

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
MARZO 2023 – DICIEMBRE 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JHON KENNY ESPINAL FLORES**

**ASESOR
LINCOLN BLÁCIDO TRUJILLO**

**LIMA - PERÚ
2024**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
MARZO 2023 – DICIEMBRE 2023**

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

**PRESENTADO POR
JHON KENNY ESPINAL FLORES**

**ASESOR
DR. LINCOLN BLÁCIDO TRUJILLO**

**LIMA, PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Dr . FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con profundo amor y sincera gratitud a mis padres, hermanos y pareja, quienes han sido los pilares esenciales en mi vida. Su apoyo incondicional, fe inquebrantable en mis capacidades y paciencia sin límites han sido el faro que me ha orientado a lo largo de este desafiante viaje académico. Cada obstáculo superado y logro alcanzado lleva consigo una parte de su sabiduría y amor. Este periplo a través de la carrera de medicina no ha sido solo un sendero hacia el crecimiento profesional, sino también una odisea enriquecedora, imbuida de sus valiosas enseñanzas y ejemplar dedicación. Han sido ustedes una fuente de inspiración constante, impulsándome a seguir con determinación y optimismo cada uno de mis sueños en el vasto horizonte de mi futuro profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT.	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1. Rotación en Medicina Interna	1
Caso clínico n.º 1	1
Caso clínico n.º 2	4
I.2. Rotación en Cirugía General	7
Caso clínico n.º1	7
Caso clínico n.º2	7
I.3. Rotación en Pediatría	9
Caso clínico n.º 1	9
Caso clínicos n.º 2	11
I.4. Rotación en Ginecología	13
Caso clínico n.º 1	13
Caso clínico n.º 2	14
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	17
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.	18
III.1 Rotación en Medicina Interna	18
Caso clínico n.º 1	19
Caso clínico n.º 2	19
III.2 Rotación en Cirugía	22
Caso clínico n.º 1	22
Caso clínico n.º 2	22
III.3 Rotación en Pediatría	23
Caso clínico n.º 1	23
Caso clínico n.º 2	24
III.4 Rotación en Ginecología.	25
Caso clínico n.º 1	25
Caso clínico n.º 2	26
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	32

RESUMEN

Este busca documentar las experiencias y aprendizajes del autor, claves durante el internado médico realizado en el Hospital Militar Central, de marzo a diciembre de 2023, que permite culminar su formación en la carrera de Medicina Humana. Este periodo ha sido una oportunidad invaluable para aplicar y profundizar los conocimientos teóricos y habilidades prácticas adquiridos a lo largo de los seis años de estudio. Se enfatiza la integración de la teoría médica con la práctica clínica en un entorno real, bajo la tutela experta de profesionales en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología. Se destaca la metodología de análisis y presentación de ocho casos clínicos significativos; el trabajo refleja no solo el desarrollo de competencias médicas, sino también el crecimiento personal y profesional al enfrentar desafíos reales del campo de la medicina. En conclusión, estas experiencias han cimentado su preparación como futuro médico, fortaleciendo su compromiso con la excelencia, la empatía y la responsabilidad en el cuidado de la salud.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, preparación importante, cuidado de la salud

ABSTRACT

This aims to document the experiences and learnings of the author, key during the medical internship carried out at the Central Military Hospital, from March to December 2023, which allows concluding their training in the career of Human Medicine. This period has been an invaluable opportunity to apply and deepen the theoretical knowledge and practical skills acquired throughout the six years of study. The integration of medical theory with clinical practice in a real environment is emphasized, under the expert tutelage of professionals in the specialties of Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics, and Gynecology. The methodology of analysis and presentation of eight significant clinical cases is highlighted; the work reflects not only the development of medical competencies but also personal and professional growth when facing real challenges in the field of medicine. In conclusion, these experiences have cemented their preparation as a future doctor, strengthening their commitment to excellence, empathy, and responsibility in healthcare.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL MARZO 2023 – DICIEMBRE 2023

AUTOR

JHON KENNY ESPINAL FLORES

RECuento DE PALABRAS

8933 Words

RECuento DE CARACTERES

53516 Characters

RECuento DE PÁGINAS

45 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

311.5KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 1, 2024 12:57 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 1, 2024 12:58 PM GMT-5

● **16% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



NA. 618065500
Lincoln F. Blácido Trujillo
 MEDICO PEDIATRA
 CMP 18196 RNE 11962

DNI: 07234763

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

INTRODUCCIÓN

El último año en el camino hacia la titulación en Medicina Humana se distingue por la realización del internado médico, una fase crucial para la consolidación de conocimientos teóricos y destrezas prácticas acumuladas a lo largo de seis años de rigurosa formación académica. Durante este periodo, el estudiante de medicina se sumerge en experiencias prácticas, guiado por la sabiduría y dirección de experimentados docentes en cada área de rotación. El proceso de rotación abarca cuatro especialidades clave durante diez meses (aproximadamente dos y medio por especialidad): Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Medicina Interna. Estas áreas son esenciales en la formación holística de los médicos del futuro.

Las prácticas médicas tuvieron lugar en el Hospital Militar Central, una institución de categoría III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención), ubicada en el vibrante barrio limeño del distrito de Jesús María (1).

Contrastando con la experiencia de otros internos de la misma facultad que dividieron su año de internado entre hospitales y centros de salud, se tuvo el privilegio de realizarlo íntegramente en el Hospital Militar Central.

El Hospital Militar Central no solo fue un escenario para el enriquecimiento de mis conocimientos y habilidades clínicas, sino también un crisol para el forjamiento de valores éticos, integridad y un profundo sentido de lealtad hacia los pacientes. Esto fue posible gracias al ejemplar liderazgo y la generosa transmisión de sabiduría por parte de los médicos residentes y asistentes, quienes inculcaron respeto tanto hacia los pacientes como hacia los colegas internos.

Este documento detalla una selección de experiencias significativas vividas en el periodo de marzo a diciembre de 2023.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el presente trabajo, se detallan ocho estudios de caso clínico. Estos fueron cuidadosamente observados, analizados y administrados durante las cuatro rotaciones clínicas. Constituyen una parte fundamental de la experiencia práctica adquirida a lo largo del internado en el Hospital Militar Central, abarcando el período de marzo a diciembre de 2023. Estos casos clínicos reflejan la diversidad y la complejidad de las situaciones médicas enfrentadas, proporcionando una perspectiva integral del aprendizaje y el desarrollo profesional experimentado en este entorno clínico exigente y dinámico

I.1. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º1

- Paciente de sexo masculino de 55 años, con procedencia: Evacuado de Moquegua. El paciente ha experimentado episodios recurrentes de fiebre durante el último mes, lo que ha requerido dos hospitalizaciones en ESSALUD, detalladas a continuación.

Primera hospitalización (28/02/2023):

- Diagnóstico: Bronquitis aguda con fiebre (temperatura entre 38-39°C).
- Tratamiento: Administración de antibióticos.

Segunda hospitalización (17/04/2023):

- Síntomas: Fiebre e hipotensión
- Evaluación: Hospitalización en ESSALUD de Moquegua para observación y pruebas diagnósticas.
- Diagnósticos:

- Síndrome febril - Poliquistosis renal infectada - Insuficiencia renal aguda -diverticulitis no complicada tuvo tratamiento con antibioticoterapia (Imipenem).
- Procedimientos adicionales: Preparación para quistectomía en Tacna.

Ingreso al HMC (21/04/2023):

- **Síntomas:** Cefalea y fiebre continua.

