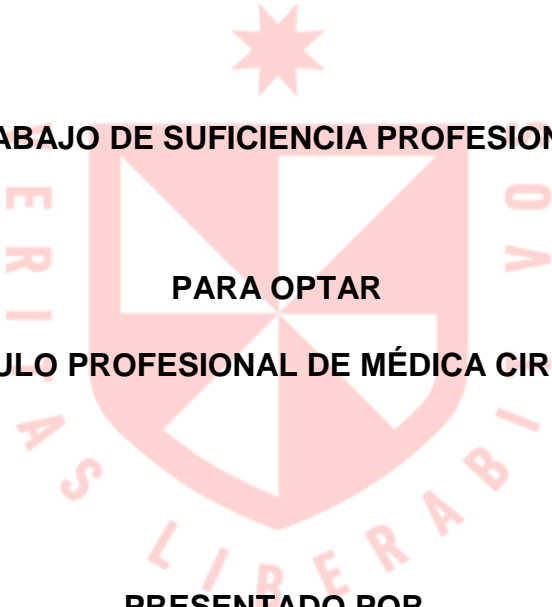


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL E INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO 2024



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA
PRESENTADO POR
LUCIANA PAOLA JAUREGUI VASQUEZ

ASESOR

JOSÉ ANTONIO GALARRETA ZEGARRA

LIMA – PERÚ

2025



**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 INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL E INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

LUCIANA PAOLA JAUREGUI VASQUEZ

ASESOR

M.E. JOSÉ ANTONIO GALARRETA ZEGARRA

LIMA – PERÚ

2025

JURADO EVALUADOR

Presidente

Dra. HUAMANI DE LA CRUZ, EMMA MERCEDES

Miembros

Dr. TOVAR ROCA, JEFFREE

Dr. CANO GAMARRA, SANDRO YANICK

DEDICATORIA

A mi núcleo familiar, amigos, cuyo soporte constante y compañía fueron esenciales durante este arduo proceso de formación médica.

ÍNDICE

JURADO EVALUADOR	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	20
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	36

RESUMEN

El Internado Médico representa un lapso concluyente en la alineación de la Medicina Humana, la cual busca afianzar a través de la práctica clínica diaria, las bases teóricas alcanzadas en los años iniciales de la carrera. Este trabajo de suficiencia profesional presenta una reflexión sobre las prácticas y lecciones adquiridas durante el Internado Médico, a través de casos clínicos representativos, los cuales fueron recopilados desde febrero hasta diciembre de 2024. Durante este periodo se perpetraron rotaciones en las áreas de Cirugía, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría, las cuales fueron subdivididas en turnos en emergencia, consultorios externos y hospitalización. Objetivo: describir casos médicos de interés y a su vez la experiencia y aprendizaje por parte de ellos.

Metodología: Se recogieron 8 casos clínicos representativos de cada rotación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Instituto Nacional de Salud del Niño, entre febrero y diciembre de 2024.

Resultados: la revisión de estos casos proporcionó a los futuros médicos, una oportunidad para la adquisición de conocimientos y habilidades prácticas.

Conclusiones: El Internado Médico compone una etapa crucial en la formación profesional de los futuros médicos, al consolidar los estudios alcanzados durante los años previos y permitir su aplicación en un entorno clínico real. Durante este periodo, se fomentó el desarrollo de aptitudes prácticas y teóricas, el trabajo grupal, la comunicación eficaz y la toma de decisiones.

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

ABSTRACT

The Medical Internship represents a conclusive lapse in the alignment of Human Medicine, which seeks to strengthen through daily clinical practice, the theoretical foundations achieved in the initial years of the career. This work of professional sufficiency presents a reflection on the practices and lessons acquired during the Medical Internship, through representative clinical cases, which were collected from February to December 2024. During this period, rotations were performed in the areas of Surgery, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, and Pediatrics, which were divided into emergency, outpatient and hospitalization areas.

To describe medical cases of interest and the experience and knowledge that came with them.

Methodology: 8 representative clinical cases were collected from each rotation at the National Institute of Neoplastic Diseases, the National Maternal Perinatal Institute and the National Institute of Children's Health, between February and December 2024.

Results: the review of these cases provided future physicians, an opportunity for the acquisition of knowledge and practical skills. **Conclusions:** The Medical Internship composes a crucial stage in the professional training of future physicians, by consolidating the studies achieved during the previous years and allowing their application in a real clinical environment. During this period, the development of practical and theoretical skills, group work, effective communication and decision making were fostered.

Key words: Medical internship, Surgery, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics.

LUCIANA PAOLA JAUREGUI VASQUEZ

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, INSTITUTO N...

 My Files

 My Files

 Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29427:424715924

Fecha de entrega

29 ene 2025, 2:08 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 ene 2025, 4:33 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TSP_JAUREGUI_LUCIANA PAOLA 2025-29-1.docx

Tamaño de archivo

315.6 KB

45 Páginas

9,854 Palabras

56,542 Caracteres

15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados



Jose Antonio Galarreta Zegarra
ORCID: 0000-0002-2516-5755
DNI: 08153883

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico es fase que culmina la carrera de Medicina Humana, la cual busca afianzar a través de la práctica clínica diaria, las bases teóricas adquiridas en los años iniciales de la carrera. Este proceso se desarrolla en un entorno seguro y supervisado por médicos especialistas, cuyo objetivo principal es garantizar una experiencia educativa integral y estructurada.

Durante este periodo, los internos ejecutan un papel activo en la atención de los pacientes, aprenden a elaborar correctamente una historia clínica, que incluye la identificación e interpretación de síntomas y signos relevantes para llegar a una impresión diagnóstica. Asimismo, tienen la responsabilidad de realizar evoluciones diarias, documentando los cambios de la condición de cada paciente, correlacionando los resultados de los análisis auxiliares solicitados con la mejoría o deterioro del cuadro clínico. También participan en la elaboración de documentos indispensables, como órdenes médicas, recetas y epicrisis, fortaleciendo la capacidad de los internos para dar información clara y comprensible al paciente y sus familiares.

Este trabajo de suficiencia profesional presenta una reflexión sobre las practicas y lecciones adquiridas durante el Internado Medico, a través de casos clínicos representativos, los cuales fueron recopilados desde febrero hasta diciembre de 2024. En el transcurso de este tiempo, se llevaron a cabo rotaciones en las especialidades de Cirugía, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría, las cuales se dividieron en subrotaciones en el área de emergencia, consultorios externos y hospitalización.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El programa académico de la carrera de Medicina Humana en Perú engloba 14 ciclos académicos, distribuidos en un periodo de siete años de educación. Los primeros seis años se enfocan principalmente en estudios principalmente teóricos y el último año está dedicado al Internado Médico, el cual se estructura en cuatro rotaciones, las cuales se detallarán a continuación mediante el análisis de casos clínicos.

1.1 Rotación en Cirugía

1.1.1 Caso clínico n.º1

Paciente femenino de 66 años acude a Consultorio de Cirugía de Mamas y Tejidos Blandos, refiriendo tumoración en mama derecha de crecimiento progresivo, cuenta con una biopsia core del 05/09/24 realizada en otra institución, la cual indica como resultado: Carcinoma infiltrante de la mama tipo NOS.

Antecedentes:

- Personales médicos: HTA.
- Quirúrgicos: bloqueo tubárico bilateral en 1992.
- Transfusiones: niega.
- RAM: niega.
- Alcohol (-), tabaco (-)
- Gineco-obstétricos: menarquia: 14 años, FUR: 52 años, hijos: 3, abortos: 0, gestante: no.
- Familiares: prima con cáncer de mama.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 106/53 mmHg, FC: 87 lpm, FR: 18 rpm, temperatura: 36.6°C, SatO₂: 98%.
- Estado general: despierta, ventilando espontáneamente.

- Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no reales.
- Examen regional:
 - o Mama derecha R9 a 2 cm de pezón: tumoración de 1.5 cm de diámetro, poco dolorosa, de bordes irregulares. No retrae piel ni complejo areola-pezón. No se palpan adenopatías en la axila derecha.
 - o Mama izquierda: no se palpan tumoraciones. Se objetiviza múltiples lesiones vesiculares y costrosas a predominio de cuadrantes externos. Axila izquierda: no se palpan adenopatías.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Sistema nervioso: lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 12.4 g/dL, hto 38.6%, plaquetas: 333 000 mm³, leucocitos 6000 mm³, Grupo y factor: O+.
- Glucosa: 92.3
- Creatinina: 0.83
- Urea: 45.5
- Proteínas totales: 8.01
- Albúmina: 4.83
- Serológicos: VIH, RPR y Hepatitis B no reactivos.
- BK en esputo 1 y 2: negativos
- Perfil de coagulación: Tp: 12.9, INR: 0.97, Ttp: 30.3
- Ecografía de mama:
 - o Mama derecha: en el R9 a 5 cm del pezón se observa nódulo hipoecogénico sólido, de orientación antiparalela, de márgenes microlobulados, presenta halo hiperecogénico periférico que presenta reacción desmoplásica, también se observa escaso flujo Doppler a

predominio periférico, este nódulo mide 11x11 mm, compatible con enfermedad de fondo. No se observan adenopatías axilares.

BIRADS: 6

- Mama izquierda: no se evidencian lesiones sólidas, y quísticas ni áreas de distorsión de la arquitectura.
- Mamografía bilateral:
 - Mama derecha: en la unión de los cuadrantes externos, tercio glandular posterior, a 5.9 cm de espesor, se observa lesión hiperdensa de márgenes espiculados con distorsión de la arquitectura, de 21x18 mm diámetro mayores, con relación a enfermedad de fondo. Pezón, región retroareolar y piel de la mama sin alteraciones significativas. No se observan adenopatías axilares.
 - Mama izquierda: de características normales.
- Biopsia core de mama derecha:
 - Carcinoma infiltrante de mama NOS/NST.
 - Grado histológico: G1 (2/2/1).
- Inmunohistoquímica:
 - Receptor de estrógeno positivo
 - Receptor de progesterona positivo
 - Cerb-B2: equivoco 2+
 - Ki-67: 10%

Impresión diagnóstica:

- Cáncer de mama derecha Luminal A HER2 equivoco, estadio clínico IA.
- Herpes zoster resuelta.

Plan de trabajo:

Paciente tributaria de tumorectomía de mama derecha más biopsia de ganglio centinela, con preoperatorios completos se programa para cirugía.

1.1.2 Caso clínico n.º2

Paciente femenino de 61 años, acude al consultorio de Cirugía de Cabeza y Cuello por referir tumoración en región cervical derecha, de crecimiento

lentamente progresivo desde hace un año, sin sintomatología asociada. Es referida con estudio ecográfico insuficiente que informa masa en la región cervical anterior dependiente del lóbulo tiroideo derecho.

Antecedentes:

- Personales médicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Transfusiones sanguíneas: niega
- RAM: niega
- Alcohol (-), tabaco (-)
- Familiares: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 114/72 mmHg, FC: 60 lpm, FR: 18 rpm, temperatura: 36.5°C, SatO2: 99%.
- Estado general: despierta, ventilando espontáneamente.
- Piel y faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2", mucosa oral húmeda.
- Cabeza y cuello: Cara: simétrica. Ojos: pupilas céntricas y reactivas, fosas nasales: permeables, cavidad oral: sin lesiones, cuello: se palpa tumoración de aproximadamente 6x5 cm de diámetro, de consistencia dura, irregular, parcialmente móvil, dependiente del lóbulo tiroideo derecho, dicha tumoración a la deglución se logra palpar límite inferior por encima de la horquilla, la tumoración se proyecta hacia el istmo y en el lóbulo izquierdo no se palpan masas.

No se palpan adenopatías cervicales.

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa adecuado en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: no distendido, RHA (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

- Genitourinario: orina clara, diuresis espontánea. No se palpa globo vesical.
- Osteomuscular: extremidades simétricas, no deformidades, moviliza extremidades.
- Sistema nervioso: lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 13.9 g/dL, hto 41.7%, plaquetas: 174 000 mm³, leucocitos 7490 mm³, Grupo y factor: O+.
- Glucosa: 85 mg/dl
- Creatinina: 0.73
- Urea: 58.2
- Proteínas totales: 6.87g/dl
- Albúmina: 4.34 g/dl
- TSH: 7.18 ul U/ml, T4 libre: 0.96 pg/ml.
- Serológicos: VIH, RPR y Hepatitis B no reactivos.
- Perfil de coagulación: Tp: 14.5, INR: 1.11, Ttp: 37.2
- BAAF de tiroides: carcinoma papilar en lóbulo tiroideo derecho.
- Ecografía de región cervical: extensa lesión neoformativa de 4.7 x 3.0 cm, dependiente del lóbulo tiroideo derecho. No se evidencian adenopatías secundarias por este método de estudio.
- TEM de cuello: lesión de aspecto neoformativo dependiente de lóbulo tiroideo derecho, con sospecha de infiltración del esófago, tráquea, musculatura pretiroidea, y cartílago laríngeo.
- TEM de tórax: nódulo adyacente a la cisura horizontal, inespecífico, se sugiere control. Espondilosis degenerativa. El resto de la tomografía de tórax es de características normales.
- Rx de tórax frontal: sin hallazgos patológicos.

Impresión diagnóstica:

- Carcinoma papilar de tiroides
- Hipotiroidismo subclínico

Plan de trabajo:

Disposición: tiene indicación quirúrgica; tiroidectomía total más linfadenectomía cervical.

1.2 Rotación en Medicina Interna**1.2.1 Caso clínico n.º3**

Paciente varón de 52 años acude a emergencia referido del consultorio de Medicina por 5 meses de enfermedad, caracterizado por dolor lumbar progresivo, hace una semana perdida de fuerza muscular en MM.II. y sensibilidad a predominio de miembro inferior izquierdo. Pérdida ponderal de 5kg en un mes. EVA: 8/10.

Cuenta con resonancia magnética del 17/09/24 que indica infiltración secundaria ósea en cuerpos vertebrales dorsales lumbares y sacros, así como en ambos huesos ilíacos y porciones proximales de ambos fémures.

Antecedentes:

- Personales médicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Transfusiones sanguíneas: niega
- RAM: niega
- Alcohol (-), tabaco (-)
- Familiares: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/68 mmHg, FC: 85 lpm, FR: 18 rpm, temperatura: 36.5°C, SatO2: 97%.
- Estado general: despierto, ventilando espontáneamente.
- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", mucosa oral húmeda.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.

- Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), genitales conservados, micción espontánea.
- Tacto rectal: próstata de 4 x 4 cm fija, indurada, bordes borrados.
- Osteomuscular: debilidad muscular en MM.II. asociado a disminución de la sensibilidad y fuerza muscular ++/+++.
- Sistema nervioso: lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15, no signos meníngeos. Palpación en zona dorsal dolorosa.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 9.5 g/dL, hto 26.9%, plaquetas: 500 000 mm³, leucocitos 11830 mm³, Grupo y factor: O+.
- Glucosa: 97.2 mg/dl
- Creatinina: 0.65
- Urea: 38.5
- Bilirrubina total: 0.49, bilirrubina directa: 0.19, bilirrubina indirecta: 0.3
- DHL: 292
- Fosfatasa alcalina: 556
- Gammaglutamiltransferasa: 105
- TGO: 31, TGP: 33
- Proteínas totales: 6.82g/dl, Albúmina: 4.24 g/dl
- Antígeno prostático específico (PSA): 5353.65
- Ca 15-3: 5.12
- Ca 19-9: <1.20
- Cea: 2.19
- Alfa fetoproteína: 3.59
- BHCG: <2000
- Serológicos: VIH, RPR y Hepatitis B no reactivos.
- Perfil de coagulación: Tp: 13.9, INR: 1.05, Ttp: 39.6
- Examen de orina: leuco 0-4 xC, hematíes: 0-3 xC, cel epiteliales: 2-5 xC, gérmenes escasos.

