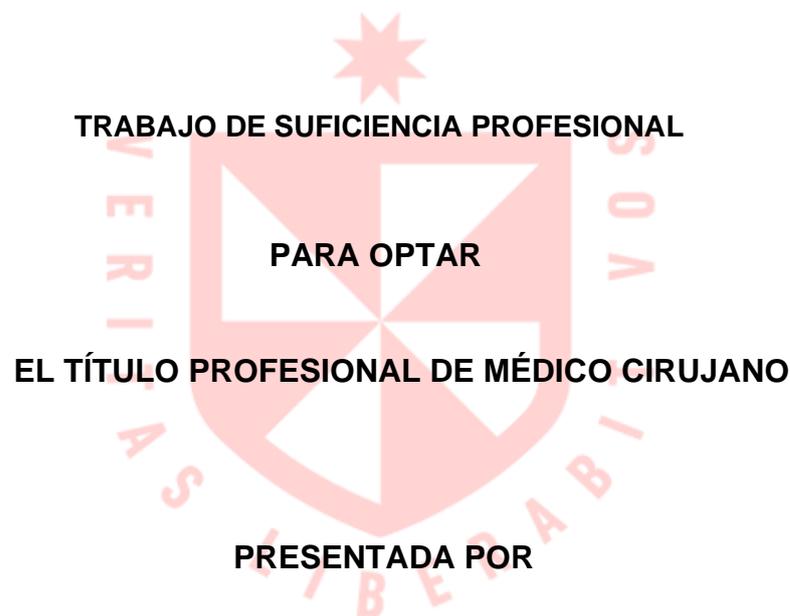


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y
HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

2023–2024



CESAR LEONARDO CASTILLEJO NIEVES

ASESORA

TERESA ANGELICA VERGARA ZAVALETA

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y
HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSÉ CASIMIRO ULLOA
2023–2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CESAR LEONARDO CASTILLEJO NIEVES**

**ASESORA
MC TERESA ANGELICA VERGARA ZAVALETA**

**LIMA–PERÚ
2024**

JURADOS

Presidente: EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ

Miembro: JEFFREE TOVAR ROCA

Miembro: SANDRO YANICK CANO GAMARRA

DEDICATORIA

A mi familia, quienes me dieron su apoyo incondicional ante el anhelo de ser médico, permitiéndome llegar a concluir esta importante etapa de mi vida, que solo es el inicio de un gran viaje.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADOS	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	1
1.2 Rotación en Pediatría	6
1.3 Rotación en Medicina Interna	10
1.4 Rotación en Cirugía General	13
1.5 Rotación en Primer Nivel de Atención	17
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	20
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	22
3.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	22
3.2 Rotación en Pediatría	24
3.3 Rotación en Medicina Interna	27
3.4 Rotación en Cirugía General	29
3.5 Rotación en Primer Nivel de Atención	34
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	38
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
FUENTES DE INFORMACIÓN	43

RESUMEN

El internado médico corresponde al último año de la carrera de Medicina Humana y busca consolidar a través de rotaciones hospitalarias, supervisadas por especialistas médicos, lo aprendido durante los años previos de la carrera y preparar al futuro médico a desenvolverse en situaciones clínicas reales. El presente trabajo describe las experiencias y conocimientos adquiridos en el transcurso de este proceso, que se desarrolló durante el periodo de abril 2023 a enero 2024, en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General. **Objetivo:** Describir la experiencia y conocimientos adquiridos en las prácticas académicas de las especialidades descritas. **Metodología:** Se recopilaron casos clínicos, ocurridos durante el internado médico, de patologías que se presentan con frecuencia en los servicios de Pediatría y Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” y en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, además de patologías que suelen atenderse en los establecimientos de primer nivel de atención como el Centro de Salud “El Porvenir”. **Resultados:** Se describen y analizan 10 casos clínicos representativos de las diferentes especialidades médicas por las que se realizaron rotaciones. Mediante el estudio de estos casos clínicos, se han adquirido habilidades y destrezas que mejoran la capacidad resolutive del futuro médico. **Conclusiones:** El año de internado médico es una experiencia enriquecedora en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General, que permite al estudiante de medicina integrar todos los conocimientos adquiridos previamente, pudiendo aplicarlos en pacientes reales y teniendo la oportunidad de seguir el caso desde el ingreso hasta el alta.

Palabras clave: Internado Médico, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General

ABSTRACT

The medical internship corresponds to the last year of medical students prior obtaining their degree, it seeks to consolidate through hospital rotations, supervised by medical specialists, what was learned during the previous years of the Human Medicine career and prepare the future doctors to develop in real clinical situations. This paper describes the experiences and knowledge acquired during the medical internship, which developed during April 2023 and January 2024, in the specialties of Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine, and General Surgery. **Objective:** Describe the experience and knowledge acquired in the practices of the described specialties. **Methodology:** Compilation of clinical cases, that occurred during the medical internship, of pathologies that frequently occur in the Pediatrics and Gynecology and Obstetrics services of the *Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”* and in the Internal Medicine and General Surgery services of the *Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”*, in addition to pathologies that are usually treated in first-level care establishments such as the *Centro de Salud “El Porvenir”*. **Results:** 10 clinical cases, representative of the different medical specialties in which rotations were performed, are described and analyzed. Through the study of these clinical cases, skills and abilities have been acquired, which improves the resolution capacity of the future doctor. **Conclusions:** The medical internship is an enriching experience in the specialties of Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine, and General Surgery, which allows the medical student merge all the knowledge acquired, being able to apply it to real patients, and having the opportunity to follow the case from admission to discharge.

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

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y HOSPI
TAL**

AUTOR

CESAR LEONARDO CASTILLEJO NIEV

RECuento DE PALABRAS

11675 Words

RECuento DE CARACTERES

66243 Characters

RECuento DE PÁGINAS

53 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

290.2KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 18, 2024 3:23 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 18, 2024 3:24 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dra. Teresa Angélica Vergara Zavaleta
DNI 18123475 CMP 39360 RNE 20939
COD ORCID 0009000841255006

INTRODUCCIÓN

El internado médico corresponde al último año de la carrera de Medicina Humana y busca consolidar a través de prácticas hospitalarias, supervisadas por especialistas médicos, lo aprendido durante los años previos de la carrera y preparar al futuro médico a desenvolverse en situaciones clínicas reales.

El aprendizaje dentro de la carrera de medicina humana empieza con las ciencias básicas, las cuales brindan una base teórica que permite la comprensión del ser humano y su estado ideal, para luego comprender los desequilibrios que conllevan a la enfermedad. El estudiante, al poseer conocimiento, debe poder aplicarlo en un sistema de salud, el cual va reconociendo y analizando durante las rotaciones externas universitarias para finalmente, en el internado médico, empezar a contribuir dentro de este sistema sanitario teniendo responsabilidades con el paciente sin dejar de afianzar sus conocimientos teóricos.

El presente trabajo describe las experiencias y conocimientos adquiridos en el transcurso del internado médico, que se desarrolló durante el periodo de abril 2023 a enero 2024, a través de casos clínicos recopilados durante las rotaciones. Se realizaron rotaciones hospitalarias y en un establecimiento de primer nivel de atención para realizar actividades de naturaleza práctica en las principales especialidades médicas; Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.1.1 Caso clínico n.º 1

Paciente femenina de 29 años, acude a emergencia por presentar sangrado vaginal abundante tras caerse de las escaleras, refiere expulsión de “coágulos”. Señala que cuenta con prueba de embarazo en sangre positiva del día anterior, no recuerda con exactitud FUR, refiere “hace unos cuantos meses”. Niega otros síntomas.

Antecedentes:

- Personales: Niega.
- Familiares: Niega.
- Quirúrgicos: Apendicectomía incisional (2015), cesárea (2014, 2017, 2021).
- Gineco-obstétricos: G4 P3003, FUR: no recuerda, CPN: 0, parejas sexuales: 1, RC: 5/30, PAP: hace 5 años.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 110/60 mmHg, FC 91 lpm, FR 19 rpm, Temperatura 36°C, SatO2 98%, IS 0.8.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, palidez ++/+++, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda.

- Tacto vaginal:
 - o Útero: AVF de aproximadamente 14 cm.
 - o Cérvix: Posterior, 2 cm, blando, orificio abierto, se palpa restos trofoblásticos sin mal olor.
- Neurológico: Paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 10.2 g/dL, Hto 30%, leucocitos 17 600 mm³, plaquetas 358 000 mm³.
- Grupo y factor: A+.
- Glucosa: 75 mg/dL.
- VIH no reactivo, RPR no reactivo, Hepatitis B no reactivo.
- Perfil de coagulación sin alteraciones.
- Ecografía transvaginal: Útero AVF de 10x5.9 cm, con endometrio heterogeneo de 19.1 mm. Ovario derecho e izquierdo: aparentemente normal. No líquido libre en cavidad.

Impresión diagnóstica:

- Aborto incompleto.
- Alto riesgo obstétrico: cesareada anterior 3 veces.
- Anemia leve.

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza paciente.
- Nada por vía oral.
- Control de funciones vitales.
- Vía salinizada.
- Fluidoterapia y trasfusión de 1 PG.
- Se preparar para evaluación bajo anestesia + legrado uterino.