-**Antecedentes personales:** Gota, tratada con colchicina. No fumador, consumo moderado de alcohol. No viajes recientes ni exposiciones conocidas a agentes infecciosos

-**Antecedentes familiares:** Hermano con diagnóstico de espondilitis anquilosante (no recuerda año)

-**Evaluación de funciones vitales:** Presión Arterial (PA): 110/70 mmHg ,Frecuencia Cardíaca (FC): 103 latidos/min, Frecuencia Respiratoria (FR): 20 respiraciones/min - Temperatura: 36.8°C Saturación de Oxígeno (SatO2): 97% - Escala de Glasgow: 15/15

-**Examen físico:** AREG - Peso: 79 kg - Talla: 172 cm

- Piel y mucosas: Conservadas, llenado capilar < 2 segundos, sin palidez o cianosis. Presencia de edema en tobillos, ausencia de rash o lesiones cutáneas.

- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular normal, sin ruidos agregados.

- Abdomen: Plano, blando, depresible, no doloroso. Ruidos hidroaéreos presentes.

- Musculoesquelético: Dolor y rigidez en la región lumbar, especialmente por la mañana.

- Sistema Nervioso Central (SNC): Despierto, LOtep, Glasgow 15/15, sin signos de focalización o meníngeos.

-Resultados de exámenes auxiliares:

- Hemograma completo: Leve anemia normocítica.
- Marcadores de inflamación: VSG y PCR elevadas.
- Pruebas reumáticas: HLA-B27 positivo.
- Radiografía de sacroilíacas: signos de sacroilitis bilateral.
- Ecografía abdominal y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos.
- TEM del tórax, abdomen superior y Urotomografía: Hallazgos compatibles con poliquistosis renal.
- RM de cerebro y estudio angiográfico: Sin patologías significativas.
- Mielograma: Incremento de células plasmáticas.

Se realiza una junta médica la cual llega a los siguientes diagnósticos:

1. Fiebre de origen desconocido por enfermedad autoinmune (sospecha de espondilo artritis).
2. Enfermedad poliquística renal.
3. Hipertensión arterial controlada.
4. Insuficiencia renal crónica en remisión.

-Plan de tratamiento:

- Manejo ambulatorio: Referencia a reumatología para confirmación diagnóstica y tratamiento específico.
- Tratamiento sintomático:
 - Paracetamol 500mg cada 8 horas V.O PRN T° mayor a 37,5
 - Metamizol 1gr E.V/IM PRN T° mayor a 39

- Seguimiento: Evaluación periódica y ajuste de tratamiento según la respuesta y recomendaciones del reumatólogo

-Reumatología lo evalúa y manda plan de trabajo:

- Diclofenaco 50 mg cada 8 horas
- Metrotexate 7,5 mg una vez a la semana
- I/C Medicina Física y Rehabilitación

-Evolución y alta:

El paciente tuvo evolución favorable y fue dado de alta tras 4 semanas de hospitalización, con un plan de seguimiento y manejo de sus condiciones crónicas, así como consulta externa con reumatología y periódica con medicina física y Rehabilitación

Caso clínico n.º 2

Paciente masculino de 71 años, derivado del Hospital Geriátrico. Presentó dolor precordial opresivo al reposo hace una hora el cual no ha cedido a pesar que se le colocó nitroglicerina, intensidad 9/10, irradiado al hombro izquierdo. Refiere dolor en la cadera derecha y miembro inferior derecho, limitando sus actividades diarias, con antecedente de polineuropatía diabética. Presenta elevaciones en el nivel de glucosa, controladas con insulina, llegando a un pico de 250 mg/dl.

-Antecedentes patológicos: Diabetes Mellitus (26 años), Hipertensión Arterial (10 años), Hipotiroidismo (6 años), Hiperplasia Prostática Benigna Grado I, Trastorno Depresivo Recurrente (6 años), Artrosis, Aterosclerosis, Bursitis Trocantérea de cadera izquierda. Niega Reacciones Adversas a Medicamentos. Vacunado con 4 dosis contra COVID-19.

-Antecedentes quirúrgicos: Hernia inguinal bilateral (2013), Apendicectomía (2000).

-Funciones vitales:

-Presión arterial: 145/85 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 74 latidos/min, Frecuencia Respiratoria: 20 respiraciones/min, Temperatura: 36.6°C, Saturación de Oxígeno: 98%.

-Examen físico:

- General: ABEG (Aparente Buen Estado General).
- Tórax y Pulmones: Simétricos, con amplexación conservada, murmullo vesicular presente en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos.
- Abdomen: Plano, blando, depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, sin adenomegalias palpables.
- Genitourinario: PPL y PRU negativos.
- Sistema Nervioso Central: Paciente despierto, orientado en tiempo, lugar y persona (LOTEP), Glasgow 15/15, sin signos de focalización ni meníngeos.

-Exámenes Auxiliares:

- EKG: Se evidencia un segmento ST no elevado, se repite el EKG a los 15 min y no tiene cambio relevante.
- Hemoglobina: 13.3 g/dl, Hematocrito: 41.9%, leucocitos: 4.9 mil/mm³, plaquetas: 215 mil/mm³, glucosa: 90 mg/dl, urea: 7.1 mg/dl, creatinina: 1.18 mg/dl, tgo: 26.6 u/l, tgp: 31.6 u/l, bilirrubina total: 0.48 mg/dl, bilirrubina directa: 0.21 mg/dl, fosfatasa alcalina: 131.2 U/L, GGT: 86 U/L, PCR: 125.4 mg/L, BNP: 598.96 pg/ml, CK-MB: 2.35 ng/ml, Troponina I: 0.03 ng/ml, Tiempo de Protrombina: 11.8 segundos, INR: 1.15.
- Se realiza el Score TIMI (1) dando 6 puntos

-Plan de tratamiento:

- 1) Aspirina dosis carga 300 mg, mantenimiento 100 mg vo cada 24 horas + Clopidogrel dosis carga 300 mg, mantenimiento 75 mg vo cada 24 horas
- 2) Enoxaparina 40mg SC cada 12 horas

3) S/S angiografía coronaria

-Evolución:

Paciente ingresa a angiografía coronaria y se le coloca un Stent mediante angioplastia

Indicaciones durante la hospitalización:

- 1) Dieta blanda hipocalórica, 1890 kcal/día, sin azúcares simples, con carbohidratos complejos, baja en grasas saturadas, y proteínas 0.8 g/kg/día.
- 2) Nutrición enteral polimérica con fibra de acción lenta, 237 ml.
- 3) Vitamina C 7.5/50 ml, 1 ampolla (solo martes).
- 4) Insulina Glargina: 15 UI subcutánea al desayuno.
- 5) Insulina Aspart: 10 UI subcutánea al desayuno, 5 UI al almuerzo y cena.
- 6) Aneurin (Cianocobalamina + Clorhidrato de piridoxina + Clorhidrato de Tiamina): 25 000 mcg + 100 mg + 100 mg, (solo martes).
- 7) Levotiroxina: 100 mcg, 1 tableta VO cada 24 horas (en ayunas).
- 8) Tamsulosina: 0.4 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (por la noche).
- 9) Atorvastatina: 20 mg, 2 tabletas VO cada 24 horas (por la noche).
- 10)Empagliflozina: 25 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (en el almuerzo).
- 11)Esomeprazol: 20 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (en ayunas).
- 12)Telmisartán: 80 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (por la mañana).
- 13)Desvenlafaxina: 50 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (por la mañana).
- 14)Bromazepam: 3 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (a las 8:30 p. m.).
- 15)Zolpidem: 10 mg, 1 tableta VO cada 24 horas PRN para insomnio.
- 16)Ácido Acetilsalicílico: 100 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (en el almuerzo).
- 17)Citrato de Calcio + Vitamina D: 1500 mg/400 UI, 1 tableta VO cada 24 horas (en el desayuno).
- 18)Pramipexol: 1 mg, ½ tableta VO cada 8 horas (desayuno-almuerzo-cena).
- 19)Pregabalina: 75 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (en la cena).

