

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



NOHELY CORALI CERÓN SUAREZ

ASESORA

MARIA ISABEL MERCADO HERRERA

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 DE SAN JUAN DE LURIGANCHO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
NOHELY CORALI CERÓN SUAREZ**

**ASESORA
MC MARIA ISABEL MERCADO HERRERA**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Dr. Hector Miguel Lamilla Valdez

Miembro: Dra. Giovanna Itala Aguilar Oliva

Miembro: Dr. Lincoln Florencio Blacido Trujillo

ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA	1
1.2. ROTACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA	5
1.3. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA	9
1.4. ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
3.1. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA	18
3.2. ROTACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA	21
3.3. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA	25
3.4. ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL	29
CAPÍTULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	39

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar la experiencia durante cada rotación en los cuatro diferentes servicios en el internado en el Hospital de San Juan de Lurigancho. **Método:** Se realiza el análisis y descripción de ocho casos clínicos, dos por servicio, y se describen la historia clínica, el manejo y el diagnóstico de cada paciente. **Resultados:** En el internado médico, se aplica el conocimiento teórico y práctico en un ambiente real, supervisado por médicos y profesionales de la salud. Trabajar estrechamente con este equipo mejora habilidades clínicas y diagnósticas y se promueven competencias esenciales como comunicación, trabajo en equipo y decisiones en situaciones críticas, que se utilizarán al ejercer la profesión de médico cirujano. **Conclusiones:** El internado es donde los estudiantes aplican sus conocimientos en un entorno real, bajo la supervisión de profesionales de la salud. Trabajar en equipo mejora habilidades clínicas y promueve competencias como la comunicación, trabajo en equipo y toma de decisiones en situaciones críticas. Es importante aprender a trabajar con un equipo diverso y promover el respeto y la comunicación para brindar una atención de calidad.

Palabras clave: Internado, San Juan de Lurigancho, conocimientos, experiencia

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze the experience during each rotation in the four different services in the internship at the Hospital of San Juan de Lurigancho. **Method:** The analysis and description of eight clinical cases is carried out, two per service, describing the clinical history, management and the diagnosis of each patient. **Results:** In the medical internship, theoretical and practical knowledge is applied in a real environment, supervised by doctors and health professionals. Working closely with this team improves clinical and diagnostic skills, promoting essential competencies such as communication, teamwork and decisions in critical situations, which will be used when practicing the profession of surgeon. **Conclusions:** The internship is where students apply their knowledge in a real environment, under the supervision of health professionals. Working as a team improves clinical skills and promotes competencies such as communication, teamwork and decision making in critical situations. It is important to learn how to work with a diverse team and promote respect and communication to provide quality care.

Keywords: Boarding school, San Juan de Lurigancho, knowledge, experience

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURI
GANCHO 2023-2024**

AUTOR

NOHELY CORALI CERÓN SUAREZ

RECUENTO DE PALABRAS

12539 Words

RECUENTO DE CARACTERES

73750 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

127.5KB

FECHA DE ENTREGA

May 6, 2024 10:43 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 6, 2024 10:45 AM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

MINISTERIO DE SALUD
Hospital San Juan de Lurigancho

DRA. MAREA ISABEL PERALTA HERRERA
MÉDICO GINECO-OBSTETRA
C.M.P. 36658 HCF 31015

<https://orcid.org/0000-0002-4719-8531>

DNI: 07965017

INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana abarca conocimiento tanto teórico y práctico, en la universidad de San Martín de Porres se busca capacitar adecuadamente en estos dos ámbitos, los tres primeros años se brinda la formación teórica con respecto a cursos básicos necesarios, estos serán usados en la etapa clínica que después se fomenta a través de los tres siguientes años a través de prácticas hospitalarias en los distintos hospitales que tienen convenio con el centro universitario.

En el último año de estudio, se realiza el internado médico, en este se pone en práctica todo lo aprendido durante los seis años anteriores, poniendo a prueba como usamos el conocimiento impartido para atender a los pacientes con distintas patologías que llegan a nuestro hospital, además, de poder fortalecer nuestra habilidad comunicativa con el paciente, el personal de salud y los familiares; y así poder dar una atención de calidad.

Durante el internado 2023 – 2024, se mantuvo el esquema de los años anteriores, se realizó rotación hospitalaria por ocho meses y dos meses en centro de salud. La rotación hospitalaria, en el Hospital de San Juan de Lurigancho, se realizó en cuatro servicios: Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría y Cirugía General.

Cada rotación tuvo una duración de dos meses por cada servicio; en el servicio de Medicina Interna, se cumplieron días en hospitalización y emergencia; en Ginecobstetricia, en emergencia, Hospitalización De Obstetricia, Centro Obstétrico y Hospitalización de Ginecología; en Pediatría, en Hospitalización de Pediatría, Emergencia y Neonatología; en Cirugía, en Hospitalización, Emergencia y Traumatología.

En cada servicio, se realizaron sesiones de retroalimentación académica dirigidas tanto por los médicos especialistas de cada servicio como los residentes, donde se exponía algunos casos clínicos y se debatía sobre cómo se manejaron, asimismo se realizaron presentaciones de los temas que más se veía en el hospital. Esto tenía como finalidad darnos una formación más completa, para que, de esa forma nos pudiéramos desenvolver de manera

más autónoma con los casos que llegaban a la Emergencia y/o los que se presentaban en hospitalización.

En el presente trabajo, se exponen las distintas experiencias durante la etapa de internado médico de la presente autora en el Hospital de San Juan de Lurigancho durante el periodo de junio de 2023 a enero de 2024. Se hará análisis de dos casos clínicos por servicio, haciendo un total de ocho casos en todo el trabajo. En cada uno, se hizo una descripción de la historia clínica y el manejo que se dio a cada paciente; luego, se realizó el análisis sobre el diagnóstico de cada caso en función en distintas bases teóricas.

El internado cumple una importante función en nuestra formación, por lo que la recopilación de las distintas vivencias que se dan en cada hospital permite desarrollar nuestro juicio crítico sobre cómo hemos tratado y manejado a los pacientes, lo que permite, a su vez, buscar cómo mejorar para nuestro futuro al ejercer la carrera.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico N.º 1

Paciente masculino de 64 años que viene de Lambayeque, es traído por familiar a emergencia del servicio de medicina interna en el Hospital de San Juan de Lurigancho, con un tiempo de enfermedad de 10 horas. Familiares de paciente refieren que presentó parálisis de hemicuerpo derecho y la imposibilidad de hablar, refieren que fue de manera súbita. Desde momento de aparición de sintomatología, no refiere mejoría por lo que familiares deciden acudir a emergencia.

Antecedentes

- RAMS: Familiares niegan alergia a algún medicamento
- Familiar: No refieren antecedentes
- Patológicos: Paciente con NM de próstata, familiares refieren no recordar fecha exacta de diagnóstico ni inicio de tratamiento
- Quirúrgicos: Niega

Examen físico

- Funciones vitales: PA 124/64. FR: 20. T: 36.5 °C. FC: 55. Sat: 96
- Funciones biológicas: Orina y deposiciones conservadas. Apetito disminuido
- General: Aparente regular estado general
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de regular tono. Tendencia a taquicardia (Frecuencia cardiaca al momento del examen de 86 lpm). No se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando y depresible. No dolor a la palpación superficial ni profunda.
- Locomotor: Paciente no puede movilizar miembro superior y miembro inferior derecha.

- Neurológico: Afasia de expresión y confusión. Hemiplejía derecha. Fascia asimétrica. Reflejo nauseoso parcialmente conservado

Impresión diagnóstica

- ACV isquémico

Manejo

Al paciente se le solicita exámenes de laboratorio, tomografía cerebral sin contraste y un electrocardiograma. Hasta que se obtengan resultados de pruebas se maneja al paciente con: 1. NACL 0.9% 1L 2. Ondansetron 8 mg EV condicional a náuseas y vómitos.

Seguimiento

Dentro de los resultados de exámenes: hemograma no presentó leucocitosis, ni desviación a la izquierda. Examen de urea y creatinina dentro de los rangos normales, en tomografía cerebral se observa hipodensidad extensa en lóbulo izquierdo congruente con infarto isquémico a nivel de arteria cerebral media. Se decide manejo de neuroprotección: 1. Dieta líquida + líquidos a voluntad 2. Vía salinizada 3. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas 4. Ácido acetilsalicílico 100 mg 1 tableta vía oral cada 24 horas después del almuerzo 5. Atorvastatina 40 mg vía oral cada 24 horas (por la noche) 6. Monitoreo neurológico 7. Cabecera 30° 8. Control de signos vitales + Balance hidroelectrolítico. No se recomendó anticoagulación debido a que ACV presentado por el paciente fue demasiado extenso. Luego de primer día de hospitalización indicaciones se modificaron a: 1. Dieta líquida + líquidos a voluntad 2. NaCl 0.9% 1000 cc + KCl 20% 3. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas 4. Ácido acetilsalicílico 100 mg 3 tabletas vía oral STAT 5. Atorvastatina 80 mg vía oral cada 24 horas (por la noche) 6. Monitoreo neurológico 7. Cabecera 30° 8. Control de signos vitales + Balance hidroelectrolítico. Paciente tiene evolución favorable con los días de hospitalización, se decidió además a los 5 días de hospitalización comenzar terapia física de rehabilitación, con 2 sesiones al día. Al séptimo día, después de evolución afebril, mejoría de hemiplejía, de sensorio, afebril, se decide dar de alta con

indicaciones con control en consultorio externo de neurología y medicina interna

Caso clínico N.º 2

Paciente masculino de 64 años procedente de Lima, es traído por familiares al servicio de emergencia de Medicina Interna del Hospital de San Juan de Lurigancho, refiriendo que paciente presenta fiebre persistente de aproximadamente 5 días, que no remitía con medicación. Fiebre alcanzaba los 39 °C según familiares, no presentaba náuseas ni vómitos, niegan otro síntoma.