1.1.2 Caso clínico n.º 2

Paciente femenina de 23 años, G1 P0000, de 40 semanas de gestación, acude a las 11 am a emergencia refiriendo dolor tipo contracción uterina cada 8-10 minutos. Niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal. Percibe movimientos fetales. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Personales: Hospitalización a las 12 semanas de gestación por hiperemesis gravídica (12 días).
- Familiares: Diabetes *mellitus* tipo 2 (padre).
- Quirúrgicos: Niega.
- Gineco-obstétricos: Menarquia: 12 años, RC: 3-5/28-30, parejas sexuales: 05, G1 P0000, FUR: no recuerda, CPN: 03 en C.S. y 12 en hospital, PAP: (-) 2023.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 120/75 mmHg, FC 80 lpm, FR 18 rpm, Temperatura 36.6°C, SatO2 98%, IMC 20, ganancia ponderal 11.4 kg.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, palidez ++/+++, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, no visceromegalias, útero grávido ocupado por feto único activo. Altura uterina 35 cm, feto en LCD, latidos fetales: 145 lpm, dinámica uterina: cada 8 minutos de 30 segundos de duración con intensidad (+/+++), ponderado fetal: 3 300 gr.
- Tacto vaginal:
 - o Útero: Grávido, ocupado por feto único activo.

- Cérvix: Posterior, 2.5 cm, blando, dilatado 1 cm, incorporado 80%, membranas íntegras, altura de presentación C-4, no presenta variación de posición.
- Neurológico: Paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 11.4 g/dL, Hto 33.8%, leucocitos 8 700 mm³, plaquetas 218 000 mm³.
- Grupo y factor: O+.
- Glucosa: 75 mg/dL.
- VIH no reactivo, RPR no reactivo, Hepatitis B no reactivo.
- Perfil de coagulación sin alteraciones.
- Ecografías:
 - 01/07/23: 12.2 semanas de gestación.
 - 31/08/23: 20.5 semanas de gestación.
 - 13/11/23: 32.4 semanas de gestación, LCI, placenta anterior grado II, ponderado fetal 2 111 gr (p56).
 - 14/12/23: 37 semanas de gestación, LCI, placenta anterior grado II, líquido amniótico normal, ponderado fetal 3 024 gr (p70).

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 40.4 semanas por ecografía precoz.
- Inicio de trabajo de parto: fase latente.

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza paciente.
- Monitoreo materno fetal.
- Dieta blanda más líquidos a voluntad.
- Vía salinizada.
- MIP con DUE.
- Reevaluación en 4 horas.
- Evolución espontánea de trabajo de parto.

Reevaluación:

- 14:50 horas: DU 1/10', duración 30 segundos, intensidad (+); LCF 135 lpm, percibe movimientos fetales, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido. Al tacto vaginal: cérvix blando, dilatado 1 cm, incorporado 80%, altura de presentación C-3.
- 20:15 horas: feto LCD, LCF 147 lpm, DU 1-2/10', duración 40 segundos, intensidad (++) . Al tacto vaginal: cérvix dilatado 1 cm, incorporado 100%, membranas íntegras, altura de presentación C-3, variación de posición: OI DT.
- 02:30 horas: DU 2/10', duración 45 segundos, intensidad (++) , LCF 135 lpm, percibe movimientos fetales, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido. Al tacto vaginal: cérvix dilatado 2 cm, incorporado 100%, membranas íntegras abombadas, altura de presentación C-3.
- 06:30 horas: DU 2/10', duración 35 segundos, intensidad (++) . LCF 144 lpm, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido. Al tacto vaginal: cérvix dilatado 3 cm, incorporado 100%, membranas íntegras abombadas, altura de presentación C-3.
- 09:50 horas: DU 2/10', duración 30 segundos, intensidad (++) . LCF 144 lpm, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido. Al tacto vaginal: cérvix dilatado 3 cm, incorporado 100%, rotura artificial de membranas con líquido verde fluido, altura de presentación C-3. Se solicita MIP STAT.
- 10:22 horas: cérvix dilatado 3 cm, MIP con desaceleración variable que demora en recuperar (1' 30").

Diagnóstico:

- Gestante de 40.3 semanas.
- Trabajo de parto fase latente prolongada.
- Insuficiencia placentaria.
- Estado fetal no tranquilizador.

Plan de trabajo:

- Culminación de gestación por vía alta (CSTP).
- Pasa a SOP.

1.2 Rotación en Pediatría

1.2.1 Caso clínico n.º 3

Paciente femenina de 4 años, acude a emergencia acompañada de su madre con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 horas. Madre refiere que, 3 horas post ingesta de leche, paciente presentó 10-15 vómitos de contenido bilioso (volumen total de aproximadamente 1 taza) acompañados de dolor abdominal tipo cólico difuso, sin irradiación. Niega deposiciones líquidas, niega fiebre.

Antecedentes:

- Personales:
 - Prenatales: Producto de tercera gestación, CPN > 6, gestación sin interurrencias.
 - Natales: Parto eutócico a las 39 semanas de edad gestacional, peso al nacer 3 100 gr, talla 51 cm, llanto inmediato, hospitalización de 1 día por ictericia.
 - Postnatales: Inmunizaciones incompletas. Hospitalización luego de nacer por 1 día por ictericia y a los 15 días para fototerapia, hospitalización hace 1 mes por pancreatitis aguda leve.
- Familiares: Bronquitis crónica (padre y hermano).
- Quirúrgicos: Niega.

Examen físico:

- Funciones biológicas:
 - Apetito: Disminuido.
 - Sed: Disminuida.
 - Orina: Normal.
 - Deposiciones: Normales.
- Funciones vitales: FC 120 lpm, FR 22 rpm, Temperatura 39°C, SatO2 98%.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.

- Piel y faneras: Labios y mucosa oral seca, palidez ++/+++, no ictericia.
- Orofaringe: No congestiva, no placas, no eritema.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, amplexación conservada.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor difuso a la palpación a predominio de hipocondrio y flanco derecho.
- Neurológico: Despierta, reactiva a estímulos, moviliza extremidades espontáneamente.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 12.53 g/dl, Hto 36.2%, leucocitos 16 490 mm³ (A: 2%, S: 76%, L: 17%), plaquetas 312 900 mm³.
- PCR: Negativo.
- Amilasa: 308 U/L, Lipasa: 1 614 U/L.
- LDH: 234.
- Ecografía abdominal: Páncreas aumentado de tamaño a predominio del cuerpo.
- TEM abdominal: Páncreas engrosado, no colecciones peripancreáticas ni signos de necrosis glandular.

Impresión diagnóstica:

- Deshidratación moderada.
- Pancreatitis aguda recurrente no complicada.
 - o D/c autoinmune vs genética vs infecciosa.

Plan de trabajo:

- Nada por vía oral.
- Hidratación EV.
- Omeprazol 20 mg EV cada 24 horas.
- Ondansetrón 3 mg EV PRN vómitos.
- Metamizol 500 mg EV PRN dolor.

- Se solicita IFI viral, IgM CMV, IgM Epstein-Barr, parasitológico seriado, IgM hepatitis A y C.
- Se solicita colangiografía.
- Control de funciones vitales más observación de signos de alarma.
- Balance hidroelectrolítico.

1.2.2 Caso clínico n.º 4

Lactante masculino de 3 meses, con antecedente de sífilis congénita, acude referido de consultorio externo de infectología indicando que paciente cuenta con RPR (+), a comparación de hace 3 meses que tenía RPR (-). Madre niega síntomas asociados. Niega fiebre.

Antecedentes:

- Personales:
 - Prenatales: CPN: 6, producto de tercera gestación, ITU (-), vulvovaginitis (-).
 - Natales: Parto eutócico de 37 semanas de edad gestacional, APGAR 8-9, peso al nacer 3 070 gr, talla 47.5 cm, perímetro cefálico: 31 cm. Grupo O+.
 - Postnatales: Inmunizaciones completas. Hospitalización a los 14 días de nacido por sífilis congénita durante 10 días, recibió penicilina G sódica.
- Familiares: Madre con sífilis no tratada (al momento del nacimiento: RPR 1/64, FTA (+)).
- Quirúrgicos: Niega.

Examen físico:

- Funciones biológicas:
 - Sed: Lactancia adecuada.
 - Orina: 5 pañales/día.
 - Deposiciones: 1-2 veces/día, blando.
 - Sueño: Conservado.

- Funciones vitales: FC 120 lpm, FR 22 rpm, Temperatura 39°C, SatO2 98%, peso 5.5 kg.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: Piel hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, palidez o cianosis.
- Orofaringe: No congestiva, no placas, no eritema.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, amplexación conservada, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes.
- Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos, tono conservado, fontanela anterior normotensa.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 9.6 g/dL, Hto 28.8%, leucocitos 3 140 mm³ (A: 0%, S: 24%, L: 69%), plaquetas 312 900 mm³.
- Glucosa: 94 mg/dL.
- PCR: 4.32 mg/L.
- RPR: 1/16.

Impresión diagnóstica:

- Sífilis congénita.
 - D/c neurosífilis.
- Anemia leve.

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza paciente.
- Lactancia materna exclusiva y/o fórmula materna 13% 60 cc/T/3T.
- Vía salinizada.
- Penicilina G sódica 275 000 UI EV cada 8 horas.
- Contro de funciones vitales más observación de signos de alarma.
- Balance hidroelectrolítico.

- Preparar para punción lumbar.
- Se solicita hemocultivo, IgM sífilis.
- Se solicita LCR: VDRL en LCR, citobioquímica y cultivo.
- Se solicita ecografía transfontanelar e interconsulta a neurología.

1.3 Rotación en Medicina Interna

1.3.1 Caso clínico n.º 5

Paciente femenina de 85 años, ingresa a la emergencia refiriendo que desde hace 13 días presenta tos con movilización de secreciones, dificultad respiratoria de manera progresiva que calma al reposo, cefalea de moderada intensidad y sensación de alza térmica, niega haberse automedicado.