20) Piascledine (Insaponificable de aguacate y soya): 300 mg, 1 tableta VO cada 24 horas (en el almuerzo).

21) Indometacina en spray: 1/5 ml, aplicar en la articulación dolorosa (mañana y noche).

22) Clonixinato de Lisina: 125 mg, 1 tableta VO condicional a dolor moderado en la articulación (mañana y noche).

Tras 19 días de hospitalización con tratamiento y mejoría de los síntomas, el paciente es dado de alta por el servicio con indicaciones de control diario de glucosa.

I.2. Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º1

Paciente masculino de 58 años acude al HMC por sangrado rectal y cambios en el patrón de las deposiciones.

- **Antecedentes personales:** Hipertensión controlada con medicación, exfumador.

- **Antecedentes familiares:** Padre fallecido de cáncer de colon a los 65 años.

-Examen Físico del Ingreso:

- Estado General: Moderado Estado General (MEG).
- Conciencia: Somnolencia. Escala de Glasgow: 15/15. Frecuencia Cardíaca (FC): 86 latidos/minuto. Frecuencia Respiratoria (FR): 19 respiraciones/minuto. Temperatura (T°): 36.5°C. Presión Arterial (PA): 115/90 mmHg. Piel y Mucosas: Secas y deshidratadas. Pupilas: Circulares, reactivas a la luz (CIRLA)
- Signos vitales: Estables.
- Abdomen: Blando, indoloro, sin masas palpables.
- Examen rectal: Sangre en el guante al realizar tacto rectal.

- Pruebas diagnósticas:

- Colonoscopia: Masa en el colon ascendente, biopsia realizada.
- Biopsia: Adenocarcinoma de colon.
- Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis: Tumor localizado en colon ascendente sin evidencia de metástasis a distancia.

- **Diagnóstico:** Cáncer de colon en estadio II.

- **Procedimiento quirúrgico:**

- Colectomía derecha laparoscópica: Extirpación del colon ascendente afectado por el tumor, incluyendo una resección de los ganglios linfáticos regionales.

- Anastomosis: Conexión del intestino delgado con el colon restante. **Caso clínicos n.º 2**

Paciente Varón de 69 Años, sin antecedentes de importancia

-**Motivo de consulta:**

El paciente refiere episodios recurrentes de dolor abdominal en el epigastrio, de tipo cólico y con una intensidad de 6/10, irradiándose al hipocondrio derecho. Estos episodios, que han estado presentes durante aproximadamente los últimos 10 meses, se acompañan de náuseas, hiporexia y sensación de fiebre no cuantificada.

-**Atención médica previa:** Acudió a una clínica privada, donde recibió hidratación, analgesia y se le practicó una ecografía abdominal. Esta reveló una vesícula biliar piriforme de 75x30mm, con pared de 3mm, contenido homogéneo y cálculos de 13.5x7mm, diagnosticándose litiasis vesicular. Se programó una cirugía para el paciente.

-**Funciones vitales:** Presión Arterial (PA): 110/70 mmHg. Frecuencia Cardíaca (FC): 80 latidos/minuto. Frecuencia Respiratoria (FR): 22 respiraciones/minuto. Temperatura: 36.5°C. Saturación de Oxígeno (SatO2): 98%.

-Examen Físico

- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, con ruidos hidroaéreos positivos (RHA+), no doloroso a la palpación, sin masas palpables ni visceromegalia.
- Genitourinario: PPL y PRU negativos.
- Sistema Nervioso Central: Paciente despierto, orientado en tiempo, lugar y persona (LOTEP), Glasgow 15/15, sin signos de focalización ni meníngeos.

-Exámenes auxiliares: Hemoglobina: 14.5 g/dl. Hematocrito: 42.5%. Leucocitos: 5.4 mil/mm³. Abastados: 0%. Segmentados: 56.5%. Glucosa: 101 mg/dl. Urea: 19 mg/dl. Creatinina: 0.70 mg/dl. Tiempo de Protrombina (TP): 12.1 segundos. INR: 0.90. Exámenes serológicos (HIV, HCV, HBsAG, Treponema): Negativos. COVID-19: Negativo.

-Evaluación y plan quirúrgico: El servicio de cirugía general evaluó al paciente y estableció un diagnóstico de colecistitis crónica calculosa. Se consideró al paciente apto para una colecistectomía laparoscópica, previa evaluación de riesgos quirúrgicos por los servicios de cardiología, neumología y anestesiología.

-Manejo postoperatorio: Ceftriaxona: 2g EV cada 12 horas, Ketoprofeno: 100mg EV cada 24 horas, Esomeprazol: 40mg EV cada 24 horas.

-Evolución y alta:

El paciente no presentó complicaciones, fiebre ni molestias postquirúrgicas. Fue dado de alta con la indicación de control en consultorio externo de cirugía general en 6 días.

I.3. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Paciente femenina de 9 años es llevada a emergencia por presentar un día de fiebre, dolor abdominal y enrojecimiento del ojo derecho. Se informa que

previamente fue atendida en otra emergencia, donde se le prescribieron paracetamol, azitromicina y desloratadina. A pesar de una disminución en el dolor abdominal, la fiebre persiste.

-Antecedentes: Madre refiere que a los 7 años presenta una crisis asmática, pero que no recibe tratamiento regular.

-Funciones Vitales:

- Frecuencia cardíaca (FC): 126 latidos/min
- Frecuencia respiratoria (FR): 28 respiraciones/min
- Temperatura (T°): 37.6°C. Saturación de Oxígeno (SatO₂): 94%
- Peso: 45 kg, Talla: 136 cm. Índice de Masa Corporal (IMC): 24.3
- Fracción inspirada de oxígeno (FiO₂): 0.32
- Percentil para Edad y Peso: 95°, Talla/Estatura: 25°

-Examen físico:

- Ojo: Pupilas isocóricas y fotoreactivas.
- Oído: Conducto auditivo externo (CAE) permeable.
- Nariz: Fosas nasales permeables, sin sangrado activo.
- Boca y Garganta: Orofaringe congestiva, sin placas.
- Cuello: Sin masas palpables.
- Tórax y Pulmones: Simetría torácica con secreciones movilizadas, percusión mate con amplexación aumentada, murmullo vesicular disminuido y sibilancias inspiratorias y espiratorias en ambos campos pulmonares.
- Abdomen: Globoso, ruidos hidroaéreos positivos (RHA+), timpánico, blando, depresible, sin dolor a la palpación.
- Genitourinario: PPL y PRU negativos.
- Sistema Nervioso Central: Paciente despierto, orientado en tiempo, lugar y persona (LOTEP), Glasgow 15/15, sin signos de focalización ni meningeos.

-Exámenes Auxiliares:

- Hemoglobina: 11.3 g/d. Hematocrito: 32.1%. Leucocitos: 10.6 mil/mm³. Abastados: 2%. Segmentados: 81%

- Imágenes: En la placa de Tórax se evidencia: compromiso alveolar multifocal compatible con una neumonía

-Diagnóstico y tratamiento:

- Diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda, Asma Bronquial y Estado Asmático por el servicio de pediatría.

- Tratamiento: Se inicia con Ceftriaxona 1 gr EV cada 12 horas, Azitromicina 500mg VO cada 24 horas, Hidrocortisona 62.5mg EV cada 8 horas, nebulizaciones con Salbutamol 20 gotas + 5cc SF cada 4 horas, Cloruro de Sodio 0.9% un puff en cada fosa nasal cada 6 horas, Paracetamol 690mg EV PRN para fiebre > 38°C, y oxígeno suplementario si SatO2 < 94%.

