, ya que son factores de riesgo en esta etapa de vida que empeoran el pronóstico del paciente. Se menciona que como tal su manejo inicial con hidratación con cloruro de sodio al 0.9%, Dextrosa 5% 1000cc, 2 ampollas de hipersodio, 1 ampolla de KCl al 20%.

Rotación de Cirugía general

Caso 1

La obstrucción intestinal puede ser dividida por sus causas mecánicas (Dinámica) o por no mecánicas (Causas adinámicas). En las mecánicas existe una obstrucción parcial del lumen del intestino asociado con un incremento del peristaltismo en un intento por desbloquear la obstrucción. Entre las causas más frecuentes se encuentra: Bridas y adherencias, hernias, tumores, vólvulos y estenosis y dentro de las causas no mecánicas o obstrucción adinámica se encuentra el íleo parálítico y la pseudoobstrucción colónica, donde hay un

reducido o ausente peristaltismo debido a una alteración en la transmisión neuromuscular del sistema parasimpático. (8)

Existen alrededor de 4 características cardinales dentro de la obstrucción intestinal

- Dolor abdominal
- Vómitos
- Distensión abdominal
- Constipación

En el manejo de la obstrucción intestinal por el vólvulo de sigmoides se observa que alrededor del 70-90% de los casos tienden a resolverse sin la necesidad de mayor intervención, pero la tasa de recurrencia es alta, el motivo de la programación de emergencia para sala de operaciones entonces será cuando haya evidencia de isquemia o en caso de repetidas ocasiones, ya que la descompresión del vólvulo endoscópicamente por sí solo no es suficiente. El algoritmo de tratamiento con mayor aceptación incluye la descompresión con enema contrastado y la sigmoidoscopia flexible seguido de una resección de urgencia. Actualmente, se espera un tiempo promedio de 1 a 3 días posterior a la descompresión para la resección, salvo en casos de inestabilidad hemodinámica, signos de perforación o intestino gangrenoso por endoscopia se realiza una exploración de urgencia. (9)

Se recomienda el manejo por intervención de Hartmann, que también es recomendado para pacientes hemodinámicamente inestables o aquellos que presentan factores de riesgo para presentar anastomosis colorrectal (10). Si un colon con condiciones viable la resección primaria por anastomosis es considerada como la primera opción de elección. En nuestro paciente se realizó con éxito una.

Caso 2

La hernia es una protrusión o proyección de un órgano o parte del órgano a través de un defecto de la aponeurosis de la cavidad en que se aloja o por un orificio natural. (11) Son de relativa poca frecuencia en la mujer adulta, no obstante, si la mujer está gestando a esto se lo considera como un factor de

riesgo. Existen algunos factores predisponentes para el desarrollo de una hernia ventral, como la que presenta nuestro paciente, epigástrica y umbilical. Que son los esfuerzos excesivos, el levantar objetos muy pesados, presión aumentada del abdomen, sobrepeso, estornudo o tos crónica, estreñimiento. (12)

Para el manejo de la hernia se recomienda la reparación quirúrgica para pacientes con sintomatología, el cual se puede hacer por los métodos de reparación de la sutura primaria y malla, la primera de los cuales se practica generalmente en defectos de la pared menores a 2cm, aunque se evidenció que usando esta técnica había un 10 % de tasa de recurrencia, por lo que poco a poco la reparación con malla se volvió el método de elección para hernias mayores de 1cm. Esto se realiza con abordajes abierto o abordaje laparoscópico, la abierta se asocia con mayores complicaciones por la herida operatoria en cambio, la laparoscópica se caracteriza por dar una estancia hospitalaria más corta, menor tasa de complicaciones a corto y largo plazo y menor porcentaje de recurrencia. (13)

En la paciente de 42 años la operación indicada fue una cura quirúrgica de hernia umbilical reducible, pero a la exploración se encontró añadido a este diagnóstico una hernia epigástrica por lo que se hizo una hernioplastia epigástrica y umbilical, haciendo una exéresis de saco de la hernia epigástrica, liberación roma del espacio preperitoneal, y la colocación de malla de polipropileno con hilo nylon 2/0. Tras la operación el paciente tolera el acto quirúrgico por lo que pasa a la unidad de recuperación post anestésica.