Antecedentes:

- Personales:
 - Diabetes *mellitus* hace 10 años en tratamiento con metformina de manera irregular.
 - Hipertensión arterial hace 2 años sin tratamiento.
 - Asma hace 1 año.
- Familiares: Niega.
- Quirúrgicos: Colectomía hace 30 años.
- Hábitos nocivos: Niega.
- FUR: Hace 30 años.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 125/75 mmHg, FC 68 lpm, FR 19 rpm, Temperatura 38 °C, SatO2 91%, peso 53 kg, talla 144 cm.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, no signos de deshidratación, no ictericia, no cianosis.
- Tórax y pulmones: Amplexación simétrica y levemente disminuida, sonoridad conservada, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos

hemitórax, se auscultan crépitos en ambos hemitórax, moviliza secreciones.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Neurológico: Paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos, no focalización.

Exámenes auxiliares:

- Prueba COVID: Negativo.
- Hemograma: Hb 11 g/dL, Hto 39%, leucocitos 12 150 mm³, plaquetas 320 000 mm³.
- AGA: PO₂ 84%, PCO₂ 34%, glucosa 310.
- Examen de orina: No patológico.
- PCR: 140 mg/dL.
- Radiografía de tórax: Se evidencia patrón intersticial compatible con enfermedad pulmonar intersticial difusa y patrón alveolar en parche a predominio de hemitórax derecho.

Impresión diagnóstica:

- Insuficiencia respiratoria aguda:
 - o Neumonía adquirida en la comunidad.
 - o Enfermedad pulmonar intersticial difusa.
- Hipertensión arterial por historia clínica.
- Diabetes *mellitus* tipo 2 por historia clínica.

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza.
- Dieta blanda hipoglúcida más líquidos a voluntad.
- Catéter venoso periférico.
- Piperacilina / tazobactam 4.5 mg EV cada 8 horas.
- Losartan 50 mg VO cada 12 horas.
- Ninfedipino 30 mg VO cada 12 horas.

- Bromuro de ipatropio INH 2 puff cada 8 horas por aerocámara.
- Salbutamol INH 2 puff cada 8 horas por aerocámara.
- Salmeterol más fluticasona INH 2 puff cada 12 horas.
- Oxígeno por cánula binasal a ½ litro/minuto.
- Hemoglucotest: 6 am – 4 pm – 10 pm.
- Control de funciones vitales más observación de signos de alarma.

1.3.2 Caso clínico n.º 6

Paciente masculino de 68 años, es traído a la emergencia por ambulancia. Personal refiere encontrar al paciente hace aproximadamente 20 minutos en el piso, inconsciente y temblando, cuando retoma el conocimiento no puede mover el brazo izquierdo. Se encontraba montando bicicleta cuando sufrió una convulsión, no recibió tratamiento.

Antecedentes:

- Personales: Hipertensión arterial (en tratamiento con enalapril cada 12 horas), hiperplasia benigna de próstata (en tratamiento con tamsulosina).
- Familiares: Niega.
- Quirúrgicos: Niega.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 160/80 mmHg, FC 80 lpm, FR 22 rpm, Temperatura 36 °C, SatO₂ 95%.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 seg.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados .
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.

- Neurológico: Desorientado, no obedece órdenes, afasia, escala de Glasgow 12/15 (Ocular: 4, Verbal: 2, Motor: 6), disminución de fuerza muscular en brazo izquierdo 4/5, NIHSS 11 puntos.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb: 14 g/dL, leucocitos 8 410 mm³ (A: 2%).
- TP: 13.83, INR: 1.04.
- Glucosa: 104 mg/dL, Urea: 25 mg/dL, Creatinina: 1.22 mg/dL.
- Na: 138, K: 4.43, Cl: 104.
- TEM cerebral: Área hipodensa en lóbulo cerebral derecho.

Impresión diagnóstica:

- Trastorno de consciencia: ACV isquémico.
- Síndrome convulsivo.
- Hipertensión arterial.

Plan de trabajo:

- Nada por vía oral.
- Pasa a observación.
- AAS 100 mg 4 tab VO STAT, luego 100 mg cada 24 horas.
- Atorvastatina 40 mg 2 tab VO STAT, luego 40 mg cada 24 horas.
- Nifedipino 30 mg VO STAT.
- Fenitoina 100 mg VO cada 8 horas.
- Control de funciones vitales.
- Balance hidroelectrolítico.

1.4 Rotación en Cirugía General

1.4.1 Caso clínico n.º 7

Paciente masculino de 45 años, refiere fue intervenido quirúrgicamente hace aproximadamente 6 meses de colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular. Acude aludiendo que desde hace 3 semanas presenta dolor de tipo cólico en hipocondrio derecho asociado a náuseas que progresan a vómitos,

los cuales se exacerbaron hace aproximadamente 5 horas por lo que acude a emergencia.

Antecedentes:

- Personales: Niega.
- Familiares: Niega.
- Quirúrgicos: Colectomía subtotal laparoscópica por litiasis vesicular hace 6 meses.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 100/70 mmHg, FC 76 lpm, FR 19 rpm, Temperatura 36.5°C, SatO2 99%, peso 82 kg, talla 167 cm.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se aprecia ictericia ni cianosis.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, se aprecia 3 cicatrices por trocares operatorios de colectomía, dolor a la palpación de hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo.
- Neurológico: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no focalización, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 12.7 g/dL, Hto 39%, leucocitos 10 320 mm³, plaquetas 270 000 mm³.
- Glucosa 102 mg/dL, Urea 20 mg/dL, Cr 0.5 mg/dL.
- Examen de orina: No patológico.
- Amilasa 57 U/L, Lipasa 46 U/L.
- Perfil hepático: BT 1.5 mg/dL, BD 0.78 mg/dL, BI 0.72 mg/dL, FA 130 U/L, TGO 108 U/L, TGP 96 U/L, GGTP 115 U/L.

- Ecografía abdominal superior: Colédoco 3mm sin litiasis, vesícula biliar 30 x 20 mm con pared de 5mm donde se aprecia presencia de lito de 15mm.

Impresión diagnóstica:

- Abdomen agudo quirúrgico. litiasis vesicular remanente.
- Sobrepeso.

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza.
- Nada por vía oral.
- NaCl 0.9% 1000 cc 30 gotas por minuto EV.
- Ceftriaxona 2 gr EV pre sala de operaciones.
- Metamizol 2 gr condicional temperatura mayor o igual a 38.5°C o dolor.
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas.
- Preparar para cirugía electiva: Colectomía por laparoscópica.

1.4.2 Caso clínico n.º 8

Paciente masculino de 18 años, refiere sufrir accidente en la cocina de su casa con agua hirviendo hace aproximadamente 30 minutos. Acude a emergencia por presentar quemaduras en tórax, cara y miembro superior e inferior izquierdo. Niega pérdida de consciencia, náuseas, vómitos o mareos.

Antecedentes:

- Personales: Niega.
- Familiares: Niega.
- Quirúrgicos: Niega.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 120/70 mmHg, FC 102 lpm, FR 21 rpm, Temperatura 36.8°C, SatO2 98%.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.

- Piel y faneras: Quemaduras eritematosas y dolorosas en región torácica anterior en toda su extensión supramamaria con presencia de flictenas, en región distal de antebrazo izquierdo con presencia de flictenas, en muslo izquierdo cara anterior y posterior con flictenas, en región abdominal izquierda y en región submandibular izquierda sin flictenas. 21% SCT comprometida.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, quemadura en región torácica supramamaria con flictenas.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, sin soplos.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación de hemiabdomen izquierdo por presencia de quemadura sin flictenas.
- Extremidades: Moviliza 4 extremidades, dolor a la movilización de miembro superior e inferior izquierdo por presencia de quemaduras.
- Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15. Fuerza muscular y sensibilidad conservadas.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 10 g/dL, Hto 48%, leucocitos 11 830 mm³, plaquetas 350 000 mm³.
- Glucosa: 101 mg/dL, Urea: 30 mg/dL, Cr: 1.1 mg/dL.
- Na: 140, K: 3.8, Cl: 105.

Impresión diagnóstica:

- Quemadura de segundo grado en miembro superior.
- Quemadura de segundo grado en tórax.
- Quemadura de segundo grado en miembro inferior.
- Quemadura de primer grado en cuello.
- Quemadura de primer grado en abdomen.

Plan de trabajo:

- Nada por vía oral.

- Curación de quemaduras en tópico con sulfadiazina de plata 1%.
- NaCl 0.9% 1000 cc EV.
- Paracetamol 1 gr EV cada 8 horas.
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr EV STAT.
- Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg + NaCl 0.9% 100 cc EV PRN dolor intenso.
- Pasa a observación.
- Referencia a unidad de quemados.
- Se solicita electrolitos y EKG.

1.5 Rotación en Primer Nivel de Atención

1.5.1 Caso clínico n.º 9

Paciente femenina de 51 años, acude por consultorio externo refiriendo dolor en región lumbar desde hace aproximadamente 5 días, de intensidad 6/10, que se acentúa a la deambulación y no cede con paracetamol. No irradia a miembros inferiores. Niega antecedente de traumatismo. No refiere otras molestias.

Antecedentes:

- Familiares: Diabetes *mellitus* (madre).
- Patológicos: Diabetes *mellitus* en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas.
- Quirúrgicos: Cesárea (2004).