-Evolución y alta:

El paciente evolucionó de forma favorable, completó 7 días de tratamiento con Ceftriaxona, 5 días con Azitromicina y 4 días con Hidrocortisona. Presentó mejoría de síntomas y ausencia de fiebre. Alta hospitalaria con indicación de control en consultorio externo de pediatría en 7 días.

Caso clínicos n.º 2

Paciente femenina de 4 años es presentada en la unidad de Emergencias del HMC por su madre. La niña ha experimentado fiebre persistente durante dos semanas, con la aparición de tos no productiva y rinorrea hace 4 días.

-Antecedentes Patológicos:

- Uso esporádico de inhalador por broncoespasmo.
 - Episodio respiratorio reciente tratado con azitromicina y cefuroxima.
 - Fiebre de 38°C persistente por dos semanas.
- Vacunación completa para su edad.

-Evaluación de Funciones Vitales:

- Frecuencia Cardíaca (FC): 140 latidos/minuto - Frecuencia Respiratoria (FR): 22 respiraciones/minuto - Temperatura (T°): 38.5°C - Saturación de Oxígeno (SatO2): 94%

- Estado General (EG): 15/15 - Peso: 17 kg

-Examen Físico: Apariencia Bien, Estado General (AREG):

- Pupilas: Circulares, reactivas a la luz (CIRLA).

- Piel y Tejidos Cutáneos Subcutáneos (TCSC): Piel húmeda y elástica, llenado capilar inferior a 2 segundos.

- Cuello: Sin adenomegalias palpables.

- Tórax y Pulmones: Simetría torácica conservada, murmullo vesicular presente en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.

- Abdomen: Plano, sin cicatrices, ruidos hidroaéreos positivos (RHA+), blando y depresible, no doloroso a la palpación.

- Genitourinario: Pruebas de Punción Lumbar (PPL) y Punción de Reserva Urinaria (PRU) negativas.

- Aparato Locomotor: Movilidad conservada en las cuatro extremidades.

- Sistema Nervioso Central: Paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP), Glasgow 15/15, sin signos de focalización ni meníngeos.

-Exámenes auxiliares:

- Hemoglobina: 10.2 g/dl - Hematocrito: 30.1% - Leucocitos: 12.4 mil/mm³. Abastados: 0% - Segmentados: 0.4% - Plaquetas: 388 mil/mm³ - Proteína C reactiva (PCR): 137 mg/L - Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO): 47 U/L - Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP): 46 U/L - Aglutinaciones en lámina: Negativas.

-Diagnóstico y tratamiento Inicial:

- Tras la evaluación por el servicio de pediatría y una radiografía de tórax normal, se diagnosticó un Síndrome Febril y Otitis Media Aguda.

- Se inició un régimen de tratamiento que incluyó dieta blanda hipoalergénica y Líquidos por Vía Endovenosa (LAV), Dextrosa al 5% 1000cc, Cloruro de Sodio (CINa) al 20% 20cc, Cloruro de Potasio (CIK) al 20% 10cc a 28cc por hora. Ceftriaxona 680mg EV cada 12 horas, Metamizol 340 mg EV cada 12 horas, Ranitidina 17 mg EV cada 8 horas y Cloruro de Sodio al 3% en spray nasal.

-Evolución y alta:

- La paciente mostró una mejora significativa en su condición, con niveles de saturación de oxígeno mejorando al 98%.
- Continuó con terapias respiratorias y completó un curso de antibioticoterapia de 7 días con Ceftriaxona. Los síntomas mejoraron y no se presentaron episodios febriles subsiguientes. Se le recomendó control por consultorio externo de pediatría en 7 días.

I.4. Rotación en Ginecología

Caso clínico n.º 1

Paciente mujer de 75 años presenta desde hace 4 años con sintomatología urinaria, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, más presencia de tumoración en canal vaginal niega sangrado vaginal.

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 14 años, IRS 28 años. n.º de parejas sexuales: 01,
- UPAP: 70 años (2019). RC: 30 días. URS: 55 años MAC: Niega
- FUR 48 años
- G4P2002:
 - o G1: Pv hace 47 años Piura
 - o G2: Aborto + LU Piura
 - o G3: Pv Piura
 - o G4: Aborto + LU Piura

Examen físico: AREG, AREH, LOPEP

- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- Abdomen: Plano B/D, RHA (+), Rebote (-) blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: Se evidencia protrusión de pared anterior de la vagina.

Se realiza ecografía transvaginal evidenciando útero y ovarios involutivos. Después de la evaluación se determina el diagnóstico de prolapso genital IIBa, por tales motivos se realiza una junta médica para poder evaluar el procedimiento a seguir, quedando de acuerdo con realizar una histerectomía vaginal + colporrafia anterior.

Exámenes auxiliares:

- Hemoglobina: 12, Hematocrito: 38.2 g/dl, Leucocitos: 13.5, Plaquetas: 240 mil, Abastados: 0, Segmentados: 92.2, Urea: 40mg/dl, Creatinina: 1.

Diagnósticos y manejo:

Luego de evaluación de riesgos quirúrgicos por el servicio de cardiología, neumología y anestesiología, se le realiza histerectomía vaginal + Colpocleisis. Con Hallazgos: útero 6cm, bordes regulares con anexos linfotróficos y sangrado intraoperatorio 200 cc. Después de la cirugía se inició tratamiento con Ceftriaxona 1g EV cada 12 horas, ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas, con indicación de control de sangrado vaginal. Al día siguiente se retiró la sonda vesical.

Se continuo con tratamiento de ceftriaxona durante 3 días, no presentó molestias, ni fiebre, ni dolor; por lo tanto, fue dada de alta al 5.º día de hospitalización con indicación de control por consultorio externo en 7 por el servicio de Ginecología.

Caso clínico n.º 2

Paciente femenina de 36 años, referida de la Clínica Nazareno de Huamanga, presenta dolor pélvico y ardor en la región genital. Diagnosticada previamente con enfermedad pélvica inflamatoria moderada e infección del tracto urinario. Recibió tratamiento con Ceftriaxona 2g cada 24 horas por 5 días, Ketoprofeno

y Tramadol condicionales a dolor, y Dimenhidrinato condicional. A su ingreso reporta dolor pélvico de intensidad 4/10, ardor genital y sensación de fiebre.

Antecedentes ginecológicos:

- Fecha de Última Regla (FUR): 07/11/2023.- Menarquia: A los 16 años.
- Número de parejas sexuales: 1 - Método Anticonceptivo: Preservativo.
- Ritmo Cardíaco (RC): 4-5 días, Última Relación Sexual (URS): 15/11/2023
- Último Papanicolau (UPAP): 2021, negativo.
- Historial Obstétrico: G2P1011 (G1: Aborto Incompleto + Curetaje, G2: Cesárea en 2012 por Bradicardia Fetal).

Funciones vitales:

- Presión Arterial (PA): 120/60 mmHg - Frecuencia Cardíaca (FC): 86 latidos/min
- Frecuencia Respiratoria (FR): 18 respiraciones/min - Temperatura (T°): 36.2°C
- Saturación de Oxígeno (Sat): 98%

Examen físico: Apariencia Bien, Estado General (AREG):

- Piel: Pálida (+/+++)- Mucosa Oral: Húmeda - Mamas: Blandas, no secretoras
- Región Axilar: Derecha con placa eritematosa.
- Tórax y Pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular normal en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos Cardíacos Rítmicos (RCR), sin soplos
- Abdomen: Distendido, Ruidos Hidroaéreos (RHA) positivos, signo de rebote negativo, blando, depresible, doloroso en hipogastrio y región pélvica.
- Genitales Externos: Sin cambios
- Set: Cérvix sano, Orificio Cervical Externo (OCE) conservado, sin sangrado, flujo vaginal abundante
- Tacto Vaginal: Sin sangrado, dolor a la movilización cervical

Exámenes auxiliares:

- Hemoglobina: 11.4 g/dl. - Hematocrito: 35.4% - Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (BHCG): 0.05 - Tiempo de Coagulación (TC): 1.30 minutos
- Tiempo de Sangría (TS): 6.30 minutos - Leucocitos: 16.4 mil/mm³ - Plaquetas: 257 mil/mm³ - Abastionados: 4% - Segmentados: 67% - Urea: 26 mg/dl - Creatinina: 0.82 mg/dl.