Antecedentes

- RAMS: Niega alergias medicamentosas
- Familiar: No refieren antecedentes
- Patológicos: ACV isquémico hace 2 años, HTA con actual tratamiento con losartan, ácido acetilsalicílico y atorvastatina, Hiperplasia de próstata con tratamiento con tamsulosina
- Quirúrgicos: Niega

Examen físico

- Funciones vitales: PA 147/80. FR: 20. T: 38.5 °C. FC: 120. Sat: 94
- Funciones biológicas: Orina y deposiciones conservadas. Apetito y sueño conservados
- General: Aparente regular estado general
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de regular tono. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Locomotor: Paciente no puede movilizar miembro superior y miembro inferior derecha.

- Neurológico: Paciente con puntaje de Escala de Glasgow 14/15 (Apertura ocular: 4 Respuesta motora: 5 Respuesta verbal: 5). Con hemiparesia derecha

Impresión diagnóstica

- Síndrome febril
- ACV isquémico
- Hiperplasia de próstata
- Hipertensión arterial
- Descartar Infección de tracto urinario

Manejo

Se le dio tratamiento al paciente con antipiréticos y se solicitan exámenes de laboratorio, hemograma, urea, creatinina, examen de orina y urocultivo. Indicaciones de tratamiento mientras se espera resultado de pruebas: 1. NAACL 0.9% 1000 CC 2. Metamizol 1 g EV STAT 3. Control de funciones vitales. Fiebre remite después de medicación; sin embargo, vuelve a aparecer pico febril de 38.5°C. Resultados de exámenes de ingreso: Hemograma se aprecia leucocitosis con desviación a la izquierda, Función renal se aprecia elevación de a lados con depuración de creatinina en 61.37, Examen de orina con leucocituria mayor de 100 por campo, aún pendiente resultado de urocultivo.

Seguimiento

Ante los resultados, se comenzó manejo con antibiótico Ceftriaxona, debido a que paciente mantenía picos febriles se decide pasarlo a hospitalización con las siguientes indicaciones como tratamiento: 1. Dieta blanda hiposódica + Líquidos a voluntad 2. CLNA 0.9% x 1000 CC 3. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas 4. Losartan 50 mg vía oral cada 24 horas 5. Ácido acetilsalicílico 100 mg vía oral cada 24 horas (después del almuerzo) 6. Atorvastatina 40 mg vía oral cada 24 horas (después de la cena) 7. Tamsulosina 0.4 mg vía oral cada 24 horas (en la noche) 8. Paracetamol 1 g vía oral condicional a temperatura mayor a 38.5°C (hasta 3 veces al día). Además, se decide solicitar una ecografía renal y una ecografía prostática para el día siguiente; en ecografía

renal no se muestra alteración de riñones, en ecografía prostática se evidencia próstata hipertrófica de grado I/IV y un volumen residual de 71 %. Se continuó manejo con tratamiento antibiótico de ingreso por 2 días más; sin embargo, paciente todavía presentaba picos febriles en por lo menos 3 oportunidades en menos de 24 horas, se obtiene resultado de urocultivo positivo a *Proteus Mirabilis* con sensibilidad a Cefotaxina, Meropenem e intermedio a Ciprofloxacino; es por lo que se decide rotar antibiótico a Ciprofloxacino, con 400 mg EV cada 12 horas, se mantiene igual el resto de las indicaciones. Al cuarto día de hospitalización, paciente presenta disminución de número de picos febriles en 24 horas a solo uno, además de leucocitosis disminuida a menos de 10 000, al igual que disminución de abastones. Como seguía manteniendo picos febriles, el quinto día de hospitalización se rota antibiótico a Meropenem; las 48 horas siguientes no presentó fiebre, por lo que se decide seguir manejo hasta los 14 días. El catorceavo día de hospitalización, paciente presentaba un hemograma control sin leucocitosis ni desviación a la izquierda, no presentaba picos febriles, con evolución favorable por lo que se decide dar el alta con indicaciones.

1.2 Rotación de Ginecobstetricia

Caso clínico N.º 3

Paciente de sexo femenino de 48 años, acude a consultorio externo del servicio de Ginecología refiriendo sangrado transvaginal desde hace 1 año, refiere que al inicio el sangrado era en escasa cantidad y sin dolor; sin embargo, refiere que esto ha ido aumentando con el pasar de los meses. Refiere que tomaba analgésicos para el dolor, pero este no remitía

Fórmula obstétrica: G2P2002

Antecedentes

- RAMS: Niega alergias medicamentosas
- Familiar: Desconoce antecedentes
- Patológicos: No refiere antecedentes patológicos
- Quirúrgicos: Cole-laparoscopia (2016)

- Obstétricos: G1: Parto vaginal. G2: Parto vaginal. Fecha de última regla: 29/07/2023
- Ginecológicos: Menarquía: Refiere a los 13 años. Ciclos menstruales irregulares, cambia 10 toallas al día con duración de aproximadamente 10 días. Inicio de relaciones sexuales: 13. Número de parejas sexuales: 1.

Examen físico

- Funciones vitales: PA 100/60. FR: 18. T: 36. °C. FC: 84. Sat: 98
- Funciones biológicas: Orina y deposiciones conservadas. Apetito y sueño conservados
- General: Aparente regular estado general
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Mucosas húmedas rosadas. Llenado capilar menor de 2 segundos
- Mamas: Blandas, asimétricas, no masas palpables, no signos de flogosis
- Respiratoria: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando y depresible, se palpa masa a nivel de cicatriz umbilical, no dolor a la palpación superficial ni profunda
- Genitourinario:
 - Genitales externos: No lesiones visibles, no masas visibles
 - Exploración con espéculo: Cérvix epitelizado, no flujo, no sangrado transvaginal
 - Tacto vaginal: Cérvix posterior, cerrado, no doloroso a la lateralización
- Locomotor: Paciente moviliza extremidades con normalidad. Rango articular conservado.
- Neurológico: Paciente lúcida, localizada en tiempo, espacio y persona. Puntaje de escala de Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Miomatosis uterina sintomática

Manejo

Se le realiza ecografía transvaginal donde se observó útero anteroversoflexión de 99 x 70 x 59 mm, miometrio homogéneo nódulo heterogéneo en pared lateral izquierda de 41 x 59 mm, endometrio homogéneo de 6.5 mm interrumpido por nódulo heterogéneo de 17 x 7 mm. Como conclusión: Miomatosis uterina tipo 5 y 1 según FIGO. Se decide programar para Histerectomía abdominal completa, para lo cual se solicitan exámenes de laboratorio: Hemograma sin leucocitosis ni desviación a la izquierda, examen de orina no patológico, HIV y RPR no reactivos.

Seguimiento:

Se realiza histerectomía, paciente pasa recuperación y posteriormente a hospitalización con manejo: 1. Dieta blanda + líquidos a voluntad 2. Vía salinizada 3. Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas 4. Gentamicina 80 mg EV cada 8 horas 5. Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas 6. Tramadol 100 mg subcutáneo condicional a dolor intenso 7. Control de funciones vitales + Observación de signos de alarma. Paciente evoluciona favorablemente en su segundo y tercer día de hospitalización, afebril, refirió leve dolor en herida operatoria, hemodinámicamente estable, por lo que se decidió dar de alta con indicaciones.

Caso clínico N.º 4

Paciente de sexo femenino de 17 años, que acudió por emergencia del servicio de Gineco-obstetricia por presentar contracciones uterinas desde hace más de 16 horas, además refirió pérdida de líquido claro que confunde con orina desde hace aproximadamente 11 horas, no refiere sangrando transvaginal, percibe movimientos fetales. Paciente contaba con ecografía de primer trimestre del 09 de febrero del 2023, con 7 semanas y 6 días.

Fórmula obstétrica: G1P0000

Antecedentes

- RAMS: Niega alergias medicamentosas
- Familiar: Niega antecedentes
- Patológicos: No refiere antecedentes patológicos

- Quirúrgicos: Niega antecedentes quirúrgicos previos
- Obstétricos: FUR: No recuerda con exactitud - Ecografía de I Trimestre del: 7 ss 6/7
- Ginecológicos: Menarquía: Refiere a los 12 años. Régimen catamenial: 4 días cada 28 días. Métodos anticonceptivos: niega. Inicio de relaciones sexuales: 16. Número de parejas sexuales: 1

Examen físico

- Funciones vitales: PA 147/80. FR: 20. T: 38.5 °C. FC: 120. Sat: 94
- Funciones biológicas: Orina y deposiciones conservadas. Apetito y sueño conservados
- General: Aparente regular estado general
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos
- Respiratoria: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Altura uterina: 33 cm. Situación, posición y presentación: Longitudinal cefálico izquierdo. Latidos cardiacos fetales: 150 lpm. Dinámica uterina: 3/10/25"
- Genitourinario: Tacto vaginal: Dilatación: 5 cm. Incorporación: 85%. Altura de presentación: -3. Membranas: Rotas. Pelvis ginecoide
- Locomotor: Paciente moviliza extremidades con normalidad. Rango articular conservado.
- Neurológico: Paciente localizada en tiempo, espacio y persona. Puntaje de escala de Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Gestante de 39 semanas por ecografía de primer trimestre
- Trabajo de parto en fase activa
- Rotura prematura de membrana desde +/- 11 horas

Manejo

Se decide pasar a sala de dilatación a la paciente con el siguiente manejo: 1. NPO 2. Cefazolina 1 g EV cada 8 horas 3. Monitoreo materno fetal y control de dinámica uterina 4. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma 5. Pasa a sala de dilatación. Además, se solicita análisis de laboratorio por sospecha de que paciente pase a sala.

Seguimiento

Después de monitoreos, la altura de presentación no cambia, dilatación aumenta a 8 cm. Por lo que se decide programar a la paciente a una cesárea de emergencia.