- TEM de abdomen completo: próstata incrementada de tamaño, heterogénea, que deforma el piso vesical, en el contexto del paciente, no se descarta posible primario. Adenopatías retroperitoneales y pélvicas. Metástasis ósea múltiple.
- TEM de tórax: ganglios sospechosos de adenopatía en el grupo IV y V B izquierdo y en la región axilar ipsilateral, se sugiere correlación anatomopatológica de la región cervical. Atelectasia a nivel del segmento posterior del lóbulo superior derecho, bronquiectasias tubulares, probablemente secuelas, se sugiere control.
- TEM de encéfalo: metástasis ósea. Resto de la tomografía dentro de los límites normales.
- RMN de columna dorsal con contraste: metástasis ósea de los diferentes cuerpos vertebrales de la columna vertebral asociado a compromiso de partes blandas que condiciona compresión medular a nivel de D4, D5 y D10.

Impresión diagnóstica:

- Cáncer de próstata EC IVB hormonosensible de alto volumen + compresión medular en instalación.

Plan de trabajo:

Paciente hemodinámicamente estable, portador de metástasis vertebral de Neoplasia maligna de próstata EC IVB, cursando con compresión medular en instalación, se hospitaliza para estudio de imágenes, biopsia, inicio de radioterapia.

1.2.2 Caso clínico n.º4

Paciente varón de 39 años acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 1 mes, caracterizado por alza térmica, malestar general, cansancio y palidez, motivo por el cual acude a otra institución donde le realizan un hemograma que indica pancitopenia y un aspirado de médula ósea con blastos en 30%, motivo por el cual es referido a esta institución.

Antecedentes:

- Personales médicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Transfusiones sanguíneas: si
- RAM: niega
- Alcohol (-), tabaco (-)
- Familiares: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 133/64 mmHg, FC: 82 lpm, FR: 20 rpm, temperatura: 37°C, SatO₂: 98% FiO₂: 0.21.
- Estado general: regular estado general, de hidratación y de nutrición, ventilando espontáneamente.
- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2', palidez ++/+++, no edemas.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no tirajes.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas palpables.
- Sistema nervioso: lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 6.4 g/dL, hto 18.1%, plaquetas: 68 000 mm³, leucocitos 950 mm³, linfocitos: 0, monocitos: 0, eosinófilos: 0, basófilos: 0, neutrófilos: 0, Grupo y factor: B+.
- Glucosa: 141.1 mg/dl
- Creatinina: 0.87
- Urea: 36.4
- Bilirrubina total: 0.56, bilirrubina directa: 0.22, bilirrubina indirecta: 0.34
- DHL: 185
- Fosfatasa alcalina: 199

- Gammaglutamiltransferasa: 98
- TGO: 25, TGP: 34
- Proteínas totales: 7.47g/dl, Albúmina: 3.65 g/dl
- Serológicos: VIH, RPR y Hepatitis B no reactivos.
- Perfil de coagulación: Tp: 16.5, INR: 1.27, Ttp: 32.6.
- Dímero D cuantitativo: 2454.
- Aspirado de médula ósea: citometría de flujo: 88.17% linfoblastos patológicos, citomorfología: 93% blastos.
- TEM de tórax con contraste: en región pectoral derecha, formación hipodensa de aspecto quístico 2.8 x 2.3 cm, en íntimo contacto con músculo pectoral. Adenomegalias en ambas regiones axilares.
- TEM de senos paranasales: retención de secreciones en ambas celdillas etmoidales.
- TEM de abdomen completo con contraste: abdomen y pelvis dentro de límites normales.
- Radiografía de tórax frontal: de características normales.

Impresión diagnóstica:

- Leucemia linfoblástica aguda de células B
- Neutropenia afebril
- Anemia + plaquetopenia

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza para manejo.
- Efectivizar transfusión de 2 paquetes globulares.
- Colocación de CVC.
- Se solicita aspirado de médula ósea, control de balance hidroelectrolítico, citometría y citomorfología de flujo.
- Pendiente inicio de quimioterapia.
- Vigilar signos vitales.

1.3 Rotación en Ginecología y obstetricia

1.3.1 Caso clínico n.º5

Paciente gestante de 37 años, acude a emergencia el 23/11/24 por presentar sangrado vaginal desde hace +/- 2 horas, refiere primer episodio de sangrado vaginal el 31/08/24 el cual cede el mismo día. Refiere segundo episodio el día 23/09 a las 7am. Al momento de la evaluación niega contracciones uterinas, niega pérdida de líquido, niega síntomas de irritación cortical, percibe movimientos fetales.

Antecedentes:

- Personales médicos: niega
- Quirúrgicos: legrado uterino (2023)
- Transfusiones: niega
- RAM: niega
- Gineco-obstétricos: G5 P3013, FUR: no recuerda, CPN: 3, andría: 4, régimen catamenial: irregular, PAP: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 111/63 mmHg, FC: 83 lpm, FR: 16 rpm, temperatura: 36.6°C, SatO2: 97%.
- Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.
- Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2". No edemas.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: contiene útero grávido de tono conservado.
- Genitourinario: sin alteraciones.
 - o Genitales externos: de acuerdo con edad y sexo, se observa escaso sangrado en genitales externos.

- Tacto vaginal: diferido.
- Examen obstétrico: Altura uterina: 34 cm, latidos cardiacos fetales: 140 lpm, dinámica uterina: 0/10, SPP: feto único longitudinal cefálico derecho. Ponderado fetal: 3400g.
- Sistema nervioso: lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 10.5 g/dL, hto 32%, plaquetas: 273 000 mm³, leucocitos 7700 mm³, abastionados 0%. Grupo y factor: A+.
- Glucosa: 75 mg/dl
- Examen de orina: leucocitos 8-10 x campo, hematíes 4-6 x campo, no se observan cilindros, gérmenes 2+. Proteinuria en orina cualitativa: negativa.
- Serológicos: VIH no reactivo, RPR no reactivo, Hepatitis B no reactivo.
- Perfil de coagulación: Tp: 10.2, INR: 0.91, Ttp: 26.1.
- Ecografía transvaginal: feto longitudinal cefálico izquierdo, ponderado fetal: 2925 gramos (percentil 55%), índice de líquido amniótico: 7 cm, placenta: previa total. Gestación única activa de 36 semanas y 5 días por Ecografía de I trimestre, no impresiona signos de acretismo.

Impresión diagnóstica:

- G5 de 36 semanas y 5 días por ECO de primer trimestre.
- No trabajo de parto.
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: placenta previa.
- Alto riesgo obstétrico: edad materna avanzada, CPN insuficientes.

Plan de trabajo:

- NaCl 0.9% 1000 cc} 30 gotas por minuto.
- Cefazolina 2g EV pre SOP.
- Control obstétrico: latidos cardiacos fetales + dinámica uterina.
- Control de funciones vitales.
- Preparar para SOP.
- Disposición: Cesárea.

1.3.2 Caso clínico n.º6

Paciente mujer de 43 años acude a emergencia por presentar dolor abdominal a predominio derecho, trae ecografía particular con diagnóstico de tumoración anexial izquierda y subunidad Beta HCG (11/10/24) en 1700 MUI/dL. Además, refiere sangrado vaginal desde el 01/10/24 que se intensifica el día de hoy de +/- 100 cc.

Antecedentes:

- Personales médicos: niega
- Quirúrgicos: legrado uterino (2001), cesárea (2014) por macrosomía fetal
- Transfusiones: niega
- RAM: niega
- Gineco-obstétricos: G3 P1021, FUR: no recuerda, andría: 4, régimen catamenial: 3/30 PAP: no patológico (2023), método anticonceptivo: T de cobre 2023
- Familiares: mama con DM2 e HTA.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 120/77 mmHg, FC: 86 lpm, FR: 18 rpm, temperatura: 36.8°C, SatO₂: 99%.
- Estado general: aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2". No edemas.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: blando, poco depresible, doloroso a la palpación.
- Genitourinario: conservado.
 - o Tacto vaginal: sangrado escaso en vía vaginal, vagina elástica, cérvix cerrado, largo posterior, útero AVF +/- 8 cm, impresiona dolor en anexo derecho.