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 120/80 mmHg, FC 82 lpm, FR 19 rpm, Temperatura 36.5°C, SatO2 98%. Peso 80 kg. Talla 1.60. IMC 31.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.
- Osteomuscular: Dolor a la palpación en región lumbar, moviliza 4 extremidades.
- Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no parestesias, no focaliza.

Diagnóstico:

- Lumbalgia.
- Obesidad grado 1.
- Diabetes *mellitus* en tratamiento.

Tratamiento:

- Naproxeno 550 mg VO cada 12 horas por 5 días.
- Orfenadrina 100 mg VO cada 12 horas por 5 días.
- Consejería y medidas higiénico dietéticas.
- Interconsulta a nutrición.

1.5.2 Caso clínico n.º 10

Paciente masculino de 38 años, acude a tópico de emergencia por presentar mordedura de perro callejero cuando se dirigía a su centro laboral hace aproximadamente 1 hora en pierna derecha. Refiere dolor localizado en herida. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Familiares: Niega.
- Patológicos: Niega.
- Quirúrgicos: Niega.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 110/70 mmHg, FC 90 lpm, FR 17 rpm, Temperatura 36.6°C, SatO2 98%.
- Estado general: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos. Laceración de aproximadamente 5 cm de bordes irregulares y eritematosos con marcas de dentición animal en cara externa de pantorrilla derecha, no presenta sangrado activo.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.
- Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Diagnóstico:

- Mordedura de perro.

Tratamiento:

- Limpieza de herida en tópico.
- Amoxicilina 500 mg + ácido clavulánico 125 mg cada 8 horas por 7 días.
- Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 3 días.
- Vacuna antitetánica.
- Vacuna antirrábica.
- Se indica limpieza diaria de herida y se explica signos de alarma.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Las prácticas preprofesionales del internado médico se desarrollaron en 10 meses, desde el 1 de abril 2023 al 31 de enero 2024. Durante estos meses se adquirió experiencia en las principales especialidades médicas como Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia; a esto se le agregó una rotación en un establecimiento de primer nivel de atención, ya sea centro de salud o posta, para adquirir experiencia en Atención Primaria de la Salud, cada rotación duró 2 meses. Dentro de las funciones del interno de medicina durante su paso por las diversas especialidades se encuentran la elaboración, actualización y registro de historias clínicas, asistencia en procedimientos de diagnóstico y tratamiento según indicaciones médicas, control de la evolución de pacientes hospitalizados bajo supervisión médica, ejecución de procedimientos médicos e intervenciones bajo supervisión médica, entre otros, con el fin de desarrollar capacidades clínico-quirúrgicas necesarias para el ejercicio de la medicina como médico cirujano.

Los presentes casos expuestos tuvieron desarrollo en tres establecimientos de salud de Lima Metropolitana:

- El Hospital Nacional Docente Madre Niño “ San Bartolomé”, ubicado en el distrito de Cercado de Lima, perteneciente a la DIRIS Lima Centro. En el año 2020, se le asignó la categoría III-E de hospital de atención especializada, por lo que brinda atención altamente especializada a la salud sexual y reproductiva de la mujer y atención integral al feto, neonato, lactante, niño y adolescente. Cuenta con diversas especialidades y subespecialidades ramas de Pediatría y Gineco-obstetricia como ginecología oncológica, medicina especializada, servicio de reproducción humana, neonatología, subespecialidades pediátricas, cirugía pediátrica, entre otros (1).
- El Hospital de Emergencia “José Casimiro Ulloa” ubicado en el distrito de Miraflores, perteneciente a la DIRIS Lima Centro. Este es un hospital que cuenta con la categoría III-E y se brinda atención en especialidades

médicas (medicina interna, cardiología, emergencia y desastres, pediatría, ginecología y obstetricia, gastroenterología, neumología) y quirúrgicas (cirugía general, cirugía de torax y cardiovascular, traumatología, neurocirugía, anestesiología). Cuenta con atención de emergencia, centro quirúrgico, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, tóxico, diagnóstico por imágenes, laboratorio, nutrición y dietética, farmacia, centro de hemoterapia y banco de sangre y central de esterilización (2).

- El Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir”, ubicado en el distrito de La Victoria, perteneciente a la DIRIS Lima Centro. Ofrece servicios para la atención primaria de la salud como medicina general, medicina familiar, ginecología y obstetricia, CRED, inmunizaciones, psicología, tóxico, nutrición, PCT, farmacia y laboratorio. Al ser un centro de salud categoría I-4, se enfocada principalmente en la prevención y promoción de la salud, los pacientes que requiere un manejo más especializado son referidos a un centro de mayor complejidad, teniendo como hospital de referencia el Hospital Dos de Mayo (3).

Los casos presentados de pediatría y gineco-obstetricia se obtuvieron durante el desarrollo como interno del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, y los casos de cirugía general y medicina interna del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”. Además, se incluyeron casos clínicos de algunas de las patologías más frecuentes atendidas en el C.S. “El Porvenir”. En todos los establecimientos de salud se intentó buscar patologías representativas de los servicios, los cuales nos permitieron mejorar nuestra capacidad resolutive en el manejo de las patologías prevalentes en nuestro país.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

3.1.1 Caso clínico n.º 1: Aborto incompleto

Cuando una gestación es interrumpida antes de las 22 semanas o el feto presenta un peso menor a 500 gr, se denomina aborto. Dependiendo de las características del contenido uterino se puede clasificar en aborto completo cuando hay eliminación total, aborto incompleto cuando la eliminación es parcial y retenido o diferido cuando no hay eliminación de producto y este se encuentra retenido. En cualquiera de estos casos, si se acompaña de complicación infecciosa, se denomina aborto séptico. En caso de evidenciarse rotura de membrana, cervix dilatado y pérdida de líquido amniótico, estaríamos frente a un aborto inevitable. Esta patología suele acompañarse de dolor en hipogastrio y/o sangrado vaginal.

El diagnóstico de aborto se establece en una gestación menor de 22 semanas que presenta sangrado vaginal y/o dolor hipogástrico. Para determinar que este es un aborto incompleto, se requiere de una sospecha o evidencia de que la pérdida del contenido uterino fue parcial; es decir, se encuentran restos en el canal cervical o vaginal.

En el caso expuesto, la paciente acude por presentar sangrado vaginal luego de una caída con presencia de “coágulos”, al examen físico se encuentra cervix abierto y se palpan restos trofoblásticos sin mal olor. Al realizársele ecografía transvaginal, se aprecia endometrio heterogéneo de 19 mm, no se visualiza embrión, confirmandose así el diagnóstico de aborto incompleto.

Ante un aborto incompleto, las guías peruanas indican que el tratamiento puede realizarse con legrado uterino o aspiración manual endouterina (AMEU) dependiendo de la edad gestacional. En casos de abortos no complicados menores de 12 semanas de gestación se opta por realizar AMEU, si la gestación es mayor a 12 semanas se prefiere el legrado uterino (4). En el caso

de la paciente se optó por realizar una evaluación bajo anestesia con legrado uterino; sin embargo, las guías internacionales no recomiendan el uso de legrado uterino como primer mecanismo de evacuación uterina en abortos debido a que está asociado a baja eficacia y a altas tasas de complicaciones (5).

3.1.2 Caso clínico n.º 2: Trabajo de parto disfuncional

Dentro del trabajo de parto existen 3 etapas:

- Dilatación: Los cambios en el cuello uterino se producen por una buena dinámica uterina, las contracciones inducen la maduración cervical generando incorporación y dilatación del cervix.
 - Fase latente: 0 – 4 cm de dilatación, a una velocidad variable, en nulíparas dura hasta 20 horas y en multíparas hasta 14 horas.
 - Fase activa: 4 – 10 cm de dilatación, a una velocidad constante, en nulíparas es de 1.2 cm/h y en multíparas de 1.5 cm/h.
- Expulsivo: Salida del feto en dilatación de 10 cm, en una nulípara puede durar hasta 90 minutos y en multíparas hasta 60 min.
- Alumbramiento: Expulsión de la placenta, en nulíparas dura hasta 30 min y en multíparas hasta 45 min, se recomienda un alumbramiento activo y dirigido mediante la colocación de oxitocina después del periodo expulsivo para reducir el tiempo de alumbramiento a 10 minutos (6,7).

El parto distócico es aquel parto obstruido que se puede complicar, una alteración en la dinámica uterina, la pelvis o el feto puede producir un parto lento o precipitado. En el caso presentado vemos a una paciente con un trabajo de parto en fase latente desde hace aproximadamente 23 horas. Se establece un trabajo de parto con fase latente prolongada cuando esta supera las 20 horas en nulíparas y las 14 horas en multíparas. El tratamiento en estas pacientes suele ser el reposo más la aplicación de oxitocina, y en algunos casos cesárea cuando la vida de la madre o el feto peligran. En el caso de la

paciente, se optó por culminar la gestación vía alta debido al estado fetal no tranquilizador (7,8).

3.2 Rotación en Pediatría

3.2.1 Caso clínico n.º 3: Pancreatitis aguda recurrente en pediatría

La pancreatitis aguda es una patología inflamatoria desencadenada por la activación, liberación intersticial y autodigestión de la glándula por sus propias enzimas. Tiene diversas etiologías, ya sea infecciosas, alteraciones inflamatorias y vasculíticas, trauma, anomalías congénitas, obstrucción, enfermedades metabólicas o medicamentos. El principal síntoma de esta patología es el dolor abdominal de inicio súbito que puede o no irradiar a cuadrantes superiores y espalda, puede acompañarse de náuseas y vómitos. En la exploración puede encontrarse signo de rebote y disminución de ruidos hidroaéreos. Algunos pacientes pueden cursar con taquicardia, fiebre o hipotensión, e indicaría un cuadro severo (9,10).