Rotación de Gineco-obstetricia

Caso 1

La hiperémesis gravídica es considerada como el espectro más grave de las náuseas y vómitos en el embarazo, donde se persiste a lo largo del día sumado a una intolerancia a la ingesta por lo que conlleva a complicaciones como pérdida ponderal de peso, deshidratación y alteraciones electrolíticas. (14) Presenta una etiología de aspecto multifactorial como las causas hormonales como la elevación de la hormona gonadotropina coriónica humana tanto en gestación múltiple como en enfermedad trofoblástica de mayor frecuencia, en este paciente

por su condición de embarazo ya se pueden observar cambios en los niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana por lo que se guarda mucha relación.

Asimismo, la candidiasis esofágica es causada por un microorganismo perteneciendo a la flora normal, que cuando hay alguna alteración del sistema inmune, puede ocurrir un sobrecimiento y así conllevar a la aparición de sintomatología, se menciona en la literatura la presencia de algunos factores de riesgo que incrementan las probabilidades de que se presente este microorganismo de manera patológica, la edad; puede ocurrir en pacientes con menor edad o ocurrir en pacientes adultos mayores, aunque si existe abuso de medicación puede cambiar el microambiente para el desarrollo de la candida en este lugar; inhibidores de bomba de protones, es la causa más frecuente de candidiasis esofágica en pacientes que no presentan VIH, contribuyendo en aproximadamente 63-81% de los casos; el tabaco, las comorbilidades, como el presentar VIH+, especialmente en aquellos pacientes que no lleven un adecuado control con antirretrovirales o en pacientes que presenten alteración en la inmunidad como en aquellos que han sido trasplantados, que reciben corticosteroides o antibioticoterapia. (15)

Caso 2

La placenta previa es una complicación obstétrica con una prevalencia de 5.3 por 1000 embarazos, aquí, la placenta se encuentra parcial o totalmente obstruyendo el orificio cervical interno, y está relacionado con algunos resultados adversos como la hemorragia antes del parto, hemorragia postparto, mala presentación del feto, restricción del crecimiento intrauterino, tromboflebitis, septicemia y trabajo de parto pretérmino. (16)

Dentro de los factores de riesgo para el desprendimiento prematuro de placenta se encuentra el hábito de fumar o consumir alcohol durante el embarazo, así como la multiparidad y los desórdenes hipertensivos del embarazo. Hay algunas complicaciones maternas debido al desprendimiento prematuro de placenta las cuales varían según la severidad del cuadro como infarto de miocardio, miocardiopatía, falla cardíaca, desórdenes cerebrovasculares o la muerte. (17)

El desprendimiento de placenta ocurre cuando los vasos maternos se desprenden de la placenta y se presenta sangrando entre el útero y el lado materno de la placenta. Según su ubicación puede ser completo, parcial, marginal o central y según su gravedad en:

Clase 0 o asintomática: Donde hay evidencia de coágulo de sangre en el lado materno de la placenta expulsada.

Caso 1, leve: No se presentan signos de sangrado vaginal o si hay es escaso, no hay signos de sufrimiento fetal y hay ligera sensibilidad uterina.

Caso 2 o moderado: Puede haber escaso sangrado a moderado sangrado, sensibilidad con contracciones tetánicas, evidencia de sufrimiento fetal, se puede evidenciar alteraciones en el perfil de coagulación como la hipofibrinogenemia.

Clase 3 o severo: Puede presentarse sin signos de sangrado vaginal hasta verse con sangrado vaginal abundantes, útero con contracciones tetánicas, shock en la madre, hipofibrinogenemia y coagulopatías, muerte fetal. El mecanismo de mayor utilidad para reconocer el inicio de esta patología es la evaluación al paciente, palpando el útero, señalando su consistencia y la frecuencia y duración de las contracciones uterina en caso estén presentes, o en caso se presente sangrado vaginal, ver sus características y la cantidad. (18)

El tratamiento suele comenzar desde la atención prehospitalaria brindando soporte vital avanzado y el traslado a una unidad obstétrica, donde reciben hidratación endovenosa y oxígeno suplementario, control materno y fetal de manera continua. En caso de que el grado del desprendimiento sea leve puede tratarse de manera conservadora o si son de clase 2 o 3 y el feto aun es viable se continúa con el parto, excepto en casos donde hay riesgo o signos de sufrimiento fetal donde se tiene que programar una cesárea de emergencia. Al poner en peligro tanto la salud materna como la fetal a nuestra paciente se la programó a una cesárea de emergencia con el previo diagnóstico de placenta previa, pero tras el parto se evidenció que se trataba de un desprendimiento de placenta.

