

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ Y
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, LIMA, EN
EL PERIODO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

CARMEN GUADALUPE MANSILLA MACO

ASESOR

JORGE LUIS HERRERA QUISPE

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 EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, LIMA, EN EL PERIODO
2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CARMEN GUADALUPE MANSILLA MACO**

**ASESOR
DR. JORGE LUIS HERRERA QUISPE**

LIMA – PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: HECTOR MIGUEL LAMILLA VALDEZ

MIEMBRO: GIOVANNA ITALA AGUILAR OLIVA

MIEMBRO: LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

DEDICATORIA

Con amor y gratitud, a mis padres. Que, con su constante apoyo y motivación, fueron mi sólido soporte en cada una de las etapas de mi vida y continúan inspirándome a ser una mejor persona y profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por sostenerme con sus manos y no permitirme caer durante todos estos años.

Agradezco también a cada familiar y amigo. Su apoyo y cariño han enriquecido mi experiencia y han sido pilares esenciales en toda mi trayectoria de formación profesional.

En especial, dedico mi reconocimiento a los profesores y doctores cuyos valiosos conocimientos han sido relevantes en toda mi formación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Rotación en Medicina interna	1
I.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	6
I.3 Rotación en Pediatría	12
I.4 Rotación en Cirugía General	15
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	21
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	23
III.1 Rotación en Medicina Interna.....	23
III.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	25
III.3 Rotación en Pediatría	27
III.4 Rotación en Cirugía General	30
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
V.CONCLUSIONES	34
VI.RECOMENDACIONES	35
VII.FUENTES DE INFORMACIÓN	36

RESUMEN

Objetivo: El enfoque del presente trabajo consiste en describir y llevar a cabo un análisis detallado de diversos casos clínicos, así como sus fundamentos teóricos, presenciados durante las rotaciones de las especialidades de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General con el propósito de constatar los conocimientos obtenidos durante el desarrollo del internado médico.

Materiales y métodos: Se detalla la recopilación de ocho historias clínicas de las cuatro rotaciones del internado, las cuales fueron minuciosamente expuestas y analizadas.

Resultados: El internado médico se desarrolla durante el séptimo año de la carrera de medicina humana. Durante este periodo, es consolidado los conocimientos tanto teóricos como prácticos obtenidos con anterioridad, al estar constantemente en contacto con diversos casos en el centro hospitalario. Al concluir el internado, se destaca que se adquieren conocimientos esenciales que resultarán fundamentales en la práctica profesional.

Conclusiones: El internado emerge como un periodo crucial de aprendizaje en la formación del profesional médico, no solo porque permite consolidar los conocimientos adquiridos por el estudiante, sino también por el desarrollo de habilidades indispensables para la futura carrera profesional.

Palabras clave: Medicina humana, Internado, Casos clínicos, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

ABSTRACT

Objective: The focus of this paper is to describe and carry out a detailed analysis of various clinical cases, as well as their theoretical foundations, witnessed during rotations of the specialties of Pediatrics, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine and General Surgery in order to verify the knowledge obtained during the development of the medical internship.

Materials and methods: It details the compilation of eight clinical cases of the four rotations of the internship, which were thoroughly exposed and analyzed.

Results: The medical internship takes place during the seventh year of human medicine. During this period, knowledge both theoretical and practical obtained previously, is consolidated by being constantly in contact with various cases in the hospital. At the end of the internship, it is emphasized that essential knowledge is acquired that will be fundamental in professional practice.

Conclusion: The internship emerges as a crucial period of learning in the training of the medical professional, not only because it allows consolidating the knowledge acquired by the student, but also by the development of essential skills for the future career.

Keywords: Human medicine, Internship, Clinical cases, José Casimiro Ulloa Emergency Hospital, National Teacher Hospital Mother Child San Bartolomé.

NOMBRE DEL TRABAJO

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

AUTOR

**CARMEN GUADALUPE MANSILLA MAC
O**

RECuento DE PALABRAS

9341 Words

RECuento DE CARACTERES

52965 Characters

RECuento DE PÁGINAS

46 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

197.7KB

FECHA DE ENTREGA

May 6, 2024 9:25 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 6, 2024 9:26 AM GMT-5

● **15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% 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



Dr. Jorge Luis Herrera Quispe
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5520-8240>

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, el plan de estudios de la carrera de medicina humana destina a su último año un periodo denominado internado médico en el cual se aplican los aprendizajes prácticos y teóricos obtenidos con anterioridad. Este internado, vital en la educación médica, habilita al estudiante para investigar todos los aspectos de su futura práctica como médico cirujano, abarcando desde el ámbito clínico hasta las responsabilidades administrativas. La meta principal es integrar los conocimientos previamente acumulados y aplicarlos bajo la supervisión de profesionales experimentados.

El Ministerio de Salud (MINSa) estableció una duración de diez meses para el internado, iniciando en abril del 2023 y finalizando en enero del 2024. Las prácticas intrahospitalarias tuvieron una duración de 8 meses y la rotación en los puestos de atención primaria en salud, 2 meses. La rotación de la especialidad de Medicina Interna y Cirugía General se realizó en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, mientras que en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé fue desarrollada la rotación de Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

El objetivo de este trabajo es ilustrar la relevancia del internado y el impacto significativo que tiene en el interno debido a que le permite desarrollar habilidades en la práctica clínica y sintetizar los conocimientos teóricos para poder brindar un adecuado diagnóstico. Este trabajo tiene como objetivo mostrar ejemplificaciones de considerable importancia presenciadas durante las rotaciones hospitalarias. Adicionalmente, permitirá constatar los conocimientos adquiridos durante el internado médico exponiendo de manera detallada y minuciosa el proceso de aprendizaje y los fundamentos teóricos de cada caso clínico basándose en información actualizada y adquirida de los profesionales de la salud del establecimiento donde se llevaron a cabo las rotaciones.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El presente capítulo abarca la presentación de 8 casos clínicos, el cual incluye 2 casos por cada una de las cuatro especialidades desarrolladas en el internado.

I.1 Rotación en Medicina interna

Durante los meses de octubre y noviembre de 2023, en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa se desarrolló la rotación de la especialidad de Medicina interna.

Caso clínico N°1

Paciente mujer de 20 años ingresa a emergencia traída por familiar, el cual refiere inicio de síntomas desde hace 9 días que se caracteriza por síntomas principales de rinorrea, dolor faríngeo y tos seca. Además, refiere que se automedicó con paracetamol, orfenadrina e incrementó la frecuencia del uso de su inhalador. Paciente refiere dificultad para respirar y dolor torácico, se encontraba afebril.

Antecedentes personales:

- Diagnóstico de asma (2020)
- Consumo de tabaco: refiere 3-4 cigarrillos por día.
- RAM: Penicilinas
- Hospitalización e ingreso a UCI por cuadro similar (2022)

Antecedentes familiares:

- Padre falleció por Neumonía
- Madre con DM tipo 2

Examen físico:

- PA: 132/88 mmHg
- FR: 40 rpm
- FC: 133 lpm
- T°: 36.9°C
- SatO₂: 90%
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, cianosis perioral.

- CV: RCR de buena intensidad taquicárdicos, no soplos audibles.
- TyP: presencia de sibilancias audibles difusas durante la espiración, uso de musculatura accesoria en reposo.
- SNC: LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

- Gasometría:
 - o PH: 7.35
 - o PO₂: 60
 - o PCO₂: 45
 - o HCO₃: 30
 - o Lactato: 1.9
 - o FiO₂: 21%
- Laboratorio:
 - o Hb: 13.3 gr/dl
 - o Hto: 38.60%
 - o Plaquetas: 236 000/mm³
 - o Leucocitos: 13 250/mm³
 - o Glucosa: 127 mg/dl
 - o Creatinina: 0.87 mg/dl
- Radiografía de tórax:
 - o Horizontalización de las costillas, aumento de los espacios intercostales, aplanamiento de los hemidiafragmas, acentuación de la trama broncovascular.
 - o Conclusión: signos radiológicos de atrapamiento aéreo.