- Sistema nervioso: lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb 11.3 g/dL, hto 34%, plaquetas: 341 000 mm³, leucocitos 10 300 mm³, abastionados 0%, Grupo y factor: AB+.
- BHCG: 1 574 mUI/ml
- Examen de orina: leucocitos 1-2 x campo. hematíes 0-1 x campo, nitritos negativos, cilindros negativos, gérmenes escasos. Proteinuria en orina cualitativa: negativo.
- Serológicos: VIH, RPR y Hepatitis B no reactivos.
- Perfil de coagulación: Tp: 11.4, INR: 1.02, Ttp: 28.6.
- Ecografía transvaginal: útero AVF de 78 x 42 x 54 mm, endometrio 17 mm, en el ovario derecho se aprecia imagen heterogénea de aproximadamente 50 x 33 mm, Doppler negativo, sombra acústica negativa, doloroso a la movilización, el ovario izquierdo de 26 x 13 mm. Líquido libre escaso, masa anexial derecha.

Impresión diagnóstica:

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo: embarazo ectópico.
- Cesárea anterior.

Plan de trabajo:

- NaCl 0.9% 1000cc } 30 gotas por minuto.
- Cefazolina 2g EV pre SOP.
- Control de funciones vitales.
- Control de sangrado vaginal.
- Preparar para SOP.
- Disposición: laparotomía exploratoria vs laparoscopia.

1.4 Rotación en Pediatría

1.4.1 Caso clínico n.º7

Paciente femenino de 5 años es traída a la emergencia por su madre, la cual refiere que su hija presenta desde hace 1 semana, tos que induce vómito, rinorrea, irritabilidad, otalgia en oído izquierdo y fiebre de 38.1°C. La madre niega diarreas y molestias urinarias.

Antecedentes:

- Personales médicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones previas: niega
- RAMS: niega
- Vacunas: completas
- Familiares: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: FC: 103 lpm, FR: 24 rpm, temperatura: 36.6°C, SatO2: 98%.
- Estado general: despierta, ventilando espontáneamente.
- Piel y faneras: mucosa oral hidratada, piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2”.
- Orofaringe: congestiva sin exudado.
- Oído izquierdo: a la otoscopia se observa membrana timpánica opaca, dolorosa a la exploración.
- Oído derecho: sin alteraciones a la otoscopia.
- Tórax y pulmones: no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: plano, RHA (+), blando y depresible, no signos peritoneales.
- Sistema nervioso: despierta, reactiva a estímulos, conectada con el entorno.

Impresión diagnóstica:

- Otitis media aguda.

Plan de trabajo:

No amerita exámenes auxiliares, se procede a dar el alta con indicaciones:

- Amoxicilina 250/5ml jarabe (dosis: 80 mg/kg/día) 10 ml vía oral cada 8 horas por 7 días.
- Ibuprofeno 100/5 ml jarabe (dosis: 10 mg/kg/dosis) 10 ml vía oral cada 8 horas por 3 días.
- Control por consultorio externo en 48 horas.
- Se indican los signos de alarma.

1.4.2 Caso clínico n.º8

Paciente varón de 8 años, con antecedente de asma actualmente no tratada, es traído a la emergencia por su madre, quien refiere que su hijo presenta desde hace 3 días tos productiva persistente, silbidos respiratorios y fiebre T°38°C.

Antecedentes:

- Personales médicos: asma actualmente sin tratamiento
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones previas: niega
- RAM: niega
- Vacuna: completas
- Contacto COVID/TBC: niega
- Familiares: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: FC: 90 lpm, FR: 36 rpm, temperatura: 36.8°C, SatO2: 94-97%.
- Estado general: despierto, ventilando espontáneamente.
- Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2”.
- Tórax y pulmones: sibilantes inspiratorios y espiratorios. Tiraje subcostal, intercostal y supraesternal ++/+++.

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: RHA (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación.
- Sistema nervioso: despierto, conectado con el entorno.

Pulmonary score: 4 puntos.

Impresión diagnóstica:

- Crisis asmática moderada.
- Asma aguda no controlada.

Plan de trabajo:

- Prednisona 50mg VO STAT.
- Nebulizaciones con 18 gotas de salbutamol en 4 cc de suero fisiológico cada 20 minutos, 3 veces.
- Paciente culmina las tres nebulizaciones. Al momento de la evaluación el paciente tiene buen patrón ventilatorio, adecuada SatO₂: 96-97%, FR: 24 rpm, FC: 94 lpm, T°36.4°C, al examen físico dirigido, no se evidencian tirajes, a la auscultación pulmonar el murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Pulmonary score: 2 puntos

- Se procede al alta con indicaciones:
 - Salbutamol:
 - 2 puff cada 3 horas por 2 días, luego, 2 puff cada 4 horas por 2 días, luego, 2 puff cada 6 horas por 2 días.
 - Budesonida: 1 puff cada 12 horas.
 - Prednisona (1 mg/kg): 30 mg via oral cada 24 horas por 3 días.
 - Paracetamol (15 mg/kg): condicional a fiebre T°≥ 38°C.
- Control por consultorio externo en 48 horas.
- Se indican los signos de alarma.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Internado de medicina tuvo una duración de 11 meses, iniciando el 1 de febrero de 2024 y culminando el 31 de diciembre de 2024. Durante dicho periodo de tiempo se enriqueció el conocimiento en las cuatro principales áreas médicas como, Cirugía, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. Dentro de las responsabilidades más significativas y propias del interno de medicina, está la elaboración de los casos clínicos, evolución cotidiana de los pacientes hospitalizados, asistencia en los procesos diagnósticos y de tratamiento, elaboración de documentación administrativa, solicitud de ordenes de laboratorio e imágenes, entre otros, las cuales fueron realizadas bajo supervisión del Medico Asistente, con el fin de adquirir y fortalecer competencias en el ámbito clínico y quirúrgico.

Los casos descritos fueron seleccionados durante las rotaciones del internado, llevadas a cabo en los siguientes establecimientos de salud:

Las rotaciones de Cirugía y Medicina Interna en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), situado en el distrito de Surquillo y propio de la DIRIS Lima Centro. Este instituto, clasificado como una institución sanitaria nivel III-2, se distingue por su eficiencia y alta especialización en la atención de pacientes oncológicos. Gracias a sus recursos humanos altamente capacitados y su tecnología de última generación, el INEN se convierte en un referente nacional en la prevención y tratamiento del cáncer (1). Mis responsabilidades como interna de medicina en esta institución se basaban en la realización de los trámites administrativos, curación de los pacientes y asistencia en los procedimientos quirúrgicos.

Asimismo, la rotación de Ginecología y Obstetricia y Neonatología en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), situado en el distrito de Lima. Este instituto, también es categorizado como una entidad de nivel III-2, reconocido como un centro de referencia nacional de pacientes en la atención de mujeres y neonatos, especializado en la salud materno-infantil (2). Ofrece atención ginecológica y obstétrica, manejo de embarazos de alto riesgo, atención neonatal

especializada, servicios de fertilidad, prevención y diagnóstico de cáncer ginecológico, entre otros. En el transcurso de esta rotación, las responsabilidades que asumí comprendieron la elaboración de historias clínicas, la redacción de informes clínicos con el progreso diario de los pacientes, la efectivización de ordenes básicas, así como también, la colocación de implantes anticonceptivos, y la participación en juntas académicas para discusión y análisis de casos clínicos.

El Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña (INSN), situado en el distrito de Breña, adscrito a la DIRIS Lima Centro, fue sede de mi rotación de Pediatría. Este hospital, altamente especializado y reconocido como un centro de referencia, ofrece una atención integral a los niños, desde la prevención hasta el tratamiento especializado de diversas enfermedades. Durante mi rotación por el servicio, tuve la oportunidad de involucrarme en el manejo de diversos casos clínicos y adquirir experiencia práctica en la atención de las urgencias pediátricas más frecuentes.