Posterior a cesárea, paciente pasa a hospitalización, donde se le da el manejo de: 1. Dieta blanda + líquidos a voluntad 2. Vía salinizada 3. Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas 4. Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas 5. Metamizol 1 g EV cada 8 horas 6. Tramadol 100 mg subcutáneo condicional a dolor intenso 7. Lactancia materna exclusiva 8. Control de funciones vitales. Paciente con herida operatoria bien afrontada y sin signos de flogosis, y útero a 1 cm debajo de cicatriz umbilical, con loquios hemáticos escasos y sin mal olor. El control de hemograma muestra leucocitos en 23 570 con Abastionados en 0%. Se continuó tratamiento un día más, la paciente mostró una evolución favorable, afebril por más de 48 horas, con leve dolor en herida operatoria; por lo que se decide dar el alta con indicaciones.

1.3 Rotación de Pediatría

Caso clínico N.º 5

Paciente de sexo femenino de 10 meses de edad, acudió por emergencia por presentar fiebre y vómitos desde hace aproximadamente 4 días. Madre de menor refirió que primero se presentó la fiebre para lo cual le dio medicación que la remitía; sin embargo, regresaba pasadas unas horas. Después de 3 días comenzaron los vómitos, en 2 ocasiones, y las últimas 24 horas 2 ocasiones más. Menor no toleraba alimentación ni lactancia materna. No refirió otros síntomas.

Antecedentes

- RAMS: Niega alergias medicamentosas
- Familiar: No refieren antecedentes
- Patológicos: No refiere antecedentes ni hospitalizaciones previas
- Quirúrgicos: Niega antecedente quirúrgico

Examen físico

- Funciones vitales: PA 147/80. FR: 20. T: 39 °C. FC: 120. Sat: 94
- Funciones biológicas: Orina y deposiciones conservadas. Apetito y sueño conservados
- General: Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de regular tono. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Locomotor: Paciente moviliza 4 extremidades
- Neurológico: Despierta, alerta, tono y fuerza muscular conservada. No signos de focalización, no signos meníngeos

Impresión diagnóstica

- Síndrome febril
- A descartar Infección de tracto urinario

Manejo

El manejo inmediato fue de paracetamol; sin embargo, fiebre solo descendió a 38.5°C por lo que se le da Metamizol (225 mg IM STAT). Además, se le solicitó examen de orina, hemograma y urocultivo, con resultados de: hemograma con leucocitosis y desviación a la izquierda, examen de orina patológico con más de 100 leucocitos por campo, y resultado de urocultivo pendiente. Se decidió comenzar tratamiento antibiótico con amikacina y pasa a hospitalización con las siguientes indicaciones: 1. Dextrosa 5% 1000 cc +

NaCl 20% 40 cc + KCl 20% 10 cc 2. Amikacina 135 mg EV cada 24 horas 3. Paracetamol 27 gis condicional a fiebre 4. Metamizol 250 mg condicional a temperatura mayor a 39°C 5. Control de funciones vitales + observación de signos de alarma.

Seguimiento

Se mantiene tratamiento por 4 días hasta que salga resultado de urocultivo, donde sale positivo E. Coli sensible a amikacina, por lo que se decide continuar manejo hasta cumple los 7 días. Después de una semana de hospitalización, menor presentó evolución favorable; se tomó hemograma control donde no se mostraba leucocitosis ni desviación a la izquierda, por lo que se decidió dar de alta con indicaciones.

Caso clínico N.º 6

Recién nacido de adecuado peso para la edad gestacional de sexo femenino con 3 días de vida, nació por parto vaginal en Hospital de San Juan de Lurigancho. Madre acudió por emergencia de gineco-obstetricia como parto expulsivo, por lo que pasó directamente a sala de partos y se le solicitó los exámenes de sangre para HIV y RPR, se obtuvieron los resultados posteriores al nacimiento, negativo para HIV y positivo para RPR por lo que neonatología decide solicita RPR cuantitativo, donde se obtuvo como resultado 8 dils, por lo que se le inicia tratamiento y se decide pasar al recién nacido a hospitalización de neonatología

Antecedentes

- RAMS: Niega alergias medicamentosas
- Familiar: No refieren antecedentes
- Patológicos: No refiere antecedentes ni hospitalizaciones previas
- Quirúrgicos: Niega antecedente quirúrgico
- Natales y prenatales: Apgar al minuto y a los 5 minutos: 9 – 9. Peso al nacer: 3100 g. Rpr positivo (8 DILS)

Examen físico

- Funciones vitales: FR: 30 T: 37 °C. FC: 138 lpm. Sat: 97

- Funciones biológicas: Orina y deposiciones conservadas. Apetito y sueño conservados
- General: Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación
- Piel: Rosada, elástica, hidratada. No cianosis, no ictericia
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de regular tono. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Neurológico: Fontanela normotensa, reflejo de succión presente, reflejo plantar presente, reflejo palmar presente, reflejo de moro positivo

Impresión diagnóstica

- Sífilis congénita
- A descartar neurosífilis

Manejo

El manejo inmediato fue de 1. Formula 13% 40 cc vía oral cada 3 horas 2. Penicilina G sódica 152 250 UI cada 8 horas 3. Control de funciones vitales + observación de signos vitales. Además, se le solicitó radiografías y revisión oftalmológica, en ambos no se mostró alteraciones patológicas.

Seguimiento

Se planteó realizar una punción lumbar para descartar neurosífilis; sin embargo, madre no da autorización. Se tomó la decisión de dar tratamiento como si fuera neurosífilis, es decir, cumplir los 14 días de penicilina. Posterior a cumplir tratamiento, paciente tiene evolución favorable por lo que se decide dar de alta, con indicación de control por consultorio externo de pediatría.

1.4 Rotación de Cirugía General

Caso clínico N.º 7

Paciente femenino de 21 años que acudió por emergencia del servicio de cirugía, por dolor abdominal de 1 día de tiempo de enfermedad, refiere que previamente no había sentido dolor, no cede a analgesia, y se localiza en parte inferior derecha de abdomen. Además, paciente refiere sensación de alza térmica que no cuantificó, refirió náuseas, pero no vómitos. No mencionó tener otros síntomas.

Antecedentes

- RAMS: Niega alergias medicamentosas
- Familiar: Padre con Diabetes mellitus tipo 2
- Patológicos: Niega antecedentes
- Quirúrgicos: Niega operaciones anteriores

Examen físico

- Funciones vitales: PA 120/60. FR: 18. T: 36.7 °C. FC: 120. Sat: 96
- Funciones biológicas: Orina y deposiciones conservadas. Apetito disminuido
- General: Aparente regular estado general
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de regular tono. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Duro y levemente distendido. Dolor a nivel de flanco derecho a predominio de fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo Blumberg positivo
- Locomotor: Paciente no puede movilizar miembro superior y miembro inferior derecha.
- Neurológico: Paciente con puntaje de Escala de Glasgow 15/15. Localizada en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos

Impresión diagnóstica

- Apendicitis aguda

Manejo

De acuerdo con clínica congruente con apendicitis se decidió preparar a paciente para cirugía de emergencia. Se solicitó exámenes de laboratorio, hemograma que mostraba leucocitosis con desviación a la izquierda. Se realiza apendicectomía laparoscópica, donde se encontró dentro de los hallazgos apéndice cecal de +/- 10 x 1 cm, congestiva en toda su extensión.

Seguimiento

Paciente toleró acto quirúrgico por lo cual pasa a recuperación y luego a hospitalización, donde se le da el manejo antibiótico con ceftriaxona y metronidazol, y analgesia con metamizol. El manejo: 1. Tolerancia oral, si tolera comenzar dieta blanda + líquidos a voluntad 2. Vía salinizada 3. Ceftriaxona 1 g EV cada 24 horas 4. Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas 5. Metamizol 1 g EV cada 8 horas 6. Control de signos vitales + Observación de signos de alarma. Paciente evoluciona favorablemente por lo que posterior a las 24 horas se decide dar de alta con indicaciones y control por consultorio externo de Cirugía general.

Caso clínico N.º 8

Paciente de sexo femenino de 28 años que acudió por emergencia del servicio de cirugía general por dolor abdominal de moderada intensidad que no cedió con analgesia, además paciente refirió vómitos y náuseas en más de 4 oportunidades desde hace 12 horas. No refirió fiebre, ni otra molestia.

Antecedentes

- RAMS: Niega alergias medicamentosas
- Familiar: No refieren antecedentes
- Patológicos: Niega antecedentes
- Quirúrgicos: Niega operaciones anteriores

Examen físico

- Funciones vitales: PA 130/60. FR: 20. T: 37.3 °C. FC: 63. Sat: 98
- Funciones biológicas: Orina y deposiciones conservadas. Apetito disminuido
- General: Aparente regular estado general
- Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de regular tono. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Murphy positivo
- Locomotor: Paciente moviliza miembros superiores y miembros inferiores con normalidad
- Neurológico: Paciente alerta, despierto, localizado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Colecistitis aguda

Manejo

Se solicita una ecografía abdominal, donde se observó: Vesícula biliar de 92 x 56 m, pared de 5.2 mm con múltiples imágenes que proyectan sombra acústica posterior, concordante con colecistitis aguda, asimismo de perfil hepático: Bilirrubina total: 12.2, a predominio de bilirrubina directa: 11, fosfatasa alcalina en 756, TGO: 76 y TGP: 62. Se decidió preparar a paciente para cirugía por emergencia, se le solicitan exámenes prequirúrgicos y radiografía de tórax. Posteriormente paciente pasó a sala de operaciones, dentro de los hallazgos encontrados estuvo: Vesícula biliar de 12x7 cm a tensión de paredes gruesas y edematosas, pared anterior con parches necróticos conteniendo bilis purulenta. Presencia de cálculos de aproximadamente 0.8 cm en su interior.