El diagnóstico se hace con la presencia de al menos 2 de los siguientes criterios:

- Dolor abdominal de inicio súbito.
- Elevación de amilasa y lipasa de tres a más veces su valor normal.
- Imagen compatible con inflamación pancreática (ecografía abdominal o tomografía abdominal).

Se considera pancreatitis aguda leve cuando no se asocia a insuficiencia orgánica, complicaciones locales o sistémicas y que suele resolverse en la primera semana tras la presentación. Cuando aparece insuficiencia o disfunción orgánica transitoria (< 48 horas de duración) o desarrollo de complicaciones locales o sistémicas, se considera pancreatitis aguda moderadamente grave, en estos casos puede aparecer necrosis peripancreática estéril. Si la disfunción orgánica persiste más de 48 horas, se

trataría de una pancreatitis aguda grave, y es considerada potencialmente mortal.

La paciente presentó dolor tipo cólico difuso, acompañado de vómitos de contenido bilioso. Al realizarle exámenes auxiliares se evidenció una elevación significativa de la amilasa y lipasa, además de encontrarse un páncreas engrosado y de mayor tamaño en la evaluación por imágenes. Se menciona como antecedente un cuadro previo de pancreatitis aguda leve hace 1 mes que tuvo resolución total. Para determinar que estamos frente a una pancreatitis aguda recurrente, se necesita de al menos 2 episodios distintos de pancreatitis aguda con normalización de las enzimas pancreáticas a su valor basal entre ellos, como es el caso de la paciente.

El tratamiento consiste en aliviar el dolor y restaurar la homeostasis metabólica, teniendo como aspectos más importantes(10,11):

- Hidratación: Se recomienda una rápida hidratación en aquellos pacientes que presentan algún grado de deshidratación, esta debe ser con solución salina fisiológica 20 ml/kg cada 20 – 30 minutos.
- Analgesia: Se debe administrar analgesia en dosis adecuadas, hay que tomar en consideración que el dolor abdominal es moderado-intenso, por lo que en algunos pacientes podría ser necesario el uso de opioides como meperidina.
- Nutrición: La realimentación precoz, dentro de las 24 – 48 horas, a través de nutrición enteral, disminuye la tasa de complicaciones y la duración de la hospitalización. Mientras el paciente vomite, se le debe mantener en dieta absoluta.
- Se debe suprimir la secreción de ácido gástrico con inhibidores de la bomba de protones.
- No se recomienda hacer uso de antibióticos profilácticos, se utilizan solo para tratar una necrosis peripancreática infectada.

3.2.2 Caso clínico n.º 4: Sífilis congénita

Se denomina sífilis congénita a la infección neonatal por *Treponema Pallidum* adquirida intraútero de madre infectada por sífilis no tratada o inadecuadamente tratada durante la gestación. El contagio resulta de la propagación hematógena del agente desde una madre infectada o también por el contacto directo del neonato con lesiones genitales infecciosas de la madre en el momento del parto.

Durante la etapa neonatal, esta patología suele ser asintomática; sin embargo, de presentar síntomas, el paciente podría cursar con manifestaciones de vasculitis, con progresión a necrosis y fibrosis, también es frecuente encontrar hepatoesplenomegalia, ictericia y elevación de enzimas hepáticas. El diagnóstico definitivo se hace en cualquier recién nacido que cumpla con uno o más de los siguientes criterios(12,13):

- Criterio epidemiológico: Todo producto de gestación de madre con:
 - Prueba rápida para sífilis o prueba no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita.
 - Prueba rápida para sífilis o prueba no treponémica positiva o reactiva durante el trabajo de parto o aborto.
- Criterio serológico: Recién nacido con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre, equivalente un cambio de 2 diluciones o más de 2 títulos maternos.
- Criterios clínico: Todo producto de gestación de madre con antecedente de sífilis durante la gestación que presente 1 o más manifestaciones clínicas al examen físico de sífilis congénita (pénfigo palmoplantar, rinorrea mucosanguinolenta, hepatoesplenomegalia, hidropesía fetal, pseudoparálisis, evidencia radiológica de periostitis, osteocondritis, neumonía alba, anomalías hematológicas, evidencia de neurosífilis por laboratorio).
- Criterio diagnóstico directo: Todo producto de gestación con demostración de *Treponema Pallidum* por campo oscuro,

inmunofluorescencia u otra coloración, o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

El único tratamiento eficaz documentado para la sífilis congénita, sífilis durante el embarazo y neurosífilis es la penicilina G parenteral. Para la sífilis congénita, el tratamiento se realiza con Penicilina G sódica 100 000-150 000 UI/kg/d, divididas cada 12 horas EV durante los primeros 7 días y posteriormente cada 8 horas hasta completar 14 días. En el caso presentado, el paciente se encontraba asintomático pero presentaba RPR positiva por lo que se decidió iniciar tratamiento con Penicilina G sódica (12,13).

3.3 Rotación en Medicina Interna

3.3.1 Caso clínico n.º 5: Insuficiencia respiratoria aguda

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es considerado una emergencia médica grave que se caracteriza porque el sistema respiratorio se vuelve incapaz de suministrar el oxígeno necesario para el correcto funcionamiento y la eliminación del dióxido de carbono. La epidemiología va a depender de otras variantes, tales como la población y las enfermedades crónicas subyacentes. (14)

Desde un enfoque clínico, la IRA se manifiesta con síntomas como taquipnea, disnea, cianosis y, eventualmente, hipoxemia. La gravedad será evaluada mediante el PaO_2/FiO_2 . Los criterios diagnósticos comprenden pruebas de imagen, como radiografías torácicas y tomografías computarizadas, junto con análisis de gases arteriales y evaluaciones de la función pulmonar. (15)

Un diagnóstico preciso resulta esencial para identificar la causa subyacente y orientar el tratamiento. Las causas comunes abarcan desde infecciones respiratorias agudas hasta el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y exacerbaciones de enfermedades pulmonares crónicas. Reconocer la causa de manera temprana facilita una intervención más efectiva.

Los pilares del tratamiento se basan en restablecer la oxigenación a rangos adecuados y mantener la función pulmonar. Esto se obtendrá mediante la administración de oxígeno mediante ventilación invasiva como no invasiva. Por otro lado, se tiene que manejar la causa subyacente por la que se presento el cuadro, para lo que se utilizan antibióticos, para las infecciones respiratorias y broncodilatadores con corticoesteroides para exacerbaciones de enfermedades pulmonares crónicas. (16)

El caso nos presenta a una paciente con un cuadro respiratorio de varios días de evolución por lo que se orienta el diagnostico hacia una patología de origen respiratorio, tomándose los exámenes correspondientes los cuales nos confirman el diagnostico decidiéndose la hospitalización y el inicio del tratamiento antibiótico.

3.3.2 Caso clínico n.º 6: ACV isquémico agudo

El ataque cerebrovascular (ACV) agudo es una emergencia neurológica frecuente, constituye la segunda causa más frecuente de mortalidad a nivel mundial. El ACV se clasifica en: isquémico, cuando un vaso arterial se ocluye ya sea por un trombo, embolia o hipoperfusión sistémica; o hemorrágico, cuando un vaso sanguíneo se rompe y produce una acumulación hemática, ya sea en parénquima cerebral o en espacio subaracnoideo. Existe también un fenómeno conocido como ataque isquémico transitorio (TIA), que consiste en la oclusión transitoria de un vaso arterial, presenta manifestaciones momentáneas de resolución espontánea y no se evidencia ningún cambio en neuroimágenes. El 80 – 85% de los casos de ACV se deben a un evento isquémico (17, 18).

Se debe sospechar de un ACV en todo paciente que presente de forma súbita trastornos del lenguaje o habla, pérdida de la fuerza muscular en algún segmento corporal, alteración de la consciencia, trastornos visuales, cefalea intensa, crisis convulsiva, entre otros. El ACV isquémico suele presentarse con un deterioro neurológico focal de inicio súbito, las manifestaciones clínicas

dependen de la localización y extensión de la lesión. El diagnóstico se realiza mediante una evaluación neurológica exhaustiva y estudio por imágenes como tomografía cerebral. La NIHSS es una escala que evalúa la severidad del ACV, consta de 11 ítems que suman una puntuación total de 0 – 42, siendo catalogado como leve < 5 puntos, moderado 5 – 9 puntos, severo > 10 puntos (18, 19).

En el caso, estamos frente a un paciente hipertenso de 68 años, que sufre de manera súbita una convulsión con trastorno de consciencia e imposibilidad de movilizar la extremidad superior derecha. El realizar la evaluación, se encuentran signos de afectación de la arteria cerebral media (afasia, hemiparesia de brazo izquierdo) y un puntaje NIHSS de 11. Con estos datos se debe descartar si se trata de un ACV o un TIA, por lo que se solicita una tomografía cerebral y se evidencia una zona hipodensa en el lóbulo cerebral derecho, confirmando así el diagnóstico de ACV isquémico.

