

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO Y CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL, 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

MARÍA MERCEDES DE FÁTIMA MAURICIO SOBRINO

ASESORA

ALEJANDRA PARHUANA BANDO

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

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO Y CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL, 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARÍA MERCEDES DE FÁTIMA MAURICIO SOBRINO**

**ASESORA
DRA. ALEJANDRA PARHUANA BANDO**

**LIMA – PERÚ
2024**

JURADO

PRESIDENTE: HECTOR MIGUEL LAMILLA VADEZ

MIEMBRO: LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

MIEMBRO: GIOVANNA ITALA AGUILAR OLIVA

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios, a mi querida familia por brindarme confianza, apoyo constante y alentarme día a día, en este largo, pero hermoso camino que tomé al estudiar la carrera profesional de medicina humana.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a mi alma mater, la Universidad de San Martín de Porres, por todos estos años de formación y calidad educativa.

A los docentes de la universidad, por ser tutores, guías y amigos en este camino tan fabuloso que es la medicina humana.

Finalmente, agradecer al Hospital Nacional Dos de Mayo, en sus aulas y pabellones fue donde se vivió el internado médico y **conocí** a excelentes profesionales de la salud que supieron ser verdaderos maestros.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	3
1.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	6
1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	9
1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA; Error! Marcador no definido.1	
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	14
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	166
3.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	166
3.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	177
3.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	20
3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	23
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	288
. CAPITULO V.CONCLUSIONES	30
CAPITULO VI.RECOMENDACIONES	31
CAPITULO VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	32

RESUMEN

En nuestro país, la carrera de medicina humana tiene un periodo de duración de siete años, siendo el último año, el programa de prácticas médicas preprofesionales conocido como internado médico. Durante este programa, los estudiantes demuestran sus habilidades, mejoran su formación y ponen en práctica sus conocimientos en una o varias instituciones sanitarias. En el 2023, estas prácticas comenzaron el 1 de abril y duraron 10 meses; se realizaron tanto en un centro de atención primaria de salud como en un hospital, proporcionando a los estudiantes una oportunidad única de formarse desde ambos puntos de vista y en ambas realidades.

Este trabajo tiene como objetivo, relatar el proceso de desarrollo de las prácticas preprofesionales en dos niveles asistenciales distintos y proporcionar además un análisis crítico del mismo, dentro del contexto post pandemia del COVID – 19, discutiendo también la trayectoria profesional realizada. También permitirá exponer de forma exhaustiva los casos clínicos encontrados durante las cuatro especialidades en las que se realizaron rotaciones, siendo estas: cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna. Además, se documentaron las experiencias adquiridas en el Hospital Nacional Dos de Mayo y en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Como conclusión, se puede señalar que, el internado médico se considera un hito esencial en el camino hacia la profesionalización y es un requisito obligatorio para obtener la colegiatura de médico cirujano; por lo tanto, es crucial incorporar experiencias en establecimientos de distintos niveles de atención para tener una comprensión completa del campo y asegurar que la futura atención profesional sea integral y acompañada de experiencia previa.

Palabras claves: Internado médico, atención primaria de salud, prácticas preprofesionales, medicina humana.

ABSTRACT

In our country, the medical career lasts seven years, with the last year dedicated to the pre-professional medical internship program known as an internship. During this program, students demonstrate their skills, improve their training, and put their knowledge into practice in one or more health institutions. This internship in 2023 began on April 1 and lasted 10 months. It took place in both a primary health care center and a hospital, providing the student with a unique opportunity to train from both points of view and in both realities.

The present work has like objective to recount the process of developing the pre-professional internship at two different levels of care and to provide a critical analysis of it within the post-pandemic context of COVID-19, while also discussing the career path taken. Also, to comprehensively expose the clinical cases encountered during the four specialties in which it was broken, being these: general surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics, and internal medicine. In addition, the experiences acquired at the Hospital Nacional Dos de Mayo and at the Instituto Nacional de Salud del Niño were documented.

In conclusion, the medical internship is considered an essential milestone on the road to professionalization and is a mandatory requirement to obtain medical surgeon licensure. Therefore, it is crucial to incorporate experiences in facilities at different levels of care in order to have a complete understanding of the field and to ensure that future professional care is comprehensive and accompanied by previous experience.

Key words: medical internship, primary health care, preprofessional practice, human medicine.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
D

AUTOR

MARÍA MERCEDES DE FÁTIMA MAURICIO SOBRINO

RECUENTO DE PALABRAS

9720 Words

RECUENTO DE CARACTERES

55717 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

46 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

321.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 5, 2024 2:53 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 5, 2024 2:54 PM GMT-5

● 19% de similitud general

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

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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

INTRODUCCIÓN

El programa de prácticas médicas preprofesionales, conocido como internado médico es el último periodo de todo el proceso de la carrera de Medicina Humana y es una actividad obligatoria dentro de la malla curricular que, implica aplicar los conocimientos y conceptos teóricos aprendidos en un establecimiento de salud.

Durante el internado se ponen en práctica diversas competencias bajo la tutoría de un equipo profesional de salud, desarrollándose actividades como la elaboración de historias clínicas, discusión de casos, sutura de heridas, atención de partos y participación en programas y campañas de salud en el primer nivel de atención; además de exponer al estudiante a las realidades de la práctica médica y empatizar con los pacientes y sus familias; lo que constituye un paso crucial para desarrollar la sensibilidad y humanidad necesarias para convertirse en futuros profesionales médicos, incluyendo la adopción de principios bioéticos.

Luego de la epidemia de COVID-19, se determinó como consecuencia que las prácticas médicas para el periodo 2023-2024 tengan una duración de 10 meses (abril 2023 a enero 2024); teniendo la oportunidad de desarrollar en el Hospital Nacional Dos de Mayo, la rotación en las especialidades de Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Medicina Interna; en el Instituto Nacional de Salud del Niño, la rotación en Pediatría; y en el Centro de Salud de San Miguel, la rotación en el primer nivel de atención.

El presente trabajo muestra un análisis amplio de ocho casos clínicos, que formaron parte de experiencias y aprendizajes en esta etapa de formación y que destacan las patologías más significativas y frecuentes encontradas en cuatro especialidades distintas; describiéndose en cada uno de los casos: los antecedentes personales del paciente, exámenes físicos y auxiliares aplicados, diagnóstico y plan de tratamiento; así como una reflexión crítica de toda la experiencia; la que constituyó un aprendizaje significativo y de gran

valor para mi futuro ejercicio profesional como Médico Cirujano y que hoy pongo a disposición de todo lector interesado.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante el periodo de internado médico, se adquirió con éxito los conocimientos teóricos y prácticos esenciales para una completa formación en el ejercicio profesional como futuro médico cirujano. El aprendizaje y las experiencias sumadas en esta etapa formativa son resultado de una capacitación exhaustiva recibida en el Hospital Nacional Dos de Mayo, que atiende pacientes tanto de Lima Centro como de otras partes del país, debido a su reputación y alta complejidad. En este nosocomio se realizaron rotaciones en las áreas de: Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología-Obstetricia.

La rotación en Pediatría se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Salud del Niño, que es un establecimiento de atención para los pacientes pediátricos de todo Lima y los casos remitidos de todo el país que no han podido ser resueltos en sus respectivos hospitales regionales. Este instituto es conocido por sus avanzadas capacidades en el tratamiento de enfermedades complejas y raras en los pacientes pediátricos.

La trayectoria en estos espacios de formación y capacitación fue la siguiente:

- En Medicina Interna ejecutaba las historias clínicas de los pacientes asignados; así mismo, realizaba sus evoluciones diarias, toma de análisis de gases arteriales, electrocardiogramas y curaciones; además, participaba en las discusiones de casos clínicos más importantes, considerando la anamnesis, examen físico, diagnósticos y tratamiento, entre otros.
- En Cirugía General se elaboraban las historias clínicas de los pacientes quirúrgicos y la preparación de ellos para su ingreso a sala de operaciones, el seguimiento y evaluación post

operatoria, suturar las heridas en las guardias de emergencia y atención inicial.

- En el área de Ginecología y Obstetricia, se roto por diversos servicios, participando en la toma de muestras de Papanicolau, evaluación de pacientes con prolapso genital, monitoreo de las gestantes, atención de partos y control post parto inmediato.
- Finalmente, en Pediatría, se pudo atender a pacientes pediátricos en emergencia, siendo las patologías más frecuentes las respiratorias y enfermedad diarreica aguda, entre otras. Durante la hospitalización se elaboraban historias clínicas, recetas médicas y órdenes de laboratorio.