En definitiva, resultó sumamente enriquecedor haber realizado rotaciones en institutos especializados, en los cuales se procuró identificar casos clínicos representativos que favorecieron la optimización de la capacidad resolutive durante el proceso de formación médica.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Cirugía

3.1.1 Caso clínico n.º 1: Cáncer de mama

El carcinoma de mama se identifica como la enfermedad oncológica más prevalente entre las mujeres a escala global y representa la primera causa de mortalidad por malignidad en este grupo (3). Es una patología heterogénea, tanto en términos biológicos como moleculares (4), y se clasifica en subtipos moleculares de acuerdo con la presencia de receptores hormonales (3):

- Luminal A: se caracteriza por una elevada expresión de receptores de estrógeno y progesterona (RE +) y (PR +), (HER2 -) y bajo índice proliferativo Ki-67.
- Luminal B: caracterizado por expresar receptores de estrógeno y HER2 (RE + y HER2 +), baja expresión de receptores de progesterona (PR +/-) y mayor índice proliferativo Ki-67.
- Triple negativo: descrito por la ausencia de receptores hormonales (RE- y PR-) y del receptor HER2 (HER2-).
- HER2 positivo: se distingue por una sobreexpresión del receptor 2 del Factor de Crecimiento Epidérmico Humano (HER2) y una expresión negativa de los receptores hormonales (RE-) y (PR-).

Esta clasificación en función de la expresión de receptores debe estar incluida en el diagnóstico de cada tumor junto con el tipo histológico, grado de malignidad y clasificación TNM. Todos los parámetros mencionados previamente, pueden ser evaluados mediante una biopsia con aguja gruesa o partir del material obtenido durante el intraoperatorio. Un diagnóstico confiable del tumor basado en dichos criterios será fundamental para determinar el tratamiento individualizado más adecuado para cada paciente (3).

Los factores predisponentes relacionados a esta enfermedad incluyen, el sexo femenino, la edad menor a 50 años, la exposición prolongada a estrógenos, la nuliparidad, factores genéticos, estilos de vida y el uso de terapia de reemplazo hormonal (3). Dentro de las manifestaciones clínicas podemos observar las

alteraciones en la piel, tamaño o forma de la mama, aparición de un nódulo y cambios en los pezones como retracción y/o salida de secreciones (6).

Para la detección precoz y análisis diagnóstico de la enfermedad, la mamografía es el método más empleado para el cribado, ya que se ha evidenciado que reduce la mortalidad. Para obtener el diagnóstico patológico del cáncer de mama se realiza idealmente una biopsia con aguja gruesa y se establece basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5).

En el manejo de esta patología, es importante resaltar que la terapia debe ser individualizada en función a la biología del cáncer y su respuesta al tratamiento (3). El tratamiento es multidisciplinario, incluye terapia locorregional con cirugía o radioterapia y terapia sistémica como la quimioterapia.

El caso clínico descrito fue seleccionado debido a que se trata de un carcinoma de mama infiltrante tipo NOS/NST subtipo Luminal A HER2 equivoco, lo cual indica que es un tumor hormonodependiente con un índice de proliferación (Ki-67) bajo, lo que sugiere un buen pronóstico dentro de este subtipo. Asimismo, la correlación de la mamografía, ecografía y biopsia es compatible con una lesión maligna (BIRADS 6) ubicada en la mama derecha sin afectación ganglionar, lo que sugiere un estadio clínico temprano (IA). Dicho esto, el tratamiento quirúrgico planteado: tumorectomía con biopsia de ganglio centinela, es adecuado para una paciente con estadio clínico IA.

Los resultados del informe anatómico patológico a partir de las muestras obtenidas en el intraoperatorio son los siguientes:

- Ganglio centinela 1: negativo para neoplasia maligna
- Ganglio centinela 2: negativo para neoplasia maligna

Descripción microscópica de pieza operatoria mediana - cuadrantectomía de mama derecha:

- Tipo histológico: carcinoma invasivo NOS con áreas de carcinoma micropapilar
- Grado histológico: II (2/3/1)
- Linfocitos estromales intratumorales: <5%

- Reacción estromal intratumoral: presente
- Localización del tumor: región retroareolar
- Tamaño tumoral: el diámetro mayor del carcinoma invasivo mide 13 mm
- Tejido mamario no tumoral: sin alteración histológicas significativas

3.1.2 Caso clínico n.º 2: Carcinoma papilar de tiroides

El carcinoma papilar de tiroides constituye la variedad de cáncer que afecta con mayor frecuencia la tiroides tanto en pacientes adultos como en la población pediátrica. Dentro de los factores predisponentes, destaca la exposición a la radiación, otros factores incluyen la dieta rica en yodo, la obesidad, factores hormonales y contaminantes ambientales (7). Este tipo de cáncer se caracteriza por su evolución lenta y progresiva, que generalmente tiene cura (8).

El método diagnóstico de elección es la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y citología, es una intervención mínimamente invasiva que requiere la obtención de una muestra de la lesión para su estudio bajo el microscopio. Por otro lado, la ecografía de partes blandas de la región cervical facilita la identificación de las dimensiones del nódulo para el seguimiento de la enfermedad, además, puede detectar nódulos no perceptibles a la palpación, nódulos múltiples y adenopatías cervicales (9).

Existen diversos factores que pueden contribuir a un peor pronóstico en la enfermedad, los cuales incluyen una edad avanzada, sexo masculino y tumor de gran volumen con invasión extratiroidea. La terapia de primera línea es la cirugía, su extensión depende de las dimensiones del tumor principal y la aparición o no de metástasis ganglionar, generalmente se realiza una tiroidectomía total en tumores que miden más de 1 cm. Posterior a ello, se sugiere la administración oral de yodo radioactivo para lograr la eliminación de células tiroideas residuales (9).

La paciente cuyo caso clínico se presenta, tuvo una evolución progresiva de la enfermedad, caracterizada por una tumoración cervical de gran tamaño (6 x 5 cm), la cual destaca ya que no desarrolló síntomas asociados, sin embargo, a la exploración física se hallaron características sospechosas (consistencia dura,

irregularidad y extensión local aparente). En relación con los exámenes auxiliares solicitados, la BAAF sugiere el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides, sin embargo, no se dispone de resultados anatomopatológicos definitivos, los cuales son esenciales para confirmar el diagnóstico final. Por otro lado, la elevación de TSH y T4 libre indican hipotiroidismo subclínico, lo cual es relevante en el contexto de la enfermedad.

Finalmente, el tratamiento quirúrgico propuesto, tiroidectomía total más linfadenectomía cervical, es adecuado para el manejo del carcinoma papilar localmente avanzado. Como consideración adicional, se sugiere seguimiento del nódulo pulmonar hallado incidentalmente mediante tomografía, aunque es inespecífico, se debe descartar diseminación.

3.2 Rotación en Medicina Interna

3.2.1 Caso clínico n.º 3: Cáncer de próstata y compresión medular

El cáncer de próstata se encuentra entre las neoplasias más frecuentes en la población masculina a nivel mundial, con una incidencia que ha incrementado en los últimos años, debido principalmente al uso oportuno de la prueba de detección del antígeno prostático (PSA). La probabilidad de manifestarse este cáncer se intensifica con la edad y la existencia de predisposición familiar asociada con esta patología. Los síntomas asociados con mayor frecuencia son las alteraciones del tracto urinario inferior, como nicturia, flujo urinario débil o entrecortado, disfunción eréctil y hematuria (10).

El cáncer de próstata debe considerarse como una posibilidad diagnóstica en varones mayores de 50 años que presentan dichas manifestaciones clínicas. El tacto rectal es una prueba recomendada en conjunto con el análisis de antígeno prostático (PSA) para la toma de decisiones sobre el manejo posterior. La biopsia de próstata con abordaje transrectal o transperineal guiado por ecografía es el método diagnóstico actual, se toman muestras de todas las regiones de la próstata y se analizan histológicamente para la clasificación del tumor (10).

La compresión medular es una complicación asociada con frecuencia a las neoplasias metastásicas de la próstata, entre el 1-12% de los pacientes con cáncer de próstata desarrollaran esta complicación y en el 19% de los casos, es la primera manifestación de la enfermedad (11).

El daño de la médula espinal es secundario a la metástasis en la región vertebral, el tumor produce obstrucción venosa y edema vasogénico por el efecto compresivo del tumor. Para el diagnóstico temprano de la compresión medular se aconseja la implementación de la resonancia magnética, que es crucial para el manejo adecuado. El tratamiento suele combinar radioterapia y cirugía de descompresión, siendo la primera, la más utilizada en pacientes mayores o con comorbilidades, mientras que la cirugía está indicada en casos de compresión de alto grado o tumores resistentes a la radioterapia (11).