Diagnóstico:

- Crisis asmática severa
- Insuficiencia respiratoria aguda tipo II

Tratamiento inicial:

- Inicio de nebulización con salbutamol 10 gotas que diluyeron en suero, no hubo respuesta en el 3° ciclo de nebulización.
- Se administró hidrocortisona EV

Evolución:

- Saturación disminuye a 83%
- Se pasa a la Unidad de Trauma Shock
- Tratamiento en Trauma Shock:
 - o Oxigenoterapia con máscara de reservorio
 - o Se le administró Sulfato de Magnesio EV
 - o Inhalación de Bromuro de Ipratropio
 - o Adrenalina subcutánea

Evolución final:

- Paciente sin respuesta a tratamiento de trauma shock, fallece por presentar paro cardiorrespiratorio.

Caso clínico N°2

Paciente femenina de 51 años acude en compañía de familiar a emergencia con un tiempo de enfermedad de 29 días refiriendo síntomas de disnea e hipotensión. Familiar interviene en la evaluación, indicando que paciente cuenta con un diagnóstico previo de tuberculosis hace 8 años y que desde hace más de un año la paciente indicaba que se agitaba con facilidad al caminar 1 cuadra, motivo por el cual se hizo exámenes de manera particular, donde le diagnosticaron insuficiencia cardíaca. Continuando con el examen, se verifica un edema generalizado a predominio de miembros inferiores.

Dado lo antes expuesto, se toma la decisión de hospitalizar a la paciente para un manejo integral y confirmación de diagnósticos previamente mencionados.

Antecedentes personales:

- Vive en hacinamiento con su hermano, cuñada y 4 sobrinos
- Tuberculosis hace 8 años con mala adherencia al tratamiento
- Insuficiencia cardíaca hace 1 año sin tratamiento

Antecedentes familiares:

- Prima diagnosticada de tuberculosis hace 5 años (2018)
- Padre con hipertensión arterial no controlada
- Madre falleció por COVID-19 hace 3 años (2020)

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- PA: 133/85 mmHg
- FR: 28 rpm
- FC: 102 lpm
- T°: 37.1°C
- SatO₂: 95%
- Piel y TCSC: no palidez, no cianosis, edema generalizado +++/+++
- TyP: murmullo vesicular pasa disminuido en tercio inferior de hemitórax izquierdo, leves subcrepitantes en base de hemitórax derecho.
- CV: RCR de mediana intensidad taquicárdicos, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas, no visceromegalia, ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, edema en pared.

Plan de trabajo:

- Pasa a hospitalización
- Hemograma completo
- Análisis de gases arteriales
- Radiografía de tórax PA de pie
- BK en esputo seriado
- IC cardiología

Exámenes auxiliares:

- Hemograma completo
 - o Leucocitos: 5 350/mm³
 - o Abastionados: 0%
 - o Segmentados: 69%
 - o Basófilos: 0%
 - o Eosinófilos: 0%
 - o Monocitos: 3%

- Linfocitos: 28%
- Hemoglobina: 12.6 gr/dl
- Hematocrito: 37.8%
- Plaquetas: 289 000/mm³

- Bioquímica:
 - Proteínas totales: 3.8
 - Globulina: 2.3
 - Albúmina: 1.5

- AGA
 - PH: 7.40
 - PCO₂: 45
 - HCO₃: 25
 - PO₂: 94
 - Lactato: 1
 - FiO₂: 21%

- Radiografía de tórax: acumulación de líquido en el espacio pleural, signo del menisco (+)
- Análisis de líquido pleural por toracocentesis: trasudado
 - Líquido claro
 - Concentración de proteínas disminuido
- Baciloscopia (+)
- Ecocardiograma: FEVI preservada
 - Fracción de eyección: 70%
 - Volumen de eyección: normal
- Ecocardiografía: Hipertrofia ventricular

Diagnósticos:

- Efusión pleural
- D/C Tuberculosis sistémica (pleural, gástrica, renal)
- Edema generalizado: hipoalbuminemia severa
- Falla cardiaca crónica compensada con FEVI preservada

Luego de los resultados obtenidos, drenaje torácico realizado y los diagnósticos planteados, se decide dar de alta al paciente, continuando esquema de tratamiento antituberculoso y control por servicio de infectología en hospital general.

Se le sugiere evitar hacinamiento con familiares e indica que estos deben ser también estudiados para un posible tratamiento preventivo o completo para tuberculosis.

I.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Durante los meses de junio y julio de 2023, se desarrolló la rotación de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Caso clínico N°1

Femenina de 23 años con 38 semanas y 1 día de gestación, acude a emergencia refiriendo contracciones desde hace 4 horas asociado a pérdida de moco con sangre. Cuenta con 3 controles prenatales (12, 25 y 34 ss) en su centro de salud, con ecografía de primer trimestre (12ss) realizada por médico y ecografía de 25 y 34 semanas realizada por personal no médico.

Antecedentes personales:

- G1 P0000:
 - o G1 (2023):
 - Gestación actual no planificada
 - Tiempo de relación: 5 años
 - Controles prenatales: 03 (12, 25 y 34 ss) en su centro de salud.

Antecedentes familiares:

- Madre con diabetes mellitus tipo 2 controlada
- Padre con alcoholismo crónico

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- PA: 120/65 mmHg
- FR: 20 rpm
- FC: 80 lpm
- T°: 36.3°C

- SatO₂: 98%
- Peso: 70 kg
- Talla: 1.55 m
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, palidez en piel y mucosas +/+++ , no ictericia, no cianosis.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- SNC: LOTEF, Escala de Glasgow: 15/15.

Examen obstétrico:

- Abdomen:
 - o Útero grávido
 - o Feto en posición longitudinal cefálico izquierdo
 - o Altura uterina: 37 cm.
- Monitoreo fetal:
 - o FCF 148 x min
 - o Movimientos fetales: ++
 - o Dinámica uterina:
 - Frecuencia: 3/10 min
 - Duración: 30 segundos
 - Intensidad: ++

Tacto vaginal:

- Incorporación: 80%
- Dilatado: 2 cm
- Membranas: íntegras
- Altura de presentación: C-4
- Variedad de posición: no precisa
- Pelvis: ginecoide

Exámenes auxiliares:

- Hb: 10 gr/dl
- Examen de orina: sin alteraciones
- Perfil de coagulación: sin alteraciones.
- Glicemia al azar: 90 mg/dl

- Creatinina: 0.7 mg/dl
- Grupo y factor: O+
- Serología: negativa
- Ecografía:
 - o LCI
 - o Placenta: fúndica grado III
 - o ILA: 10
 - o Circular simple del cuello
 - o Ponderado fetal: 3923 +/- 100

Diagnóstico de emergencia:

- Gestante de 38.1 por ecografía del primer trimestre.
- Trabajo de parto en fase latente
- D/C Diabetes gestacional
- D/C Macrosomía fetal
- Anemia moderada
- Sobrepeso (IMC: 29.1)