Seguimiento

Paciente toleró acto quirúrgico de colecistectomía laparoscópica, pasa a recuperación y luego a hospitalización con manejo de: 1. Tolerancia oral, si tolera dieta líquida + líquidos a voluntad 2. Vía salinizada 3. Ceftriaxona 1 g EV cada 24 horas 4. Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas 5. Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas 6. Control de signos vitales + Observación de signos de alarma. Paciente evolucionó favorablemente, herida operatoria bien afrontada sin signos de flogosis, no presentó fiebre, deambuló y no refería molestias; por lo que se decidió darle de alta con indicaciones.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

Los casos presentados en el presente trabajo se presentaron en el Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de abril de 2023 a enero de 2024.

El Hospital de San Juan de Lurigancho es una sede de rotación hospitalaria perteneciente al Ministerio de Salud, este establecimiento esta categorizado como un hospital de mediana complejidad nivel II-2, está ubicado en la Av. Canto Grande 15423, en el distrito de San Juan de Lurigancho.

El establecimiento atiende principalmente a los habitantes de San Juan de Lurigancho, Lima Centro, con una población de 1.039 millones. Aunque ocasionalmente también reciben pacientes de otras regiones de Lima y Perú. El hospital ofrece múltiples especialidades y consultorios externos, permitiendo a los internos de medicina humana rotar por las 4 especialidades más importantes, como son: Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía general. Además, brinda servicios de emergencia especializada las 24 horas, así como también servicios farmacéuticos, de laboratorio, banco de sangre, tomografía, rayos x y ecografía. El hospital cuenta 12 servicios que incluyen medicina, pediatría, ginecología y obstetricia, emergencia, farmacia, odontoestomatología, nutrición y dietética, cirugía, anestesiología y centro quirúrgico, estrategias sanitarias, apoyo al diagnóstico, psicología.

El hospital ofrece atención gratuita a los inscritos en el SIS y ayuda a precios bajos a quienes tienen otro seguro. Para quienes no pueden pagar los procedimientos, se brinda ayuda a través de asistencia social que siguen estos casos, no solo en casos de emergencia sino también en aquellos casos que requieren hospitalización o algún procedimiento quirúrgico.

El hospital tiene un área de más de 10 mil metros cuadrados, que ha ido mejorando en sus servicios y en su infraestructura con el paso de los años, esto ya que existe una alta demanda de atención por parte de la población del mismo distrito. El establecimiento comenzó como uno de baja complejidad nivel Centro Materno Infantil Nivel I-4 y recibía solo referencias de centros de salud cercanos y los casos más complejos eran referidos al Hospital Nacional 2 de mayo o al Hospital Nacional Hipólito Unanue. Como existió un aumento

en la demanda, se tuvo que realizar mejoras del centro de salud hasta convertirlo en un hospital nivel II-2. Durante el último año se comenzó la construcción para una nueva infraestructura hospitalaria, mejorando y ampliando el hospital, inaugurando el presente año la nueva Unidad de Cuidados Intensivos.

El hospital nos brindó equipos de bioseguridad para así poder realizar las actividades del internado, como son la atención del paciente en emergencia como en hospitalización de manera segura, Además, el hospital realizaba inspección constante de cumplimiento de normas de bioseguridad, esto con el fin de protegernos adecuadamente. Asimismo, debido a que existía afiliación de los internos al SIS, podíamos acudir por atención en el mismo centro hospitalario, en especial si presentábamos alguna emergencia.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico N.º 1

Impresión diagnóstica

- ACV isquémico

El accidente cerebrovascular isquémico es aquel proceso que ocurre debido a una obstrucción de alguna arteria que irriga el cerebro y esto puede comprometer a uno o más de un territorio vascular (1). Fisiopatológicamente, esto es causado por la hipoxia tisular cerebral que origina una modificación en la función y estructura de la red celular y no celular que esta interconectada y es en respuesta a este daño, que esta red activa y dirige un proceso de reparación tisular (2). Existen distintos factores de riesgo que pueden predisponer a padecer esta patología, tanto modificables como no modificables, entre los cuales se encuentran la hipertensión arterial, obesidad, diabetes, fibrilación auricular, sedentarismo, tabaquismo (1).

Dentro del cuadro clínico encontraremos distintas manifestaciones según la extensión y localización de la lesión, dentro de los territorios vasculares principales son (3):

- Circulación anterior: Cuando arterias afectadas son arteria carótida interna, cerebral media y anterior.
 - A. Cerebral anterior: Hipoestesia contralateral a predominio crural, hemiparesia, apatía, mutismo acinético, disartria
 - A. Cerebral media: porción M1 hemiplejía, hemianopsia, afasia, hipoestesia, desviación de mirada, alteración de la conciencia; afectación de porción M2 y M3, causaran hemiparesia contralateral, hemiamopsia, afasia; compromiso de porción M4, mismos síntomas y signos de forma más leve, además tendrá afectación de funciones como el lenguaje, apraxias y disgrafía.
- Circulación posterior: arterias afectadas son cerebral posterior, basilar y vertebral.

- A. cerebral posterior: daño de campo visual, ceguera cortical, agnosia visual
- Territorio vertebrobasilar: compromiso troncoencefálico, alteración de estado de conciencia, alteraciones motoras de extremidades.

La identificación, diagnóstico y tratamiento rápido del ictus es vital para disminuir el daño cerebral, evitar recurrencias y lograr una mejor recuperación del paciente. El proceso diagnóstico incluye historia clínica, exploración neurológica y pruebas complementarias. En la historia clínica se deben considerar los antecedentes vasculares, la aparición súbita de síntomas y la hora de inicio para determinar si es necesario un tratamiento urgente. La exploración neurológica confirma el foco neurológico y brindar información sobre la localización del ictus. Otras pruebas, como la analítica, el ECG y la radiografía de tórax ayudan a determinar la posible causa del ictus. La realización de una TC craneal es primordial para descartar hemorragias y confirmar el tipo de ictus que padece el paciente. Se deben evaluar las enfermedades cardíacas con potencial de formación de émbolos a través de la historia clínica, el examen físico, la radiografía de tórax y el ECG para iniciar un tratamiento preventivo anticoagulante. Es recomendable hacer una ecocardiografía transtorácica en casos donde no se ha detectado enfermedad previamente, en sospechas de origen cardioembólico y en pacientes jóvenes con ictus. Asimismo, en casos de sospecha de ateromatosis aórtica y detección de un shunt derecha-izquierda, es sugerible realizar una ecocardiografía transesofágica. Del mismo modo, la resonancia magnética craneal es útil para confirmar y localizar los infartos, así como también para su tratamiento agudo (4).

Los objetivos del tratamiento varían según el tiempo desde el inicio de los síntomas. En las primeras 4 horas y media, se busca eliminar la obstrucción arterial y restablecer el flujo sanguíneo cerebral para reducir el daño neuronal. En pacientes no elegibles para terapias intravasculares, el enfoque se debe centrar en tratar aquellas comorbilidades subyacentes, como la hipertensión, infecciones, alteraciones en la glucosa, y prevenir complicaciones por discapacidad neurológica y edema cerebral. El tratamiento intravenoso con

rtPA es el estándar para pacientes con evento vascular cerebral isquémico dentro de las primeras horas presentado los síntomas. Esto mejora la funcionalidad y reduce las secuelas a largo plazo, con bajo riesgo de hemorragias sintomáticas. La trombectomía mecánica es efectiva en pacientes con la oclusión arterial proximal, debido a que se realiza la recanalización del vaso y esto tiene mejores resultados en comparación con la trombólisis intravenosa o el tratamiento farmacológico, principalmente en lo que respecta a los dispositivos de stent sobre otros dispositivos ya que logran un mayor porcentaje de recanalización asimismo un mejor pronóstico funcional de los pacientes. La antiagregación plaquetaria es el tratamiento preferido para casos de ataque isquémico transitorio debido a su relación riesgo-beneficio favorable en la prevención de eventos cerebrovasculares isquémicos completos. El ácido acetilsalicílico a dosis oral diaria de 325 mg es el fármaco más seguro y rentable. Los anticoagulantes son recomendados para prevenir el AVC isquémico en pacientes con ataque isquémico transitorio por causa cardioembólica o hipercoagulable, con tratamiento no definido, su administración es limitado ya que existe un alto riesgo de hemorragia intracerebral. En cuanto al tratamiento quirúrgico, en caso de ACV isquémico, no es comúnmente indicado, es útil en casos de infarto maligno de arteria cerebral media y un edema ocupante, ya que se usa para descompresión hemisférica (5).

Caso clínico N.º 2

Impresión diagnóstica

- Infección de tracto urinario (ITU)

Se define a una ITU como la existencia de patógenos en cualquier nivel del tracto urinario que puede o no causar síntomas, la infección urinaria se puede clasificar baja y alta. En el primero se incluye la uretritis y cistitis, y se puede encontrar síntomas y signos urinarios como son la disuria, polaquiuria, turbidez. En la infección urinaria alta se presencia también los signos y síntomas de una ITU baja agregado a ellos se verá signos y síntomas sistémicos como son fiebre, náusea, vómitos, escalofríos y dolor lumbar (6). Existe una gran variedad de bacterias que pueden originar una ITU, entre los

principales se encuentran los gérmenes ureolíticos, como *Proteus mirabilis*, son comunes en infecciones del tracto urinario complicadas en pacientes con catéteres o anomalías funcionales/anatómicas. Estos gérmenes liberan ureasa, que aumenta el pH urinario, favoreciendo la formación de cristales de estruvita y apatita. Estos cristales pueden precipitarse en el lumen de los catéteres y esto bloquea el flujo urinario, o también pueden formar cálculos en la pelvis renal o en los túbulos (7).

El diagnóstico definitivo de la ITU se hace mediante cultivo de orina para demostrar bacteriuria significativa, es decir, un número de bacterias indicativo de ITU. Durante muchos años, se consideró que más de 100000 bacterias/ml en orina indicaba bacteriuria significativa. Sin embargo, este criterio no es válido para todos los grupos de población. Actualmente, cifras más bajas, de 100-1000 bacterias/ml, pueden considerarse bacteriuria significativa si se acompañan de síntomas urinarios específicos y piuria (8).