En el contexto actual, el aumento significativo en la cantidad de pacientes, la diversa gama de casos médicos y la interacción directa con ellos, proporcionan una oportunidad excepcional para mejorar continuamente los conocimientos en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de numerosas patologías vistas a lo largo de este año de estudio de prácticas preprofesionales.

Por otro lado, reconocer la individualidad de cada paciente, incluidas sus diferencias sociales, culturales, económicas, biológicas y psicológicas, ejemplifica la singularidad y el inmenso valor de este año de estudios para el desarrollo profesional de todo estudiante de las ciencias de la salud.

En el Centro de Salud San Miguel se tuvo la oportunidad de participar en la atención primaria de salud de los pacientes de esta jurisdicción. A este lugar, acuden pacientes con diversas afecciones médicas, tanto sencillas que pueden ser tratadas fácilmente por un médico general, como más complejas que requieren un examen más detenido y la derivación a un hospital especializado. Los pacientes atendidos tuvieron atención médica inicial y seguimiento de su caso.

1.1 Rotación en Cirugía General

Caso clínico N.º1

Paciente varón de 39 años de edad que ingresa por emergencia, acompañado de su hermana, luego de haber sido víctima de una agresión por terceros con proyectil de arma de fuego al salir de una reunión familiar, dicho suceso se dio hace unos 35 minutos aproximadamente, impactando en región torácica lateral y miembro superior derecho. Refiere como síntomas a su ingreso dificultad respiratoria, náuseas y dolor intenso en las regiones afectadas.

Examen físico

Paciente en AMEG, REH y AREN.

PA: 90/60, FC: 115 lpm, FR: 23 rpm, T: 36,4°C, Sat O2: 92%

- Piel y Faneras: Fría, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, facie pálida, herida en miembro superior derecho de aproximadamente 2 cm de diámetro, a nivel del antebrazo con sangrado rojo rutilante y palidez distal en mano derecha.
- Tórax y pulmones: Amplexación asimétrica, perforación en tórax en línea axilar media de 1,5 cm. de diámetro, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho, no crépitos, no sibilantes.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación en hipocondrio derecho.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Diagnóstico principal

- Traumatismo torácico abierto por PAF
- Traumatismo en antebrazo derecho por PAF

Exámenes auxiliares

- HEM: Leucocitos 8,200; segmentados 40%; hb 10,5; HCT 31%; plaquetas 280,000
- Perfil de coagulación: tiempo protrombina: 14; INR: 1,1; fibrinógeno 135; tiempo trombolastina: 29,2
- Electrolitos: Na⁺ 145; K⁺ 3,5; Ca⁺ 1,15

- Lactato: 6
- PCR: 0,08
- Urea: 32
- Creatinina: 0,9
- Glucosa: 155
- Perfil hepático: GGT 13,2; fosfatasa alcalina: 75; TGO 215; TGP 220

Plan

- NPO
- Hidratación con: NaCl 0,9% endovenoso 60 gotas/minuto
- Ceftriaxona 1g endovenoso c/12h
- Clindamicina 600 mg endovenoso c/8h
- Dimenhidrinato 50 mg endovenoso PRN mareos
- Fentanilo 0,5 mg 1 ampolla PRN dolor
- O2 por cánula binasal. Mantener SatO2 \geq 95%
- Vendaje compresivo en miembro superior derecho
- Solicitar interconsulta a cirugía tórax y cardiovascular
- Completar exámenes prequirúrgicos
- CFV + OSA

Caso clínico N°2

Paciente mujer de 26 años, ingresa a emergencia acompañada de su madre, por presentar dolor cólico en epigastrio, de aproximadamente un día de evolución. La paciente refiere que dolor en epigastrio ha ido en aumento hasta hace tres horas, que nota migración de dolor a fosa iliaca derecha; además, sensación de alza térmica, dolor de cabeza y falta de apetito. Náuseas y vómitos en dos oportunidades.

Manifiesta también que se automedica antiespasmódicos y antiácidos; sin embargo, el dolor ha persistido por lo que acude al nosocomio.

Antecedentes personales

- Gastritis crónica
- Embarazo ectópico hace 2 años
- FUR: Hace 2 semanas

Examen físico

Paciente en AREG, AREH y AREN.

PA: 112/74, FC: 102 lpm, FR: 20 rpm, T: 38,5 °C, Sat O2: 96%

- Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax, no rales.
- Cardiovascular: Pulsos presentes, ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Distendido, poco depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en FID, signo de McBurney positivo, signo de Rovsing positivo y signo de Blumberg positivo.
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico principal

- Abdomen agudo quirúrgico
- D/C apendicitis aguda
- D/C embarazo ectópico
- D/C Quiste de pedículo torcido

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 15,100; segmentados 80%; hemoglobina 13,2; hematocrito: 40%; plaquetas: 210,000
- Lactato: 7,5
- PCR: 18
- Urea: 30
- Creatinina: 0,8
- Glucosa: 92
- Test de embarazo: negativo
- Examen de orina: no patológico
- Ecografía abdominal: Pequeña cantidad de líquido peritoneal en CID derecho con imagen tubular alargada sin peristaltismo no compresible con transductor en FID.

Plan

- NPO
- NaCl 0,9% EV a 30 gotas por minuto
- Omeprazol 40 mg EV STAT
- Metamizol 1 gr EV STAT
- Dimenhidrinato 50 mg EV STAT

- Completar exámenes prequirúrgicos
- Programar para cirugía de emergencia
- CFV + OSA

Diagnóstico postquirúrgico

- Apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada.

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico N°3

Gestante de 28 años con edad gestacional de 10 semanas y 3 días por ECO I, acude por emergencia al presentar náuseas y vómitos desde hace una semana, que con el pasar de los días han aumentado en intensidad, e incluso los vómitos son incoercibles desde hace 1 día y no ha ingerido alimentación alguna desde hace 12 horas. Refiere abundante sed y astenia a su ingreso.

Antecedentes personales

- FUR: Hace 3 meses
- G2 P0010
- Embarazo anembrionado hace 2 años
- Alergia a los AINES

Examen físico

Paciente AREG, AMEH y AREN

PA: 92/56, FC: 96 lpm, FR: 17 rpm, T: 36,4 °C, Sat O2: 99%

- Piel y faneras: Tibia, elástica, poco hidratada, llenado capilar < 2 segundos, leve palidez en rostro, no edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales.
- Cardiovascular: Pulsos presentes, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, poco depresible, ruidos hidroaéreos aumentados, no dolor a la palpación.
- Sistema nervioso central: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico principal

- Hiperémesis gravídica

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 7,340; hb:10,5; hto: 35%; plaquetas: 310,000.
- Examen de orina: Cuerpos cetónicos presentes.
- Electrolitos: Sodio 132; potasio 3,2; cloro 101; calcio 9,2.
- Glucosa al azar: 75 mg/dl.

Tratamiento

- NPO
- NaCl 0,9% EV a 30 gotas por minuto, luego de estabilizar los electrolitos continuar con Dextrosa 5% EV a 20 gotas por minuto.
- Tiamina 100 mg en 100 cc de NaCl 0,9% EV cada 24 horas
- Ranitidina 50 mg EV cada 24 horas
- Doxilamina 10 mg + piridoxina 10 mg VO cada 24 horas
- CFV + OSA

Caso clínico N°4

Gestante de 30 años con edad gestacional de 33 semanas y 3 días según FUR, refiere cefalea intensa que no calma con analgésicos, náuseas y epigastralgia, por lo que acude al servicio de emergencia.

Al ingreso se registra presión arterial de 145/90 en brazo derecho y 150/90 en brazo izquierdo. Niega sangrado, no pérdida de líquido, no dinámica uterina y refiere sentir movimientos fetales.

Antecedentes personales

- G: 2 P: 1 0 0 1
- Preeclampsia sin signos de severidad en su anterior gestación
- Cesárea anterior 1 vez
- Obesidad tipo I

Examen físico

Paciente AREG, AREH y AREN

PA: 150/90, FC: 102 lpm, FR: 18 rpm, T: 36,9 °C, Sat O2: 97%

- Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, leve palidez en rostro, no ictericia, no cianosis.
- TCSC: Tejido adiposo aumentado, no edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales.

- Cardiovascular: Pulsos presentes, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Cicatriz de cesárea anterior, útero grávido, dolor a la palpación profunda en epigastrio, AU: 33 cm, DU: ausenté, MF: presentes, LCF: 154 lpm, RHA: presentes.
- Sistema nervioso central: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- Tacto vaginal: Cérvix posterior y cerrado.