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza para:
 - o Monitoreo materno fetal estricto
 - o Vía salinizada
 - o Reevaluar con resultados
 - o Vigilar signos de alarma
- Paciente en dilatado 4 pasa a centro obstétrico con los siguientes diagnósticos:
 - o Gestación de 38.1 ss por ecografía de 1° trimestre
 - o Trabajo de parto en fase activa
 - o Feto grande para la edad gestacional
- Se administra oxitocina 20 microgotas por minuto
- La cabeza se encuentra en asinclitismo anterior

Evolución:

- Pasa a sala de operaciones con los diagnósticos de:
 - o Gestación de 38.1 ss por ecografía de 1° trimestre

- Trabajo de parto disfuncional
- Mala actitud de presentación
- Feto grande para la edad gestacional
- Distocia funicular
- Diagnóstico post operatorio:
 - Puérpera inmediata post operada de cesárea segmentaria transversal por trabajo de parto disfuncional.
- Recién nacido presentó macrosomía y sufrimiento fetal (APGAR 1°: 4 pts y 2°: 7 pts, circular ajustada al cuello, líquido meconial)
- Paciente pasa a servicio para observación
- Alta a las 48 horas con RN

Caso clínico N°2

Femenina de 31 años con 33 semanas de gestación es traída a la emergencia el día 15 de julio del año 2023 por personal del SAMU refiriendo dolor de tipo contracciones. Niega pérdida de líquido, niega sangrado y refiere disminución de movimientos fetales. Además, refiere contar con sólo 1 control prenatal en su centro de salud (11 ss).

Antecedentes familiares:

- Niega antecedentes.

Antecedentes personales:

- G3 P1011:
 - G1 (2014):
 - Edad gestacional: A término
 - Tipo de parto: parto vaginal
 - Sexo: femenino
 - Peso: 2800 gr
 - Apgar: No refiere
 - Complicaciones: sin complicaciones
 - G2 (2017):
 - Edad gestacional: 8 semanas
 - Tipo de parto: aborto inducido con medicamentos
 - G3 (2023):
 - Gestación actual: no planificada

- Tiempo de relación: 4 años
 - Control prenatal: 01 en centro de salud a las 11 semanas.
- FUP: 06/11/2014. Actualmente no mantiene relación con el padre de sus dos primeras gestaciones.
 - FUR: 30/11/2022

Examen físico:

- PA: 117/69 mmHg
- FR: 20 rpm
- FC: 82 lpm
- T°: 36.5°C
- SatO₂: 100%
- Peso: 69 kg
- Talla: 1.49 m
- PyF: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no palidez, no cianosis.
- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15.

Examen obstétrico:

- Abdomen:
 - Útero grávido
 - Feto en posición longitudinal cefálico derecho
 - Altura uterina: 28 cm.
- Monitoreo fetal:
 - FCF: Ausentes
- Dinámica uterina:
 - Frecuencia: 2/10
 - Duración: 30 segundos
 - Intensidad: +++

Tacto vaginal:

- Orificio cervical externo e interno abierto

Exámenes auxiliares:

- Ecografía obstétrica: no se observan movimientos ni actividad fetal.
- Hemograma:
 - Hemoglobina: 13 gr/dl
 - Plaquetas: 256 000/mm³
 - Leucocitos: 11 560
 - Abastionados: 6%
- Examen de orina:
 - Leucocitos: 10-15 x campo
 - Gérmenes: ++

Diagnóstico:

- Óbito fetal de 33 ss por ecografía de 1° Trimestre
- Alto riesgo obstétrico: periodo intergenésico prolongado
- Obesidad grado I (IMC: 31.1)

Plan de trabajo:

- Pasa a centro obstétrico para atención de parto
- Se inicia antibioticoterapia

Evolución:

- Recién nacido:
 - Hora de nacimiento: 06:11 horas
 - Sexo: femenino
 - Edad gestacional (Test de Capurro): 31 ss
 - Peso 1560 gr
 - PC: 24 cm PT: 22 cm Talla: 38 cm
 - APGAR 0-0
- Placenta 200 gr, cotiledones completos
- Feto pasa a morgue para necropsia
- Se comunica a familiar apoderado (conviviente)

I.3 Rotación en Pediatría

Durante los meses de abril y mayo de 2023, se desarrolló la especialidad de Pediatría en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Caso clínico N°1

Lactante varón de 5 meses es traído por su madre a la emergencia quien refiere un tiempo de enfermedad de 3 días que se caracteriza por fiebre cuantificada en 38.9°C, rinorrea e irritabilidad. Además, refiere vómitos en 3 ocasiones (contenido alimentario) y en las últimas horas observó una desviación lateral de la mirada y “pérdida de conexión con el alrededor”. Fue automedicado con paracetamol, sin resolución de síntomas por lo que deciden acudir a la emergencia.

Antecedentes personales:

- ITU en gestante con Estreptococo del grupo B
- Meconio intraparto
- RN icterico por parto vaginal con tratamiento de fototerapia
- Lactancia con fórmula

Antecedentes familiares:

- Padre con glaucoma

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- PA: 93/55 mmHg
- FR: 48 rpm
- FC: 154 lpm
- T°: 38.9°C
- SatO₂: 98%
- Peso: 8 kg
- Talla: 70 m
- Neurológico: ROT incrementados, pérdida de fuerza en miembro superior derecho.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma:

- Hb: 14 gr/dl
- Hto: 40%
- Leucocitos: 7 100 mm³
- Plaquetas: 394 000 mm³

- Bioquímico:
 - Glucosa: 155 mg/dl
 - Na: 140 mmol/l
 - K: 5 mmol/l
 - Urea: 18 mg/dl
 - Creatinina: 0.9 mg/dl
 - Ca: 11 mg/dl
 - Proteínas totales: 6.5
- PCR: 33 mg/L
- Urocultivo y hemocultivo: negativo
- LCR:
 - Aspecto: turbio
 - Glucosa: 46 mg/dl
 - Pandy: positivo
 - Celularidad: 2 222/mm³ con 96% polimorfonucleares

Diagnóstico:

- Meningoencefalitis bacteriana debido a germen desconocido

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza para tratamiento empírico con dexametasona y cefotaxima.

Evolución:

- Favorable, se mantiene afebril y sin convulsiones.
- Se da de alta con tratamiento a los 7 días y se le indica a la madre estar atenta a los signos de alarma.

Caso clínico N°2

Paciente femenina de 11 años, en compañía de su padre, ingresa al hospital por medio de consulta externa por presentar unas lesiones papulares hiperqueratósicas con una evolución de 18 meses en ambos brazos, a predominio del derecho. A la evaluación, tiene la textura de “piel de gallina”. Además, padre refiere que la situación le perjudica emocionalmente a su hija porque sufre constantes burlas sobre sus brazos en el colegio.

Antecedentes personales:

- Dermatitis atópica (2015)

Antecedentes familiares:

- Padre tuvo el mismo cuadro en su juventud. No recibió diagnóstico ni tratamiento.

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- PA: 98/60 mmHg
- FR: 18 rpm
- FC: 72 lpm
- T°: 36.9°C
- SatO₂: 100%
- Peso: 47 kg
- Talla: 1.47 m
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- TyP: MV pasa bien por AHT, no se auscultan ruidos agregados
- Piel: En ambos brazos a predominio superior se observa lesiones de tipo papulares, no dolorosas a palpación, no prurito, piel con resequedad y áspera generalizada
- Resto de aparatos y sistemas aparentemente sin alteraciones

Exámenes auxiliares: Prueba a alérgenos (-)

Diagnóstico:

- Queratosis pilaris

Plan de trabajo:

- Se receta crema humectante con ácido salicílico 10%: aplicación en brazos mañana y noche.
- IC con dermatología.