El tratamiento de la ITU depende de su complicación y los factores de riesgo. Es importante seleccionar un antibiótico con eficacia sobre el agente sospechado y esto se conseguirá con el resultado de urocultivo. Los objetivos del tratamiento son una respuesta rápida, prevención de la recurrencia y evitar resistencia a los antibióticos (9). El tratamiento empírico de la ITU febril y por vía oral incluye cefalosporinas de tercera generación (cefixima) o amoxicilina-clavulánico. Para la vía intravenosa, se recomienda cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima, ceftriaxona) o un aminoglucósido, amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas de segunda generación (10). El tratamiento recomendado para una infección del tracto urinario causada por *Proteus mirabilis* incluye amoxicilina/clavulánico, cotrimoxazol o fluoroquinolonas. En casos graves, se recomienda aztreonam, piperacilina/tazobactam o cefalosporinas de tercera generación, considerando las tasas de resistencia local de cada paciente (11).

3.2 Rotación de Ginec obstetricia

Caso clínico N.º 3

Impresión diagnóstica

- Rotura prematura de membrana

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) definen el parto prematuro como aquel que ocurre entre las semanas 22 y 36,6 de gestación. La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) se refiere a la pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto. Hay dos categorías de ruptura de membranas: a término, después de las 37 semanas, y pretérmino, antes de las 37 semanas (12).

Existen diversos factores que influyen en la integridad de las membranas, aunque la etiología no está claramente determinada. Se consideran diferentes circunstancias clínicas y epidemiológicas relacionadas con factores maternos como malformaciones óseas de la pelvis, contractilidad uterina aumentada, endometritis, incompetencia cervical, infecciones cervicovaginales, entre otros. También existen factores fetales como presentaciones anómalas, macrosomía fetal y embarazo múltiple, así como factores ovulares relacionados con alteraciones del amnios-corion. Por último, existen factores externos como la amnioscopia, amniocentesis, traumatismo y coito. Actualmente, se reconoce que la principal causa de las RPM es la infección prenatal, a pesar de que los factores mecánicos también pueden desempeñar un papel. La infección amniótica se propaga desde el cuello uterino ascendiendo hacia el orificio cervical. Anteriormente se creía que la rotura de las membranas era necesaria para que ocurriera la infección intrauterina, pero ahora se ha demostrado que la corioamnionitis puede ocurrir incluso con las membranas intactas. Estudios sugieren que la infección comienza en las membranas cercanas al orificio cervical, debilitando su elasticidad y favoreciendo su ruptura (13).

En general, la anamnesis y la exploración física son suficientes para diagnosticar una ruptura prematura de membranas (RPM). Sin embargo, en

casos de duda, se pueden utilizar pruebas complementarias. La presencia de incontinencia urinaria y aumento del flujo vaginal puede ser indicativo de una RPM, pero estas señales también pueden llevar a un diagnóstico erróneo. Por lo tanto, es importante realizar pruebas diagnósticas y explorar a la paciente. Durante el examen físico, se puede observar la salida de líquido amniótico a través de la vagina y examinar el orificio cervical externo con un espéculo. Las maniobras de Valsalva pueden facilitar la salida de líquido amniótico. También se pueden realizar pruebas como determinar el pH del saco vaginal, la cristalización del líquido amniótico en hojas de helecho mediante microscopio óptico y la ecografía para evaluar el índice de líquido amniótico. Además, el test de fluoresceína y el PROM test pueden ayudar a confirmar la presencia de una RPM. El PROM test detecta la sustancia IGFBP-1, que está presente en el líquido amniótico, pero no en la vagina (14).

Una conducta terapéutica común después del diagnóstico de rotura prematura pretérmino de membranas es administrar esteroides antenatales para reducir la morbilidad perinatal. Se recomienda monitorear electrónicamente la frecuencia cardíaca fetal durante 3 días después de la administración de los esteroides. La betametasona es preferible a la dexametasona, ya que esta última puede tener efectos negativos no genómicos más potentes. En embarazos a término, se recomienda interrumpir el embarazo dentro de las 12 horas posteriores a la rotura de las membranas para reducir el riesgo de corioamnionitis y endometritis puerperal. Si la paciente opta por una conducta expectante, esto debe quedar registrado en su historia clínica y debe ser monitoreada clínicamente, con análisis de laboratorio y monitoreo fetal diario sin realizar tacto vaginal, durante máximo 24 a 36 horas. Si es posible, se debe inducir el parto y, si hay evidencia de infección, se debe administrar profilaxis antibiótica intravenosa con penicilina o ampicilina hasta el momento del nacimiento (15).

Caso clínico N.º 4

Impresión diagnóstica

- Miomatosis uterina

La miomatosis uterina es la anomalía benigna más común en el útero y su transformación en maligna es muy rara. Los miomas son tumores sólidos que se originan en el tejido muscular del útero y están rodeados por una fina capa de tejido conectivo y fibras musculares. Los factores de riesgo incluyen antecedentes familiares, historial ginecoobstétrico y hormonas como los estrógenos y la progesterona (16).

Más de la mitad de los casos de miomas uterinos pueden ser sintomáticos, causando trastornos menstruales y dolor abdominal debido a la compresión. Sin embargo, no se sabe con certeza qué proporción de hipermenorreas son causadas por los miomas. Esto se debe a que la menorragia-hipermenorrea también es común en el periodo de vida en el que se desarrollan los miomas, lo que dificulta determinar si son un hallazgo coincidente. Los miomas suelen ser indoloros y el dolor que se presenta generalmente es causado por complicaciones, como torsión de un mioma pediculado o degeneración de un mioma intramural. Los síntomas de compresión dependen de la ubicación del mioma. Los síntomas urinarios, como polaquiuria y tenesmo, son comunes en los miomas anteriores del útero, mientras que la retención urinaria puede ocurrir en miomas que crecen en la cara anterior del cérvix. La obstrucción del tracto urinario y la hidronefrosis pueden ser complicaciones en miomas cervicales y grandes miomas en el ligamento ancho (17).

El diagnóstico de miomatosis uterina se realiza a través de diferentes métodos de imagen. El ultrasonido abdominal o transvaginal es el estándar para confirmar la presencia de miomas, mientras que la histerosonografía es útil para identificar miomas submucosos. La histeroscopia y la resonancia magnética nuclear también son técnicas diagnósticas importantes para obtener información detallada sobre el tamaño, localización y relación de los miomas con otras estructuras uterinas (18).

Se recomienda terapia con medicamentos para el alivio temporal de los síntomas de los miomas en mujeres en la peri-menopausia. También se utiliza en pacientes no aptos para la cirugía por razones médicas. Además, podría ser utilizado pre-operatoriamente para reducir el tamaño de los fibromas y controlar el sangrado, mejorar los niveles de hemoglobina y permitir un cambio

en el tipo de procedimiento quirúrgico. Por ejemplo, cambiar de una histerectomía abdominal a una laparoscópica o vaginal sin prolapso (19). En cuanto al tratamiento quirúrgico se encuentra la histerectomía abdominal que es una cirugía común para tratar a pacientes con miomatosis y que no desean tener más hijos, puede ser realizada mediante diferentes técnicas, como laparoscopia o laparotomía. Por otro lado, la miomectomía es una opción quirúrgica para mujeres que experimentan síntomas y desean preservar su útero. Puede realizarse a través de laparotomía, laparoscopia, histeroscopia o vía vaginal (20).

3.3 Rotación de Pediatría

Caso clínico N.º 5

Impresión diagnóstica

- Infección urinaria

La infección del tracto urinario (ITU) es común en niños, afectando alrededor del 8-10 % de las niñas y al 2-3 % de los niños antes de los siete años. Los varones tienen mayor riesgo en los primeros tres meses de vida, mientras que las niñas tienen mayor riesgo a partir del primer año. La ITU implica el crecimiento de bacterias en el tracto urinario, con síntomas clínicos, y puede recurrir con diferentes gérmenes después del primer episodio. Es importante diferenciar la ITU de la bacteriuria asintomática, que no presenta síntomas. La ITU puede afectar el parénquima renal o no. Por lo general, las bacterias llegan al tracto urinario desde el intestino a través de la uretra o la zona perineal, aunque también pueden llegar a través de la sangre en neonatos o circunstancias especiales (21).

Los signos de infección del tracto urinario en lactantes de 60 a 90 días son inespecíficos, como inapetencia, retraso en el crecimiento, diarrea, letargia, fiebre, irritabilidad, ictericia asintomática, vómitos, orinas fétidas, oliguria o poliuria. En niños mayores de dos años, los síntomas comunes incluyen fiebre, vómitos, anorexia, retardo en el crecimiento y dolor abdominal. En los niños de 2 a 5 años, la fiebre y el dolor abdominal son los síntomas más frecuentes. Después de los cinco años, los síntomas del tracto urinario bajo

pueden incluir disuria, urgencia, polaquiuria y dolor en el ángulo costovertebral. Es importante realizar un examen escrotal en todos los niños para evaluar problemas en los testículos. Los niños con ITU también pueden presentar síntomas de infecciones gastrointestinales y respiratorias (22).

El diagnóstico de una infección del tracto urinario se basa en el cuadro clínico y en ciertos parámetros de laboratorio. Se recomienda realizar un examen general de orina, interpretar las tiras reactivas y realizar un urocultivo, considerado el método más confiable para diagnosticar una ITU. En el examen general de orina, se deben buscar signos de inflamación, como la presencia de células inflamatorias y bacterias, así como también reconocer la esterasa leucocitaria y la reducción de nitratos a nitritos. Es importante tener en cuenta el método de recolección de la muestra de orina, ya que puede afectar la sensibilidad y especificidad de los resultados. Las tiras reactivas también son útiles en el diagnóstico rápido de una ITU, donde se debe prestar atención a la esterasa leucocitaria y al test de nitritos. Además, otros estudios de laboratorio, como la biometría hemática y la química sanguínea, son de apoyo para el diagnóstico y monitoreo de una ITU febril. La elección del tratamiento antibiótico y el inicio del tratamiento deben tener en cuenta la edad del paciente y el lugar de la infección (infección de las vías urinarias bajas o pielonefritis).