El manejo ideal en estos pacientes, siempre y cuando cumplan con los criterios de elegibilidad, es la trombólisis EV con rTPA (Alteplase) dentro de las 4.5 horas del inicio de los síntomas. La dosis recomendada es de 0.9 mg/kg, con dosis máxima de 90 mg; dosis inicial del 10% en bolo durante 1 minuto y luego el resto en infusión durante 60 minutos. Sin embargo, la realidad en nuestro medio es que esta terapia tiene un alto costo para el paciente debido a que el fármaco utilizado es de difícil acceso; por ello, el médico se ve en la obligación de utilizar por otros tratamientos alternativos. (17, 18, 19, 20)

3.4 Rotación en Cirugía General

3.4.1 Caso clínico n.º 7: Litiasis vesicular remanente

La litiasis vesicular es una patología caracterizada por la formación de cálculos en la vesícula biliar. Estos cálculos, también conocidos como cálculos biliares, se originan cuando hay un desequilibrio en los componentes de la bilis, que incluyen colesterol, sales biliares y bilirrubina. Este desequilibrio

puede conducir a la cristalización de estas sustancias y la formación de cálculos.

A nivel mundial, la incidencia de la litiasis vesicular varía, siendo más común en países occidentales. La dieta y los hábitos alimenticios también desempeñan un papel crucial en su desarrollo. Las dietas ricas en grasas y bajas en fibras pueden contribuir al desequilibrio de los componentes biliares, facilitando la formación de cálculos. Además, condiciones médicas como la obesidad y la diabetes están vinculadas a un mayor riesgo de desarrollar litiasis vesicular.

Esta puede manifestarse de diversas maneras. Muchos pacientes pueden ser asintomáticos, sin saber que tienen cálculos en su vesícula biliar. Sin embargo, cuando los cálculos obstruyen los conductos biliares, se desencadenan síntomas notables. El cólico biliar, un dolor abdominal intenso y repentino, es un síntoma característico. Además, los pacientes pueden experimentar náuseas, vómitos y malestar abdominal. En casos más severos, la inflamación de la vesícula biliar, o colecistitis, puede desarrollarse.

La colecistitis aguda se manifiesta con dolor persistente en el cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre y cambios en los análisis de sangre que indican inflamación. La obstrucción prolongada puede llevar a complicaciones adicionales como la formación de barro biliar, pancreatitis aguda o incluso la perforación de la vesícula biliar.

La confirmación del diagnóstico de litiasis vesicular se realiza mediante pruebas de imagen, siendo la ecografía abdominal la herramienta primordial. Este método no solo permite visualizar los cálculos sino también evaluar la salud general de la vesícula biliar. Las pruebas sanguíneas complementarias pueden revelar signos de inflamación o infección, especialmente cuando existen complicaciones asociadas.

Además de la ecografía, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) puede utilizarse para visualizar los conductos biliares y detectar la

presencia de cálculos. Los análisis de sangre, incluidos los niveles de bilirrubina y enzimas hepáticas, también son indicadores útiles del funcionamiento del hígado y la presencia de obstrucciones (21).

El enfoque de tratamiento para la litiasis vesicular depende en gran medida de la presencia de síntomas y complicaciones. Para aquellos sin síntomas significativos, la observación puede ser una opción viable. Sin embargo, para aquellos con cólicos biliares recurrentes o complicaciones potenciales, la colecistectomía es el tratamiento principal.

La elección entre técnicas quirúrgicas convencionales o laparoscópicas se basa en la situación clínica y las preferencias del paciente. La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en la elección preferida tanto de cirujanos como de pacientes, debido a que generalmente resulta en menos dolor postoperatorio, recuperación más rápida y menor estancia hospitalaria (22).

El caso nos presenta a un paciente colectomizado recientemente, pero que aún persiste con sintomatología, por lo que se plantea el diagnóstico de algún cálculo remanente. Al no haber perfil hepático alterado ni un estudio de imagen que nos indique algún diagnóstico diferencial se decide reingresar nuevamente con el paciente a sala de operaciones.

3.4.2 Caso clínico n.º 8: Quemaduras de segundo grado

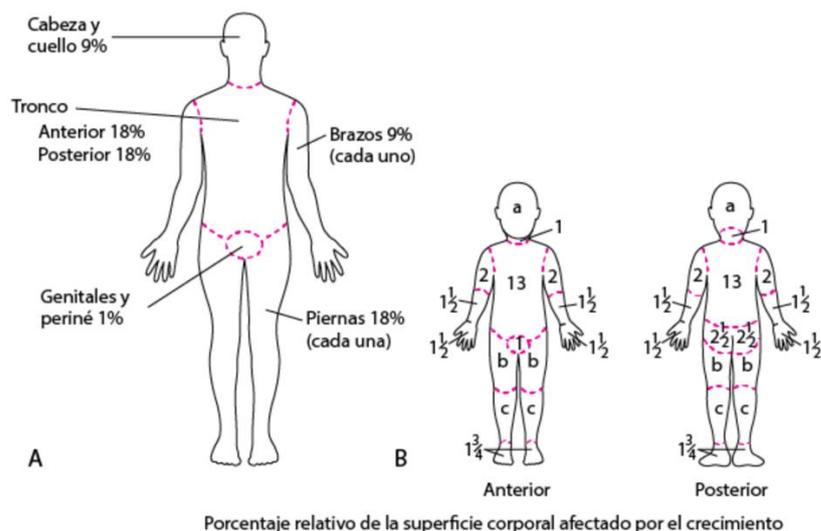
Las quemaduras son lesiones que pueden comprometer la piel y/o mucosas de forma parcial o total según la profundidad de estas. El principal mecanismo que produce estas lesiones es el contacto con altas temperaturas, ya sea mediante fuego, líquidos o sólidos calientes y vapor; otros mecanismos menos frecuentes incluyen descargas eléctricas, fricción, químicos y radiación (23,24).

Actualmente, la clasificación tradicional de primer, segundo, tercer y cuarto grado ha quedado en desuso siendo reemplazada por la clasificación que propone la American Burn Association (ABA) basada en la profundidad de la

lesión, ya que esta determina la necesidad de intervención quirúrgica o injertos. Cabe mencionar que, el compromiso tisular de las quemaduras no suele ser homogéneo, pudiendo presentarse diferentes profundidades tras la exposición a un mismo agente causal. Esta clasificación se divide en (24):

- Superficial o epidérmica (antes primer grado): Únicamente a la capa dérmica de la piel, no forman flictenas pero si producen dolor y eritema que pelidece con la digitopresión.
- Espesor parcial (antes segundo grado): Afectan epidermis y partes de la dermis.
 - o Dérmica superficial: Se caracterizan por formar ampollas entre la epidermis y la dermis en un plazo de 24 horas, además de ser dolorosas y eritematosas, palidecen a la presión.
 - o Dérmica profunda: Se extienden hasta la dermis más profunda y dañan folículos pilosos y tejido glandular. Forman ampollas y son dolorosas, no palidecen ante presión.
- Espesor total (antes tercer grado): Se extienden y destruyen todas las capas de la dermis y suelen dañar el tejido subcutáneo subyacente. Suelen ser hipoestésicas o anestésicas. La coloración de estas lesiones suele ser desde un blanco ceroso hasta un gris correoso. No se desarrollan vesículas ni ampollas.
- Lesiones muy profundas (cuarto grado): Lesiones profundas y potencialmente mortales que se extienden a través de la piel hasta el tejido blando subyacente y puede afectar músculos y/o huesos.

Además de determinar la profundidad de las lesiones, se debe evaluar la extensión de la superficie corporal total comprometida. Una forma sencilla de evaluar el porcentaje de SCT en adultos es mediante la regla de los 9's de Wallace; en caso de pacientes pediátricos, se utiliza el diagrama de Lund-Browder (24,25).



Parte corporal	Edad				
	0 año	1 año	5 año	10 año	15 año
a = 1/2 de la cabeza	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2
b = 1/2 del muslo	2 3/4	3 1/4	4	4 1/4	4 1/2
c = 1/2 de 1 pierna inferior	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3	3 1/4

Figura 1. (A) Regla de los 9's y (B) Diagrama de Lund-Bowder. Extraído de: Rediseñado de Artz CP, Moncrief JA: *The Treatment of Burns*, 2da edición. Philadelphia, WB Saunders Company, 1969.

Se cataloga como quemadura severa, que requiere manejo en unidad especializada de quemados, a aquellos pacientes que presenten(24):

- Quemaduras de espesor parcial >10% SCT.
- Quemaduras que afectan cara, cuello, manos, pies, genitales, perineo o articulaciones.
- Quemaduras de espesor total (tercer grado)
- Quemaduras eléctricas, químicas, por inhalación
- Quemaduras con traumatismos concomitantes

En el caso presentado, nos encontramos a un paciente con múltiples áreas del cuerpo quemadas por líquido caliente. Al examinar dichas lesiones observamos que son eritematosas que palidecen a la presión, dolorosas y con flictenas, por lo que podemos decir que se tratan de quemaduras de espesor parcial superficiales (antes conocidas como quemaduras de segundo grado). Al presentar compromiso en 21% de la SCT y afectar cuello, lo indicado en

este caso es realizar manejo inicial y referirlo a un centro que cuente con unidad de quemados.

El manejo en este tipo de pacientes es similar al manejo del traumatizado, iniciando con permeabilizar vía aérea, manejo ventilatorio y los posibles desbalances circulatorios. En pacientes con más de 10% de SCT afectada la reposición de líquidos EV juega un rol importante, se debe colocar una vía endovenosa de gran calibre en una o dos venas periféricas, de ser posible, en las áreas no afectadas. La regla de Parkland esta indicada para la estimación del volumen a reponer en las primeras 24 horas tras la lesión y antes de llegar al centro médico. En las 8 horas iniciales de la lesión, se infunde la mitad de la cantidad calculada en infusión constante, la otra mitad en las próximas 16 horas, esto con el fin de mantener una diuresis en 0,5 mL/kg/h en pacientes adultos y 1ml/kg/h en pacientes pediátricos menores de 30 kg.