I.4 Rotación en Cirugía General

Durante los meses de diciembre de 2023 y enero de 2024, se desarrolló la rotación de Cirugía general en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Caso clínico N°1

Paciente varón de 42 años acude a emergencia con una evolución clínica de 2 semanas caracterizada por distensión abdominal, vómitos, sensación de bulto en zona inguinal izquierda y falta de apetito. Refiere que desde hace 14 días observa un pequeño “bulto” en la región inguinal izquierda luego de haber cargado un costal de aproximadamente 20 kg que, al concluir el esfuerzo físico, desaparece. Además, menciona que se viene repitiendo hasta en 2 oportunidades tras pujar o realizar un esfuerzo que aumente la presión de la pared abdominal. Cuatro días previos al ingreso por emergencia, presenta vómitos de contenido bilioso y persiste con pérdida de apetito, por lo cual decide acudir inicialmente a su puesto de salud; en donde le administran analgésicos (diclofenaco 75mg 1 ampolla IM c/12h por 3 días), observando una mejoría. No obstante, indica que en la región inguinal el tamaño del bulto ha continuado creciendo y ante la persistencia de los síntomas, decide acudir a la emergencia.

Antecedentes personales:

- Trabajador en construcción civil.

Antecedentes familiares:

- No refiere antecedentes de importancia.

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- PA: 113/68 mmHg
- FR: 18 rpm
- FC: 76 lpm
- T°: 36.8 °C

- SatO₂: 99%
- PyF: T/H/E llenado capilar menor de 2 segundos, no ictericia, no edemas, no palidez, no cianosis, se observa masa palpable en región inguinal izquierda sin cambios en la coloración de la piel.
- TyP: MV pasa bien por AHT, no ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en región inguinal izquierda donde se palpa una masa blanda de 5x7 cm que, al realizar la maniobra de Valsalva, protruye siendo reductible a la digitopresión.
- SNC: LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

- Ecografía abdominal: signos ecográficos de hernia inguinal izquierda.
- Radiografía de tórax: sin alteraciones.
- Hemograma:
 - Leucocitos: 7 800/ mm³
 - Plaquetas: 315 000/mm³
 - Hemoglobina: 14.7 gr/dL
 - Hematocrito: 46%
- Perfil de coagulación: sin alteraciones
- Examen de orina: dentro de límites normales
- PCR: 15.7 mg/L
- TGO: 18 U/L
- TGP: 21.60 U/L
- GGTP: 35.98 U/L
- Serología
 - HIV (Test rápido): no reactivo
 - Hepatitis B Ag de superficie (Test rápido): no reactivo
 - Sífilis prueba rápida: no reactivo
- Urea: 23.99 mg/dL
- Creatinina: 0.79 mg/dL
- Hemoglucotest: 102 mg/dL

Diagnóstico:

- Hernia inguinal izquierda reductible

Plan de trabajo:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc 45 gotas x'
- Omeprazol 40 mg EV C/24h
- Ceftriaxona 2g EV C/24
- Metamizol 1.5g EV C/8h
- Vendaje de miembros inferiores
- Se prepara para SOP
- CFV + OSA + BHE

Evolución:

- Paciente ingresa a sala de operaciones para hernioplastía.
- Reporte operatorio: anillo herniario a nivel de región inguinal izquierda de aproximadamente 1.5 cm de diámetro con contenido de epiplón en saco herniario, no cambios de coloración del asa intestinal.
 - o Técnica operatoria: técnica de Lichtenstein.
 - o Diagnóstico postoperatorio: Hernioplastía por hernia inguinal izquierda.
- Postoperatorio 24 horas: Paciente con funciones vitales estables, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, afebril, elimina flatos, ambula sin dificultad con uso de faja. Paciente con evolución clínica favorable se da de alta con indicaciones:
 - o Dieta blanda
 - o Ketoprofeno 25mg 01 tableta VO c/8h por 3 días.
 - o Control por tópico 3 en 7 días para retiro de puntos.

Caso clínico N°2

Paciente masculino de 27 años sin antecedentes de importancia, acude a emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 2 días que se caracteriza por fiebre y dolor tipo cólico de característica difusa asociado a vómitos. El paciente indica haber presentado malestar en el estómago de tipo cólico de leve intensidad (4/10), el cual al día siguiente

aumenta hasta 8/10 logrando despertarlo por la noche. Posterior a ello, el dolor migra hacia fosa iliaca derecha por lo que acude a emergencia.

Antecedentes personales:

- Sin antecedentes de importancia.

Antecedentes familiares:

- Madre con hipertensión arterial controlada.

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- PA: 100/70 mmHg
- FR: 20 rpm
- FC: 78 lpm
- T°: 37.4°C
- SatO₂: 98%
- PyF: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, no ictericia, no cianosis.
- TyP: MV pasa bien por AHT, no se auscultan ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos simétricos.
- Abdomen: blando, depresible, timpánico, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, McBurney (+), Blumberg (+), Rovsing (+), ruidos hidroaéreos levemente disminuidos.
- SNC: LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma:
 - o Leucocitos: 13 200/ mm³
 - o Plaquetas: 281 000/mm³
 - o Abastionados: 6%
 - o Hematocrito: 44.80%
 - o Hemoglobina: 15 gr/dL
- Perfil de coagulación: sin alteraciones
- Examen de orina: dentro de límites normales
- PCR: 22 mg/L

- Serología (VIH, hepatitis B, sífilis): no reactivo
- Grupo y factor: O+
- Urea: 33.94 mg/dL
- Creatinina: 0.95 mg/dL
- Hemoglucotest: 110 mg/dL
- Ecografía abdominal: signos ecográficos de proceso inflamatorio apendicular. Correlacionar con clínica y laboratorio.
- Radiografía de tórax: signos radiológicos de tórax dentro de límites normales.

Diagnóstico:

- Apendicitis aguda complicada

Plan de trabajo:

- NPO
- Vía salinizada
- Dextrosa 5% 1 000 cc + NaCL 20% + KCL 20%
- Ceftriaxona 2g EV C/24
- Omeprazol 40 mg EV C/24h
- Metamizol 1.5g EV C/8h
- Metronidazol 500 mg EV C/8h
- Metoclopramida 10mg EV C/8h
- Vendaje de miembros inferiores
- Preparar para SOP
- CFV + BHE

Evolución:

- Paciente ingresa a sala de operaciones para apendicectomía laparoscópica.
- Reporte operatorio: apéndice cecal de 7x0.8 cm, rotado en su propio eje, supurada en sus 2/3 proximales. Líquido inflamatorio en fondo de saco recto vesical de aproximadamente 150 cc y 40cc en parietocólico derecho. Concluyendo con el diagnóstico de apendicectomía laparoscópica + colocación de dren laminar por apendicitis aguda complicada.
- Al cuarto día de hospitalización, paciente se encuentra hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, afebril, ambula, tolera

vía oral, elimina flatos, en cobertura antibiótica con ceftriaxona + metronidazol. Paciente con evolución clínica favorable, se da de alta hospitalaria con las siguientes indicaciones:

- Cuidados y aseo personal
- Cefuroxima 500 mg 01 tableta VO C/12 por 07 días.
- Metronidazol 500 mg 01 tableta VO C/8h por 07 días.
- Omeprazol 20mg 01 tableta VO c/24h por 07 días.
- Desketoprofeno 25mg 01 tableta VO c/8h por 3 días.
- Control en 7 días por tópico 3 de hospital.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en diferentes ámbitos de nuestras vidas. Con respecto a la medicina humana, el internado médico tuvo una reducción de su duración a un periodo de 10 meses establecido por el MINSA, el cual inició en abril del 2023 y finalizó en enero del 2024. Las prácticas intrahospitalarias tuvieron una duración de 8 meses. Con respecto a la especialidad de Medicina Interna y Cirugía General, la rotación se desarrolló en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU), mientras que la rotación de Pediatría y Ginecología y Obstetricia fue desarrollada en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI-SB). En cuanto a la rotación en los puestos de atención primaria en salud, se estableció un periodo de duración de 2 meses.

En el distrito de Miraflores, ciudad de Lima, se ubica el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU). Cuenta con una categoría III-E, el cual no tiene una población asignada por lo cual brinda servicios de salud a demanda a nivel local y nacional, especializado en cuidados médicos-quirúrgicos en situaciones de urgencia y emergencia. Posee como misión velar por la salud de la población brindando atención oportuna, equitativa y de calidad en situaciones de urgencia y emergencia. Además, su enfoque es el desarrollo de la docencia en salud para contribuir al crecimiento y formación de profesionales en el campo médico. Su visión, es convertirse en líder en la atención, educación e investigación en urgencias y emergencias a nivel nacional (1).

En Lima, distrito de Lima cercado, se ubica el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI-SB). Presenta una categoría de establecimiento III-E la cual pertenece a la DIRIS Lima centro que posee una población total de 2,738,890 personas. (2) Su misión es ofrecer servicios altamente especializados en salud reproductiva y sexual para mujeres, de la mano de una atención integral al feto, recién nacidos, lactantes, niños y adolescentes. Su compromiso con la sociedad se refleja en la calidad, eficiencia e inclusión social de sus servicios, respaldados por la enseñanza y la investigación. Su visión es alcanzar reconocimiento nacional por la atención que ofrece garantizando a la vez su calidad de atención de la mano de la eficiencia y sensibilidad social. (3)

Ambos hospitales garantizaron una adecuada enseñanza y contaron con una óptima estrategia de educación, tanto para sus internos como para sus residentes, debido a que en el caso del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé teníamos evaluaciones diarias y exposiciones semanales de temas relacionados con algún paciente de mayor complejidad que tuviéramos en el servicio y con respecto al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, contamos con un auditorio donde exponíamos sobre temas relevantes y de mayor incidencia en el hospital. Además, nos brindaban capacitaciones como talleres de RCP ya que, al ser un hospital de emergencias, nos mantenían en constante capacitación para poder brindar apoyo ante cualquier eventualidad.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico N°1

El asma provoca síntomas respiratorios como disnea, tos, sibilancias y opresión en el pecho que cambian con el tiempo, inclusive en su intensidad y frecuencia. Estos síntomas están relacionados con una limitación variable del flujo de aire espiratorio, es decir, broncoconstricción, engrosamiento de la pared de las vías respiratorias e incremento de la mucosidad. Las personas sin asma también pueden experimentar algunas variaciones en el flujo de aire, pero el asma sin tratamiento es más severo. Puede tener reagudizaciones o también denominadas “crisis” como en el caso del paciente expuesto. (4).

Con respecto a la paciente, según los criterios establecidos en la guía de práctica clínica del hospital de Emergencias del Hospital Casimiro Ulloa, cursó con insuficiencia respiratoria aguda tipo II o ventilatoria (hipercápnica) donde ocurre mayor producción endógena de CO₂ sin elevación de la ventilación alveolar siendo este un diagnóstico gasométrico. (5) Además, manifestó un cuadro de asma severo los cuales los criterios fueron los siguientes:

- FR mayor de 30 rpm
- Uso de musculatura accesoria
- FC mayor a 120 lpm
- Dificultad respiratoria en reposo
- Sibilancias

Para poder identificar los criterios de gravedad de la crisis asmática tenemos la escala Pulmonary Score que se encuentra entre las escalas que se pueden emplear, siendo de fácil aplicación y aplicable a todas las edades. Esta escala asigna una valoración a tres elementos: frecuencia respiratoria, presencia de sibilancias y uso de músculos accesorios. Es posible complementar esta evaluación con la medición de la saturación de oxígeno para determinar la severidad de esta condición (4).

Basándonos en la información del caso clínico, evaluaremos la severidad del paciente mediante el Pulmonary Score y la saturación de oxígeno.

- Frecuencia Respiratoria: 40 rpm → Puntuación: 2.
- Presencia de Sibilancias: sibilancias audibles durante la espiración con estetoscopio → Puntuación: 2.
- Uso de músculos accesorios: uso de músculos accesorios en reposo → Puntuación: 3.
- Total = 7 puntos.

Con el resultado obtenido, podemos categorizar al paciente en crisis grave.

El manejo inicial e integral de casos de asma severa en situaciones de emergencia requiere una evaluación al paciente rápida pero completa, abordando la vía aérea, la respiración y la circulación (evaluación ABC). Se busca asegurar una vía aérea permeable, proporcionar oxígeno suplementario para sostener una saturación de oxígeno objetivo y monitorear constantemente las constantes vitales. La terapia inicial incluye nebulizaciones, broncodilatadores, corticosteroides intravenosos y en casos donde no se obtenga respuesta, sulfato de magnesio. Debe haber un monitoreo continuo y en caso de necesidad, considerar tratamientos adicionales como epinefrina subcutánea. Tras estabilizar al paciente en emergencias, se evalúa la posibilidad de ingreso a la UCI para una vigilancia más intensiva (6).

Caso clínico N°2

La efusión pleural, caracterizada por la acumulación anormal de líquido en el espacio pleural entre las capas de la membrana que recubre los pulmones y la cavidad torácica, puede ser consecuencia de diversas condiciones como infecciones, insuficiencia cardíaca o neoplasias. Se realiza el diagnóstico a través de estudios de imágenes y análisis del líquido pleural obtenido a través de toracocentesis, siendo el tratamiento determinado por la causa subyacente. (7)

En la tuberculosis diseminada, se producirá lo que es la migración de bacilos hacia la sangre y, consecuentemente, a órganos como la médula ósea, riñón, hígado, bazo, entre otros. La etiología de este fenómeno radica en la especie *hominis* del *Mycobacterium tuberculosis*, la cual es transmitida a través de microgotas generadas al toser o por

estornudos y se diagnostica mediante pruebas de laboratorio, cultivos y estudios de imagen. (8) El tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar, extrapulmonar, nuevos o anteriormente en tratamiento, se ajusta en función del peso, con la administración diaria de una dosis máxima de 300 mg de isoniazida, 600mg de rifampicina, 1200 mg de etambutol y 1500 mg de pirazinamida, dentro de un periodo de 6 meses constando de dos fases. Nuestra norma técnica de salud del MINSA actualizada en 2023, establece que la primera fase consta de dos meses (50 dosis diarias) y la segunda, una duración de cuatro meses (54 dosis, tres veces por semana). (9)

El edema generalizado, la acumulación de líquido en los tejidos, puede estar relacionado con una hipoalbuminemia severa, una baja concentración de albúmina en sangre. El diagnóstico implica evaluación clínica, análisis de sangre y estudios de imagen, mientras la reposición de albúmina y el abordaje de la causa subyacente forman parte del tratamiento. (10)

La falla cardíaca crónica compensada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada indica la incapacidad del corazón para bombear eficientemente, aunque la capacidad de bombeo se mantenga. La evaluación clínica, los estudios de imagen cardíaca y realizar mediciones de la FEVI son necesarios para establecer un diagnóstico. Con respecto al tratamiento, consta del manejo de los factores de riesgo y medicamentos para de esta forma poder mejorar la función cardíaca y abordar condiciones subyacentes, con el enfoque de dar una mejor calidad de vida y de forma preventiva evitar la progresión de la enfermedad. Es fundamental que la gestión sea individualizada y supervisada por profesionales de la salud (11).

III.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico N°1

En el contexto de un trabajo de parto con una gestación de 38 1/7 semanas, según la estimación del primer trimestre a través de ecografía, se observan diversas complicaciones que requieren atención médica especializada. La paciente presenta un trabajo de parto obstruido, asociado a una mala actitud de presentación fetal, sugiriendo una posición que podría dificultar el proceso de parto. Adicionalmente, se identifica la presencia de un feto grande, conocido como macrosomía fetal, lo que aumenta el riesgo de distocia de hombros, una complicación que dificulta el paso del bebé a través de la

pelvis materna. Se señala también la presencia de distocia funicular, indicativa de complicaciones relacionadas con el cordón umbilical. En este escenario, se destaca la necesidad imperativa de una evaluación y manejo médico especializado para abordar estas complicaciones y garantizar un parto seguro tanto para la madre como para el bebé. La consideración de opciones como la cesárea y otras intervenciones específicas se vuelve esencial, y se enfatiza la importancia del monitoreo continuo dada la complejidad de la situación clínica. (12)

Durante el trabajo de parto, la paciente presentó complicaciones como una dilatación cervical lenta, desaceleraciones en el monitoreo fetal y una presentación asinclítica anterior, indicativos de un trabajo de parto disfuncional que requería intervención médica. A pesar de un plan inicial con oxitocina y reevaluación, la falta de progreso y persistente mala actitud de presentación señalaban complicaciones. El diagnóstico preoperatorio de "Trabajo de parto disfuncional, feto grande y distocia funicular" reflejó hallazgos clínicos y la falta de avances. La decisión de una cesárea fue adecuada para enfrentar la distocia funicular y la falta de progreso, asegurando la seguridad materno-fetal. El diagnóstico postoperatorio confirmó "macrosomía fetal, distocia funicular y sufrimiento fetal", respaldado por un cefalohematoma y circular del cordón umbilical ajustada, destacando la necesidad de intervención quirúrgica en esta situación clínica compleja.

Se podrían haber implementado medidas preventivas para lograr un trabajo de parto exitoso a través de la evaluación de los factores de riesgo preconcepcionales de la paciente. La insuficiencia en los controles prenatales impidió realizar un seguimiento adecuado de posibles patologías obstétricas que podrían haber influido en el desarrollo de un trabajo de parto disfuncional, como la dinámica uterina, la desproporción cefalopélvica y la distocia funicular. La realización de ecografías regulares para evaluar el crecimiento fetal y la posición del feto se presenta como una estrategia efectiva para identificar problemas potenciales, como macrosomía fetal o anomalías en la presentación. Asimismo, un seguimiento adecuado de la gestante, la consejería preconcepcional y controles prenatales son esenciales para reconocer factores de riesgo y señales que puedan aumentar la mortalidad materna y perinatal, con el objetivo de reducirlas y prevenirlas (13).

Caso clínico N°2

Se aborda el caso de un óbito fetal, lo cual es la pérdida o muerte del bebé antes o durante el parto, el cual precisa mayor de 500 gr o una edad gestacional mayor de 22 ss. Los datos clínicos cruciales en la identificación del óbito fetal pueden indicar la ausencia de actividad fetal, la falta de desarrollo uterino y la falta de latidos cardíacos del feto. Estos signos pueden sospecharse cuando se observa la desaparición de los movimientos del feto, dolor abdominal intenso, secreción vaginal sanguinolenta o acuosa, entre otros. Al detectar la disminución de actividad fetal, el insuficiente desarrollo uterino y/o la ausencia de latidos cardíacos fetales, es necesario descartar la posibilidad de un óbito fetal. Después de la confirmación del diagnóstico, es necesario notificar a la paciente, y si acudiera sin familiares, se les debe localizar inmediatamente. (14)

Es esencial que los médicos consideren que un estudio auxiliar de diagnóstico anormal no siempre explica la causa del óbito fetal y debe correlacionarse con otros estudios, incluida, si es posible, la autopsia fetal, así como con estudios complementarios posteriores. Los análisis de laboratorio o pruebas diagnósticas empleadas para verificar la muerte fetal comprenden el ultrasonido en tiempo real, la cardiotocografía y la radiografía. El ultrasonido en tiempo real se considera el método más apropiado para confirmar la muerte fetal e idealmente debería estar disponible en todas las instalaciones médicas con los recursos necesarios. Esta evaluación es segura y valiosa para determinar aspectos como la edad gestacional, el número de fetos, la viabilidad, el crecimiento fetal, la ubicación de la placenta, el cordón umbilical, la cantidad de líquido amniótico y posibles malformaciones. En situaciones donde el ultrasonido presenta desafíos técnicos, se pueden utilizar el doppler color del corazón fetal o del cordón umbilical. Existen diversos estudios destinados a poder ayudar a que se identifique la posible causa del fallecimiento fetal tales como la autopsia, el análisis de la placenta, el cordón umbilical y las membranas amnióticas, el cariotipo y el cultivo del líquido amniótico, los cuales se llevan a cabo según la sospecha de la etiología. (15)

III.3 Rotación en Pediatría

Caso clínico N°1

La meningoencefalitis bacteriana es una inflamación simultánea del cerebro (encefalitis) y las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal (meningitis), causada por

bacterias. Esta afección es una emergencia médica grave que, si no es tratada rápidamente, puede conllevar a consecuencias potencialmente mortales. (16)

Algunos de los síntomas comunes de la meningocefalitis bacteriana incluyen:

- Fiebre alta: la presencia de fiebre es uno de los signos característicos de la infección bacteriana.
- Dolor de cabeza intenso: los pacientes a menudo experimentan dolores de cabeza severos y persistentes.
- Rigidez en el cuello: la rigidez en el cuello es un síntoma clásico de la meningitis, que puede estar presente en casos de meningocefalitis bacteriana.
- Confusión o alteración del estado mental: la inflamación del cerebro puede provocar cambios en el estado mental, como confusión, letargo o incluso coma en casos graves.
- Vómitos y náuseas: estos síntomas son comunes y pueden estar asociados con la presión intracraneal elevada.
- Fotofobia: sensibilidad a la luz debido a la irritación de los nervios ópticos.

Las bacterias responsables de la meningocefalitis bacteriana pueden ingresar al sistema nervioso central por medio de distintas vías, como infecciones respiratorias, sinusitis, otitis, heridas en la cabeza o cirugías. Algunos de los agentes bacterianos comunes asociados con esta enfermedad incluyen *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*. El diagnóstico es realizado generalmente a través de un análisis del líquido cefalorraquídeo extraído de una punción lumbar. El tratamiento suele implicar la administración inmediata de antibióticos intravenosos y, en ocasiones, puede requerir hospitalización. (16)

En el momento en que se confirma o se sospecha el diagnóstico de meningitis bacteriana, es esencial establecer una vía intravenosa e iniciar a administrar los antibióticos apropiados, y en ciertos casos, corticosteroides como podemos observar en la terapia administrada al paciente. La terapia antimicrobiana empírica destinada a lactantes mayores de 3 meses se enfoca en los patógenos comúnmente asociados, como neumococos, meningococos y *Haemophilus influenzae tipo B*. Un régimen típico de medicamentos incluye la combinación de ceftriaxona o cefotaxima junto con vancomicina. Tanto la ceftriaxona como la cefotaxima son muy efectivos contra las

bacterias que suelen causar meningitis bacteriana en lactantes mayores de tres meses. La diferencia más notoria de estos fármacos radica en la vida media más prolongada en suero de la ceftriaxona. La administración de vancomicina se justifica debido a la resistencia de algunas cepas de neumococos a las cefalosporinas de tercera generación en ciertas áreas geográficas. Cuando ya se haya identificado el microorganismo causante de la infección, se pueden utilizar medicamentos dirigidos de manera más específica (17).