El presente caso ha sido descrito debido a la forma de presentación del cáncer, caracterizada por una progresión lenta de síntomas inespecíficos (lumbalgia y pérdida de fuerza) que culminó en el diagnóstico de enfermedad metastásica avanzada con complicaciones neurológicas. Este caso clínico resalta la importancia de realizar exámenes de tamizaje de cáncer de próstata en pacientes con indicadores de riesgo, asimismo de reconocer las manifestaciones iniciales de la enfermedad para prevenir complicaciones graves (como la compresión medular) y optimizar el tratamiento oportuno.

En este caso, el tumor primario condicionó un cuadro de compresión medular, motivo por el cual se indicaron estudios por imágenes que brindaron información de las vértebras afectadas. De acuerdo con eso, se indicó radioterapia externa a dosis de 3000 CGy en 10 sesiones a campo directo de D3 a D10 en técnica 2D, con adecuada tolerancia. Posterior a ello, el paciente refirió dolor lumbar (EVA: 5/10), dolor en miembro inferior izquierdo y deambulación sin dificultad.

3.2.2 Caso clínico n.º 4: Leucemia linfoblástica aguda de células B

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una enfermedad oncohematológica que se manifiesta por la proliferación anormal de células linfáticas inmaduras que

penetran la médula ósea y sitios extramedulares, y es el ejemplar de leucemia más usual en pacientes pediátricos, aunque también afecta a los adultos (12). Se puede clasificar según el tipo de célula afectada, en linaje B, linaje T y de células NK que es poco común y no es morfológicamente indistinguible (13). Entre los factores predisponentes que acrecientan el riesgo de presentar la enfermedad se encuentran la edad avanzada (>70 años), el antecedente de exposición a radiación ionizante o quimioterapia y trastornos genéticos como el Síndrome de Down (12).

Para evaluar adecuadamente a los pacientes con sospecha diagnóstica de esta patología es esencial realizar una historia clínica exhaustiva y evaluación física minuciosa. Además, se deben solicitar análisis de sangre y estudios de imágenes según sea necesario. Los análisis hematológicos incluyen hemograma completo, perfil bioquímico, exámenes de función hepática, perfil de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activada, dímero D y fibrinógeno), perfil de lisis tumoral (LDH, ácido úrico, potasio, calcio y fosfato). Se recomiendan tomografías computarizadas con contraste endovenoso de la región cervical, tórax, abdomen o pelvis según las manifestaciones del paciente, un PET/CT en casos de sospecha de afectación extramedular. Es importante resaltar la necesidad de realizar un tamizaje de infecciones oportunistas en todos los pacientes (12).

El tratamiento de esta neoplasia se divide en fases: inducción, consolidación, intensificación y mantenimiento a largo plazo, siendo la quimioterapia la terapia base para la inducción de la remisión y el trasplante alogénico de médula ósea, posterior a la fase de consolidación. Por otro lado, el tratamiento con inmunoterapia destaca por su capacidad para optimizar la supervivencia de los pacientes y comprimir los efectos tóxicos de la quimioterapia, al aprovechar el sistema inmunológico del paciente para atacar las células cancerosas (13).

En el caso clínico expuesto, resalta la manifestación de la leucemia linfoblástica aguda (LLA), caracterizada por pancitopenia. Si bien la pancitopenia es una forma de presentación relativamente rara de la LLA, esta condición se explica por la infiltración de células leucémicas en la médula ósea, lo que ocasiona una

disminución de las tres líneas celulares principales: eritrocitos, leucocitos y plaquetas (14).

Dentro del plan de manejo del caso clínico presentado, se dio prioridad a la estabilización del paciente, mediante la transfusión de 2 paquetes globulares para restaurar los niveles de hemoglobina y la colocación del CVC para facilitar la administración de quimioterapia y otros medicamentos. Por último, resaltar la necesidad de una supervisión continua de las funciones vitales y signos de alarma, para anticipar la administración de antibióticos en situaciones de fiebre u otros indicadores de infección, debido al elevado riesgo de infecciones graves por la neutropenia severa.

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

3.3.1 Caso clínico n.º 5: Placenta previa

La placenta previa es una complicación obstétrica caracterizada por la implantación anormalmente baja de la placenta en el área inferior del útero y suele clasificarse según la proximidad del borde placentario al orificio cervical interno (OCI). De tal manera, una “placenta previa total” ocurre cuando la extensión de la placenta envuelve el orificio cervical interno (OCI) en su totalidad, si el borde placentario se superpone parcialmente, se considera como “placenta previa parcial”. Así mismo, el término “placenta previa marginal” se refiere a la implantación del borde placentario en el borde del orificio cervical interno (OCI), y se considera “placenta previa de inserción baja” cuando el borde placentario está a dos o más centímetros del OCI (15).

Esta condición es una causa significativa de hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y conlleva un mayor trance de complicaciones graves para la madre y el feto como el acretismo placentario, hemorragia potencialmente mortal, histerectomía y parto prematuro. Los factores de riesgo incluyen un historial de cesárea previa, una edad materna avanzada, la aplicación de metodologías de reproducción asistida, el consumo de tabaco y el consumo de cocaína durante el periodo gestacional (15).

La descripción de las manifestaciones clínicas es fundamental para el diagnóstico y tratamiento oportuno, el síntoma más característico es hemorragia vaginal indolora en la segunda mitad del embarazo, que puede ser intermitente o continua y se diferencia de otras causas de hemorragia obstétrica como el desprendimiento prematuro de placenta, por la ausencia de dolor (16). Ante la sospecha, se recomienda realizar una ecografía transvaginal para corroborar el diagnóstico y determinar el plan de trabajo apropiado (15).

El manejo de la placenta previa depende de su severidad, la presencia de sangrado vía vaginal y la edad gestacional. En casos de placenta previa sin sangrado, el momento y vía del parto se determina en el control prenatal a las 36 semanas de gestación. Si se trata de una placenta de inserción baja sin sangrado, se puede considerar un parto vía vaginal, de lo contrario el tratamiento de elección es la cesárea electiva o de emergencia en casos de sangrado persistente (15).

En el caso clínico presentado, destaca el patrón del sangrado vaginal, el cual se autolimitó y no se asoció con dinámica uterina, lo que pudo contribuir a que pasara desapercibido. Gracias a un diagnóstico oportuno mediante la ecografía, se indicó la realización de una cesárea como medida terapéutica. Adicionalmente, la paciente solicitó como método anticonceptivo definitivo, realizándose un bloqueo tubárico bilateral. Finalmente, la paciente recibió el alta médica al cumplir tres días de evolución favorable.

3.3.2 Caso clínico n.º 6: Embarazo ectópico

El embarazo ectópico, causa de hemorragia obstétrica en la primera mitad de la gestación, es una situación que se caracteriza por la implantación anormal de un óvulo fecundado en una ubicación extrauterina, siendo la trompa de Falopio la ubicación más frecuente. Los indicadores de riesgo asociados son: edad materna avanzada (>35 años), antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugías pélvicas, embarazo ectópico previo (con riesgo del 10%), patologías anexiales documentadas, infertilidad y tabaquismo. Sin embargo, existen casos

en los que se diagnostica un embarazo ectópico sin la presencia de factores predisponentes identificados (17).

Se debe sospechar de esta condición en toda mujer en edad fértil que refiera sangrado vaginal, acompañado o no de dolor abdominal bajo, y cuyo embarazo intrauterino no haya sido confirmado. El dolor abdominal de esta condición varía en su presentación; usualmente inicia como un dolor pélvico tipo cólico, localizado a predominio derecho o izquierdo, y puede generalizarse si ocurre la ruptura de la trompa. Durante el examen físico, se puede palpar una masa anexial que genera dolor durante su movilización y en casos de embarazo ectópico roto con hemoperitoneo, se podría evidenciar hipotensión y taquicardia, signos sugerentes de inestabilidad hemodinámica (17).