Ecografía pélvica: Se evidencia quiste derecho de 30mm con la presencia de paredes gruesas (mayor a 3 mm), aspecto irregular y presencia de tabiques internos

Diagnósticos y manejo:

- Se plantean diagnósticos de dolor pélvico, quiste anexial complejo derecho, quiste anexial compatible con endometrioma y litiasis vesicular.
- La paciente se sometió a una cirugía laparoscópica, quistectomía de endometrioides en ovario derecho.
- Completó tratamiento antibiótico Ceftriaxona 1 gr EV c/24 hrs por 5 días y fue dada de alta sin complicaciones.

Plan de seguimiento:

- Control por consultorio externo de Ginecología programado para dentro de 7 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Entre marzo y diciembre de 2023, se tuvo el privilegio de realizar una pasantía médica de 10 meses en el prestigioso Hospital Militar Central de Jesús María. Este emblemático centro de salud fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958, durante la presidencia de Manuel Prado y, desde entonces, ha sido un pilar fundamental en la atención médica militar del país.

El Hospital Militar Central, también conocido en honor al coronel Luis Arias Schreiber, jefe de Sanidad entre 1942 y 1945 y figura clave en la dirección del proyecto de construcción ha experimentado importantes transformaciones a lo largo de los años. En 1974, fue objeto de una significativa remodelación y ampliación, consolidando su estatus como un centro de atención de alta complejidad, clasificado como hospital de categoría III-1, es decir, de Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención.

Ubicado en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, en el dinámico barrio limeño de Jesús María, el Hospital Militar Central está equipado con instalaciones de vanguardia. Entre sus destacadas dotaciones cuenta con una unidad multifuncional de cuidados críticos y una unidad de cuidados coronarios, lo que le permite brindar un servicio integral que abarca desde el tratamiento y la hospitalización hasta la cirugía y los cuidados postoperatorios de los pacientes (2).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Medicina Interna

Esta rotación médica representa una especialización crucial, caracterizada por la atención integral y meticulosa a los pacientes. Un aspecto distintivo de esta experiencia es la oportunidad de interactuar con pacientes pertenecientes a diversas subespecialidades, como Neurología, Gastroenterología, Neumología, Enfermedades Infecciosas y Nefrología, entre otras.

En el contexto actual, aún marcado por la presencia de contagios de COVID-19 y sus nuevas variantes, el servicio hospitalario ha implementado un área dedicada exclusivamente a pacientes con COVID-19. Aunque esta sección especial estaba abierta a los internos, se enfatizó en la adopción rigurosa de medidas preventivas durante la evaluación de los pacientes.

Durante la rotación, se puso especial énfasis en la importancia de elaborar historias clínicas exhaustivas y detalladas. Además, se brindó la oportunidad de adquirir habilidades prácticas a través de la realización de diversos procedimientos básicos, incluyendo la colocación de sondas nasogástricas y vesicales, punciones lumbares, paracentesis y toracocentesis. Las guardias en el área de emergencias fueron particularmente enriquecedoras, permitiéndome enfrentar una amplia gama de casos, desde los más sencillos hasta los extremadamente complejos, y aprender a evaluarlos y manejarlos de manera efectiva.

Una faceta notablemente valiosa de esta rotación fue la constante interacción con las personas, lo cual contribuyó significativamente al desarrollo de mis habilidades comunicativas. Ya sea en situaciones de emergencia, donde los pacientes y sus familiares pueden estar sumidos en la desesperación, o en el caso de pacientes hospitalizados por períodos prolongados, nuestra interacción con ellos ofrecía alivio, tranquilidad e incluso momentos de alegría.

Caso clínico n.º 1

La espondilitis anquilosante (EA) asociada con fiebre de origen desconocido (FOU) nos presenta un caso clínico interesante y desafiante. Normalmente, la EA es inflamatoria crónica que afecta principalmente la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas, pero no suele causar fiebre alta o persistente como síntoma principal. Sin embargo, en ciertas circunstancias, la EA podría estar relacionada con fiebre, especialmente si hay complicaciones o condiciones concurrentes (3). Esta podría ser un indicador de actividad de la enfermedad o de una complicación inflamatoria relacionada que pueden incluir, pero no se limitan a infecciones respiratorias, urinarias, o incluso en la columna vertebral (como la discitis) (4) (5). Es por eso que la identificación de la causa de la fiebre en un paciente con EA requiere una evaluación cuidadosa, incluyendo historial médico detallado, exámenes físicos, pruebas de laboratorio y estudios de imagen (5). En este caso, se puede evidenciar que el paciente presentaba fiebre asociada a varias comorbilidades motivo de sus hospitalizaciones por infecciones tanto al nivel pulmonar (bronquitis) como nivel renal por la (poliquistosis); en por eso que fundamentalmente se debe interpretar que, aunque la fiebre no es un síntoma común de la espondilitis anquilosante, su presencia en pacientes con esta condición requiere una evaluación cuidadosa. La FOD en el contexto de la EA puede ser un signo de complicaciones infecciosas, especialmente en aquellos pacientes bajo tratamiento inmunosupresor, o podría indicar actividad incrementada de la enfermedad o la presencia de otra condición autoinmune. Un enfoque multidisciplinario y una investigación exhaustiva son esenciales para determinar la causa y proporcionar el tratamiento adecuado(5).

Caso clínico n.º 2 En el caso expuesto se presenta un paciente con múltiples afecciones, que evidencia la complejidad de la gestión de comorbilidades en la práctica clínica:

- Diabetes *mellitus* (26 años de evolución) Esta es una condición crónica que afecta la manera en que el cuerpo procesa el azúcar en sangre (glucosa). El manejo prolongado de esta enfermedad requiere un control riguroso de la glucosa, así como la vigilancia y tratamiento de posibles complicaciones, como la nefropatía, retinopatía y neuropatía diabética (6).
- Hipertensión arterial (10 años de evolución): Esta condición, caracterizada por una presión arterial crónicamente elevada, aumenta significativamente el riesgo de enfermedades cardiovasculares, incluyendo la isquémica del corazón y el accidente cerebrovascular. Requiere un manejo cuidadoso para minimizar el riesgo de estas complicaciones (7) (8). Hipotiroidismo (6 años de evolución): El hipotiroidismo, una producción insuficiente de hormonas tiroideas, puede tener un impacto significativo en varios sistemas del cuerpo, incluyendo el metabolismo, la salud cardíaca y la función neuromuscular. Su tratamiento habitualmente incluye la terapia de reemplazo hormonal (9).
- Hiperplasia prostática benigna Grado I: Esta condición, común en hombres mayores, implica la ampliación de la próstata, lo que puede llevar a síntomas urinarios. El manejo varía desde la observación hasta la medicación o la cirugía, dependiendo de la severidad de los síntomas (10).
- Trastorno depresivo recurrente (6 años de evolución): Esta es una enfermedad mental caracterizada por episodios repetidos de depresión. Su manejo es fundamental para la calidad de vida del paciente y a menudo incluye una combinación de medicamentos antidepresivos y terapia psicológica (11).
- Artrosis: Es una enfermedad degenerativa de las articulaciones que causa dolor y rigidez, principalmente en las articulaciones portantes. Su manejo incluye medicamentos para el dolor, terapia física y, en casos avanzados, cirugía de reemplazo articular (12).

- Aterosclerosis: Esta es la acumulación de placas en las arterias, lo que puede llevar a enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Su manejo implica controlar los factores de riesgo, como la hipertensión, la diabetes y el colesterol alto, y en ocasiones, intervención quirúrgica (13).
- Bursitis trocantérea de la cadera izquierda: Es una inflamación de la bursa en la cadera, causando dolor y limitación en el movimiento. El tratamiento puede incluir medicamentos antiinflamatorios, inyecciones de corticosteroides y fisioterapia (14).

Como se puede evidenciar este paciente presenta un cuadro clínico multifacético que requiere un enfoque holístico y multidisciplinario para el manejo de sus diversas condiciones crónicas. La coordinación entre distintas especialidades médicas fue crucial para proporcionarle una atención óptima y personalizada.

Continuando, el paciente ingresa por una angina inestable la cual es una condición cardíaca seria, que forma parte del espectro del síndrome coronario agudo (SCA); la angina es un tipo de dolor en el pecho que ocurre debido a una disminución temporal del flujo sanguíneo al corazón a diferencia de la angina estable, la inestable es menos predecible, ocurre en reposo o con un esfuerzo mínimo, y puede ser más intensa, teniendo como síntomas dolor o molestia en el pecho, que a menudo se describe como opresión, presión o ardor, que se puede irradiar a los brazos, el cuello, la mandíbula o la espalda acompañándose de sudoración, náuseas, falta de aire o mareos (15). En esta patología, es muy importante resaltar los factores de riesgo que tenía el paciente como la hipertensión, diabetes y arterosclerosis (15); posteriormente a la evaluación, se realizó el Escore de TIMI el cual sirve para estratificar el riesgo de eventos cardíacos adversos como muerte, infarto de miocardio, o necesidad de intervención coronaria urgente en pacientes con SCA como fue el caso, al aplicar el score salió un puntaje de 6, por lo cual se procedió a la realización Angiografía coronaria colocación de un Stent mediante angioplastia (16).

III.2 Rotación en Cirugía

En la rotación quirúrgica, la cirugía general destacó por su alta demanda, jugando un papel crucial en el desarrollo de las competencias fundamentales del interno médico. Esta disciplina fortaleció habilidades esenciales, fomentando el compromiso con el proceso de recuperación. La asignación a hospitalización implicó la programación y seguimiento postoperatorio de intervenciones comunes, mientras que las guardias de urgencia enfatizaban la aplicación práctica del conocimiento diagnóstico y la realización de procedimientos esenciales. Además, la frecuente participación en el quirófano proporcionaba una experiencia directa y formativa en diversas cirugías, con la mentoría de residentes y especialistas.

Caso clínico n.º 1

La colectomía laparoscópica por cáncer de colon es un procedimiento quirúrgico avanzado y mínimamente invasivo (17). Principalmente indicada para pacientes diagnosticados con cáncer de colon en etapas tempranas o intermedias, donde se espera que la cirugía pueda ser curativa, aunque también se puede considerar, en algunos casos de cáncer avanzado, para aliviar síntomas (17). En este, el paciente presentaba un adenocarcinoma de colon grado 2 sin evidencia de metástasis por lo que fue apto para la colectomía laparoscópica, esta técnica, al ser mínimamente invasiva, produce menos trauma en los tejidos y órganos circundantes, esto generalmente conduce a una recuperación más rápida con menos dolor postoperatorio, menor riesgo de infecciones y complicaciones asociadas con heridas grandes; por lo que conduce a una recuperación más rápida y efectiva (18).

Caso clínico n.º 2

La colecistitis crónica calculosa es una patología dada por una inflamación crónica de la vesícula biliar, generalmente causada por cálculos biliares repetidos o persistentes que irritan la pared de la vesícula, aunque puede

ocurrir sin ellos, es por eso que la causa más común son los cálculos biliares. En el caso descrito, el paciente ha presentado síntomas de vómitos, náuseas, malestar y dolor intermitente en el cuadrante superior derecho del abdomen (síntoma más común), a menudo asociado con la ingesta de comidas grasas, de una manera intermitente, es por consecuencia que se plantea la colecistectomía como método resolutivo, ya que estos síntomas no solo afectaba la calidad de vida del paciente sino que podría desembocar a otras complicaciones como fibrosis de la vesícula, riesgo de realizar un cuadro agudo de colecistitis aguda, la formación de cálculos biliares más grandes o complicaciones pancreáticas (19). La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento estándar y es altamente efectiva. La prevención se centra en el control de los factores de riesgo, principalmente a través de la dieta y el manejo del peso. Aunque la mayoría de los pacientes se recuperan completamente después de la cirugía, es importante un seguimiento adecuado para manejar cualquier síntoma residual (20).

III.3 Rotación en Pediatría

La rotación en Pediatría y Neonatología se estructuró entre el manejo clínico hospitalario y de urgencias en pediatría, y la atención inmediata neonatal, incluyendo la hospitalización. La experiencia se amplió con la casuística extensa en ambas especialidades enriqueció nuestra práctica clínica, especialmente en el manejo del recién nacido y la promoción de la lactancia materna, enfatizando en la educación maternal para una técnica de amamantamiento exitosa.

Caso clínico n.º 1

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niños es un término que abarca una gama de infecciones que afectan las vías respiratorias superiores e inferiores. Estas infecciones son una de las causas más comunes de consulta médica y hospitalización en niños, en este caso podemos analizar que es una IRA de

vía respiratoria baja por sus sibilancias, fiebre alta y malestar general, lo que nos lleva a plantear diagnósticos diferenciales entre bronquitis, bronquiolitis y neumonía; al realizarse exámenes auxiliares y con una adecuada interpretación de la clínica se llega a la conclusión que era una neumonía, pero el niño presenta asociado un estado asmático que es probable que se haya desencadenado por la infección vírica además del nulo manejo del asma que ha presentado; el requerido, para este tipo de casos, debe ser certero y rápido, comenzando por el estado asmático con un tratamiento de rescate e iniciándole antibioticoterapia; aunado a esto el paciente debe tener un seguimiento para poder clasificar su asma y llevar un tratamiento oportuno que no vuelva a desencadenar es una complicación grave (21) (22).

Caso clínico n.º 2

El síndrome febril en niños es una condición común en la pediatría y se refiere a su presencia sin una causa inmediatamente identificable, mientras que si es persistente se refiere a una de más de 7 a 10 días. En el caso presentado, después de 10 días se le agrega tos no productiva y rinorrea, lo cual ya nos va enfocando la probable causa viral que ha desencadenado la fiebre, ya que cabe recalcar que la paciente presenta todo su esquema vacunatorio completo. Aunque a menudo el síndrome febril, es causado por infecciones benignas, es importante una evaluación cuidadosa para descartar causas más serias, especialmente en lactantes y en casos con signos de alarma. El manejo adecuado implica tanto el tratamiento sintomático como la identificación y tratamiento de la causa subyacente como es el caso de la otitis media aguda. La comunicación efectiva entre los padres y los profesionales de la salud es esencial para garantizar un seguimiento adecuado y la intervención oportuna en caso de complicaciones o hallazgos inusuales. La prevención a través de la vacunación y medidas higiénicas adecuadas es un componente clave en el cuidado de la salud infantil. En resumen, si bien la fiebre, en niños, a menudo no indica una enfermedad grave, su manejo requiere atención cuidadosa y consideración de múltiples factores para asegurar el bienestar y la seguridad del niño (23) (24).