Con respecto a los corticoides, la rápida acción bactericida de los antibióticos utilizados en la actualidad resulta en la destrucción de las bacterias y la liberación de fragmentos celulares que promueven la inflamación dentro del líquido cefalorraquídeo. Este proceso puede aumentar la producción local de citoquinas, empeorar la inflamación en el líquido cefalorraquídeo y dañar la barrera hematoencefálica, agravando así la enfermedad. El beneficio de realizar una asociación de esteroides al tratamiento antibiótico, con el fin de inhibir la respuesta inflamatoria causada por citoquinas, tiene fundamentos biológicos y ha sido respaldada y demostrada experimentalmente en niños. Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que los beneficios de los corticoides pueden ser limitados a niños con meningitis causada por *Haemophilus influenzae*. (18)

Caso clínico N°2

La queratosis pilaris es una afección cutánea benigna que se presenta a través de pequeñas protuberancias ásperas en la piel. Estas protuberancias suelen aparecer en áreas como los brazos, muslos, glúteos y, ocasionalmente, en la cara. La condición se caracteriza por una acumulación de queratina, una proteína que se encuentra en la capa exterior de la piel, que obstruye los folículos pilosos, dando lugar a estas pequeñas protuberancias. (19)

El aspecto de la piel afectada puede recordar a la textura de la piel de gallina o papel de lija, y las protuberancias pueden variar en color desde blanco hasta rojo. Es más prevalente durante la infancia y tiende a mejorar con la edad, aunque algunas personas pueden experimentar síntomas persistentes en la edad adulta. Aunque no tiene cura, existen medidas que pueden mejorar la apariencia de la piel afectada. El uso de cremas o lociones exfoliantes que contienen ingredientes como ácido láctico, ácido salicílico o

urea puede contribuir a suavizar la piel. Además, mantener la piel bien hidratada es fundamental (19).

El clima seco y frío puede agravar la queratosis pilaris, así como la piel propensa a resecaarse fácilmente. A pesar de que la condición no representa una amenaza para la salud, su apariencia a veces puede generar inquietudes estéticas. En caso de preocupaciones o búsqueda de opciones de tratamiento, recomendándose una revisión por un dermatólogo. Este especialista puede proporcionar orientación específica y recomendaciones personalizadas para abordar la queratosis pilaris de manera efectiva (20).

III.4 Rotación en Cirugía General

Caso clínico N°1

El paciente presenta un cuadro compatible con una hernia inguinal izquierda puesto que presentó una sensación de masa a nivel inguinal luego de realizar un esfuerzo que aumente la presión intraabdominal; siendo esta reducida al reposo. Dichos datos se comprueban realizando maniobra de Valsalva, que confirma diagnóstico por lo que se procede a realizar la técnica de Lichtenstein.

Es de esta manera que podemos definir una hernia como la salida de un órgano o parte de él por medio de orificios naturales de la pared abdominal. Siendo las hernias de 2 tipos, congénita y adquiridas (21). En el caso del sexo masculino, la primera va a ocurrir a causa de la imposibilidad del cierre del anillo inguinal interno después del descenso testicular. Por otro lado, las hernias adquiridas a lo largo del desarrollo ocurren por debilidad de la pared abdominal o pérdida de tejido fibromuscular. Todo esto producido por anomalías del tejido conectivo, aumento de presión abdominal o lesiones. Según la zona anatómica, estas pueden dividirse en:

- Directa: son las más comunes, sobresalen en el anillo inguinal interno.
- Indirecta: salen medialmente a los vasos epigástricos inferiores; por dentro del triángulo de Hesselbach.
- Femoral: se localizan por debajo del ligamento inguinal y sobresalen por medio del anillo femoral. Estos pueden presentarse de manera estrangulada en un 40%.

Cabe destacar que un diagnóstico adecuado se hace mediante examen físico, en el cual el paciente debe estar de pie para poder observar una masa que se palpa al examen. En caso no observar, podemos sugerir al paciente realizar Valsalva o Landivar, esta última nos permitirá diferenciar una hernia directa de una indirecta. Además, es adecuado recordar que, en casos de duda diagnóstica, podemos ayudarnos de la ecografía abdominal. No olvidar, que el tratamiento definitivo de las hernias de cualquier tipo es la reparación quirúrgica. Estando dentro de estas las reparaciones abiertas sin tensión y con malla, siendo la más recomendada la Lichtenstein. La cual consiste en entrar por la pared anterior en la que se emplea una malla unida al ligamento inguinal y tendón conjunto (22).

Caso clínico N°2

El paciente manifestó un cuadro clínico que se caracterizó por fiebre, vómitos con dolor abdominal migratorio, McBurney (+), Blumberg (+) y leucocitos aumentados con desviación a la izquierda por lo que finalmente correspondió a una valoración de 8 puntos en la escala de Alvarado, que se interpreta como una alta probabilidad de apendicitis, por lo que mandatoriamente debe ser sometido a cirugía. (23)

La apendicitis es uno de los abdomenes agudos quirúrgicos más comunes. La patogenia de este problema empieza porque la luz apendicular se ve obstruida (comúnmente por fecalitos, hiperplasia linfoide) generando un incremento en la presión intraluminal y posteriormente trombosis y taponamiento de pequeños vasos. (23) Se debe recordar que va a existir un crecimiento bacteriano sumamente pronunciado, donde el principal germen aislado es *Escherichia coli* seguido por *Klebsiella pneumoniae* y con respecto a los gérmenes anaerobios, *Bacteroides fragilis* es el más común en esta patología. (24) Además, se producirá un exudado de característica neutrofílica, causando una reacción de fibrina y pus, el cual si persiste incrementa el riesgo de perforación y necrosis. (25)

Para el diagnóstico de apendicitis, se utiliza la escala de Alvarado, la cual cuenta con 8 principales características de la enfermedad: dolor que migra a fosa iliaca derecha, anorexia, náuseas y/o vómitos, neutrofilia >75%, dolor al rebote, elevación de la temperatura mayor a 38°C, dolor en cuadrante inferior derecho y leucocitosis.

Los primeros 6 cuentan con 1 punto de valoración y los últimos 2, poseen una valoración de 2 puntos. (26) Una vez obtenido los resultados, podemos agruparlos en niveles de riesgo: bajo (menor a 4 puntos), intermedio (5-7 puntos) y elevado (8-10 puntos), siendo estos últimos sometidos a cirugía de inmediato. (26)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La culminación del internado trae consigo reflexiones significativas. Esta fase es de gran relevancia para los internos debido a que les ofrece la oportunidad de desenvolverse en la relación médico paciente y consolidar sus conocimientos acumulados durante la carrera. Fomenta experiencias que involucran y alientan al interno a tomar decisiones sobre posibles especialidades según sus preferencias, mientras los prepara para resolver los casos más frecuentes y relevantes que enfrentarán como médicos, incluida la adquisición de experiencia en el ámbito intervencionista y quirúrgico.

A pesar de los desafíos encontrados en el internado, la experiencia resultó esencial como parte de la consolidación de la formación académica y práctica en el manejo de pacientes con diversas patologías. Para el interno, es crucial contar con una sólida base de conocimientos para brindar atención efectiva a cada paciente. A lo largo del internado, cada experiencia, tanto a nivel personal como grupal, contribuye al desarrollo de carácter y a la capacidad para tomar decisiones en situaciones de presión, todo en beneficio del paciente. La satisfacción es notable cuando se observa una evolución favorable en la salud del paciente.