Diagnóstico principal

- Preeclampsia

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 6.200; hemoglobina 10.2; hematocrito 28%; plaquetas 122.000
- Glucosa al azar: 106 mg/dl
- Urea: 34 mg/dl
- Creatinina: 0.7 mg/dl
- Perfil hepático: BT 0.6 mg/dl, LDH 220, TGO 32, TGP 22
- Examen de orina: proteinuria ++
- Registro cardiotocográfico sin alteraciones.
- Ecografía obstétrica: Feto único, longitudinal cefálico derecho, placenta insertada, movimientos fetales normales, líquido amniótico presente sin alteraciones con un poso mayor de 68 mm, peso fetal estimado de 3200 gr.

Tratamiento

- NaCl 0.9% EV a 40 gotas por minuto.
- Sulfato de magnesio 20% 5 ampollas + NaCl 0.9% 50 mL EV administrar 4 gr por cada 20 minutos y luego 1 gr por cada hora.
- Ácido acetilsalicílico 100 mg VO cada 24 horas.
- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas.
- Colocación de sonda Foley + bolsa colectora.
- Control estricto de diuresis.
- CFV + OSA

1.3 Rotación en Pediatría

Caso clínico N°5

Paciente mujer de 4 años acude a emergencia con familiar, por presentar fiebre (T: 38°C) asociado a deposiciones líquidas sin moco, sin sangre, con un total de 06 cámaras al día aproximadamente, tiempo de enfermedad 2 días. El día de hoy presenta náuseas y vómitos en dos oportunidades. La fiebre persiste a pesar de la administración del paracetamol vía oral y el familiar refiere astenia e hiporexia.

Examen físico

Paciente AREG, AREN y AREH.

Frecuencia cardíaca: 110, frecuencia respiratoria: 19, temperatura: 38,3° C, saturación O₂: 99%, FiO₂: 21%, peso: 18,6 Kg, talla: 1,04 m, apetito disminuido, sueño incrementado y sed aumentada.

- Piel y faneras: Frialidad distal, elástica, llenado capilar < 2 segundos, labios secos.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no tirajes, murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos incrementados, ligeramente distendido, blando, depresible, Murphy (-), dolor a la palpación superficial en mesogastrio.
- Sistema nervioso central: irritable, reactivo a estímulos, conectado con el entorno

Diagnóstico principal

- Diarrea aguda acuosa (sin signos de deshidratación)

Tratamiento

- Sales de rehidratación oral (SRO) 1 sobre diluido en 1 litro de agua VO c/24 horas por tres días, siguiendo plan A
- Continuar hidratación en domicilio
- Paracetamol 10 ml VO c/8h por 3 días
- Enterogermina 1 amp. VO c/24h por tres días
- Dieta balanceada

- Vigilar signos de alarma

Caso clínico N°6

Paciente mujer lactante de 1 año y 6 meses, acude a emergencia pediátrica acompañada de su madre por presentar tos exigente, ronquera a predominio nocturno y rinorrea persistente que ha ido en aumento desde hace tres días. Además, madre refiere irritabilidad y SAT no cuantificada. Al ingreso se evidencia dificultad respiratoria y estridor.

Antecedentes personales: Prematuridad

Antecedentes familiares: Padre fumador en casa

Vacunas: Incompletas

Examen físico

Paciente AREG, AREN y AREH, ventila espontáneamente.

Presión arterial: 108/65 mmHg, frecuencia cardiaca: 135 lpm, frecuencia respiratoria: 40 rpm, temperatura: 38.5 °C, SatO₂: 95%, FiO₂: 21%, peso: 12 kg, talla: 91 cm,

- Piel y faneras: Frialdad dista, llenado capilar 3 segundos, no cianosis, no palidez.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico y tirajes intercostales. Murmullo vesicular audible en ambos hemitorax, crepitos y subcrepitos difusos, estridor laríngeo.
- Aparato cardiovascular: Pulsos presentes, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos, no dolor a la palpación.
- Sistema nervioso central: Despierto, irritable, reactivo a estímulos, fuerza muscular conservada

Diagnóstico principal

- CRUP: Laringotraqueobronquitis aguda

Tratamiento

- O₂ por cánula binasal a 3 litros STAT hasta que SatO₂ ≥ 95%
- Paracetamol 100 mg/ml a dosis de 2 ml VO c/8h
- Epinefrina racémica 2,25% administrar 0,5 ml de solución de adrenalina en 2,5 ml de NaCl 0,9% en nebulización cada 30 minutos
- Se brinda recomendaciones de cuidado a la madre.

- CFV + OSA

1.4 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico N°7

Paciente masculino de 50 años, evaluado en consulta externa, refiere malestar general, tos seca y disnea que se incrementa al realizar actividad física de 4 días de evolución. Además de lo antes mencionado refiere hemoptisis y mialgias en extremidades superiores e inferiores, motivo por el cual se da pase a hospitalización para estudio y diagnóstico.

Antecedentes personales: Asma durante la niñez, fumador crónico.

Antecedentes familiares: Hermana con Lupus Eritematoso Sistémico

Examen físico

Paciente AREG, AREN y AREH.

Presión arterial: 118/64, frecuencia cardiaca: 76 lpm, frecuencia respiratoria: 17 rpm, temperatura: 36,8 °C, SatO₂: 93%

- Piel y faneras: Tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no palidez.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, crepitantes inspiratorios en tercio inferior de hemitórax derecho.
- Aparato cardiovascular: Pulsos presentes, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Simétrico, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación.
- Sistema nervioso central: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Diagnóstico principal

- Glomerulonefritis (Síndrome de Goodpasture)

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 8.500; hemoglobina 9,5; hematocrito 24%; plaquetas 260.000
- Urea: 132 mg/dl
- Creatinina: 4,8 mg/dl

- Rx tórax: Se observa infiltrado inflamatorio a nivel alveolar en bases de ambos campos pulmonares.
- Anticuerpos antimembrana basal glomerular tipo IgG: Positivo.

Tratamiento

- Oxigenoterapia hasta alcanzar una SatO₂ ≥ 95%
- Pulso de metilprednisolona EV STAT
- CFV + OSA

Caso clínico N°8

Paciente mujer de 25 años evaluada en consultorio externo, refiere tenesmo vesical, dolor urente a la micción de intensidad 6/10 desde hace 2 días. Para hoy polaquiuria y malestar general. Ayer en la noche se aplicó tableta vaginal y tomo 1 gr de paracetamol refiriendo anteriormente haber tenido mejoría con dicha medicación.

Paciente manifiesta antecedentes patológicos:

Síndrome de flujo vaginal (candidiasis) e infecciones urinarias a repetición.

Antecedentes familiares: Madre con artritis reumatoide

Examen físico

Paciente AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente

- Presión arterial (PA): 110/70, frecuencia cardiaca (FC): 78, frecuencia respiratoria (FR): 17, saturación O₂: 97%, FiO₂: 21%, temperatura: 37,3 C, peso: 58, talla: 1,62
- Piel y faneras: tibia, elástica, mucosas hidratadas y llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no sibilantes, no crepitantes.
- Aparato cardiovascular: Pulsos presentes, no ingurgitación yugular, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: No distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación en hipogastrio.
- Aparato genito-urinario: Puño percusión lumbar (-)
- Sistema nervioso central: LOTEPE, Glasgow 15/15

Diagnóstico principal

- Infección de vías urinarias bajas

Exámenes auxiliares

Se solicita:

- Examen de orina: orina turbia, densidad 1010, leucocitos: 25-30 por campo, hematíes 4-5 por campo, nitritos +, esterasa leucocitaria (+), gérmenes +++, células epiteliales 1-5 por campo
- Hemograma: Hb: 11.3, Hto: 34%, leucocitos: 12 200, abastionados: 0%, linfocitos: 1980

Tratamiento

- Vigilar signos de alarma: persistencia de fiebre, hematuria y dolor lumbar intenso
- Mantener hidratación adecuada
- Nitrofurantoina 100 mg 1 tableta VO c/12h por 7 días
- Fenazopiridina 100 mg 1 tableta VO c/12 h por 3 días
- Paracetamol 500 mg condicional a dolor (máximo 2 gr al día)
- Mantener higiene genital, usar ropa interior de algodón, no relaciones sexuales por 7 días
- Cita por consultorio externo en una semana

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La mayor cantidad de meses de prácticas preprofesionales se desarrollaron en el Hospital Nacional Dos de Mayo, que pertenece al nivel III-1, ubicado en el distrito de Lima, comprendiendo su jurisdicción los distritos de Lima – Centro. Este nosocomio, fue diseñado con el objetivo de brindar una adecuada asistencia a pacientes con diversas patologías en los múltiples servicios y departamentos con los que cuenta.

La segunda sede hospitalaria donde se desarrolló la práctica de internado fue el Instituto Nacional de Salud del Niño, antiguamente conocido como “Hospital del Niño”, que es también una institución de salud, punto de referencia a nivel nacional, ubicado en el distrito de Breña. Desde su origen, fue diseñado con el propósito de brindar atención médica a paciente pediátricos de Lima y recibir casos referidos de todo el país, que no podían ser resueltos en sus respectivas regiones por falta de médicos especialistas y por no tener el nivel de complejidad para ello.

Durante la pandemia COVID 19, ambos centros hospitalarios tuvieron gran relevancia por su capacidad resolutive en pacientes de todas las edades en el caso del HNDM y en pacientes pediátricos en el caso del INSN. Actualmente, en el contexto post pandémico, ya se han normalizado los servicios de atención sanitaria que se brindan; sin embargo, a nivel de docencia universitaria y prácticas preprofesionales aún se mantienen ciertas restricciones y limitaciones; como el tiempo de duración del internado que antes era de 12 meses y que fue consignado solo a 10 meses.

Los reglamentos del internado 2023-2024, que compete a todas las carreras del área de salud como medicina humana, enfermería, obstetricia, nutrición, tecnología médica, entre otras; promulgó que las prácticas preprofesionales se desarrollarían en un hospital y en un establecimiento de salud de primer nivel de atención sanitaria. Siendo así, el departamento de docencia del HNDM y la USMP, señalaron que las prácticas se desarrollarían dos meses

en el Centro de Salud de primer nivel de atención y ocho meses en el hospital, asignándose dos meses para cada rotación. Las rotaciones realizadas comenzaron por cirugía general en el HNDM, seguido por ginecología y obstetricia en el HNDM, luego se rotó por pediatría en el INSN, continuando con la atención primaria de salud en el CS San Miguel, para culminar en medicina interna en el HNDM.

En cuanto al Centro de Salud San Miguel, este establecimiento sanitario de categoría I – 3 del MINSA, ubicado en el distrito de San Miguel, brinda una atención de 12 horas al día y cuenta con los servicios de medicina general, CRED, nutrición, ginecología, pediatría, psiquiatría, laboratorio, terapia física y rehabilitación, entre otras.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico 1:

Inicialmente, en los casos de traumatismo, es crucial prestar rápidamente asistencia de acuerdo con el protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support). Este protocolo implica la realización de una evaluación primaria que incluye la valoración de las vías aéreas, respiración, circulación y la discapacidad del paciente, seguida de la gestión de las funciones críticas y la realización de un examen secundario exhaustivo. (4 – 5)

La clasificación de los traumatismos varía en función del mecanismo, con dos categorías principales: traumatismo contuso y traumatismo penetrante. Los traumatismos perforantes pueden separarse aún más en función del agente implicado, como las armas blancas o las armas de fuego (PAF). La noción de control de daños es aplicable a este caso. El objetivo principal es prevenir la aparición de una combinación mortal de hipotermia, acidosis y coagulopatía. Esto se consigue mediante un enfoque de cuatro fases: la fase 0 implica la identificación de la necesidad de control de daños; la fase 1 implica la realización de una laparotomía para controlar la hemorragia y restaurar los componentes perdidos, con cierre diferido de la pared abdominal; la fase 2 se centra en la recuperación clínica en la UCI; y la fase 3 implica la reintervención quirúrgica y el cierre definitivo. (6 – 7)

Basándonos en la historia clínica del paciente, la presentación clínica es coherente con un traumatismo por PAF. Debido al grave estado hemodinámico de la paciente y a la presencia de síntomas peritoneales, se le practicó una cirugía de control de daños mediante laparotomía exploradora con incisión suprainfraumbilical. Debido al grave estado hemodinámico del paciente y a la presencia de síntomas peritoneales, se le practicó una cirugía de control de daños con una laparotomía exploradora con incisión suprainfraumbilical.

En el proceso, se observó la presencia de un traumatismo renal derecho de grado V (rotura del riñón y de los vasos sanguíneos). Se avisó al experto y se procedió a realizar una nefrectomía derecha, tal y como se había recomendado. Además, se taponó el hígado con 8 gasas del tipo apósito, que

posteriormente se retiraron al cabo de una semana, evidenciándose una mejoría clínica del paciente. (6)

El algoritmo de manejo y tratamiento actualizado del traumatismo abdominal penetrante se especifica mejor en el anexo N°1.

Caso clínico 2:

Entre las diez principales causas de morbilidad en el servicio de cirugía del HNDM es la apendicitis aguda complicada, que es un proceso inflamatorio del apéndice cecal causado por una obstrucción de su base. Las causas más comunes son: los tumores, sustancias extrañas, parásitos, fecalitos e hiperplasia linfoide. (8)

La cronología de Murphy, que comienza con anorexia/hiporexia, dolor difuso sin causa específica acompañado de náuseas, vómitos y fiebre, y finalmente se presenta como molestias en la fosa ilíaca derecha, caracteriza el diagnóstico. El diagnóstico se apoya en pruebas como la PCR y un hemograma total. (8)

La leucocitosis y el signo de McBurney positivo reciben cada uno dos puntos en la escala de Alvarado modificada, la cual es un sistema de asignación de puntos utilizados para dirigir el tratamiento adicional. Los criterios restantes - migración, rebote a la palpación en FID, anorexia, náuseas y/o vómitos y temperatura superior a 38 °C suman un punto cada uno. Se debe realizar una apendicectomía si la puntuación es superior a siete; si la puntuación está entre cuatro y seis puntos, se debe vigilar al paciente. (9)

En este caso clínico, se descubrió una peritonitis localizada durante la evaluación de los especialistas, lo que llevó a tomar la decisión de practicar una apendicectomía abierta. Como consecuencia, el paciente permaneció hospitalizado durante una semana tras la intervención.

3.2 ROTACION DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico 3:

La hiperémesis gravídica es una forma grave de náuseas, arcadas o vómitos que de manera inexplicable e incontrolable se producen durante el primer trimestre del embarazo. Estos síntomas, conducen a deshidratación, cetonuria

y desequilibrios electrolíticos y generalmente resulta en una pérdida de peso de más del 5%. Generalmente, la sintomatología suele comenzar dentro de las primeras 3 a 5 semanas de embarazo, y alrededor del 80% de ellos mejoran hacia la semana 20 de gestación. El tratamiento estándar generalmente implica evitar estímulos perjudiciales, la administración de medicamentos para aliviar las náuseas y los vómitos, garantizar una hidratación adecuada y, potencialmente, requerir hospitalización. (10)

Esta afección se caracteriza por intensas sensaciones de malestar y el acto de expulsar con fuerza el contenido del estómago, lo que puede provocar una pérdida excesiva de líquidos corporales, una reducción del peso corporal y, con frecuencia, abstinencia de las interacciones sociales y efectos perjudiciales en las conexiones interpersonales con sus seres queridos. A diferencia de las náuseas y los vómitos típicos que se experimentan durante el embarazo, la hiperémesis gravídica (HG) tiende a comenzar antes y durar más tiempo. Los pacientes suelen experimentar vómitos como resultado de ciertos olores, estímulos visuales o consumo de alimentos. Algunas mujeres con HG pueden experimentar salivación excesiva, a menudo conocida como sialorrea. (11)

El diagnóstico se centra principalmente en la evaluación clínica y puede identificarse fácilmente cuando los síntomas son característicos. Es importante distinguirlo de los vómitos comunes que se experimentan durante el embarazo, ya que la paciente sigue ganando peso y en este caso no experimenta deshidratación. Si después de las 9 semanas de gestación se presentaran náuseas y vómitos intensos, es aconsejable considerar la posibilidad de otros problemas médicos. El principal diagnóstico diferencial de la hiperémesis gravídica tardía debe incluir: enfermedad de las vías biliares, hepatitis, úlcera péptica, enfermedad trofoblástica, diabetes mellitus gestacional, pancreatitis, apendicitis, pielonefritis, trastornos psicológicos, enfermedad aguda del hígado graso, torsión ovárica, migrañas, toxicidad farmacológica o síndrome de abstinencia del embarazo y preeclampsia. Por ello, en casos de sospecha, es recomendable solicitar las siguientes pruebas de laboratorio: enzimas hepáticas, electrolitos, cetonas en orina, nitrógeno ureico y creatinina, amilasa y pruebas de función tiroidea. (12)

Alrededor del 10% de los pacientes necesitan una intervención farmacéutica mediante el uso de suplementos vitamínicos, concretamente tiamina, en dosis de 1,5 mg al día para evitar la aparición de la encefalopatía de Wernicke. Como tratamiento de primera línea, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda el uso de piridoxina en dosis de 10 a 25 mg cada 8 horas. Si los síntomas continúan, se ha demostrado que la combinación de doxilamina con piridoxina reduce las náuseas y los vómitos hasta en un 70%. Si un paciente no responde al tratamiento, se pueden utilizar antihistamínicos como prometazina, hidroxizina y tietilperazina; procinéticos como la metoclopramida; y los antagonistas de la serotonina como el ondansetrón que han demostrado eficacia y un historial de seguridad comprobado para su uso durante el periodo de embarazo. (12)

Caso clínico 4:

De acuerdo a la definición de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo en 2014, la preeclampsia es una afección durante el embarazo que se caracteriza por una PA alta constante de al menos 140/90 mm Hg y proteinuria de al menos 300 mg durante 24 horas. En mujeres sin antecedentes de presión arterial alta o con fluctuaciones en ella. Esta condición del embarazo generalmente ocurre después de las 20 semanas de gestación. En el año 2013, el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos emitió una nueva declaración afirmando que la proteinuria no siempre está relacionada con la preeclampsia. Por tanto, la ausencia de proteinuria no significa necesariamente que se pueda descartar el diagnóstico de preeclampsia. (13)

Se puede asociar esta afección con disfunciones y cambios materno-fetales, que incluyen insuficiencia renal aguda, problemas hepáticos, neurológicos o hematológicos, disfunción útero placentaria, restricción del crecimiento fetal y muerte intrauterina. (14)

La hipertensión crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, obesidad, baja estatura, desnutrición, casos previos de preeclampsia en embarazos, antecedentes familiares de preeclampsia, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico y anticuerpos antifosfolípidos. mola hidatidiforme, embarazos múltiples, macrosomía fetal y

nuliparidad, entre otros, son factores de riesgo asociados con la preeclampsia (14)

Cuando una mujer sufre preeclampsia durante el embarazo, es fundamental que priorice su salud y tome precauciones adicionales, ya que existe el riesgo de desarrollar dificultades. A continuación, describimos las complicaciones más comunes:

- Retraso del crecimiento fetal intrauterino: La preeclampsia altera el funcionamiento de las arterias que llevan sangre a la placenta. En consecuencia, el bebé no recibe una cantidad suficiente de sangre y oxígeno, además de los nutrientes esenciales.
- Parto prematuro: La preeclampsia grave puede requerir un parto acelerado, lo que tal vez provoque el nacimiento del bebé antes de lo previsto.
- Desprendimiento prematuro de placenta: Se da cuando hay un desprendimiento de la placenta de las paredes uterinas antes del parto, lo que resulta en una hemorragia importante en la mujer.
- El síndrome HELLP: Es una de las complicaciones más graves y se caracteriza por la hemólisis de los eritrocitos, que son glóbulos rojos, junto con enzimas hepáticas elevadas y recuento de plaquetas.
- La eclampsia: La cual es el resultado de las formas más graves de preeclampsia, caracterizada por la aparición de convulsiones (15).

3.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico 5:

La enfermedad diarreica aguda es considerada como una de las principales causas de morbilidad infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la aparición de deposiciones acuosas más de tres veces o menos en un periodo de 24 horas. La enfermedad puede clasificarse como aguda (dura menos de 14 días), persistente (dura entre 2 y 4 semanas) o crónica (dura más de un mes) en función de la etiología, que puede ser vírica (como el rotavirus) o infecciosa (como Shigella, Salmonella y Campylobacter). (16) Para hacer el diagnóstico se utilizan las características clínicas de las heces (sangre o moco), junto con síntomas de náuseas y/o vómitos, molestias

abdominales, esfuerzo y tenesmo, fiebre y otros síntomas. Es fundamental evaluar los síntomas de deshidratación, ya que influyen en el tratamiento del paciente (17).

El plan A, también conocido como ACREZ, es el curso terapéutico que debe iniciarse porque, según la evaluación, el caso clínico que se dio en el INSN corresponde a un niño que no presenta ningún signo de deshidratación. Este plan consiste en lo siguiente:

- Aumentar los líquidos.
- Continuar con la alimentación.
- Reconocer los signos de alarma y explicar a la madre las precauciones que debe tomar.
- Administración de suplementos de zinc: en el caso que nos ocupa, dos cucharaditas de jarabe al día durante diez días.
- Además, cuando se administren sales de baja osmolaridad para rehidratación oral, se recomienda tomar 1-2 sobres diarios.

Los pacientes que cumplan los siguientes criterios se incluirán en este grupo y recibirán terapia de rehidratación oral en la institución médica si presentan un alto riesgo de deshidratación. El tratamiento debe seguir las mismas cinco reglas que el Plan A. (18)

- Vómitos tres veces o más cada hora, o cinco veces o más en un periodo de 4 horas.
- Deposiciones > 4 en 4 horas o 10 en 24 horas.

Pacientes en plan B o plan C.

- Dificil accesibilidad geográfica.
- Hay un posible caso de cólera cerca.

Durante un máximo de dos horas, este grupo de pacientes debe estar en observación, con instrucciones de cumplir con la formación del plan A y tomar una solución de rehidratación oral a demanda.

Caso clínico 6:

El crup, conocido también como laringotraqueitis, es una enfermedad respiratoria provocada por numerosas causas víricas, sobre todo en los más pequeños. Una amplia gama de patógenos víricos son especialmente

frecuentes en los niños. Normalmente, se contrae durante los meses de otoño e invierno. La afección se caracteriza por la aparición brusca de una tos en la tráquea que suena como una tos de foca o de perrera. Suele ir acompañada de estridor inspiratorio, disfonía y dificultad respiratoria. Estos síntomas son el resultado de una obstrucción inflamatoria aguda en la laringe y las vías respiratorias centrales. Esta obstrucción se produce durante el proceso de inhalación y se concentra principalmente en la región superior de la tráquea, fuera de la cavidad torácica. (20)

La laringotraqueítis afecta principalmente a niños de entre seis meses y tres años, con una incidencia especialmente elevada del 5% a los dos años. No obstante, los recién nacidos menores de tres meses pueden padecer esta enfermedad. Personas que han alcanzado la edad adulta y jóvenes en la adolescencia. Ocasionalmente, los adultos también la padecen.

No obstante, es poco frecuente entre ellos. Los varones se ven afectados con más frecuencia que las mujeres. El periodo predominante de esta afección suele ser de octubre a abril, aunque pueden observarse pacientes durante todo el año, incluidos los meses de verano. (20)

El diagnóstico del crup es sencillo y puede realizarse con precisión y seguridad teniendo en cuenta la historia clínica del paciente y realizando una exploración física. En los niños sin aspecto tóxico, el inicio de esta enfermedad es gradual y va precedido de un cuadro catarral, que incluye síntomas como rinorrea, dolor de garganta y fiebre leve, que dura entre 12 y 72 horas. A medida que la enfermedad progresa, los signos y síntomas clásicos se hacen evidentes. Estos incluyen la aparición súbita de tos perruna o ladridos (no productivos) y ronquera, seguidos de un sonido respiratorio ruidoso durante la inhalación, que suele producirse por la noche y puede tener una progresión súbita o gradual. Es importante destacar que, la mayoría de los niños experimentan disfonía y tos perruna, pero no hay indicios de obstrucción respiratoria.

Durante la exploración física, el niño presenta disfonía, rinorrea y una faringe normal o ligeramente agrandada. Además, el niño presenta una frecuencia respiratoria ligeramente elevada. A medida que la obstrucción empeora, el estridor se hace perceptible incluso cuando la persona no realiza ningún esfuerzo. A menudo aumenta la frecuencia respiratoria, que no suele superar las 50 respiraciones por minuto, y también aumenta la frecuencia cardíaca. El

estridor puede manifestarse como sonidos inspiratorios y espiratorios, acompañados de retracciones de la pared torácica. Estas retracciones son especialmente prominentes en las regiones supraclavicular y supraesternal. Ocasionalmente, puede haber una reducción del murmullo vesicular e indicios de niveles bajos de oxígeno, como palidez, sudoración, inquietud o agotamiento. Durante la última fase, hay claras evidencias de cansancio caracterizado por una reducción del esfuerzo respiratorio, cianosis y letargo. Estos son síntomas de alerta que indican una obstrucción completa, que requiere una intubación rápida y ventilación mecánica para evitar una parada cardiorrespiratoria. La evolución clínica general del crup suele mejorar rápidamente en menos de 3 ó 4 días. La tos suele desaparecer en dos días, aunque puede permanecer hasta la primera semana tras su inicio. Asimismo, el característico ladrido parecido al de un perro o una foca suele desaparecer al cabo de 48 horas en la mayoría de los pequeños. Por lo general, carece de síntomas como fiebre alta, mirada venenosa, sibilancias espiratorias, babeo, pérdida de voz o dificultad para tragar. (21)

Es importante mantener un entorno tranquilo para un niño con crup y evitar cualquier tratamiento que pueda agitarlo. Esto se debe a que, si el pequeño se altera, podría aumentar la obstrucción de sus vías respiratorias.