III.4 Rotación en Ginecología

La especialidad médica de ginecología y obstetricia es esencial para la salud femenina, abarcando la atención ginecológica posnatal y quirúrgica, así como el seguimiento integral del embarazo y el manejo de emergencias obstétricas. Durante el internado, se adquirió experiencia clínica en la evaluación y manejo de condiciones ginecológicas y obstétricas, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y participación en cirugías especializadas. Además, se colaboró en la provisión de servicios de planificación familiar, enfatizando la educación y el bienestar sexual. Este período formativo incluyó también la presentación de casos clínicos y discusiones académicas bajo la tutela de especialistas, enriqueciendo la competencia médica en este ámbito.

Caso clínico n.º 1

El prolapso genital se refiere a la caída o descenso de uno o más de los órganos pélvicos, como el útero, la vejiga, la uretra, el recto o la vagina, hacia o fuera de la cavidad vaginal. En la clasificación de la ICS, el término "IIBa" indica el grado y la severidad del prolapso. Un prolapso genital IIBa indicaría uno moderado en el cual la pared anterior de la vagina, que puede incluir la vejiga y la uretra, prolapsa a 1 cm o más por encima de la apertura de la vagina, pero no más allá de ella (25). Al conocer el diagnóstico se plantea una histerectomía vaginal, el cual es un procedimiento quirúrgico que implica la extracción del útero a través de la vagina, y una colpocleisis que es un procedimiento quirúrgico utilizado para tratar el prolapso genital en mujeres, especialmente en aquellas que no desean mantener su capacidad para tener relaciones sexuales, que es el caso de la paciente que presenta el caso, es un procedimiento más conservador en comparación con otras cirugías para el prolapso genital, como la reparación de la pared vaginal anterior o posterior, ya que no implica la extracción o reubicación de los órganos pélvicos prolapsados. Por lo tanto, se considera una opción quirúrgica especialmente adecuada para mujeres mayores o aquellas con problemas de salud

subyacentes que pueden aumentar el riesgo de complicaciones con procedimientos más extensos (26) (27).

Caso clínico n.º 2

Un quiste anexial complejo derecho se refiere a una formación quística ubicada en los anexos del lado derecho del útero, que incluyen el ovario y las trompas de Falopio, el término "complejo" indica que el quiste tiene características internas que no son completamente líquidas, incluyendo tabiques, sólidos o una combinación de líquido y sólido; como se pudo corroborar en la ecografía pélvica que se realizó a la paciente del caso expuesto, usualmente muchos son asintomáticos, pero en los casos posible que presente síntomas serían dolor pélvico, distensión abdominal, sensación de presión, irregularidades menstruales y, en algunos casos, dolor durante las relaciones sexuales o al evacuar. En el caso de la paciente, recurría a un dolor pélvico constante lo cual facilitó la elección del tratamiento quirúrgico siendo sometida a una quistectomía laparoscópica de lado derecho, ya que no solo era los síntomas persistentes, sino que podía desembocar en complicaciones posteriores como torsión ovárica, ruptura del quiste, etc. (28) (29).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es crucial en la transición de la teoría a la práctica clínica para estudiantes de medicina. Debido a los retos presentados por la pandemia en 2020-2022, se adaptaron las prácticas preinternado a formatos virtuales y simulados, lo que llevó a un aprendizaje práctico intensivo y desde cero durante las rotaciones en el Hospital Militar Central en 2023. La experiencia abarcó Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología, incluyendo tareas de elaboración de historias clínicas, seguimiento de pacientes, y participación en emergencias, siempre bajo la supervisión de médicos residentes. Esta etapa formativa es esencial en la definición del perfil profesional del futuro médico.

CONCLUSIONES

1. El internado médico, que se realiza en el último año de la carrera de Medicina Humana, constituye un pilar fundamental en el proceso educativo de los futuros médicos. Esta etapa de formación representa una transición crucial, donde los estudiantes tienen la oportunidad única de integrar y aplicar el conocimiento teórico y práctico adquirido a lo largo de sus estudios, en un ambiente real y bajo la supervisión de médicos residentes y un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. La colaboración estrecha con este equipo no solo mejora sus habilidades clínicas y diagnósticas, sino que también fomenta el desarrollo de competencias esenciales como la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y la toma de decisiones críticas en situaciones de alta presión.
2. En el contexto actual, marcado por la pandemia de COVID-19, el internado médico ha adquirido nuevas dimensiones. A pesar de la disminución de casos, las prácticas de bioseguridad se han integrado firmemente en el quehacer diario de los hospitales y centros de salud, resaltando la importancia crítica de la prevención y control de infecciones en el entorno sanitario. Esto ha enriquecido la formación de los internos, quienes ahora deben incorporar estas prácticas en su rutina clínica, preparándolos de manera más efectiva para responder a futuras emergencias de salud pública y reforzando la importancia de la medicina preventiva.
3. La experiencia del internado no solo es fundamental para la consolidación de habilidades clínicas y quirúrgicas, sino que también promueve el desarrollo de un juicio clínico sólido, la capacidad para gestionar situaciones de emergencia con confianza y la habilidad para proporcionar cuidados compasivos y centrados en el paciente.

Asimismo, enfrentar una variedad de patologías y situaciones clínicas prepara a los futuros médicos para las complejidades y desafíos inherentes a la práctica médica, equipándolos con las herramientas necesarias para ofrecer una atención de calidad y adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y de la sociedad.

RECOMENDACIONES

1. Maximizar el Aprendizaje en Cada Rotación: Los internos deben buscar activamente oportunidades de aprendizaje, mostrando iniciativa y un compromiso firme con su formación. Esto incluye solicitar y participar en procedimientos médicos, siempre bajo la supervisión de profesionales calificados. Además, se sugiere la creación de un plan de aprendizaje personalizado para cada rotación, que contemple objetivos específicos y habilidades a desarrollar, fomentando así un enfoque proactivo hacia el aprendizaje y la práctica médica.
2. Regulación y Legislación del Internado Médico: Es crucial establecer un marco legal claro y justo que regule aspectos fundamentales del internado médico, incluyendo la duración y condiciones de las rotaciones, los horarios de trabajo para evitar el exceso de jornadas laborales, y el suministro adecuado de equipo de protección personal. Estas leyes deben diseñarse pensando en proteger la salud y bienestar de los internos, asegurando a su vez una formación de calidad.
3. Adecuación de Espacios Hospitalarios: Los hospitales y centros de salud deben garantizar la existencia de áreas adecuadas para el descanso y el estudio de los internos. Esto implica disponer de salas de descanso equipadas y áreas de estudio silenciosas, con acceso a recursos didácticos y tecnológicos para permitir a los internos recargar energías y complementar su aprendizaje práctico con estudio teórico.
4. Mantenimiento de salarios justos: Reconocer la contribución vital de los internos al sistema de salud mediante una remuneración justa es fundamental. El salario debe reflejar las horas de trabajo y responsabilidades asumidas, así como contribuir a cubrir sus

necesidades básicas, permitiendo que los internos se concentren en su formación sin preocupaciones económicas adicionales.