El tratamiento inicial de la lesión, posterior a la analgesia, se basa en la limpieza de la lesión con solución salina, debridar el tejido desvitalizado, aplicar terapia tópica, como pomadas de sulfadiazina de plata al 1%, y vendaje de la zona afectada (25, 26).

3.5 Rotación en Primer Nivel de Atención

3.5.1 Caso clínico n.º 9: Lumbalgia

La prevalencia global de la lumbalgia en la población general es de el 9.4%, siendo la patología que causa gran cantidad de años con discapacidad, esta condición, si bien es común, precisa un manejo multidisciplinario y complejo. Se define a la lumbalgia cuando se presenta dolor o malestar que el paciente localiza entre la altura del borde inferior de ambos últimos arcos costales y el pliegue inferior del glúteo, que puede o no irradiarse a una o ambas piernas sin que tenga un origen radicular.

Según el tiempo que dure el dolor se puede catalogar como aguda si dura menos de 6 semanas, subaguda si dura de 6 a 12 semanas, crónica si supera

las 12 semanas con síntomas, o si el paciente refiere episodios previos de dolor lumbar con características similares al actual pero con periodos libres de síntomas de 3 meses estaríamos frente a una lumbalgia recurrente. Se debe prestar atención a signos de alarma como: pacientes mayores de 50 años, neoplasia previa, dolor en reposo, fiebre, traumatismo previo, osteoporosis, uso de corticoides y/o síndrome de la cauda equina. No se sugieren los exámenes auxiliares de imágenes en pacientes sin signos de alarma.

El caso presentado nos habla de una paciente que refiere dolor hace 5 días en zona lumbar, con factor de riesgo relacionado al peso de la paciente, que presentaba un IMC de 31 y tener el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina. El manejo de la lumbalgia incluye la terapia del dolor sin la necesidad de pedir exámenes auxiliares si no presenta signos de alarma, si llegara a presentar signos de alarma el manejo sería por especialista.

Se recomienda al paciente continuar con la actividad física y evitar el reposo absoluto ya que mantener actividad de la vida diaria tiene un mejor efecto sobre el dolor. Se interconsulta a nutrición para un mejor manejo del régimen alimenticio, se dio consejería sobre estilos de vida saludable y para el manejo del dolor se indicó naproxeno sódico y orfenadrina por cinco días.

No se sugiere el uso de fajas para el manejo de lumbalgia aguda y subaguda, los AINES son el tratamiento de primera línea para el manejo del dolor, se sugiere asociarlo a un relajante muscular como orfenadrina. Los opioides débiles se indican si la lumbalgia persiste a pesar del tratamiento con AINES y relajantes musculares (27,28)

3.5.2 Caso clínico n.º 10: Mordedura canina

Una mordedura de animal es una herida producida por los dientes o cualquier parte de la boca de un animal vivo, esta representa un problema de salud importante por su alta tasa de morbilidad y, de no ser tratada adecuadamente, puede llevar a la muerte. Las heridas por mordedura de perro por frecuencia

suelen ser mayoritariamente en la mano, seguidas de la pierna y cara en menor proporción, siendo el grupo etario más afectado los niños, de los cuales el 25% tienen menos de seis años y el 34% entre 6 y 17 años.

La herida por mordedura de perro se complica con infecciones locales en un 10 a 20%, siendo esta complicación más probable en función a la profundidad de la herida. El tipo de herida causada se clasifica según el patrón que presente, pudiendo ser laceración, heridas punzantes, heridas abrasivas, avulsivas, por aplastamiento o amputación. Se debe documentar la extensión, profundidad y presencia de cuerpo extraño dentro de la herida, evaluar si hay compromiso articular o si hay afectación neurovascular evaluando el área distal de la herida.

Las heridas por mordedura de perro son predominantemente punzantes, en menor medida se encuentran las laceraciones. Se debe prestar atención en busca de signos de infección como fiebre, edema de la herida, drenaje purulento, abscesos o linfadenopatías. Dentro de la historia clínica se debe detallar información como las circunstancias, especie animal y estado de salud del mismo.

En el caso presentado, el manejo se basó en las recomendaciones actuales para esta patología, siendo primordial la limpieza de la herida, la cual puede asociarse a uso de analgésicos como lidocaina para una mejor tolerancia a la exploración de la herida; la irrigación de la lesión debe ser con cloruro de sodio al 0,9%, yodopovidona a 1%. El cierre de la herida es un tema de debate, sin embargo, se ha descrito que el manejo temprano de la lesión puede estar relacionado con menores tasas de infección y una mejor estética de la lesión en el tiempo. La terapia antibiótica de primera línea es la amoxicilina asociada a ácido clavulánico y debe usarse dentro de las primeras 8 a 12 horas por 3 a 7 días, esta terapia cubre adecuadamente bacterias aeróbicas como estreptococos, *S. Aureus*, *Pasteurella* spp, *E. Corrodens* y anaerobias como *Prevotella* spp y *Porphyromonas* spp. Las alternativas en pacientes alérgicos a la penicilinas es la clindamicina asociada a trimetoprima sulfametoxazol,

cefalosporinas de amplio espectro asociadas a clindamicina o meropenem en monoterapia.

La literatura nos habla de la necesidad de administrar inmunoglobulina tetánica y toxoide tetánico a todos los pacientes que sufrieran una mordedura canina y tengan al menos 3 inmunizaciones. Se administra de manera obligatoria el toxoide tetánico a pacientes que cuenten con esquema completo que no recibieron otra dosis entre 5 a 10 años previos. Las mordeduras caninas son causantes en un 97% de los casos de rabia en humanos, por lo que se recomienda la aplicación de la vacuna a todos los pacientes expuestos a un animal con rabia o sospecha de la misma (29,30).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En los últimos años de la carrera, el aprendizaje teórico se refuerza con prácticas preprofesionales, las cuales se suelen desarrollar en hospitales. Debido a la pandemia por el COVID-19, estas prácticas se vieron afectadas repercutiendo en la formación de los médicos ya que el acceso a los establecimientos de salud estuvo limitado y se implementaron clases virtuales durante nuestros 3 años previos al internado médico. El regreso a los hospitales y el contacto directo con los pacientes durante el internado médico supuso un gran reto para el estudiante de medicina ya que se intentó suplir la falta de experiencia práctica de esos 3 años en 10 meses. Sin embargo, gracias a la experiencia adquirida durante este tiempo a través de la enseñanza directa de profesionales capacitados, en su gran mayoría especialistas, nos encontramos capacitados para dar una adecuada atención médica a la población que incluye evaluación, diagnóstico y tratamiento de patologías, incluyendo urgencias y emergencias, además de la prevención y promoción de la salud.

La maternidad es un estado en el que el individuo sufre cambios fisiológicos, morfológicos y psicológicos, por lo que el manejo y prevención de las patologías durante esta etapa requiere de habilidades específicas ya que se da atención a dos pacientes. Durante la rotación en ginecología y obstetricia pudimos adquirir conocimientos prácticos en consultorio externo de ginecología, planificación familiar, emergencia gineco-obstétrica, ginecología oncológica, centro obstétrico, hospitalización obstétrica y hospitalización ginecológica. Esta experiencia nos otorgó habilidades en la atención de partos, identificación de factores de riesgo asociados a mortalidad materna y perinatal, monitoreo de gestantes y puérperas, y el manejo integral de las principales patologías gineco-obstétricas.

Todas las patologías presentadas durante las primeras etapas de crecimiento y desarrollo humano, tales como infancia, niñez y adolescencia, son evaluadas por la especialidad de Pediatría y sus subespecialidades. Esta rotación se dividió en neonatología y pediatría como tal. Durante la rotación

en Neonatología, se nos enseñó principalmente a brindar una adecuada atención inmediata del recién nacido, incluyendo la identificación de signos de alarma que requieran un manejo especializado. En Pediatría, aprendimos el reconocimiento, prevención y manejo de las principales patologías que afectan estas etapas de la vida a través de casos presenciados en la emergencia, hospitalización y UCI pediátrico.

La medicina interna podría considerarse la madre de todas las especialidades médicas no quirúrgicas y requiere de una buena base teórica ya que tiene un enfoque integral del paciente y sus patologías. Durante esta rotación tuvimos la oportunidad de presenciar una gran variedad de patologías gastrointestinales, neumológicas, cardiológicas, endocrinológicas, inmunológicas, infecciosas, entre otras; las cuales en muchos de los casos se pueden presentar de manera simultánea. El rol de la medicina interna en nuestro aprendizaje es principalmente brindarnos la capacidad de discernir qué sistemas u órganos son los afectados y tratar no solo las patologías sino también poder preservar la salud del paciente.

La capacidad del médico para identificar qué patologías requieren de intervención quirúrgica es de vital importancia debido a que la mayoría de estas pueden generar complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente de no ser tratadas a tiempo. Si bien un médico general no cuenta con la capacidad resolutoria para la mayoría de actos quirúrgicos, este debe estar capacitado para realizar un diagnóstico oportuno de patologías potencialmente quirúrgicas y poder realizar procedimientos básicos de manejo y estabilización del paciente. El manejo activo de heridas, procedimientos quirúrgicos menores y reconocimiento de signos de severidad son algunas de las habilidades que hemos podido desarrollar durante la rotación en cirugía general.