El objetivo del tratamiento temprano es erradicar la infección, prevenir la urosepsis, mejorar los síntomas, evitar cicatrices o abscesos renales, y prevenir la hipertensión y la insuficiencia renal. Para la ITU afebril o cistitis, se recomienda la nitrofurantoina o el trimetoprim-sulfametoxazol por vía oral. Para la ITU febril o pielonefritis, se recomienda el uso de ampicilina más un aminoglucósido o una cefalosporina de tercera generación. El tratamiento debe comenzar por vía intravenosa y luego pasar a vía oral. Sin embargo, hay contraindicaciones en el uso de TMP/SMZ en prematuros y recién nacidos, y en el uso de nitrofurantoina en menores de 3 meses de edad (23).

Caso clínico N.º 6

Impresión diagnóstica

- Sífilis congénita

- A descartar Neurosífilis

La sífilis es una infección causada por la bacteria *Treponema pallidum* y se transmite principalmente por vía sexual. Existen diferentes formas clínicas de sífilis, como la primaria, secundaria, latente y terciaria. Los recién nacidos pueden contagiarse de sífilis si la madre está infectada durante el embarazo (transmisión transplacentaria) o durante el parto. Esto puede dar lugar a dos tipos de sífilis congénita: precoz y tardía (24). La sífilis congénita puede ser similar a otras infecciones congénitas o a problemas de incompatibilidad sanguínea en recién nacidos. A veces, su diagnóstico es difícil, ya que puede parecerse a una sepsis bacteriana neonatal, lo cual puede llevar a secuelas o la muerte del bebé si no se diagnostica y trata rápidamente (25).

La sífilis congénita se divide en dos categorías: precoz, ocurriendo hasta el segundo año de vida, y tardía, donde los síntomas se presentan después del segundo año. En la sífilis congénita precoz, los síntomas al nacimiento dependen del momento de la infección y del tratamiento durante el embarazo. Los síntomas comunes incluyen agrandamiento del hígado y el bazo, ictericia, erupción cutánea, y problemas óseos y sanguíneos. La prematuridad y el bajo peso al nacer también son complicaciones frecuentes. En la sífilis congénita tardía, los síntomas se relacionan con cicatrices e inflamación persistente y se caracterizan por la presencia de "gomos sifilíticos" en varios tejidos. Estas manifestaciones afectan aproximadamente al 40% de los niños infectados y no tratados en los primeros meses de vida. Algunos síntomas pueden prevenirse con tratamiento materno durante el embarazo o tratamiento del niño en los primeros tres meses de vida. Sin embargo, otros síntomas, como la queratitis y la sordera, pueden presentarse a pesar de la terapia adecuada. Es importante descartar la sífilis adquirida en casos de sífilis congénita tardía, lo cual puede ser resultado de abuso sexual del niño. Los síntomas más comunes de la sífilis congénita tardía incluyen deformidades faciales, problemas oculares, pérdida de audición, problemas dentales, retraso en el desarrollo y deterioro intelectual. Los cambios clínicos resultan de la respuesta inflamatoria causada por la diseminación de la bacteria por todo el cuerpo. Se requieren pruebas complementarias para investigar y identificar estas alteraciones, como análisis de sangre, radiografías y análisis de líquido

cefalorraquídeo, según sea necesario. La neurosífilis es una infección en el sistema nervioso central que puede ser sintomática o asintomática y se presenta en alrededor del 60% de los niños con sífilis congénita. Los cambios en el líquido cefalorraquídeo, como la reactividad en la prueba de investigación de enfermedades venéreas, la presencia de células inflamatorias y el aumento en la concentración de proteínas, son indicadores de esta condición. En los recién nacidos, se considera neurosífilis, si se encuentra el líquido cefalorraquídeo reactivo en la prueba o si se detecta un número elevado de células o de proteínas (26).

El diagnóstico de sífilis congénita se basa en pruebas serológicas como VDRL y RPR, y pruebas de anticuerpos fluorescentes como FTA-ABS y MHA-TP. Estas pruebas tienen baja sensibilidad en las etapas iniciales de la enfermedad y pueden ser difíciles de interpretar en los recién nacidos. Anteriormente, un título mayor de 1:8 se consideraba como positivo, pero ahora se sabe que incluso los títulos bajos pueden indicar una infección reciente. La ecografía obstétrica puede revelar signos de infección fetal, como hepatomegalia, ascitis, hidropesía o placenta engrosada. Existen dos pruebas confirmatorias en recién nacidos para detectar sífilis congénita: el campo oscuro y los anticuerpos fluorescentes contra *T. pallidum*. Se pueden obtener tanto de lesiones ricas en treponemas, como la rinorrea mucopurulenta o las lesiones en piel exudativas, como de placenta y cordón umbilical. La prueba de campo oscuro debe realizarse en el mismo laboratorio y montarse de inmediato para observar el característico movimiento de los treponemas y realizar el diagnóstico. En cambio, para la inmunofluorescencia directa no es necesario que el treponema sea viable, por lo que se puede fijar el material en un portaobjetos y enviarlo a un laboratorio de referencia. Si se sospecha de sífilis congénita al momento del nacimiento, se examinará la placenta en busca de signos de la enfermedad. Además, se realizarán evaluaciones clínicas y de laboratorio a todos los neonatos de madres con serología positiva para sífilis para buscar evidencia de la enfermedad. Estas evaluaciones dependen de las anomalías encontradas en el examen físico y deben ser útiles para cambiar el tratamiento, seguimiento o rehabilitación del paciente (27).

La decisión terapéutica para tratar la sífilis en recién nacidos se basa en varios criterios como la identificación de la enfermedad en la madre, tratamiento materno adecuado, presencia de evidencia clínica, laboratorio o radiográfica de sífilis en el bebé y comparación de los niveles serológicos entre madre y bebé. Para los casos probables o altamente probables de sífilis neonatal en bebés cuyas madres no fueron tratadas o recibieron tratamiento inadecuado, se recomienda penicilina G acuosa endovenosa durante 10 días. En caso de bebés asintomáticos con madres no tratadas o tratadas inadecuadamente y niveles de prueba no treponémica menos de cuatro veces los niveles maternos, se utiliza penicilina G benzatínica intramuscular en una sola dosis (28).

3.4 Rotación de Cirugía

Caso clínico N.º 7

Impresión diagnóstica

- Dolor abdominal
- Apendicitis

La apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico en adultos y niños, causada por la obstrucción de la luz del apéndice. La obstrucción puede ser causada por fecalitos, parásitos, hiperplasia linfoides inflamatoria u otros factores desconocidos. Esta obstrucción facilita la invasión bacteriana y lleva a la formación de abscesos y necrosis. La infección se extiende gradualmente, comprometiendo el peritoneo y llevando a peritonitis o sepsis abdominal (29).

El dolor abdominal es el síntoma más común en pacientes con apendicitis, acompañado de anorexia, náuseas, constipación/diarrea y fiebre. El dolor comienza en el área periumbilical y epigástrica y luego se desplaza hacia el cuadrante inferior derecho, aunque solo ocurre en aproximadamente el 50-60% de los casos. Las náuseas y los vómitos aparecen después del dolor, y la fiebre suele presentarse alrededor de seis horas después. Los síntomas pueden variar dependiendo de la localización del apéndice. Por ejemplo, un apéndice anterior causa dolor intenso en el cuadrante inferior derecho,

mientras que uno retrocecal puede causar dolor abdominal sordo y en la región lumbar baja. Otros síntomas como urgencia miccional, disuria o síntomas rectales como tenesmo o diarrea pueden ocurrir debido a la irritación del apéndice. El examen físico incluye la toma de signos vitales y se pueden encontrar una temperatura corporal elevada, taquicardia y, en algunos casos, taquipnea. Los primeros signos clínicos de apendicitis suelen ser inespecíficos, pero a medida que progresa la inflamación, la sensibilidad en el cuadrante inferior derecho y la defensa muscular localizada pueden ser detectadas en la exploración física. El punto máximo de dolor en el abdomen suele ser el punto de McBurney, localizado a dos tercios del ombligo en una línea hacia la espina iliaca anterosuperior derecha. El paciente también puede mostrar signos de irritación peritoneal con defensa muscular localizada si hay peritonitis. La exploración rectal y/o vaginal puede causar dolor en casos de apendicitis pélvica, por lo que su uso rutinario es controvertido. Además, se pueden utilizar otros signos clínicos en la exploración física como Blumberg, Rovsing, psoas, obturador, entre otros, para facilitar el diagnóstico (30). En pacientes con presentación clínica poco clara, se usan biomarcadores para apoyar el diagnóstico de apendicitis aguda. El leucograma completo es ampliamente utilizado, pero tiene una baja precisión diagnóstica. Por otro lado, la interleukina-6 es más precisa pero también más costosa. No hay biomarcador con suficiente sensibilidad y especificidad para ser usado solo en el diagnóstico. El Score de Alvarado es la escala más utilizada, ya que considera hallazgos físicos y valores de laboratorio para valorar el riesgo de padecer apendicitis aguda. Los estudios de imagen ayudan a reducir las apendicectomías innecesarias. Las radiografías simples no son usadas en evaluación inicial. La ecografía confirma la presencia, pero no excluye el diagnóstico. La tomografía computarizada es el método más aceptado globalmente, mientras que la resonancia magnética es opción para embarazadas y niños con resultados inconclusos en la ecografía (31).