Rotación de Pediatría

Caso 1

El estatus convulsivo es definido como el resultado del fallo entre los mecanismos responsables de la terminación de las convulsiones o el inicio de los mecanismos que llevan a convulsiones anormalmente prolongadas. (19)

Existe una liberación incrementada de glutamato y la activación de los receptores excitatorios NMDA, lo que conlleva al incremento de la entrada de calcio dentro de la célula que a su vez genera disfunción endotelial y así generar un incremento en la producción de especies reactivas de oxígeno por lo que se genera un daño a nivel neuronal.

De acuerdo su etiología un estatus convulsivo se puede presentar por convulsiones febriles, infecciones del sistema nervioso central, desequilibrios hidroelectrolíticos, alteraciones metabólicas, tóxicas, traumatismos o por accidentes cerebrovasculares.

Con relación al manejo de estatus convulsivo como primera medida se maneja teniendo en cuenta el ABCDE, así como la monitorización del paciente, la corrección de la hipoglicemia, evitamos la hipertermia, y la administración de la terapia de apoyo de oxígeno, asimismo, como una de las primeras medidas es encontrar un acceso venoso para la posterior administración de anticonvulsivantes. (20)

Es de vital importancia ahondar en la historia clínica para averiguar la causa probable y así tener un adecuado manejo de la causa de fondo, por lo que también se solicitan exámenes de laboratorio, como glucosa, electrolitos, toxicológicos en orina, hemograma, reactantes de fase aguda, prueba de coagulación. Dentro de los medicamentos para el manejo del estatus convulsivo se encuentran en los tiempos, dentro del estatus epiléptico precoz hasta 10 minutos se brinda tratamiento con fármacos de primera línea como el midazolam (IV 0.3 mg/kg), Lorazepam (0.1 mg/kg) o diazepam (0.2 mg/kg) así como fármacos de segunda línea cuando se está en términos de un estatus epiléptico establecido. Los fármacos de primera línea son las benzodiazepinas por excelencia como el IV Lorazepam y el diazepam IV en caso se cuenta con

acceso venoso, a dosis de 0.1 mg/Kg IV hasta 4 mg/dosis y 0.5 mg/Kg respectivamente. Cuando no se cuenta con un acceso venoso establecido, se evidenció que el midazolam IV y el midazolam intranasal mostró mayor eficacia en terminar la convulsión en relación administración/tiempo de inicio. (21)

Se debe entender que en esta patología el tiempo es vital para intentar mermar el daño a nivel del sistema nervioso, por lo que se recomienda ampliamente el uso de benzodiazepinas por su facilidad de administración y demostrada seguridad.

Caso 2

Se entiende como asma bronquial a una enfermedad heterogénea caracterizado por una inflamación crónica, es definido por presentar historia de síntomas respiratorios, como sibilantes, disnea, opresión de pecho y tos, que varía con el tiempo y varía de intensidad. Presenta una etiología multifactorial caracterizado por atopia, infecciones del tracto respiratorio superior, exposiciones a agentes irritantes como el frío, humo del cigarrillo y otros contaminantes del aire, así como el ejercicio físico. (22)

El primer paso para un adecuado diagnóstico consiste en tener una historia clínica detallada, que debe incluir datos de los síntomas respiratorios, algunos desencadenantes para la tos, sibilancias, disnea, dolor de pecho, si tuvo tratamientos anteriores y la respuesta del organismo a ellos, además de tener detallado la historia familiar. (23)

El tratamiento del asma varía de acuerdo con su grado de severidad; si es intermitente o aquel que no requiere tratamiento a largo plazo, y el asma persistente que está indicado un tratamiento a largo plazo, dedicado a conseguir y mantener el control de las crisis asmáticas en caso del intermitente o de nivel 1 la terapia de rescate será con una beta 2 agonista de acción corta a demanda de acuerdo con los síntomas y no requerirá medicación diaria a largo plazo, en el caso de un asma persistente leve a la beta 2 agonista se le añade como terapia a largo plazo el uso de corticoides inhalados a dosis baja como por ejemplo con la budesonida o beclometasona a 100-200 ug. Si en caso se trate de un paciente con asma persistente moderado o de nivel 3 a la beta 2 agonista se le añade un corticoide inhalado a dosis media 200-800 ug y si se trata de un nivel 4 o

persistente severa a la beta 2 agonista se añade corticoides inhalados a dosis altas 400-800 ug. El tratamiento de la crisis asmática incluye la administración de una beta agonista de acción corta con el siguiente plan: 2-4puff inhalado con aerocámara cada 4 horas, en exacerbaciones de la crisis se recomienda 4-8 puff inhalado con aerocámara cada 15 minutos por 3 dosis. (24)