5. Fomento de la salud mental y el bienestar: Instituciones educativas y hospitales deben implementar programas de apoyo a la salud mental específicamente diseñados para internos de medicina. Esto incluye acceso a servicios de consejería, talleres sobre manejo del estrés y la fatiga, y actividades que promuevan el bienestar físico y emocional. Reconocer y abordar proactivamente los desafíos de salud mental puede mejorar significativamente la experiencia del internado y el desempeño futuro de los médicos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Militar Central [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; [citado 03 de enero 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hmc/institucional>
2. Historia - HMC [Internet]. [citado 3 de enero de 2024]. Disponible en: https://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
3. Mederos Sust Sandys. Espondilitis anquilosante. Presentación de caso. Medisur [Internet]. 2022 Dic [citado 2024 Feb 18] ; 20(6): 1211-1218. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000601211&lng=es. Epub 30-Dic-2022.
4. Manley Fredrich Duncan. Manifestaciones cardíacas de las enfermedades reumáticas. Rev. costarric. cardiol [Internet]. 2001 Dec [cited 2024 Feb 18] ; 3(3): 29-34. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422001000300005&lng=en.
5. Fiebre y espondilitis anquilosante, Journal: Atención Primaria, : 2004, ISSN: 0212-6567
6. Torres Eymard, Arévalo Helbert, Suarez Idania, Vega Narelcy. Perfil clínico de pacientes atendidos con diabetes mellitus tipo 2 en un programa de reversión. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Ene [citado 2024 Feb 18] ; 21(1): 145-150. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100145&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3432>.
7. Campos-Nonato Ismael, Hernández-Barrera Lucía, Rojas-Martínez Rosalba, Pedroza Adolfo, Medina-García Catalina, Barquera-Cervera Simón. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2024 Feb 18] ; 55(Suppl 2): S144-S150. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es.

8. Vidalón Fernández Armando. Hipertensión Arterial: una introducción general. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 Mayo [citado 2024 Feb 18] ; 23(2): 67-68. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200004&lng=es.
9. Gutiérrez Cabezas Silvia Elena, Hernandez Ocampo Erwin Martin, Camargo Madrid Victor Hugo, Arteaga Vásquez Carlos Armando. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de hipotiroidismo. An. Fac. med. [Internet]. 2019 Abr [citado 2024 Feb 18] ; 80(2): 264-265. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200022&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16425>.
10. López-Ramos Hugo, Medina-Rico Mauricio, Bastidas Danielle, Lara Brunno. Tratamiento farmacológico de la hiperplasia prostática benigna. Revisión de la bibliografía. Rev. mex. urol. [revista en la Internet]. 2018 Ago [citado 2024 Feb 18] ; 78(4): 321-334. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852018000400321&lng=es. Epub 25-Jun-2021. <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i4.2093>.
11. Botto Alberto, Acuña Julia, Jiménez Juan Pablo. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Oct [citado 2024 Feb 18] ; 142(10): 1297-1305. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>.
12. Vidal Fuentes J. Artrosis y dolor: la complejidad e impacto de un síntoma. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2021 [citado 2024 Feb 18] ; 28(Suppl 1): 1-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-

80462021000100001&lng=es. Epub 08-Mar-2021. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3886/2021>.

13. Sarre-Álvarez Diego, Cabrera-Jardines Ricardo, Rodríguez-Weber Federico, Díaz-Greene Enrique. Enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Revisión de las escalas de riesgo y edad cardiovascular. *Med. interna Méx.* [revista en la Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Feb 18] ; 34(6): 910-923. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000600010&lng=es. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i6.2136>.
14. González Duque A., José Reina C. de, Vaquero Martín J.. Bursitis trocantérea. *Medifam* [Internet]. 2003 Ene [citado 2024 Feb 18] ; 13(1): 43-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000100006&lng=es.
15. Sellén Crombet Joaquín, Sellén Sánchen Elizabeth, Barroso Pacheco Lourdes, Sellén Sánchez Sybert. Diagnóstico y tratamiento de la angina inestable aguda e infarto miocárdico sin elevación del segmento ST. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2010 Jun [citado 2024 Feb 18] ; 29(2): 274-293. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000200010&lng=es.
16. Ugalde Héctor, Yubini María Cecilia, Rozas Sebastián, Sanhueza , Jara Hernán. Validación del puntaje de riesgo TIMI como predictor de mortalidad en pacientes chilenos con infarto agudo al miocardio con supradesnivel de ST. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2017 Mayo [citado 2024 Feb 18] ; 145(5): 572-578. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000500003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500003>.
17. Barrera E. Alejandro, Muñoz P. Nelson. Cirugía laparoscópica en cáncer de colon. *Rev. cir.* [Internet]. 2020 Abr [citado 2024 Feb 18] ; 72(2): 164-170. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-

- 45492020000200164&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020002688>.
18. Balén E., Suárez J., Ariceta I., Oronoz B., Herrera J., Lera J. M.. Cirugía laparoscópica en las enfermedades colorrectales. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2005 [citado 2024 Feb 18]; 28(Suppl 3): 67-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000600009&lng=es.
19. Laimev Patricia, Martínez M Carolina, Martínez R Daniela, Martínez B Pamela, Benavides C Carlos, Molina C Carla. Características clínicas y epidemiológicas de la colecistitis crónica xantogranulomatosa. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2007 Abr [citado 2024 Feb 18]; 59(2): 122-126. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000200007>.
20. Rico Selas P., Calle Santiuste A.. Colecistectomía laparoscópica y cirugía ambulatoria. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2004 Jul [citado 2024 Feb 18]; 96(7): 435-441. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000700001&lng=es.
21. B. Karla Moëne, Neumonías adquiridas en la comunidad en niños: diagnóstico por imágenes, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 24, Issue 1, 2013, Pages 27-35, ISSN 0716-8640, [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70126-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70126-3). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701263>).
22. Betancourt-Peña Jhonatan, Olaya-Tamayo Rubén Alexander, Giraldo-Mosquera María Camila, Arredondo-Florez Erika Julieth, Carrillo Hugo Alejandro, Ávila-Valencia Juan Carlos. Factores de riesgo y síntomas de asma infantil en estudiantes de dos colegios de Cali. *Univ. Salud* [Internet]. 2021 May [cited 2024 Feb 18]; 23(2): 85-91. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-

71072021000200085&lng=en.

Epub May 01,

2021. <https://doi.org/10.22267/rus.212302.219>.

23. Miras Aguilar Isabel, Sevilla Ramos Pilar, Arriola Pereda Gema, Ortigado Matamala Alfonso. Fiebre en el paciente pediátrico. La importancia de la exploración física repetida. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2020 [citado 2024 Feb 18]; 13(2): 153-156. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000200010&lng=es. Epub 21-Sep-2020.
24. Sandoval Carmen, Pinochet Constanza, Peña Anamaría, Rabello Marcela, Prado Alejandra, Viviani Tamara. Síndrome febril prolongado: un desafío para el infectólogo pediatra. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2014 Feb [citado 2024 Feb 18]; 31(1): 87-91. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000100013&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000100013>.
25. Palma P., Riccetto C., Hernández M., Olivares J.M.. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2008 Jun [citado 2024 Feb 18]; 32(6): 618-623. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000600007&lng=es.
26. Madail Alayón Angélica María, Figueira Rodríguez Lina María, Blanch Ricardo, García Alfredo Emiro, González Alberto Ernesto. Experiencia en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas vaginales en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2015 Jun [citado 2024 Feb 18]; 75(2): 097-104. Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200004&lng=es.
27. Roncatti De Carli Virginia C, Palma Rodrigues Paulo C, Lopes Duarte Eliana, Arratia Mamani Saul J. Colpocleisis para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal grave. *Cuad. - Hosp. Clín.* [Internet]. 2018 [citado 2024 Feb 18]; 59(1): 56-61. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762018000100007&lng=es.

28. Sandoval Paredes José, Sandoval Paz Cindy, Jara Vásquez César, Sanz Camargo Marjorie. Características histopatológicas de las tumoraciones anexiales. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2016 Oct [citado 2024 Feb 18] ; 62(4): 389-395. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000400007&lng=es.
29. Troncoso J José Luis, Ricci A Paolo, Albornoz V Jaime, Mackenna I Antonio. Manejo laparoscópico de quistes ováricos complicados o persistentes durante el embarazo. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2009 [citado 2024 Feb 18] ; 74(5): 292-298. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000500005>.