El diagnóstico se realiza mediante una evaluación clínica integral, basada en los hallazgos clínicos, ecografía transvaginal y los niveles séricos de B-hCG. La B-hCG es detectable ocho días después de la ovulación y suele ser monitoreada cada 48 horas para analizar su tasa de incremento, lo cual es útil para distinguir un embarazo normal de uno ectópico. Un incremento más lento de lo esperado o una disminución de los niveles de B-hCG es sugerente de embarazo ectópico. La ecografía transvaginal puede ser útil para confirmar el diagnóstico, al observar la presencia del saco vitelino y/o embrión en los anexos. Sin embargo, dado que la mayoría de los embarazos ectópicos no progresan hasta esa etapa, el diagnóstico se basa en la historia clínica junto con los niveles seriados de B-hCG (17).

El plan de manejo de esta patología obstétrica depende de la estabilidad hemodinámica de la paciente. En casos de inestabilidad, que sugieren la ruptura del embarazo ectópico, se requiere una intervención quirúrgica de emergencia. En pacientes estables y sin ruptura, se puede considerar el tratamiento médico con metotrexato vía intramuscular, una salpingostomía o salpingectomía (17).

En el caso clínico presentado, se identificaron en la paciente signos y síntomas característicos de la enfermedad. El diagnóstico fue confirmado con ayuda de la B-hCGG serológica y la ecografía transvaginal que indicó la presencia de una

masa anexial derecha de 50 x 33 cm y escaso líquido libre en la cavidad, en base a estos hallazgos, se decidió proceder con un abordaje quirúrgico, llevando a cabo una salpingectomía unilateral derecha. Durante el postoperatorio, la paciente tuvo una recuperación favorable, sin sangrado activo vía vaginal ni signos de flogosis en la herida operatoria. Como terapia analgésica, se le administró metamizol endovenoso a dosis de 2 gramos cada ocho horas durante dos días. Al tercer día de postoperada, recibió el alta médica con las siguientes indicaciones:

- Ibuprofeno vía oral, 400 mg cada ocho horas por tres días.
- Control por consultorio externo en siete a diez días.

3.4 Rotación en Pediatría

3.4.1 Caso clínico n.º 7: Otitis media aguda

La otitis media aguda (OMA) es la inflamación aguda y potencialmente dolorosa del oído medio, caracterizado por la secreción de exudado purulento, seroso, mucoso o mixto. Es considerada como una de las infecciones más usuales en la población pediátrica, estando asociada a múltiples componentes de riesgo, entre los que destacan: la edad (<2 años), el antecedente de OMA antes de los seis meses de vida, el antecedente familiar de OMA recurrente, la participación en guarderías, ya que incrementa el riesgo de colonización por virus y bacterias, y en lactantes, la prematuridad e inmunodeficiencias (18).

La propagación de microorganismos desde la nasofaringe hasta el oído medio por medio de la trompa de Eustaquio es un proceso fundamental en la fisiopatología de esta condición. Este proceso puede ser facilitado por una infección de la vía aérea superior. Los principales agentes patógenos asociados son, el virus sincitial respiratorio, virus de la influenza, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *S. aureus* y *Streptococcus* beta-hemolítico del grupo A (*S. pyogenes*) (18).

Los signos y síntomas de esta infección aguda suelen manifestarse en las primeras 48 – 72 horas e incluyen otalgia, otorrea, abombamiento de la

membrana timpánica, así como irritabilidad, vómitos, diarrea e hiporexia en lactantes. El diagnóstico es predominantemente clínico y parte de la otoscopia, donde se pueden observar hallazgos como abombamiento de la membrana timpánica u opacidad de esta, acortamiento del reflejo luminoso, hiperemia y dolor durante la exploración (18).

El tratamiento de la OMA comprende el manejo sintomático para controlar el dolor, complementado con antibiotioterapia. Se recomienda la administración de ibuprofeno a dosis habituales por su efecto antiinflamatorio, mientras que la amoxicilina a dosis altas por 7 – 10 días, es el antibiótico de primera línea. En casos de menores de seis meses o de evolución desfavorable, se recomienda asociar amoxicilina con ácido clavulánico. Por último, es importante mencionar que la administración de antihistamínicos, descongestionantes y/o corticoides no está recomendada, ya que no existe evidencia suficiente que la respalde (18).

En el caso clínico expuesto, se evidenciaron hallazgos inflamatorios de la vía aérea superior y en la exploración otoscopia, lo cual facilitó el diagnóstico al correlacionarlos con los síntomas mencionados por la madre del paciente. Dicho esto, se procedió a explicar detalladamente a la madre el tratamiento ambulatorio prescrito, así como los signos de alarma que justificarían una reevaluación en los servicios de emergencia en caso de presentarse.

3.4.2 Caso clínico n.º 8: Crisis asmática

Las crisis asmáticas son el motivo de consulta en la emergencia más frecuente en Pediatría, siendo un 15% de los pacientes los que precisan hospitalización para su manejo y control estricto (19). Este proceso se distingue por sus manifestaciones como la inflamación, hiperreactividad y obstrucción reversible de la vía aérea, lo cual se traduce en disnea, sibilancias a predominio espiratorio, tos y dolor torácico. Al examen físico, suelen presentar un patrón ventilatorio alterado con signos de dificultad respiratoria como tirajes. Estas manifestaciones pueden evolucionar de manera abrupta o progresiva y suelen ocurrir en pacientes con historial conocido de asma (19).

Dentro de los factores desencadenantes, destacan las infecciones virales, la exposición a alérgenos y la pobre adherencia a los tratamientos preventivos o de mantenimiento para el asma. El diagnóstico se establece a partir de la valoración de la historia clínica y la inspección física del paciente, adicionalmente se han desarrollado escalas de valoración clínica con el fin de estratificar la magnitud del cuadro y la respuesta al tratamiento. El Pulmonary Score (figura 1) es una escala ampliamente utilizada en la práctica clínica, clasifica al paciente según la puntuación obtenida: leve (< 3), moderado (4 - 6) y severo (> 6), en caso obtener una puntuación que no se correlacione con la saturación de oxígeno, se utilizara al que brinde mayor gravedad (19).

El tratamiento se enfoca en controlar y revertir el broncoespasmo mediante la administración de broncodilatadores inhalados, siendo los agonistas β -2 adrenérgicos, como el salbutamol, el fármaco de primera línea. Además, se recomienda el uso de corticoides sistémicos para reducir la inflamación y potenciar la efectividad de los broncodilatadores inhalados. La administración de oxígeno húmedo está indicada en casos de hipoxemia ($\text{SatO}_2 \leq 92\%$) o cuando se observa un esfuerzo respiratorio severo (19).

Tabla 1. Pulmonary Score

Puntuación PS	Frecuencia respiratoria por edad		Sibilancias	Uso de músculos accesorios (ECM)
	<6 años	>6 años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración	Moderado
3	>60	>50	Inspiración y espiración sin fonendoscopio*	Máximo

*Si no hay sibilancias y la actividad del ECM está aumentada, puntuar 3.

Figura 1: Pulmonary Score. Extraído de: Paniagua, N., Benito, F. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. 2020.

En el caso clínico descrito, el paciente desarrolló una clínica compatible con una crisis asmática, la cual, sumada al antecedente de asma facilitó la orientación

diagnostica. Se procedió rápidamente a estratificar la gravedad el cuadro empleando el Pulmonary Score, con los siguientes parámetros:

- Frecuencia respiratoria: 36 rpm (2 puntos)
- Sibilancias en toda la espiración (2 puntos)

Otorgando una puntuación total de 4 puntos, motivo por el cual el diagnóstico planteado fue una crisis asmática moderada. Dicho esto, como medida terapéutica inicial se decidió administrar prednisona 50 mg VO STAT para lograr la estabilización del paciente, el cual presentaba signos de dificultad respiratoria. Seguido de nebulizaciones con salbutamol a las dosis habituales hasta alcanzar un patrón ventilatorio adecuado y mejoría de los síntomas, de tal manera que al reevaluar al paciente se constató una reducción del Pulmonary Score a 2 puntos, demostrando una evolución clínica favorable al tratamiento instaurado.