En el caso de este paciente el niño llegó con signos de gravedad e insuficiencia respiratoria, se presentó con politirajes y aleteo nasal, además de presentar síntomas del tracto respiratorio superior, como la rinorrea con relativa frecuencia por lo que a pesar de su edad ya se le diagnostica como asma bronquial. A nuestro paciente por la severidad del cuadro se le brindó dextrosa al 5% en 1000cc, Nacl al 20% 40cc y Kcl al 20% 10cc a 20 gotas por minuto + un corticoide sistémico (Dexametasona 1,6 mg EV cada 6 horas), una beta agonista de acción corta, salbutamol 100 ug 6 puff cada 20 minutos durante 3 veces, luego a 6 puff cada 2 horas + bromuro de ipratropio 20ug 4 puff cada 4 horas y budesonida a dosis de 200 ug 1 puff cada 12h.

IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Pasar de estudiantes a internos de medicina fue una experiencia única, donde tuvimos la oportunidad de vivir la evolución del ocaso de la pandemia de COVID 19, el cual se evidenció gracias a la mayor cantidad de personas vacunadas posibles por lo que hubo una disminución de la mortalidad en la población.

Durante esta etapa se adquirió conocimientos y destrezas que servirán de base para brindar una atención de calidad al paciente, así como muchos de los internos de medicina decidieron la especialidad que seguirán en su carrera como profesionales médicos.

Se tendrá un gran agradecimiento al hospital que nos acogió como internos, así como también a la universidad de procedencia, ya que sus asesorías y clases fueron de vital importancia para asimilar todos los conocimientos adquiridos durante la práctica, así como para despejar las dudas sobre los casos complejos que nos llegan en el hospital.

CONCLUSIONES

El internado médico es la cláusula final de la carrera de medicina, una etapa necesaria y de vital importancia ya que es ahí donde se consolida lo aprendido durante la carrera.

Durante los inicios del internado se aprende del trabajo en equipo, ya que no solo se contará con médicos residentes o médicos especialistas durante los espacios hospitalarios, si no, que también se cuenta con profesionales de otras carreras de salud, como enfermería, obstetricia, técnicos de enfermería y personal administrativo, así como internos de otras carreras de salud, como nutrición, enfermería y obstetricia.

Hubo diversas dificultades durante el internado, hay internos que viven y realizan grandes distancias para llegar al ambiente de sus rotaciones y no se cuenta con áreas de receso, no obstante, se incurrió a iniciativas para apaciguar estas dificultades como la asistencia fuera de nuestros turnos para tratar de maximizar las horas de aprendizaje, tanto en áreas de emergencia y hospitalización.

Durante el internado médico se tuvo la oportunidad de ver de primera mano la atención médica por especialidades, de la mano de los médicos residentes y asistentes de cada área, pudiendo observar y familiarizarse con los diagnósticos, método de diagnóstico, así como del tratamiento de las enfermedades y procedimientos en sala de operaciones.

RECOMENDACIONES

En nuestro país la mayoría de los hospitales y centros de salud no cuenta con la infraestructura necesaria para poder brindar una atención de calidad por lo que se recomendaría una mayor inversión del gobierno, así como una adecuada gestión para que los recursos lleguen hasta su meta.

Debido a la nueva duración del internado médico (10 meses) los internos de medicina tienen un tiempo escaso para poder abarcar adecuadamente cada rotación por lo que es primordial que se dirijan a todas las áreas posibles para poder abarcar una mayor cantidad de casuística.