En el diagnóstico de apendicitis aguda, el paciente suele presentar deshidratación, fiebre, acidosis y sepsis. Por lo tanto, es importante que el médico se enfoque inicialmente en la administración de líquidos intravenosos y antibióticos preoperatorios. El antibiótico seleccionado debe ser efectivo

contra la flora bacteriana que se encuentra en el apéndice, principalmente bacterias anaeróbicas y gramnegativas. El tratamiento óptimo para casos de apendicitis aguda no perforada sería: 1. Resucitación inicial con líquidos intravenosos. 2. Administración de una sola dosis de antibiótico preoperatorio, como cefalotina o ampicilina. 3. Apendicectomía de emergencia. Sin embargo, esto no se aplica a casos de apendicitis perforada, donde se ha propuesto un enfoque no quirúrgico con antibióticos y apendicectomía posterior después de 8-12 semanas de resolución del problema. En estos casos, es crucial una observación estricta del paciente, ya que, si no hay mejoría clínica, se requerirá cirugía. En cuanto al procedimiento quirúrgico, en las últimas dos décadas ha surgido la pregunta sobre cuál es el mejor enfoque, si la técnica laparoscópica o la apendicectomía abierta. En adultos, la técnica laparoscópica ha demostrado reducir la aparición de infecciones en la herida, el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria, aunque se ha observado un aumento en la incidencia de abscesos intraabdominales (32).

Caso clínico N.º 8

Impresión diagnóstica

- Colecistitis aguda

La colecistitis aguda es una complicación común de la colelitiasis, representando el 6-11% de los casos de abdomen agudo en adultos. Aproximadamente el 6-8% de los pacientes requieren una cirugía de urgencia. Esta enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar se caracteriza por alteraciones agudas en la pared vesicular, que van desde el edema y la congestión hasta la gangrena y la perforación (33).

Se caracteriza principalmente por dolor abdominal agudo en el hipocondrio derecho, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre. El examen físico revela sensibilidad en esta área y se puede experimentar dolor durante la inspiración profunda (signo de Murphy). En pacientes ancianos y diabéticos, los síntomas pueden no ser tan típicos, por lo que se requiere un alto nivel de sospecha. Signos como inestabilidad hemodinámica, fiebre alta, acidosis metabólica o íleo sugieren una mayor gravedad y la posibilidad de colecistitis gangrenosa o perforación vesicular. En los análisis de laboratorio, se pueden encontrar

leucocitosis con neutrofilia y aumento de la proteína C reactiva. También puede haber un ligero incremento en la actividad de las enzimas aminotransferasas y amilasa, generalmente menos de 3 veces el límite superior de lo normal. En aproximadamente el 20% de los casos, especialmente en pacientes con colecistitis aguda grave, puede haber ictericia con niveles de bilirrubina menor a 4 mg/dl. Esto puede ser causado por inflamación, edema de la vía biliar o compresión del colédoco por la vesícula distendida. Concentraciones más altas podrían indicar coledocolitiasis o síndrome de Mirizzi. La ecografía abdominal es la técnica más utilizada para diagnosticar problemas en la vesícula biliar. Sin embargo, en casos de complicaciones graves, como abscesos o perforación de la vesícula, se puede recurrir a la tomografía computarizada. Otra opción es la gammagrafía con HIDA para confirmar el diagnóstico en caso de dudas después de la ecografía. La radiografía simple de abdomen puede mostrar cálculos biliares visibles y gas dentro de la vesícula en la colecistitis aguda enfisematosa (34).

El tratamiento de la colecistitis aguda depende de la gravedad y el estado del paciente. En general, se recomienda la colecistectomía urgente en todos los casos, excepto en pacientes inestables con colecistitis aguda severa, a quienes se les puede realizar una colecistostomía antes de la colecistectomía. Los pacientes deben recibir tratamiento antibiótico antes y después de la cirugía. La colecistectomía de urgencia es el tratamiento preferido, ya que elimina la fuente de infección y mejora la recuperación postoperatoria. En casos de inestabilidad hemodinámica o sepsis grave, se puede considerar una colecistostomía o un drenaje percutáneo antes de la cirugía, en espera de una mejoría en la salud general del paciente. En pacientes ancianos o con condiciones médicas complicadas, si el drenaje percutáneo tiene un efecto positivo y el paciente supera la fase aguda, puede evitarse la colecistectomía urgente o diferida. Sin embargo, en casos de peritonitis debido a la perforación de la vesícula, la cirugía urgente es necesaria para aumentar las posibilidades de supervivencia (35).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es un año crucial para los estudiantes de medicina, ya que les brinda la oportunidad de adquirir experiencia práctica y fortalecer los conocimientos adquiridos durante la carrera. También les permite explorar diferentes especialidades y prepararse para enfrentar casos médicos comunes y relevantes que veremos más adelante cuando ejercerán como profesionales. Además, esta fase les proporciona experiencia en intervenciones y cirugías. Todo esto resultará útil para su posterior servicio rural y urbano marginal (SERUMS), lo cual es obligatorio para posteriormente ejercer una especialidad, y les permite también adquirir la experiencia necesaria sobre el manejo en el primer nivel de atención.

Del mismo modo, el internado en un centro de salud es importante para adquirir experiencia de casos frecuentes no presentes en hospitales, preparando al interno para el trabajo que tendrá en su día a día durante su etapa de SERUMS y también para conocer cómo realizar referencias a establecimientos de mayor complejidad. La mayoría de pacientes optan por acudir a aquellos establecimientos del ministerio de salud son aquellos que no poseen muchos recursos, por lo que el interno aprende a usar de forma racional los recursos disponibles y a solicitar exámenes necesarios para el manejo adecuado de cada enfermedad. Asimismo, el interno desarrolla su habilidad de comunicarse con los pacientes, al explicarles los beneficios del tratamiento y generar conciencia sobre distintas enfermedades, fomentando la empatía y compromiso con la salud de la población.

Durante la rotación de Medicina Interna, se adquirió experiencia en el área de hospitalización, aprendiendo sobre el manejo de accidentes cerebrovasculares, enfermedades metabólicas, antibioticoterapias y el cuidado de heridas infectadas y úlceras por presión. También se adquirieron conocimientos sobre hidratación, soporte ventilatorio, el uso de oxígeno y la interpretación de electrocardiogramas. Del mismo modo, se obtuvo experiencia en el manejo de insuficiencias cardíacas, cirrosis alcohólicas y no alcohólicas, entre otras patologías. Se participó activamente en la atención de emergencias, aprendiendo sobre las indicaciones y manejo inmediato para

cada caso, adquiriendo experiencia en casos comunes como dolores abdominales, infecciones, patologías respiratorias, síndromes convulsivos, patologías respiratorias y estados hiperglucémicos e hipoglucémicos

Durante la rotación de Ginecología y Obstetricia, se asistió al servicio de emergencias gineco-obstétricas donde se atendieron casos frecuentes en esta especialidad. Estos casos incluyen infecciones de transmisión sexual, síndrome de ovarios poliquísticos, hemorragia uterina anormal, prolapso útero-vaginal, miomas y el uso de métodos anticonceptivos. Se adquirió conocimiento sobre síndromes de flujo vaginal, síndrome doloroso abdominal, prevención de enfermedades, métodos de barrera y la identificación de lesiones genitales relacionadas con virus y bacterias. También se aprendió sobre el manejo del sistema POPQ en

prolapsos genitales, diagnósticos de síndromes y alteraciones hormonales, manejo de miomatosis, técnicas de ecografía y sus diferentes tipos y usos para el diagnóstico de distintas patologías ginecológicas. En lo que respecta a la parte de obstetricia, se realizó una evaluación básica de una mujer embarazada, incluyendo la medición de la altura uterina y el aprendizaje de diferentes maniobras y técnicas como las de Leopold y la ecografía Doppler. También se adquirieron conocimientos sobre la dinámica uterina y los procedimientos necesarios durante el trabajo de parto, así como la asistencia durante el mismo.

Durante la rotación de Pediatría, adquirimos experiencia en los casos más comunes en el área de emergencias y aprendimos sobre el manejo temprano y rápido, lo cual mejora la expectativa de los pacientes y evita su hospitalización. También desarrollamos habilidades para evaluar de manera precisa a los niños y comunicarnos eficientemente con sus padres, lo cual nos ayuda a realizar diagnósticos oportunos. Además, aprendimos la importancia de no utilizar antibióticos indiscriminadamente para evitar el desarrollo de resistencia en la población. En la rotación de Neonatología, recibimos instrucción sobre la atención inmediata al recién nacido después del parto, así como sobre la profilaxis y la lactancia materna. También aprendimos a evaluar al neonato en los días posteriores y a determinar los criterios de alta, así como

las características normales de un recién nacido sano y los parámetros adecuados de peso y talla para su edad.

En la última rotación de Cirugía general, se adquirieron y reforzaron conocimientos sobre diferentes suturas usadas en emergencias, así como técnicas aplicadas según el área afectada. También se aprendió sobre la evaluación preoperatoria, control postoperatorio y evolución de los pacientes. Por la alta demanda de pacientes en emergencias, no siempre se pudo asistir a todos los procedimientos quirúrgicos en sala. A pesar de esto, la experiencia brindada a los internos fue satisfactoria y facilitó el aprendizaje esencial debido a que se vieron muchas patologías de alta incidencia como apendicitis y colecistitis agudas, además de algunas cirugías programadas.

CONCLUSIONES

1. El internado médico en el último año de la carrera de Medicina Humana es vital para la formación de futuros médicos. Aquí, los estudiantes aplican sus conocimientos teóricos y prácticos en un ambiente real bajo la supervisión de médicos y profesionales de la salud. Trabajar estrechamente con este equipo no solo mejora sus habilidades clínicas y diagnósticas, sino también promueve competencias esenciales como la comunicación efectiva, trabajo en equipo y toma de decisiones en situaciones críticas. Durante esta etapa de carrera, es importante aprender a trabajar en equipo, ya que se forma parte de un equipo compuesto por médicos asistentes, residentes, licenciadas, personal técnico y administrativo, personal de limpieza y mantenimiento. El respeto y la comunicación son pilares esenciales para crear un ambiente laboral óptimo y brindar una atención de calidad a los pacientes.