V.CONCLUSIONES

La experiencia del internado médico se evidencia como un componente esencial en la formación médica, proporcionando la oportunidad al interno de poder aplicar todos sus conocimientos teóricos y prácticos en un ambiente en el cual estarán frente a casos clínicos reales. A lo largo de este periodo, se enfrentan a múltiples y desafiantes situaciones, lo que contribuye significativamente al desarrollo de habilidades prácticas y la toma de decisiones clínicas.

A pesar de las dificultades encontradas durante el entorno hospitalario, esta etapa se consolida como un catalizador tanto para el desarrollo personal como para el ámbito profesional de los internos. La exposición a una amplia gama de casos clínicos fortalece su capacidad para abordar diversas patologías, al mismo tiempo que les proporciona una visión integral de la atención médica y sus múltiples facetas.

La experiencia en el internado no solo se limita a la consolidación de los conocimientos médicos, sino que también influye en la formación de capacidades interpersonales y en la habilidad para trabajar en equipo. La colaboración con profesionales experimentados, la interacción con compañeros de trabajo y la gestión de situaciones bajo presión contribuyen a la formación integral del futuro médico, preparándolo para los desafíos del ejercicio profesional.

VI.RECOMENDACIONES

Se recomienda que durante el internado se participe activamente en las actividades académicas brindadas por cada servicio y se busque oportunidades de aprendizaje enfocada en la rotación intrahospitalaria donde se esté desempeñando. Establecer una comunicación efectiva con el personal de enfermería, médicos y otros miembros del equipo es esencial para un aprendizaje óptimo. Cabe destacar que la disposición para realizar preguntas, compartir conocimientos y recibir una retroalimentación constructiva contribuirá a un mejor desarrollo profesional.

Por otro lado, dada la intensidad de la carga de trabajo durante el internado, desarrollar habilidades efectivas de gestión del tiempo es crucial. Establecer prioridades, organizar tareas y llevar un equilibrio entre la vida personal y el ámbito profesional son habilidades clave. Realizar evaluaciones periódicas del propio progreso e identificar áreas de mejora contribuirá a un crecimiento continuo a lo largo de la experiencia.

Finalmente, construir una red de contactos profesionales durante el internado es valioso para el futuro. Interactuar con colegas, profesores y personal médico establecerá conexiones beneficiosas en la carrera. Además, aprovechar oportunidades para participar en eventos académicos y conferencias contribuirá al enriquecimiento del conocimiento y capacidades clínicas.

VII.FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, Misión y visión [Internet]. Lima, Perú: Gobierno del Perú [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/portal-de-transparencia/datos-generales/mision-y-vision>
2. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Resolución Directoral N.º 152-2020-DG-HONADOMANI-SB [Internet]. Lima, Perú: Gobierno del Perú [citado el 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/honadomani-sb/normas-legales/1305488-152-2020-dg-honadomani-sb>
3. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Misión y visión [Internet]. Lima, Perú: Gobierno del Perú [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/honadomani-sb/institucional>
4. Global Initiative for Asthma, Pocket Guide for Asthma Management and Prevention [Internet]. Fontana, USA [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ginasthma.org/pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>
5. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Departamento de Medicina. Guías de práctica clínica medicina [Internet]. 2010, Dic. [citado el 20 de marzo de 2024]; 1(1): 5-9. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011_01149.PDF
6. Maillo M. Manejo de la crisis asmática en el adulto. RAM [Internet]. 30 de julio de 2022 [citado el 17 de abril de 2024]; 10(1): 36-3. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/714>
7. Porcel J. Derrame pleural en la insuficiencia cardiaca. Revista Americana de Medicina Respiratoria [Internet]. 2014 dic. [citado el 21 de marzo de 2024]; 14 (4): 341-343. Disponible en: https://www.ramr.org/articulos/volumen_14_numero_4/perspectivas/perspectivas_de_rrame_pleural_insuficiencia_cardiaca.pdf
8. Fontana-Campos M, Alarcón-Frutos S, González-Tarrio Polo L, López-Guarch Ramírez P. Tuberculosis miliar en paciente inmunocompetente. A propósito de un caso [Internet]. 2008 Dic. [citado el 25 de febrero de 2024]; 34(10): 524-526. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tuberculosis-miliar-paciente-inmunocompetente-a-13130335>

9. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis, Familia y Comunidad. Norma técnica de salud N° 200-MINSA/DGIESP-2023. [Internet]. 2023 junio. [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6344.pdf>
10. Flores-Villegas B, Flores-Lazcano I, Lazcano-Mendoza ML. Edema. Enfoque clínico. Medicina interna de México [Internet] 2014 [citado el 21 de marzo de 2024]; 30 (1): 51-55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim141g.pdf>
11. Guadalajara J. Entendiendo la insuficiencia cardíaca. Archivos de cardiología México [Internet]. 2006 Dic. [citado 25 de febrero de 2024]; 76(4): 431-437. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402006000400014
12. American Pregnancy Association. Parto Prolongado: Falta de Progreso [Internet]. 2017 [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/prolonged-labor/>
13. Colan L, Barreto M, Ayala-Peralta F, Leon E, Torres F. Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas en hospital público de lima. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2018 dic. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/2018-2-factores-parto-distocico-gestante->
14. Pons A, Sepúlveda E, Leiva J, Rencoret G, Germain A. Muerte fetal. Revista médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 Nov. [citado 25 de febrero de 2024]; 25(6): 908-16. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70638-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70638-8)
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de Muerte fetal con Feto Único [Internet]. 2010. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GRR.pdf>
16. Weinberg GA. Meningitis bacteriana en niños mayores de 3 meses. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2021 Set. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatría/otras-infecciones-bacterianas-en-lactantes-y-niños/meningitis-bacteriana-en-niños-mayores-de-3-meses>

17. Cárdenas S, Caparrós J, García C, Reyes S. Meningitis bacteriana aguda [Internet]. 2021. [citado 25 de febrero de 2024]; 1(1): 611-625 Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/43_meningitis_bacteriana.pdf
18. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Departamento de Pediatría. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de meningitis bacteriana en pediatría [Internet]. 2021 enero [citado 21 de marzo de 2024]; 1 (1): 127-220. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1916347/R.D.%20N%C2%BA%20017-HNAL-D-2021.pdf.pdf>
19. Anthony K. Queratosis pilar [Internet]. Healthline. 2021 [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/es/queratosis-pilar>
20. Stanford Medicine Children's Health. Queratosis pilaris [Internet]. California, USA: Stanford Medicine. [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=keratosispilaris-85-P03415>
21. Brooks D. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults [Internet]. UpToDate. 2018 Feb. [citado 13 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinaland-femoral-hernia-inadults>
22. Carrera N, Camacho M. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según clasificación de Nyhus [Internet]. 2018 dic. 2018 [citado el 16 de febrero de 2024];40(4):250-254. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400250
23. Meléndez J, Cosío H, Sarmiento W. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Horizonte médico. [Internet]. 2019 ene [citado 2024 Feb 10]; 19(1): 13-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.03>
24. Pacheco M, Jiménez A, Franco L. Aislamientos bacterianos en apendicitis aguda. Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. 2014 [citado 2024 Feb 10]; 23 (3): 184-188. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/707/748>

25. Dubón M. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina México [Internet]. 2014 [citado el 17 de febrero de 2024]; 57 (4): 1-7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400051
26. Quesada L, Ival M, González C. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2015 Jun. [citado el 17 de febrero de 2024]; 54 (2): 121-128. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2015/rcc152d.pdf>