La duración del internado médico debido a la pandemia se redujo a 10 meses, y dentro de los cuales, se asignó 5 meses en rotaciones en un centro de salud, de gran importancia para abarcar la realidad de la población y 5 meses en rotaciones hospitalarias, no obstante, considero que tras el fin de la pandemia el internado deba regresar a durar 12 meses, dentro de los cuales, 1 mes deba dedicarse a la labor en el centro de salud y el tiempo restante, en el ambiente hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aveiro Alba Concepción, Fretes Lezcano Vanesa Aniana, et al. Características clínicas de la criptococosis cerebral en pacientes resistentes por el VIH: Hospital Nacional de Paraguay años 2012 a 2020. Rev. Nac. (Itauguá); 13(1): 76-87
2. Edwin Leónidas Moreno Guambo, Ana María Viteri Rojas, et al. Vista de Factores de riesgo de Criptococosis en pacientes inmunodeprimidos VIH. RECIMUNDO; Editorial Saberes del Conocimiento, 2022
3. Hurtado García Steven, Quintero-Cusgüen Patricia. Criptococosis meníngea. Acta Neurol Colomb. 22 de mayo de 2021; 37(1 Suplemento 1): 90-100.
4. Esmer D, Rivera-Villalobos O, Hernández-Sierra JF, et al. Tolerancia a la alimentación inmediata en los pacientes con pancreatitis biliar leve. CirCir.2021; 89(2).
5. Beyer, G; Hoffmeister, A; Lorenz, Et al. Deutscher Ärzteverlag GmbH. Pancreatitis aguda y crónica [Internet]. Deutsches ørzteblatt. 119: 495-501.
6. Szatmary, P., Grammatikopoulos, T., Cai, W. et al. Pancreatitis aguda: diagnóstico y tratamiento. Drogas 82, 1251–1276 (2022).
7. Gapp J, Tariq A, Chandra S. Acute Pancreatitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.
8. Shelly Griffiths, Damian G. Glancy. Intestinal obstruction. Surgery (Oxford), Volume 41, Issue 1, 2023, Pages 47-54, ISSN 0263-9319
9. Underhill J, Munding E, Hayden D. Acute Colonic Pseudo-obstruction and Volvulus: Pathophysiology, Evaluation, and Treatment. Clin Colon Rectal Surg. 2021 Jul;34(4):242-250.
10. Velasco García PS, Sánchez Lara SJ, Ibarra Maldonado J, Lozano Vázquez YA, Gutiérrez Velazco JL, Muciño Pérez LÁ. Vólvulo de sigmoides. Revisión de la literatura. General Cirujano [Internet]. 2021;43(3):165–75
11. Arcondo Vargas R. Chavarría Murillo Sonia, et al. Hernioplastia umbilical en un hospital nacional. CIRUJANO Vol.19 N°2 Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

12. Rodríguez Suárez Sirce, Pavot Garbey Sibelis, Kindelán Mercerón Farah María. Hernia umbilical en una gestante. MEDISAN. 2022 Abr; 26(2): 372-380.
13. Coste AH, Jaafar S, Parmely JD. Hernia umbilical. En: StatPearls. Treasure Island (FL); 2023 ene-.
14. Franken Morales, García Orrego, et al. Manejo de la hiperémesis gravídica según gravedad clínica, Revista Médica Sinergia. Vol. 6, Núm. 7, julio 2021, e692
15. Mohamed AA, Lu X-L, Mounmin FA. Diagnosis and treatment of esophageal candidiasis: Current updates. Can J Gastroenterol Hepatol 2019:3585136
16. Ensiyeh Jenabi, Zohreh Salimi, et al. The risk factors associated with placenta previa: An umbrella review, Placenta, Volume 117, 2022, Pages 21-27, ISSN 0143-4004
17. Oltean, I., Rajaram, A., Tang, K, et al., (2022). The association of placental abruption and pediatric neurological outcome: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Medicine, 12(1), 205.
18. Schmidt P, Skelly CL, Raines DA. Placental Abruption. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.
19. Gonzales A. Estatus epiléptico. Sección urgencias Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 1:119-140
20. Sánchez Fernández I, Goodkin HP, Scott RC. Pathophysiology of convulsive status epilepticus. Seizure [Internet]. 2019; 68:16–21
21. Singh A, Stredny CM, Loddenkemper T. Pharmacotherapy for pediatric convulsive status epilepticus. CNS Drugs. 2020;34(1):47–63
22. Global Initiative for asthma. Global Strategy for Asthma management and prevention. 2022*
23. Haktanir Abul M, Phipatanakul W. Severe asthma in children: Evaluation and management. Allergol Int 2019;68(2):150–7.
24. Patel SJ, Teach SJ. Asthma. Pediatr Rev. 2019 Nov;40(11):549-567