Oxigenoterapia: Existen pocas investigaciones sobre la eficacia de administrar oxígeno a pacientes con laringotraqueitis. Por lo tanto, sólo se aconseja cuando la saturación de oxígeno del paciente cae por debajo del 92% al respirar aire normal y cuando la gravedad del cuadro clínico supone un riesgo vital.

El algoritmo de tratamiento del crup en paciente pediátricos se explica mejor en el anexo N°2.

3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico 7:

La enfermedad de Goodpasture, a menudo llamada enfermedad antimembrana basal glomerular, es una afección autoinmune poco común. Se define por la tríada: hemorragia pulmonar, glomerulonefritis proliferativa y anticuerpos anti-GBM. Es un subtipo de vasculitis sistémica de pequeños

vasos cuya fisiopatología es caracterizada por la presencia de anticuerpos dirigidos a la membrana basal glomerular y alveolar.

Se considera un trastorno de hipersensibilidad cuya etiología no está totalmente reconocida. Sin embargo, se diferencia de otros de su tipo en que se conoce el objetivo inmunológico específico del ataque. La evaluación pronóstica tiene evidencia mínima; sin embargo, se sabe que la mayoría de los casos finalmente desarrollan insuficiencia renal terminal. (22)

Del 60 al 80% de los pacientes presentan sintomatología pulmonar y renal; entre 20 y 40% son renales únicamente; y menos del 10% son sólo pulmonares. Normalmente, esta entidad se define como una enfermedad de crisis única con una tasa de recurrencia inferior al 3%. Tiene una tasa de mortalidad del 80% a los seis meses, la mitad por hemorragia alveolar difusa y el resto por insuficiencia renal.

Es una enfermedad inmunomediada con presencia de anticuerpos anti-GBM (membrana basal glomerular). Se desconoce el determinante final de la exposición, aunque existe una teoría multifactorial que va desde factores congénitos hasta factores transcripcionales. (24)

Es posible que el proceso autoinmune no se produzca de inmediato. Se han detectado inmunoglobulinas anti-GBM antes de que los síntomas clínicos aparezcan, lo que indica la aparición de un fenómeno de tolerancia. Este fenómeno retrasa el desarrollo de anticuerpos hasta que el individuo se expone a un nuevo desencadenante o desarrolla otra enfermedad autoinmune. La hemorragia alveolar difusa es más frecuente en personas que fuman y en aquellas que han estado expuestas a hidrocarburos volátiles.

Los síntomas respiratorios pueden aparecer en ciertos pacientes varias semanas o meses antes de la aparición de síntomas notables relacionados con los riñones. (24)

La manifestación pulmonar se asocia con estímulos irritativos, como el tabaquismo. Los síntomas más reconocidos incluyen hemoptisis (tos con sangre), tos, disnea (dificultad para respirar) y cansancio. El sangrado alveolar ocurre en el 66% de los pacientes, aunque también hay casos ocasionales de lesión renal. El sangrado alveolar a menudo consiste en fibrina dentro de los alvéolos, hemosiderina en las paredes de los alvéolos y macrófagos. A nivel macroscópico, los pulmones tienen un peso aumentado en comparación con

lo habitual y presentan áreas de consolidación que parecen de color marrón rojizo.

En casos graves, también se pueden observar taquipnea (respiración rápida) y cianosis (coloración azulada de la piel). Además, la hemorragia intraalveolar crónica puede provocar anemia por deficiencia de hierro.

La afectación renal se caracteriza por síntomas como disuria, hematuria, proteinuria, edema en las extremidades pélvicas y torácicas, hipertensión y molestias en la fosa renal.

El diagnóstico está basado en la detección de anticuerpos anti-GBM; así como en el plasma y/o el tejido renal. Para diagnosticar el verdadero síndrome de Goodpasture es necesario que estén presentes problemas renales y pulmonares, ya que forman el trío completo de síntomas. (26)

Caso clínico 8:

La infección del tracto urinario se produce con mayor frecuencia en las mujeres y por lo general se trata de forma ambulatoria. En consecuencia, es fundamental consultar a un profesional médico al inicio del tratamiento.

Escherichia coli es el patógeno predominante responsable de las infecciones del tracto urinario, otras enterobacterias gramnegativas, como *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, así como bacterias grampositivas como *Enterococci faecalis* y *Stafilococci saprofiticus*, son responsables del resto de infecciones adquiridas en la comunidad. (23)

Esta patología se inicia en la mayoría de las mujeres con la colonización de la región vaginal, típicamente por microorganismos fecales, y posteriormente progresa al tracto urinario, específicamente a la vejiga. Si avanza hasta los riñones, puede provocar una enfermedad más compleja conocida como pielonefritis. Por tanto, el tratamiento temprano es imperativo.

El reconocimiento de los factores de riesgo es crucial para alertar al paciente y prevenir la repetición de enfermedades. Algunos factores que pueden contribuir a las infecciones del tracto urinario incluyen tener actividad sexual regular o diaria, usar espermicidas, tener antecedentes de gastroenteritis, practicar malas prácticas de higiene y tener afecciones subyacentes como incontinencia urinaria o cálculos renales que requieran tratamiento.

El diagnóstico de cistitis se determina mediante la observación de indicaciones clínicas como disuria, polaquiuria, urgencia urinaria y febrícula, que indican inflamación local. Además, se puede realizar un análisis de orina para confirmar el diagnóstico, que revelará un aumento de leucocitos, nitritos y presencia de bacterias.

El enfoque principal del tratamiento es la administración de antibióticos y otras medidas preventivas. Los tratamientos farmacológicos iniciales consisten en nitrofurantoína administrada a dosis de 100 mg cada 6-8 horas durante 5 días, cefalexina cada 8 horas durante 7 días y una dosis única de fosfomicina. Sin embargo, a pesar de estas sugerencias, se observa con frecuencia que los médicos prescriben fluoroquinolonas en sus recetas, a pesar de que no son la opción óptima de medicamento.

Hay un crecimiento espectacular en el número de bacterias que son resistentes a los antibióticos, y muchas de estas infecciones están desarrollando resistencia a múltiples medicamentos (MDR), lo que aumenta las posibilidades de que las medicinas tradicionales fallen. Los principales factores que contribuyen al dilema de la resistencia a los antibióticos son la utilización excesiva e incorrecta de antibióticos, junto con la producción limitada de nuevos medicamentos por parte del sector farmacéutico. (25)

Recientemente se ha producido un aumento en el uso de fosfomicina y nitrofurantoína, que no son tratamientos nuevos ya que se utilizan desde hace varias décadas. Sin embargo, su consumo había disminuido primero debido a la resistencia, pero ahora su resistencia inherente ha aumentado. Tienen un porcentaje extremadamente bajo, que oscila entre el 0 y el 10%. La nitrofurantoína y la fosfomicina son antibióticos orales que tienen una amplia acción contra uropatógenos multirresistentes, específicamente *E. coli* productora de BLEE, para el tratamiento de la cistitis.

La fosfomicina inhibe la síntesis de peptidoglicanos en una etapa más temprana en comparación con los antibióticos betalactámicos o glicopéptidos. Tiene un amplio espectro de actividad contra muchas bacterias grampositivas y gramnegativas, incluidas *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus spp* resistentes a meticilina. También es eficaz contra cepas resistentes a la vancomicina. La fosfomicina demuestra eficacia en el tratamiento de

infecciones del tracto urinario en virtud de su elevada concentración dentro del tracto urinario. (26)

El algoritmo de manejo y tratamiento actualizado de las ITUs se especifica mejor en el anexo N°3.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico en nuestro país, suele durar un año, pero debido a la pandemia del COVID – 19, se condensó a 10 meses. Tiene lugar después de que los estudiantes de medicina terminan sus cursos teóricos y prácticos de los 6 primeros años en las aulas universitarias. El objetivo de las prácticas preprofesionales es ofrecer una experiencia única en los ámbitos más pertinentes de la medicina, permitiendo a los estudiantes consolidar sus conocimientos teóricos y cultivar sus aptitudes clínicas en la práctica hospitalaria del día a día.

Ser interno en un hospital de referencia a nivel nacional es una tarea difícil, sobre todo si el año anterior se estuvo en modo virtual por la pandemia vivida. Realizar las actividades académicas, administrativas y asistenciales en un hospital del MINSA, suele ser una tarea exigente, pero es un reto el superar todas las dificultades durante la realización de las prácticas preprofesionales; ya que son innumerables los beneficios de realizar dichas prácticas en un hospital de tan inmensa envergadura y con un nivel de complejidad asistencial; lo que hace de lo vivenciado, una experiencia muy enriquecedora para la formación profesional.

La abundancia y diversidad de situaciones mejoran los conocimientos y contribuyen a nuevos aprendizajes teóricos y prácticos. Del mismo modo, los médicos adjuntos y los residentes implican al interno en la deliberación de casos clínicos y en las rondas como parte de su formación, permitiendo al estudiante desarrollar su propio juicio e interpretación de la situación planteada para resolver uno por uno los diferentes casos clínicos que va viendo durante cada rotación de su internado. Además, expone al estudiante a las realidades de la práctica médica, incluidos los retos de la gestión de recursos limitados.

El trabajo en el hospital proporciona un entorno diverso y colaborativo que permite a los internos mejorar sus habilidades sociales, de comunicación y de

trabajo en equipo; fortaleciendo también sus habilidades de liderazgo y trabajo de grupo con otros profesionales de ciencias de la salud. También los capacita para abordar a los pacientes, sus familias y los desafíos que encuentran dentro del sistema de salud peruano con sensibilidad, compasión y comprensión de cada uno de los casos que vivencia en el transcurso del periodo que dura.

La oportunidad de rotar en cirugía general en el Hospital Nacional Dos de Mayo, por ejemplo, fue muy beneficiosa; ya que permitió a los internos participar activamente en el quirófano, realizar procedimientos y llevar a cabo un seguimiento postquirúrgico de cada paciente visto y asignado. Este enfoque integral permitió a los internos tratar a los pacientes de principio a fin y conocer el manejo multidisciplinario que muchas veces se tiene que realizar en los pacientes. Otro ejemplo fue la rotación de pediatría llevada a cabo en el INSN, la cual fue muy rica en aprendizaje, ya que como es de conocimiento, esta institución se caracteriza por ser muy docente y preocuparse mucho por el aprendizaje de los internos.

En el CS San Miguel, que representa el primer nivel de atención sanitaria, se aprendió a gestionar y abordar eficazmente las enfermedades más comunes en la comunidad, utilizar sistemas informatizados de derivación y realizar con precisión formularios como el Formato Único de Atención (FUA) y el Sistema de Información Hospitalario (HIS), así como hacer un seguimiento de programas como el de la tuberculosis, anemia, enfermedades no transmisibles, entre otros.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

- El objetivo de las prácticas preprofesionales es ofrecer una experiencia única en los ámbitos más pertinentes de la medicina humana, permitiendo a los estudiantes consolidar sus conocimientos teóricos y cultivar sus aptitudes clínicas en la práctica hospitalaria del día a día.
- La experiencia vivida en las distintas rotaciones permitió la aplicación de los conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de toda la carrera de Medicina Humana en la práctica hospitalaria diaria, abordando los casos clínicos presentados, empatizando con los pacientes y sus familiares; y enfrentando los desafíos del sistema de salud peruano con tino, sensibilidad, compasión y comprensión.
- Las prácticas preprofesionales permitieron también desarrollar diferentes competencias a los internos y proporcionar un entorno diverso y colaborativo para mejorar las habilidades sociales, de comunicación y de trabajo en equipo del grupo de internos.
- La diversidad de casos médicos y la interacción directa con ellos proporcionan una oportunidad excepcional para mejorar continuamente los conocimientos en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de numerosas patologías vistas a lo largo de este año de estudio de prácticas preprofesionales.
- El aprendizaje generado al contrastar las experiencias vividas en establecimientos del primer y tercer nivel de atención sanitaria resultó ventajoso y benéfico para la formación integral de los futuros médicos de este país.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

- Los futuros internos de medicina deben dedicar más tiempo a la atención de los pacientes, lo que les permitirá profundizar y fortalecer sus conocimientos y desarrollo de competencias profesionales.
- Las universidades deben brindar una tutoría permanente a los internos para cerciorarse de que estén adquiriendo los conocimientos teóricos y prácticos adecuados durante el internado médico.
- Se recomienda continuar en el internado con la rotación de atención primaria de salud, lo que permitirá el desarrollo de competencias en el manejo de los programas de salud.

CAPÍTULO VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención: Currículo y Manual del Interno. 2021. Disponible en:
<https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
2. Resolución Ministerial N.º 351-2022-MINSA [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2987398-351-2022-minsa>
3. Arroyo-Ramirez FA., Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta méd. Peru [Internet]. 2020 Oct [citado 2023 marzo 10] ; 37(4): 562-564. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400562
4. Coccolini F, Roberts D, Ansaloni L, Ivatury R, Gamberini E, Kluger Y, Moore EE, Coimbra R, Kirkpatrick AW, Pereira BM, Montori G. The open abdomen in trauma and non-trauma patients: WSES guidelines. World journal of emergency surgery. 2018. Dec;13:1-6.
5. Anamaría Pacheco F. Trauma de abdomen. Rev Med Clin Condes. 1 de septiembre de 2011;22(5):623-30. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trauma-abdomen-S0716864011704746>
5. Paca Ajitimbay, TN, Pilatasig Pérez, LF, Verdezoto Unaicho, GS, Quisanga Llumiluisa, J. M. (2022). Trauma abdominal cerrado. Manejo inicial en urgencias. RECIMUNDO, 6(2), 112-119.
Disponible en [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.112-119](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.112-119)
6. Carranza-Cortés JL. Control del daño en trauma de abdomen. Anest. Méx. [Internet]. 2016; 28(1):34-39. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712016000100034&lng=es
7. Erlich T, Kittery ND. Renal trauma: the current best practice. Ther Adv Urol. 10 de julio de 2018;10(10):295-303. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6120183/>

8. Salinas PA, Garibaldi FJ. Apendicitis aguda en el adulto. Revisión de la literatura. Ciencia UG Revista Universitaria en Ciencias de la Salud. 1 de septiembre de 2012;2(3):21-9. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA405808216&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=&p=IFME&sw=w&userGroupName=anon%7E4d181686>
9. Hernández-Cortez J, León-Rendón JL, Martínez-Luna M, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2023 marzo 10];41 (1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es
10. Lowe SA, Steinweg KE. Management of hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy. Emergency Medicine Australasia. 2022 Feb. 34(1):9-15.
11. Aguilera A. Hyperemesis Gravidarum V. In Obstetric Catastrophes: A clinical Guide. Cham: Springer International Publishing: 2021.
12. Cheng W, Li L, Long Z, Ma X, Chen F, Ma L , et al. Association between dietary patterns and the risk of hyperemesis gravidarum. Nutrients. 2023; 15(15). Disponible en: https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/37571237/Association_between_Dietary_Patterns_and_the_Risk_of_Hyperemesis_Gravidarum.
13. Jung E, Romero R, Yeo L, Gomez-Lopez N, Chaemsaitong P, Jaovisidha A, et al. The Etiology of preeclampsia. Am J Obstet Gynecol, 2022; 226(2): S844-66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35177222/>
14. Magee LA, Nicolaidis KH, Von Dadelszen P. Preeclampsia. N Engl J Med 2022; 386 (19): 1817-32. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra2109523?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
15. Overton E, Tobes D, Lee A. Preeclampsia diagnosis and management. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2022; 36(1):107-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35659948/>
16. Ministerio de Salud. CDC Perú reporta brote de enfermedad diarreica aguda (EDA) en distritos de Tumbes [Internet]. CDC MINSA. [citado 10 de

marzo de 2023]. Disponible en:

<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporta-brote-de-enfermedad-diarreica-aguda-eda-en-districtos-de-tumbes/>

17. OMS. Enfermedades diarreicas [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

18. Díaz Mora José Javier, Echezuria M Luis, Petit de Molero Nelly, Cardozo V María Auxiliadora, Arias G, Armando, Rísquez P Alejandro. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2014 Mar [citado 2023 marzo 10]; 77(1):29-40. Disponible en:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007&lng=es

19. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico [Internet]. abril 2017 [citado 10 marzo 2023].