2. La rotación en Medicina interna fue beneficiosa para el internado al aplicar la semiología en cada paciente, ampliando la historia clínica desde los antecedentes hasta el examen físico. También se aprendió sobre terapéutica integral y la priorización de solicitar exámenes diagnósticos según la patología y el presupuesto del centro hospitalario. De la rotación de Ginecología y Obstetricia proporcionó práctica en el manejo de patologías frecuentes en servicios de emergencia. Todo esto fue una experiencia enriquecedora y relevante ya que es una especialidad común en el ámbito laboral y durante el SERUMS. La rotación de Pediatría fue una excelente experiencia para el manejo de pacientes y el aprendizaje sobre patologías comunes, emergencias y examen físico en niños, así como la administración de dosis según el peso de cada caso. La rotación de Cirugía general fue una experiencia enriquecedora, aprendiendo y aplicando diferentes tipos de suturas según la zona y las necesidades de cada caso. Además, se participó en diversas cirugías y se adquirió experiencia en el entorno quirúrgico, manejando accidentes y atendiendo emergencias médicas. También se aprendió a priorizar entre cirugías programadas y emergencias.

3. El internado nos preparó con conocimientos y habilidades óptimas. Cumplimos con tutorías y actividades académicas programadas por médicos asistentes y residentes de cada servicio, aprendiendo mucho de ellos que nos guiaron e instruyeron a cada paso, contribuyendo a que nuestra formación médica sea la más completa posible.

RECOMENDACIONES

1. Es recomendable que el internado cumpla los 12 meses, para que puedan adquirir mayor capacitación y experiencia de cada servicio por el que rota el interno.
2. Además, es recomendable que el interno pueda tener beneficios como la alimentación diaria proporcionada por el mismo centro hospitalario, del mismo modo que se establezca una adecuada área de descanso para internos.
3. Se recomienda que los hospitales que reciben internos realicen actividades académicas desde el primer día de internado como preparación para el examen nacional de medicina. Estas actividades se deben centrar en profundizar los temas más importantes y también realizar simulacros semanales para evaluar el progreso de cada interno.
4. Finalmente, se sugiere una mejor organización en las sedes, con los horarios para los internos, para permitir que cada interno se prepare teóricamente de forma adecuada y continua, y que así aplique sus conocimientos adquiridos en el día a día en el establecimiento.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Accidente cerebrovascular isquémico. Rev. argent. cardiol. [Internet]. 2016 Abr [citado 2024 Mar 25] ; 84(2): 1-3. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482016000200019&lng=es
2. Ruiz-Mejía Alba Fernanda, Pérez-Romero Germán Enrique, Ángel-Macías Mauricio Alberto. Ataque cerebrovascular isquémico: fisiopatología desde el sistema biomédico y su equivalente en la medicina tradicional china. rev.fac.med. [Internet]. 2017 Mar [citado el 25 de marzo del 2024] ; 65(1): 137-144. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000100137&lng=en.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57508>
3. García Alfonso Carolina, Martínez Reyes Andrea, García Valentina, Ricaurte-Fajardo Andrés, Torres Isabel, Coral Juliana. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. Univ. Med. [Internet]. 2019 Sep [citado el 25 de marzo del 2024] ; 60(3): 41-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392019000300041&lng=en. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed60-3.actu>
4. Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2007 [citado el 25 de marzo de 2024];60(7):753–69. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-ictus-diagnostico-tratamiento-enfermedades-cerebrovasculares-articulo-13108281>.
<https://doi.org/10.1157/13108281>
5. Choreño-Parra José Alberto, Carnalla-Cortés Martha, Guadarrama-Ortiz Parménides. Enfermedad vascular cerebral isquémica: revisión extensa de la bibliografía para el médico de primer contacto. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2019 Feb [citado 2024 Mar 25] ; 35(1): 61-79. Disponible en:

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000100061&lng=es. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i1.2212>
6. Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento Aguilar Elsa, Osoro-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2006 Ene [citado 2024 Mar 25]; 23(1): 26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006&lng=es.
 7. Rubio-Sánchez R, Lepe-Balsalobre E. Importancia de la cristaluria por estruvita en el diagnóstico de la infección urinaria por *Proteus mirabilis*. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2022 [citado el 25 de marzo de 2024];82(5):1–6. Disponible en: <https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/954>
 8. De Cueto M. Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto urinario. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2005 [citado el 25 de marzo de 2024];23:9–14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-infeccion-del-tracto-13091443>
 9. Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento Aguilar Elsa, Osoro-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2006 Ene [citado 2024 Mar 25]; 23(1): 26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006&lng=es.
 10. García Vera C.. Infecciones urinarias. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2013 Jun [citado 2024 Mar 25]; 15(Suppl 23): 71-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300008&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300008>.
 11. Rubio-Sánchez Ricardo, Lepe-Balsalobre Esperanza. Importancia de la cristaluria por estruvita en el diagnóstico de la infección urinaria por *Proteus mirabilis*. *Rev. mex. urol.* [revista en la Internet]. 2022 Oct [citado 2024 Mar 25]; 82(5): e08. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852022000500008&lng=es. Epub 13-Feb-2023. <https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v82i5.954>.

12. Chávez Guerrero JE, Toledo Asanza JA, Cedeño Sabando MDC, García Pacheco DE. Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional [Internet]. 2023 Agos; [citado 2024 Mar 25]; 2713–29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152307>
13. Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 Dic [citado 2024 Mar 25]; 26(4): 682-693. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400011&lng=es.
14. Diagnóstico de la rotura prematura de membranas. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2005 [citado el 25 de marzo de 2024];48(11):565–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-diagnostico-rotura-prematura-membranas-13081132>
15. Rodríguez-Bosch Mario Roberto, Miranda-Araujo Osvaldo, Reséndiz-Rossetti Ana Eugenia. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2018 [citado 2024 Mar 25]; 86(5): 319-334. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000500319&lng=es. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i5.573>
16. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2024 Mar 25]; 85(9): 611-633. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es
17. Fábregues F, Peñarrubia J. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Med Integr [Internet]. 2002 [citado el 25 de marzo de 2024];40(5):190–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-mioma-uterino-manifestaciones-clinicas-posibilidades-13036877>

18. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2017 Mar [citado 2024 Mar 25] ; 85(9): 611-633. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es
19. Sepúlveda J, Ángel M. Artículo de Revisión Manejo médico de la miomatosis uterina. *Revisión de la literatura [Internet]*. [citado 2024 Mar 25] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n1/art09.pdf>
20. Miomas uterinos (actualizado febrero del 2013). *Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]*. 2014;57(7):312–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.05.001>
21. CAVAGNARO S.M FELIPE, PEREIRA R TERESITA, PÉREZ P CARLA, VARGAS DEL V FERNANDA, SANDOVAL C CARMEN. Sífilis congénita precoz: A propósito de 2 casos clínicos. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2014 Feb [citado 2024 Mar 25] ; 85(1): 86-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000100012>.
22. Rodríguez JDG, Fernández LMR. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA INFANCIA [Internet]. *Aeped.es*. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf
23. Cruz Roberto, Zeballos Mollinedo Maya, Guarachi Ramírez Marcia. INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO EN PEDIATRÍA. *Rev. Méd. La Paz [Internet]*. 2007 [citado 2024 Mar 25] ; 5(2): 46-55. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-895820070002000008&lng=es.
24. Lombardo-Aburto E. Abordaje pediátrico de las infecciones de vías urinarias. *Acta pediátr Méx [Internet]*. 2018 [citado el 25 de marzo de 2024];1(1):85. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912018000100085

25. Arriagada Daniela, Donoso Alejandro, Cruces Pablo, Díaz Franco. Sífilis congénita: presentación como shock séptico después del período neonatal. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2012 Oct [citado 2024 Mar 25] ; 29(5): 558-563. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000600017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182012000600017>
26. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DC das N, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2021;30(spe1). Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/ress/2021.v30nspe1/e2020597/e2>
27. Laguado NF, García MJP. Enfoque global de la sífilis congénita [Internet]. *Unirioja.es*. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3968726.pdf>
28. Velásquez Vásquez C, De Revisión A. SÍFILIS CONGÉNITA CONGENITAL SYPHILIS. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2013 [citado el 2024 Mar 25];2(1):49–56. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/VOL2-N1-Pg49-561.pdf>
29. Ávila Mauricio J., García-Acero Mary. Apendicitis aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia. *rev. colomb. cir.* [Internet]. 2015 Jun [citado 2024 Mar 25] ; 30(2): 125-130. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822015000200007&lng=en
30. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir. gen* [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2024 Mar 25] ; 41(1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es. Epub 02-Oct-2020
31. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2019 [citado 2024 Mar

- 25];4(12):6. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7399471>
32. Fallas González Jorge. Apendicitis Aguda. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2012 Mar [citado 2024 Mar 25] ; 29(1): 83-90. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010&lng=en
33. Estepa Pérez Jorge Luis, Santana Pedraza Tahiluma, Estepa Ramos Jorge Luis, Feliú Rosa José Antonio. Caracterización clínico quirúrgica de la colecistitis aguda en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2017- 2019. Medisur [Internet]. 2023 AbrB [citado 2024 Mar 25]; 21(2): 400-411. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000200400&lng=es. Epub 30-Abr-2023
34. Colecistitis aguda. Gastroenterol Hepatol Contin [Internet]. 2011;10(1):47–52. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1578-1550\(11\)70011-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1578-1550(11)70011-0)
35. Ruiz G, Flores Cortés S, López Bernal M, Ramírez Plaza FA, García Cabrera CP, Prendes Sillero AM, et al. Evidencia científica en el tratamiento de la colecistitis aguda [Internet]. Unirioja.es. 2010 [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9251243.pdf>