Los establecimientos de primer nivel de atención suelen ser el primer contacto que tienen los pacientes con el servicio de salud, es aquí donde se resuelven la mayoría de los problemas médicos de la comunidad y se enfoca principalmente en la prevención y promoción de la salud. Los hospitales

brindan atención en especialidades médicas, por lo que los diagnósticos y tratamientos propuestos son efectuados por un especialista ya que son más complejos y requieren de métodos diagnósticos y fármacos que solo se proporcionan en establecimientos de mayor nivel de complejidad. Es importante recalcar que la rotación por primer nivel de atención fue integrada recientemente al internado médico, antes las rotaciones se realizaban únicamente en sedes hospitalarias. Esto es un beneficio para el estudiante de medicina ya que sirve de introductorio a los que se verá durante el Serums y los años posteriores en que el médico se desenvuelva como médico cirujano o médico general. Durante esta rotación se aprendió el manejo de las principales patologías que presenta la comunidad, la planificación y ejecución de campañas de prevención y promoción de la salud, además de la identificación de signos de alarma que requieren derivación de los pacientes a centros de mayor capacidad resolutive con médicos especialistas.

Cabe mencionar que todos los establecimientos de salud en los que se desarrolló el internado médico fueron establecimientos pertenecientes al Minsa, estos establecimientos revelan la realidad de la situación peruana en relación a la salud ya que la mayoría de estos establecimientos cuentan con escasos recursos por lo que se debe innovar con lo que se tiene. Las guías extranjeras, ya sean americanas o europeas, proponen nuevos enfoques terapéuticos que lamentablemente en nuestro país no se pueden efectuar.

CONCLUSIONES

1. El año de internado médico es una experiencia enriquecedora que permite al estudiante de medicina integrar todos los conocimientos adquiridos en ciencias básicas y rotaciones externas, pudiendo aplicarlos en pacientes reales y teniendo la oportunidad de seguir el caso desde el ingreso hasta el alta.
2. Si bien es cierto que el interno de medicina no tiene repercusiones legales, este es el año en el que adquiere responsabilidades y empieza a tener intervención en el sistema sanitario, tomando conciencia de que todos sus actos tienen consecuencias, sean positivas o negativas.
3. Para la mayoría de los internos este es el momento en el cual descubren cuáles son sus cualidades y habilidades profesionales, orientándolos por un camino profesional siguiendo la rama de la medicina que más les apasione.

RECOMENDACIONES

1. Las habilidades y el conocimiento se consolidan con la práctica, debido a la pandemia COVID-19 el periodo de internado médico se redujo de 12 meses a 10 meses, lo cual influye en la cantidad de experiencia que puede obtener el interno; por ello, se recomienda que el internado médico vuelva a tener una duración de 12 meses.
2. Durante este periodo, muchos de los futuros médicos definen la rama de la medicina que seguirán como especialidad. Si bien es cierto que el internado abarca las 4 principales especialidades médico-quirúrgica, se recomienda agregar rotaciones en más servicios con el fin de aumentar el interés de los internos en otras especialidades.
3. Al ser el último año de formación médica, el interno adquiere responsabilidades dentro del hospital, las cuales permiten conocer el funcionamiento del sistema sanitario; sin embargo, hay que recordar que este sigue siendo un estudiante. Muchos establecimientos de salud obligan a los internos a realizar guardias de 24 o incluso 36 horas seguidas, lo cual atenta tanto a la salud física como mental del estudiante; es por ello que se recomienda respetar el horario laboral propuesto según la Directiva Administrativa N° 331-MINSA/DIGEP-2022 para el desarrollo de actividades del internado en ciencias de la salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. MINSA. Resolución Administrativa N° 071-2020-DMGS-DIRIS-LC. Ministerio de Salud [Internet]. 2020 [citado 29 de enero del 2024]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Direccion/OFICIO%20N988-DG-DIRIS-LC,%20Categoria%20III-E.pdf>
2. MINSA. Resolución Directoral N° 064-2021-DG-DIRIS-LC. Ministerio de Salud [Internet]. 2021 [citado 29 de enero del 2024]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/2021/CARTERA_DE_SERVICIOS_DE_SALUD_-_HEJCU_CATEGORIA_III-E.pdf
3. MINSA. Resolución Directoral N° 010-2022-DG-DIRIS-LC. Ministerio de Salud [Internet]. 2022 [citado 29 de enero del 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4331546/RESOLUCION%20DIRECTORAL%20N%C2%B0010-2022-DG-DIRIS-LC.pdf?v=1679954488>
4. MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva: Guía Técnica. Ministerio de Salud [Internet]. 2007 [citado 2 de febrero del 2024]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
5. Prager S, Micks E, Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Description of management techniques. UpToDate [Internet]. 2023 [citado 2 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-description-of-management-techniques>
6. Capítulo 22: Parto Normal. En: Cunningham et al. Williams Obstetricia. 25ª edición. México: McGraw-Hill; 2019. 421 – 440.
7. Ehsanipoor R, Satin A. Labor: Overview of normal and abnormal progression. UpToDate [Internet]. 2023 [citado 2 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/labor-overview-of-normal-and-abnormal-progression>
8. Capítulo 23: Trabajo de parto anómalo. En: Cunningham et al. Williams Obstetricia. 25ª edición. México: McGraw-Hill; 2019: 441 – 456.

9. Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades – Gastroenterología Pediátrica, INSN-SB. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda en Pediatría. Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja [Internet]. 2022 [citado 4 de febrero del 2024]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2022/Direccion/RD%20145%20DG%202022.pdf>
10. Werlin S, Wilschanski M. Capítulo 378: Pancreatitis. En: Kliegman et al. Nelson Tratado de Pediatría. 21ª edición. España: Elsevier; 2016. 2074 – 2080.
11. Schwarzenber S. Clinical manifestations and diagnosis of chronic and acute recurrent pancreatitis in children. UpToDate [Internet]. 2022 [citado 4 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-chronic-and-acute-recurrent-pancreatitis-in-children>
12. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis Congénita. Ministerio de Salud [Internet]. 2023 [citado 4 de febrero del 2024]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/22_GU%C3%8DA%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA%20PARA%20EL%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20S%C3%8DFILIS%20CONG%C3%89NITA.pdf
13. Oatterson M, Davies H. Capítulo 245: Sífilis (*Treponema pallidum*). En: Kliegman et al. Nelson Tratado de Pediatría. 21ª edición. España: Elsevier; 2016. 1592 – 1599.
14. Bellani G, et al. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. JAMA. 2016; 315(8): 788 – 800.
15. Phua J, et al. Has Mortality from Acute Respiratory Distress Syndrome Decreased over Time?. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2009; 179(3): 220 – 227.
16. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Ventilation with Lower Tidal Volumes as Compared with Traditional Tidal Volumes for

- Acute Lung Injury and the Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2000; 342(18): 1301 – 1308.
17. EsSalud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Etapa Aguda del Ataque Cerebrovascular Isquémico. Seguro Social de Salud – EsSalud [Internet]. 2018 [citado 7 de febrero del 2024]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Ataque_Cerebrovascular_vers_extensa.pdf
 18. Oliveira-Filho J, Mullen M. Initial assessment and management of acute stroke. *UpToDate* [Internet]. 2023 [citado 7 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke>
 19. García C, et al. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. *Univ Med*. 2019; 60(3).
 20. Choreño-Parra J, Carnalla-Cortés M, Guadarrama-Ortíz P. Enfermedad vascular cerebral isquémica: revisión extensa de la bibliografía para el médico de primer contacto. *Men Int Méx*. 2019; 35(1): 61 – 79.
 21. Georgescu D, et al. Gallstone Disease and Bacterial Metabolic Performance of Gut Microbiota in Middle-Aged and Older Patients. *International Journal of General Medicine*. 2022; 15: 5513 – 5531.
 22. Lammert F, et al. Gallstones. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016; 2(1): 1 – 17.)
 23. MINSA. Guía de Práctica Clínica en Quemaduras en el Adulto. En: Resolución Ministerial N° 516-2005/MINSA. Ministerio de Salud [Internet]. 2005 [citado 10 de febrero del 2024]; 38 – 51. Disponible en: https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202005/RM516-2005%20Emergencia%20Adulto.pdf
 24. Rice P, Orgill D. Assessment and classification of burn injury. *UpToDate* [Internet]. 2023 [citado 10 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-classification-of-burn-injury>
 25. Wilson D. Quemaduras. *Manual MSD* [Internet]. 2022 [citado 10 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es->

pe/professional/lesiones-y-
envenenamientos/quemaduras/quemaduras

26. Rice P, Orgill D. Emergency care of moderate and severe thermal burns in adults. UpToDate [Internet]. 2024 [citado 10 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/emergency-care-of-moderate-and-severe-thermal-burns-in-adults>
27. Carpio R, et al. . Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). An Fac med. 2018; 79(4): 351 – 359.
28. Dada M, Zarnowski A, Salazar A. Actualización de lumbalgia en atención primaria. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero del 2024]; 6(8): e696 – 708. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/696/1263>
29. De la Concah M, Flores F, Lara R, Cabadas A, García J. Actualizaciones en la mordedura de perro. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero del 2024]; 18(3): 284 – 289. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am203i.pdf>
30. Urday A. Características Epidemiológicas y clínicas asociadas a la mordedura de perro y adherencia al tratamiento antirrábico, C.S. Mariano Melgar, Arequipa 2019 [Tesis]. Arequipa - Perú: Universidad Católica de Santa María; 2020 [citado 15 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5ed1946e-30aa-49de-899e-34efc7c3584b/content>