20. Rada A. Nuevos conceptos de la laringotraqueítis en niños (CRUP VIRAL). Revista médica La Paz 2023. 29(1). Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000100087

21. Jordi R, Ferres F. Laringotraqueítis aguda asociada a primo infección por citomegalovirus. ELSEVIER 2012. 30(10). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-laringotraqueitis-aguda-asociada-primoinfeccion-por-S0213005X1200211X>

22. Foxman B. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. Infect Dis Clin North Am. marzo de 2014;28(1):1-13.

23. Pigrau C, Escolà-Vergé L. Infecciones urinarias recurrentes: desde la patogenia a las estrategias de prevención. Medicina Clínica. 28 de agosto de 2020;155(4):171-7. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577532030316X>

24. Malpartida Ampudia MK. Infección del tracto urinario no complicada. Rev.méd. sinerg. [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 10 de marzo de

2023];5(3):382. Disponible en:

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/382>

25. Nemirovsky C, López Furst MJ, Pryluka D, De Vedia L, Scapellato P, Colque A, et al. [Consenso Argentino Intersociedades de Infección Urinaria 2018-2019 - Parte I]. Medicina (B Aires). 2020;80(3):229-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32442937/>

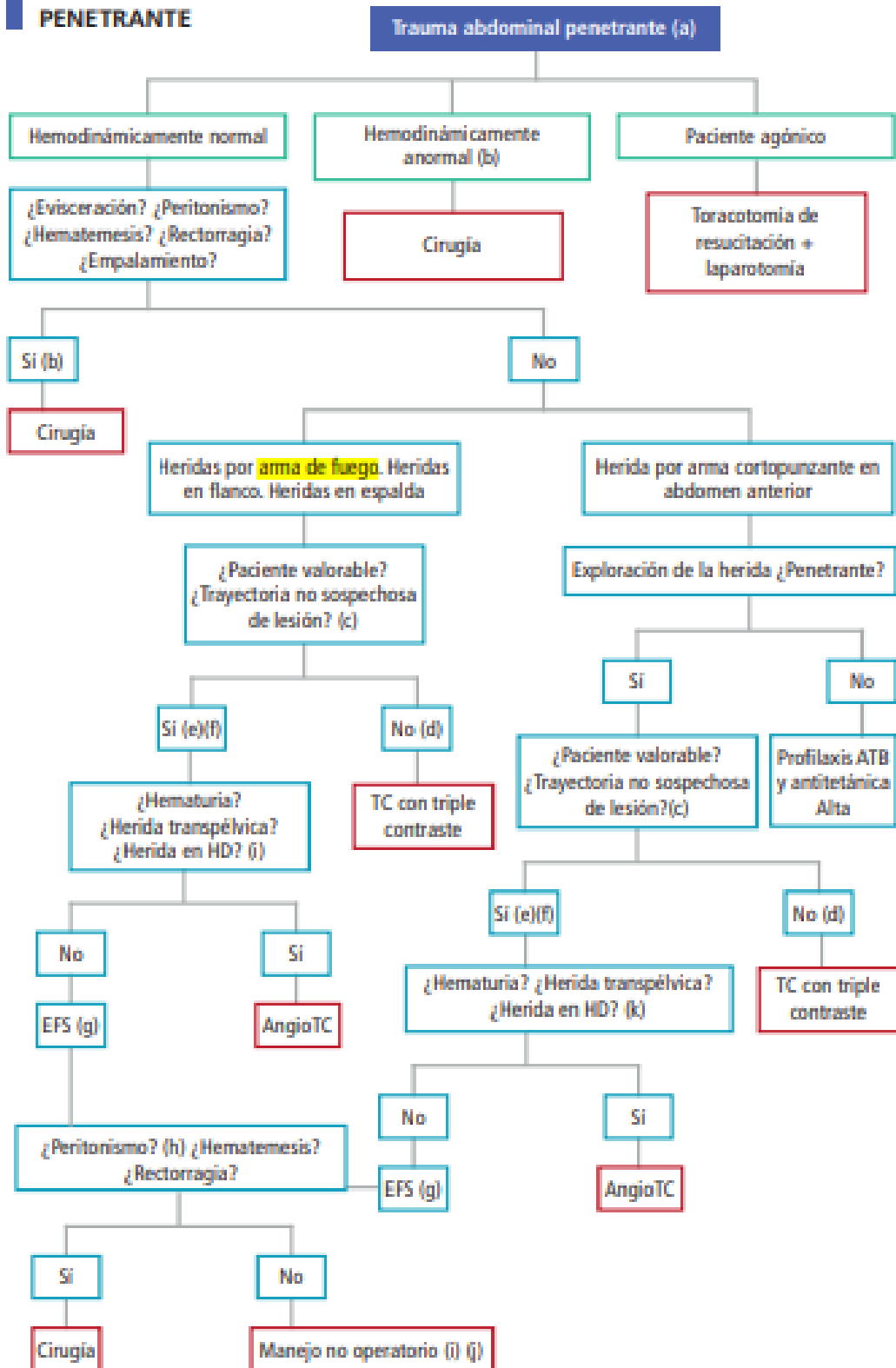
26. Avalos Bogado HF, Melgarejo Martínez LE, Ibarra Gayoso MV, Szwako Pawlowicz AA, Santa Cruz Segovia FV, Avalos Bogado HF, et al. Manejo de las infecciones urinarias en la consulta ambulatoria: de las guías a la práctica clínica. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción). 2018;51(3):61-8.

Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492018000300061&script=sci_arttext

CAPÍTULO VIII. ANEXOS

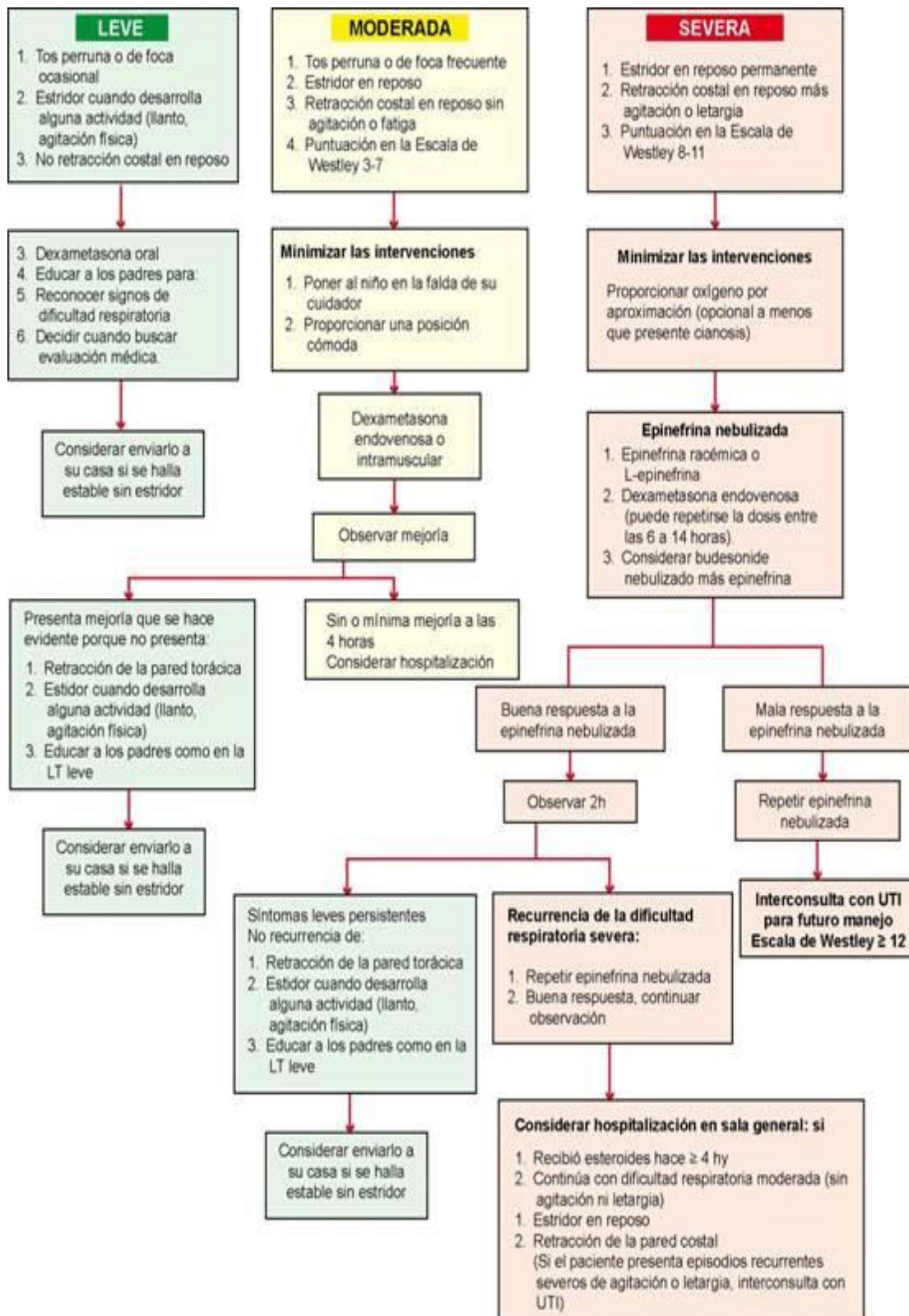
Anexo N°1

TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE



Algoritmo 15 Manejo del traumatismo abdominal penetrante

Anexo N°2



Anexo N°3