Finalmente, se le explico detalladamente a la madre el tratamiento de mantenimiento para el alta y los signos de alarma que justificarían su retorno a la emergencia pediátrica.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El Internado de Medicina es un espacio en el que los estudiantes realizaron rotaciones en diversas especialidades médicas, incluyendo Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría. Además, se implementó una alternancia de dos meses en un Centro de Salud de primer nivel de atención, la que representó una preparación esencial para la subsiguiente fase profesional, el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

Durante mi experiencia como interna de medicina, los conocimientos adquiridos durante esta etapa se desarrollaron principalmente a través de la práctica clínica diaria. Además de las responsabilidades administrativas, tuve la oportunidad de participar activamente en el área quirúrgica, lo que me permitió adquirir conocimientos sobre las técnicas quirúrgicas, la monitorización de los signos de alarma y los cuidados postoperatorios de los pacientes.

La oportunidad de rotar en instituciones altamente especializadas, como el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) y el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), me permitió conocer las patologías más prevalentes y de mayor complejidad en cada una de las cuatro especialidades. Esta experiencia me facilitó la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos enfocados en la prevención, diagnóstico y tratamiento, basados en protocolos actualizados y el acceso a recursos avanzados.

Pese a que el internado es una etapa de aprendizaje previo a la vida laboral, los internos asumimos responsabilidades significativas en el cuidado de los pacientes, bajo la orientación y supervisión de médicos especialistas. Esta práctica garantiza el aprendizaje en la toma de decisiones clínicas y el desarrollo de competencias esenciales para el ejercicio de la medicina, permitiendo consolidar habilidades técnicas e interpersonales en un entorno profesional exigente.

CONCLUSIONES

1. El Internado Médico compone una etapa crucial en la formación profesional de los futuros médicos, al consolidar los estudios alcanzados durante los años previos y permitir su aplicación en un entorno clínico real. Durante este periodo, se fomenta el desarrollo de aptitudes prácticas y teóricas, el trabajo en grupo, la comunicación eficaz y la toma de decisiones.
2. Esta experiencia permite una interacción directa con los pacientes y una participación activa en su atención, lo que fortalece las capacidades preventivas, diagnósticas y terapéuticas, además de brindar una visión completa del sistema de salud.
3. Finalmente, este periodo ofrece una oportunidad invaluable para que el interno explore las diversas especialidades médicas. No solo facilita un proceso de autodescubrimiento, permitiendo identificar la especialidad que más se alinea con sus intereses, sino que también le brinda una oportunidad para desenvolverse y fortalecer cualidades y habilidades fundamentales que serán necesarias durante su desempeño como médico residente.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que los médicos especialistas brinden una supervisión y orientación cercana a los estudiantes, para fomentar su aprendizaje y garantizar la calidad de la atención al paciente.
2. Si bien gran parte de las responsabilidades asignadas al interno consisten en tareas administrativas, resulta fundamental que los médicos asistentes y residentes no pierdan de vista su rol como impulsores del aprendizaje, por tanto, es recomendable que equilibren sus responsabilidades administrativas con su rol de mentores, para garantizar una experiencia de aprendizaje enriquecedora para los internos.
3. En este contexto, resalta la importancia de la salud mental en el ambiente laboral, especialmente en el ámbito médico, en el cual existe una demanda emocional y física elevada. Es muy frecuente que los internos y otros profesionales en formación se enfrenten a maltratos por parte de superiores, lo que puede generar un impacto negativo en su etapa de formación. Se debe promover un entorno de trabajo saludable y proactivo hacia la salud mental que motive a los próximos médicos a ser un ejemplo para la sociedad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INEN. 2019 [citado 30 diciembre 2024]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/inen-obtiene-maxima-categorizacion-en-nivel-de-atencion-que-otorga-el-ministerio-de-salud/>
2. INMP. 2015 [citado 30 diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/inmp-es-asignado-como-establecimiento-de-salud-nivel-iii-2>
3. Smolarz B, Nowak AZ, Romanowicz H. Cancer de mama: epidemiologia, clasificacion, patogenia y tratamiento (revision de la literatura). *Cancers (Basel)* [Internet]. 2022 [citado el 30 de diciembre de 2024];14(10):2569. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6694/14/10/2569>
4. Swaminathan H, Saravanamurali K, Yadav SA. Extensive review on breast cancer its etiology, progression, prognostic markers, and treatment. *Med Oncol* [Internet]. 2023 [citado el 30 de diciembre de 2024];40(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12032-023-02111-9>
5. Hong R, Xu B. Breast cancer: an up-to-date review and future perspectives. *Cancer Commun (Lond)* [Internet]. 2022 [citado el 30 de diciembre de 2024];42(10):913–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/cac2.12358>
6. OMS. Cáncer de mama [Internet]. *Who.int*. [citado el 30 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
7. Lam AK. Papillary Thyroid Carcinoma: Current Position in Epidemiology, Genomics, and Classification. *Methods in molecular biology*. New York, NY: Springer US; 2022. [citado el 31 de diciembre de 2024] p. 1-15. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-0716-2505-7_1
8. Petrini, I., Cecchini, R. L., Mascaró, M., Ponzoni, I., & Carballido, J. A. Papillary Thyroid Carcinoma: A thorough Bioinformatic Analysis of Gene Expression and Clinical Data. 2023. [citado el 31 de diciembre de 2024] 14(6), 1250. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/genes14061250>
9. Abdullah, M. I., Junit, S. M., Ng, K. L., Jayapalan, J. J., Karikalan, B., & Hashim, O. H. Papillary Thyroid Cancer: Genetic Alterations and Molecular Biomarker Investigations. *International journal of medical sciences*. 2019.

- [citado el 31 de diciembre de 2024] 16(3), 450–460. Disponible en: <https://doi.org/10.7150/ijms.29935>
10. Merriel, S. W. D., Funston, G., & Hamilton, W. Prostate Cancer in Primary Care. *Advances in therapy*. 2018. [citado el 02 de enero de 2025] 35(9), 1285–1294. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0766-1>
 11. Tazi, H., Manunta, A., Rodriguez, A., Patard, J. J., Lobel, B., & Guillé, F. Spinal cord compression in metastatic prostate cancer. *European urology*. 2003. [citado el 02 de enero de 2025] 44(5), 527–532. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0302-2838\(03\)00355-5](https://doi.org/10.1016/s0302-2838(03)00355-5)
 12. Brown, PA., Shah, B., Advani, A., Aoun, P., et al. Acute Lymphoblastic Leukemia, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. [Internet]. 2021 [citado el 03 de enero de 2025]; 19(9), 1079–109. Disponible en: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.0042>
 13. Aureli, A., Marziani, B., Venditti, A., Sconocchia, T., & Sconocchia, G. Acute Lymphoblastic Leukemia Immunotherapy Treatment: Now, Next, and Beyond. *Cancers*. [Internet]. 2023 [citado el 03 de enero de 2025]; 15(13), 3346. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/cancers15133346>
 14. Kulkarni, K. P., & Marwaha, R. K. Acute lymphoblastic leukemia with pancytopenia at presentation: clinical correlates, prognostic impact, and association with survival. *Journal of pediatric hematology/oncology*. [Internet]. 2013 [citado el 03 de enero de 2025]; 35(7), 573–576. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e31829d46f3>
 15. Grönvall, M., Stefanovic, V., Paavonen, J., Loukovaara, M., & Tikkanen, M. Major or minor placenta previa: Does it make a difference?. [internet]. 2019 [citado el 03 de enero de 2025]; 85, 9–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2019.08.080>
 16. Smith, D. D., Adesomo, A. A., Gonzalez-Brown, V. M., Russo, J., Shellhaas, C., Costanstine, M. M., & Frey, H. A. Sonographic Predictors of Antepartum Bleeding in Placenta Previa. *American journal of perinatology*. [Internet]. 2024 [citado el 04 de enero de 2025]; 41(8), 961–968. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/a-2257-3106>
 17. Hendriks, E., Rosenberg, R., & Prine, L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *American family physician*. [Internet]. 2020 [citado el 04 de

enero de 2025]; 101(10), 599–606. Disponible en:
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0515/p599.html>

18. Cañete MC, Martín DL. Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis [Internet]. Aeped.es. [citado el 5 de enero de 2025]. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6_otitis.pdf
19. Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias [Internet]. Aeped.es. [citado el 5 de enero de 2025]. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf