



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA Y EN EL CENTRO DE
SALUD DE SURCO 2022- 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARIA OMAIRA BENITO VASQUEZ**

ASESOR

URSULA MARIA PAREDES MARTINEZ

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA Y EN EL
CENTRO DE SALUD DE SURCO 2022- 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

MARIA OMayra Benito Vasquez

ASESORA

MC. ÚRSULA MARIA PAREDES MARTINEZ

LIMA – PERU

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

2023

DEDICATORIA

A todos mis seres queridos, los que están y los que ya no, por el invaluable y fortalecedor apoyo que he recibido de cada uno de ellos durante toda esta etapa universitaria de subidas y bajadas.

ÍNDICE

PORTADA	
JURADO	2
DEDICATORIA	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	25
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	27
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	39

RESUMEN

El séptimo año de medicina, conocido como el internado médico, es una etapa esencial en la vida de todo estudiante de medicina, donde se ponen en práctica y afianzan los conocimientos y aptitudes obtenidos previamente de manera teórica.

El internado que se desarrolló en el periodo de junio del 2022 y marzo del 2023, tuvo particularidades, al igual que los años anteriores, por el contexto de la pandemia del COVID-19, dividiéndose en cinco meses en el primer nivel de atención y cinco meses restantes en centros hospitalarios de mayor complejidad.

Durante los cinco meses en el Hospital María Auxiliadora, se cursa por las cuatro principales especialidades, siendo Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina interna y Cirugía; cada una con una duración de aproximadamente 5 semanas.

En el siguiente trabajo se describen dos casos clínicos por cada una de las especialidades mencionadas anteriormente. Asimismo, se expone la vivencia laboral y académica, detallando las diferentes funciones y tareas que los internos deben desarrollar día a día, según el área de rotación. Del mismo modo, se analizan las dificultades presentadas por nuestra promoción de internos, al haber realizado los dos últimos años de carrera de manera virtual, sin externado o con escasas prácticas intrahospitalarias, a causa de las restricciones que la pandemia trajo consigo, y cómo se contrarrestó la inexperiencia para alcanzar un adecuado desenvolvimiento.

Objetivo: Dar a conocer y describir la experiencia durante el séptimo año de la carrera de medicina en el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud de Surco.

Materiales y métodos: La población en estudio fueron los pacientes del Hospital María Auxiliadora, a través de la revisión de sus respectivas historias clínicas.

Conclusiones: El internado médico es una etapa de suma importancia para todos los estudiantes, donde se ponen en práctica y se refuerzan los conocimientos adquiridos previamente a lo largo de la carrera.

Palabras clave: Internado médico, Medicina, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Casos clínicos, COVID-19.

ABSTRACT

The seventh year of medicine studies, known as the medical internship, is an essential stage in the life of every medical student, where the knowledge and skills previously obtained are put into practice and strengthened.

The internship that took place between June 2022 and March 2023, had particularities, as in previous years, due to the context of the COVID-19 pandemic, being divided into five months at the first level of care and five remaining months in more complex hospitals.

During the five months at the María Auxiliadora Hospital, the four main specialties are studied, being Gynecology-obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine and Surgery; each with a duration of approximately 5 weeks.

In the following work, two clinical cases are described for each of the specialties mentioned above. Likewise, the work and academic experience is exposed, detailing the different functions and tasks that the interns must carry out on a daily basis, according to the rotation area. In the same way, the difficulties presented by our generation of interns are analyzed, having completed the last two years of the degree virtually, without in-hospital practices, due to the restrictions that the pandemic brought with it, and how inexperience was counteracted to achieve adequate development.

Objective: to report and describe the experience during the seventh year of medical school in a María Auxiliadora hospital and Centro de Salud de Surco.

Materials and methods: the study population were the patients of the María Auxiliadora hospital through their respective clinical histories.

Conclusions: the medical internship is an extremely important stage for all students, where they put into practice and reinforce the knowledge previously acquired throughout their career.

Keywords: medical internship, Medicine, Pediatrics, Gynecology and Obstetrics, Surgery, clinical cases, COVID-19.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA Y
EN EL CENTRO DE SALUD DE SURCO 2

AUTOR

MARIA OMAYRA BENITO VASQUEZ

RECuento DE PALABRAS

9038 Words

RECuento DE CARACTERES

50726 Characters

RECuento DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

59.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 7:20 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 7:22 PM GMT-5

● 10% de similitud general

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

- 10% 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



.....
Ursula María Paredes Martínez
ASESORA

<https://orcid.org/0009-0000-3378-5017>

INTRODUCCIÓN

El séptimo año de la carrera de medicina humana, conocido como Internado médico, se desarrolló entre los meses de junio del 2022 y marzo del 2023. Durante este periodo se ponen en práctica y afianzan los conocimientos y aptitudes obtenidas a lo largo de los años de la carrera.

Esta etapa es de vital importancia para la adquisición de experiencia pre profesional y para desarrollar capacidades que permitan un adecuado desenvolvimiento en la relación médico-paciente. Este año es particularmente trascendental en comparativa a promociones anteriores, debido a que, muy probablemente, somos el grupo de estudiantes más afectado académicamente por la pandemia del COVID-19; ya que fueron los cuatro últimos ciclos, correspondientes a quinto y sexto año de Medicina Humana, los que se llevaron a cabo de manera exclusivamente virtual, con asignaturas que, en su mayoría son netamente prácticas, como cirugía, gineco-obstetricia y pediatría; por lo que estos meses en los centros hospitalarios significaron la primera y última oportunidad para aprender y mejorar la ejecución de diversos procedimientos médicos.

El inicio del internado médico 2022 en principio iniciaría en mayo de ese mismo año, sin embargo, debido a que la Resolución Ministerial N° 351-2022 del MINSA y la Directiva administrativa para el desarrollo de actividades de internado en ciencias de la salud, aún no era publicada, debió postergarse hasta el primero de junio. Dichos documentos disponen que las rotaciones de los internos de ciencias de la salud se realicen en los establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de la jurisdicción de la misma DIRIS/DIRESA/GERESA; con el cumplimiento de seis horas diarias y complementariamente doce horas continuas hasta una vez por semana.

Tras lo anteriormente expuesto, realicé el internado médico en dos sedes, una de ellas es el Centro de Salud de Surco, correspondiente al primer nivel de atención, el cual cuenta con diversos servicios de atención, siendo las rotaciones fundamentalmente en Medicina general, DPCTB (Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis), Obstetricia y CRED (Control de crecimiento y

desarrollo). Posteriormente, los últimos cinco meses, que comprenden noviembre del 2022 a marzo del 2023, culminé mi internado en el Hospital María Auxiliadora, donde las rotaciones se dividieron en cuatro servicios y en el siguiente orden: Ginecología y obstetricia, pediatría, medicina y cirugía. Cada uno con una duración de aproximadamente 6 semanas.

A continuación, en los siguientes capítulos de este trabajo, se detallará mi experiencia personal en cada uno de estos niveles de atención, así como una breve comparativa entre ambos y mi opinión acerca de esta nueva modalidad de internado que fue implementada a raíz del contexto del COVID-19.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Los siguientes son ocho casos clínicos que se desarrollaron a lo largo de mis rotaciones en las diversas especialidades del Hospital María Auxiliadora.

I.1. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Dicha rotación fue la primera que realicé dentro del hospital, la cual inició el primero de noviembre del 2022 y culminó el ocho de diciembre del mismo año.

Fueron tres las áreas de ginecología y obstetricia donde realizamos prácticas:

- a) Hospitalización: Donde se encuentran las pacientes internadas por complicaciones en la gestación; algunas de ellas programadas para SOP y puérperas en recuperación post cesárea. También están las pacientes con patología ginecológica, a quienes se les realizará algún procedimiento quirúrgico o manejo médico con monitoreo continuo.
- b) Centro obstétrico: Se trata de un área compartida con los/las obstetras, quienes, en trabajo conjunto con los médicos, asistimos a las mujeres que están en trabajo de parto y a las puérperas inmediatas o mediatas, que están en recuperación tras un parto natural.
- c) Tópico de ginecología: Es el punto de entrada de las emergencias ginecológicas y obstétricas. Aquí se maneja a las gestantes que llegan en fase activa de labor de parto, gestantes con signos de alarma, no gestantes con patologías que ponen en riesgo su vida, como sangrado abundante, dolor intenso que podría requerir de cirugía, entre otros muchos casos que necesitan de una atención inmediata.

1.1.1 Caso clínico N°1

Paciente de 41 años, tercigesta de 33 semanas 2 días, proveniente de Venezuela desde hace 2 meses, ingresa por tópico de emergencia, referida de consultorio externo por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y síntomas respiratorios. Paciente con ausencia de contracciones uterinas, sin pérdida de líquido amniótico, ni sangrado vaginal y percibiendo movimientos fetales.

Paciente menciona que hace 6 días presenta síntomas catarrales, con rinorrea, tos, expectoración de coloración verdosa y malestar general.

Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: conservada
- Diuresis: 3-4 veces/día
- Deposiciones: 1 vez/ día
- Sueño: conservado

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia a los 14 años, RC 7/30, FUR: no recuerda, FUP: 2012, G3P2002, CA: 2 veces por pelvis estrecha (2001 y 2012). CPN:4
- Paciente cuenta con una ECO del II trimestre realizada por obstetra

Antecedentes patológicos:

- Asma bronquial desde la infancia. Última crisis hace un mes.
- Niega alergias
- Patológicos familiares: niega

Examen físico:

Funciones vitales: PA: 115/70, FC: 84, FR: 18, T° 36.5°C, SAT 95%

Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación.

- Piel y mucosas: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos.
- TCSC: sin edemas
- Linfático: no se palpan adenopatías
- Tórax y pulmones: murmullo vesículas pasa bien en ACP, con sibilantes espiratorios difusos y roncus difusos.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: AU: 26cm, SPP: LCI, LCF:139x', DU: ausente, movimientos fetales: ++

- Genitourinario: tacto vaginal diferido, ausencia de sangrado vaginal, sin pérdida de líquido amniótico.
- Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15

Plan de trabajo:

La paciente es hospitalizada por alto riesgo obstétrico para maduración pulmonar y evaluar dar término a la gestación. Se le solicitan exámenes de laboratorio como hemograma, examen de orina completo, GUC, VIH, RPR, pre quirúrgicos, grupo sanguíneo y factor Rh; así como una ecografía obstétrica, Doppler y pruebas e bienestar fetal. También se realizan algunas interconsultas a neumología, debido al asma que presenta la madre e interconsulta a cardiología para riesgo quirúrgico.

En los resultados de laboratorio se evidencia anemia leve y el resto de exámenes sin alteraciones; la ecografía y el doppler solicitado muestran una gestación única activa con RCIU tipo II.

Se recibe interconsulta de neumología, cuya impresión diagnóstica es bronquitis aguda y asma no controlada, por lo que se sugiere inicio de tratamiento inmediato.

Es así que, los diagnósticos planteados para la paciente son los siguientes: tercigesta de 33 semanas y un día, RCIU tipo II, bronquitis aguda y asma no controlada.

El tratamiento consistía en una dieta completa más líquido a demanda, vía salinizada, betametasona 12 mg IM cada 24 horas por dos dosis, salmeterol/fluticasona 25/125 dos puff cada 12 horas, bromuro de ipratropio 20 ug dos puff cada 8 horas, salbutamol 100ug dos puff PRN crisis asmática, hidrocortisona 100mg EV cada 8 horas (pre SOP y post SOP), control de funciones vitales y vigilancia de signos de alarma.

La paciente fue hospitalizada hasta cumplir las 34 semanas, donde recibió maduración pulmonar y se le programó a cesárea electiva, obteniendo un RN femenino de 1450 g, con apgar 8 al minuto.

1.1.2 Caso clínico N°2

Paciente de 16 años, primigesta de 38 semanas, ingresa por el servicio de emergencia por presentar contracciones uterinas frecuentes desde hace 5 horas, asociado a pérdida del tapón mucoso. Ausencia de sangrado vaginal, sin pérdida de líquido amniótico y percibiendo movimientos fetales.

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia a los 12 años, RC 5/30, FUR: no recuerda. MAC: niega, IRS: 14 años. #PS: 2

Antecedentes patológicos:

- Niega patologías, ITS, RAM, hospitalizaciones y cirugías previas
- Familiares: Madre con preeclampsia en su segunda gestación
- Esquema de vacunación: Incompleto

Examen físico: PA 135/90. FR: 16x'. FC:90 x' T: 36.5 °C. Peso: 58kg. Talla: 1.50m

Examen ginecológico: se observa una dilatación en 5 cm, borramiento en 70%, feto en +1, cuello uterino blando en anterior, calculando un índice de Bishop en 7 puntos, por lo que ingresa rápidamente a centro obstétrico para inducción de trabajo de parto.

Una hora después se recibe un recién nacido varón de 3680 g, apgar 9-9 y capurro de 40 semanas. Durante el trabajo de parto se realiza episiotomía y se cuantifica sangrado de 300cc.

Durante la monitorización en puerperio inmediato se encuentra una PA en 155/90, por lo que inmediatamente se le solicitan exámenes de laboratorio: hemograma, GUC, LDH, perfil hepático y proteinuria en 24 horas.

En los resultados se muestra anemia leve, leve leucocitosis y enzimas hepáticas elevadas al doble de su valor normal.

Diagnósticos finales: Puérpera de parto vaginal + episiorrafia, THE: preeclampsia con signos de severidad y alto riesgo obstétrico por tratarse de una adolescente.

Indicaciones médicas:

La paciente estuvo en monitorización continua durante cinco días hasta normalización de laboratorio, recibiendo el siguiente tratamiento: Dieta blanda hiposódica + líquidos a voluntad, NaCl 0.9% 1000 cc, SO4MG 5 amp + NaCl 0.9% 50cc, nifedipino 10 mg VO PRN >160/110, alfa metildopa 500mg VO cada 12 horas, colocación de sonda Foley, control de funciones vitales y observación de signos de alarma. Finalmente es dada de alta al sexto día.

I.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

La rotación en pediatría comenzó el ocho de diciembre del 2022 y culminó el quince de enero del 2023. Inicialmente roté en el servicio de Preescolares, donde se hospitalizaban pacientes de 2 años hasta los 14 años; posteriormente, en el servicio de Lactantes, donde se hospitalizaban bebés de 1 mes a 1 año 11 meses; seguidamente en el área de Neonatología, donde dábamos la atención inmediata al recién nacido y los evaluábamos en alojamiento conjunto. Finalmente, acabé en el servicio de Emergencias de pediatría, donde se brindaba atención a bebés de 1 mes hasta adolescentes de 17 años.

1.2.1 Caso clínico N°1

Paciente mujer de 5 meses, procedente del Rimac, acude por servicio de emergencias del HMA, traída por su madre, quien refiere que hace dos días presenta más de cuatro deposiciones líquidas, sin moco, con sangre y un día después se le agregan vómitos, en seis oportunidades. Refiere disminución de la lactancia materna. Niega fiebre, niega dificultad respiratoria.

Antecedentes:

- Prenatales: 06 CPN. Ninguna vacuna durante la gestación.
- Natales: Edad gestacional: 40 semanas. Nacida de cesárea, con un peso de 3340g, APGAR 8'-9', sin complicaciones al nacimiento.
- Posnatales: Lactancia materna exclusiva e inmunizaciones solo al nacimiento

- Patológicos: Hospitalización previa del 28/11/22 al 02/12/22 por una EDA disintérica. Niega otras enfermedades y niega otras cirugías
- Familiares: No contributarios
- Socioeconómico: Casa de material noble, con cuatro habitaciones, cuatro habitantes. Niega crianza de mascotas
- Epidemiológico: No contributarios

Examen físico: T: 36.5°C. FC:113, FR: 28 x', Sat O2: 98%, Fio2: 0.21

- Aspecto general: Paciente despierta, activa, irritable.
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar <2 segundos. Signo del pliegue negativo. Llanto con lágrimas.
- Ojos: No hundidos
- Boca: Húmeda, sin alteración
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados. No tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles
- Abdomen: Globoso, RHA +, blando, depresible. No impresiona dolor a la palpación
- SNC: Despierta, reactiva a estímulos. Sin signos meníngeos

Impresión diagnóstica:

- Enfermedad diarreica aguda disintérica
- Lactante menor

Plan: Hospitalización. Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, perfil de coagulación y coprocultivo.

Se recibe los exámenes de laboratorio donde se evidencia leucocitosis sin desviación izquierda. El resto de exámenes sin alteraciones.

Dentro de la terapéutica, se le inicia dextrosa 5% 1000ml, NaCl 20% 40 ml, KCl 20% 10 ml, ciprofloxacino 120 mg EV c/12 horas, SPE reponer vol-vol si persisten diarreas y/o vómitos, paracetamol 80mg VO si T^o >38°C, LME + dieta en madre sin derivados lácteos, CFV + OSA.

1.2.2 Caso clínico N°2

Paciente varón de 4 años, venezolano, procedente de Chorrillos, es llevado al servicio de emergencias del HMA por no realizar deposiciones en 2 días y cursar con dolor y gran distensión abdominal. Madre refiere que 3 meses antes del ingreso estuvo hospitalizado por cuadro de impactación fecal, por lo cual tenía la indicación de irrigaciones diarias intrarectales con suero fisiológico + glicerina, sin embargo, al notar que defecaba espontáneamente decide realizar irrigaciones interdiarias. Un mes antes del ingreso dejó de defecar por dos días, cursando con mal estado general, por lo que acudió a emergencias, donde le colocan un enema y polietilenglicol por 5 días. Luego, retoma las irrigaciones interdiarias. Cinco días antes del ingreso, madre refiere que, pese a las irrigaciones diarias, defecaba muy poco y dos días antes deja de defecar.

Antecedentes:

- Fisiológicos:
 - Prenatales: no contributorios
 - Natales: no contributorios
 - Postnatales: no defecó en las primeras 24 horas, luego sí, con estímulo.
- Patológicos:
 - Enfermedades anteriores: hospitalizaciones previas (última hace 3 meses) por estreñimiento, impactación fecal, Hirschprung probable.
 - Intervenciones quirúrgicas: niega
 - Alergias: niega
- Familiares:
 - Padre: cardiopatía
 - Madre: asma

Examen físico: FC:103x', FR: 20x', Sat:98%, T°: 36.4 °C

- Piel: palidez ++, T/H/E, llenado capilar <2seg
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No rales.
- CV: RCR de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: RHA aumentados, distendido (+++/+++), blando, depresible, doloroso a la palpación profunda
- Genitourinario: PPL (-) PRU (-).
- SNC: despierto, conectado con entorno, activo.

Se plantea como impresión diagnóstica un síndrome doloroso abdominal, a descartar impactación fecal y obstrucción intestinal, además de Hirschprung probable por historia clínica. Siendo así que, los primeros exámenes complementarios solicitados son hemograma completo, glucosa, urea, creatinina y radiografía de abdomen de pie.

El laboratorio muestra una leve leucocitosis y una leve hipokalemia, mientras que la radiografía se evidencia niveles y abundante contenido fecal. Es así que se inicia dextrosa 5% en 1000cc, ClNa 20% en 40cc, ClK 20% en 10cc, ceftriaxona 1.2mg EV c/24 horas, metronidazol 250mg EV c/horas.

Se envía interconsulta a cirugía pediátrica, quienes sugieren irrigaciones rectales con cloruro de sodio con 300cc c/8 horas y enema evacuante preparado con ClNa, jabón líquido y glicerina.

Asimismo, se le programa a una biopsia rectal para confirmación de Hirschsprung y posterior corrección quirúrgica.

I.3 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

La rotación por Medicina interna se desarrolló desde el dieciséis de enero al veintiuno de febrero del 2023, en dos ambientes: Hospitalización, el cual se encuentra dividido en sectores, cada uno conformado por dos residentes y un grupo de tres o cuatro internos, quienes tienen a su cargo alrededor de 20 pacientes; y tópico de emergencias, donde asistían dos internos por día en guardias de 12 horas.

1.3.1 Caso clínico N°1

Paciente varón de 20 años de edad, acude a tópico de emergencias con un tiempo de enfermedad de 4 días, tras presentar aumento de volumen en región periorbitaria inferior del ojo derecho, asociado a dolor y signos de flogosis. Menciona que acude a consultorio privado, donde le recetan clindamicina y ciprofloxacino vía oral, sin embargo, al no notar mejoría, decide acudir al hospital.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega
- Medicamentos habituales: Niega
- Hospitalizaciones previas: Niega
- Alergias: Niega
- Familiares: Abuelo paterno con diabetes mellitus tipo 2

Examen físico: PA: 100/70 FC: 72 x min FR: 18 x min SatO₂: 97% FiO₂: 0.21

Funciones biológicas: Apetito: conservado, sed: conservado, deposiciones: conservado, orina: conservado, sueño: conservado

- Piel y faneras: T/H/E llenado capilar <2", no cianosis, se observa moderado aumento de volumen en zona infraorbitaria de ojo derecho, caliente y dolorosa a la palpación.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

- Ojos: movimientos oculares conservados, fotorreactivos, campos visuales sin alteraciones
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a palpación.
- SNC: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Se plantea como diagnósticos una celulitis preseptal y absceso periorbitario, por lo que se solicitan exámenes complementarios iniciales: hemograma, glucosa, urea, creatinina, una ecografía de partes blandas en región infraorbitaria derecha e interconsulta a oftalmología para evaluar posibilidad de drenaje.

En los exámenes de laboratorio resultan los siguientes valores: Leu: 5.46, Hb:13.9, PQ: 213, Ab: 0%, Seg: 52.9%, Linf: 35.7%, Cr: 0.92, Glu: 83, U:23.

La ecografía de partes blandas muestra una colección capsulada infraorbitaria derecha de flujo periférico en relación con absceso en proceso de instalación.

El paciente sube a piso de hospitalización, donde se le inician las siguientes indicaciones médicas: dieta blanda, vía salina, antibióticoterapia: vancomicina 1gr c/12 horas EV, ceftriaxona 2 gr c/24 horas EV, clindamicina 600mg c/8horas EV, NaCl 0.9% 100 cc, tramadol 50mg 1 amp, paracetamol 500mg 2 tab VO PRN a dolor o T° >38°C, control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.

1.3.2 Caso clínico N°2

Paciente varón de 63 años de edad, procedente de Andahuaylas, viene al servicio de emergencia del HMA con un tiempo de enfermedad de 1 mes. Refiriendo que, pisó un clavo, provocando una lesión a nivel plantar, la cual intenta desinfectar con alcohol. Luego de 10 días, aplica orina en la lesión por sugerencia de un familiar; posteriormente, la lesión aumenta de forma considerable de tamaño, agregándose signos de flogosis y aumento de volumen de todo el pie. Por todo esto acude al hospital de Andahuaylas, donde le realizan curaciones e inician antibioticoterapia endovenosa, sin embargo, al no presentar mejoría, es referido a nuestro centro hospitalario.

Antecedentes:

- Patológicos:
 - Diagnóstico de DM tipo 2 hace 5 años en tratamiento irregular con metformina e insulina NPH.
 - HTA diagnosticada hace 5 años, en tratamiento irregular con enalapril.
 - Niega otras enfermedades
- Hospitalizaciones previas: niega
- Alergias: niega
- Familiares: Madre y padre con Diabetes mellitus

Examen físico: PA: 145/70 FC: 88 x min FR: 20 x min T°: 36°C SatO2: 93% FiO2: 0.21

Funciones biológicas: Sueño: conservado, diuresis: conservado, deposiciones: conservado, sed: conservado, apetito: conservado

- Piel y faneras: T/H/E llenado capilar <2", sin cianosis. En pie izquierdo presenta lesión expuesta, infectada a nivel dorsal y plantar de aproximadamente 4 x 3 cm, profunda, con exposición de tendón.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), B / D, no doloroso a palpación.
- SNC: Despierto, LOTEP, sin signos de focalización, sin signos meníngeos

Se plantean como diagnósticos: pie diabético izquierdo infectado Wagner IV y diabetes mellitus tipo 2 no controlada. Entre los exámenes complementarios, se le solicitan hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, AGA, prueba antigénica COVID 19, radiografía de pie izquierdo y una de tórax, debido a la saturación <95%.

En los resultados de laboratorio no se observa leucocitosis, la hemoglobina se encuentra dentro de los rangos normales, al igual que la creatinina y la urea, sin embargo, la glucosa en 198 mg/dl pone en evidencia la diabetes mellitus mal controlada. La radiografía de pie izquierdo no muestra compromiso óseo y en la radiografía de tórax no se observan signos de consolidación.

Posteriormente, el paciente sube a piso de hospitalización, donde recibe las siguientes indicaciones: NaCl 0.9% 1000cc, ciprofloxacino 400mg c/12 horas EV, clindamicina 600 mg c/8 horas EV, tramadol 50mg 1 amp, dimenhidrinato 50mg 1amp, insulina NPH 18 UI a las 8am y 8UI a las 10pm, insulina R en escala de corrección: 180-200 (2UI), 200-250 (3UI), 250-300 (5UI), >300 (7UI), control de la glicemia capilar luego del desayuno, almuerzo y cena, así como el control de funciones vitales, balance hidroelectrolítico y mantener la cabecera a 30°.

Asimismo, se le programa a una ecografía doppler arterial, donde se hallan ondas bifásicas y trifásicas; fue evaluado por cirugía cardiovascular, quienes sugieren que continúen las curaciones por parte de unidad de pie diabético.

Unidad de pie diabético da la sugerencia de realizar una limpieza quirúrgica, por lo que fue programado para sala.

I.4 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

La rotación por cirugía inició el 22 de febrero y culminó el 30 de marzo. Los internos rotábamos por tres servicios: Tópico de emergencias, Hospitalización de cirugía y Especialidades, este último subdividido en urología, cirugía plástica, traumatología y neurocirugía.

1.4.1 Caso clínico N°1

Paciente mujer de 58 años acude al servicio de emergencia de cirugía por segunda vez en la semana por presentar dolor abdominal de larga data (8 meses), que aumenta progresivamente de intensidad las últimas dos semanas. La paciente refiere que el dolor es de tipo opresivo en hemiabdomen derecho, con una EVA de 9, que aumenta con el decúbito y disminuye a la sedestación.

Además, menciona tener náuseas y vómitos de contenido alimentario en dos oportunidades el mismo día del ingreso. Niega dificultad respiratoria y niega fiebre. Menciona también falta de apetito por el dolor y pérdida de peso progresiva en los últimos seis meses.

Antecedentes:

- Patológicos: hernia umbilical desde hace ocho años
- Quirúrgicos: dos cesáreas (última hace 28 años), colecistectomía hace dos años e histerectomía hace 6 años.
- Alergias: niega
- Antecedentes familiares: padre fallece de COVID-19 hace 2 años

Examen físico: PA 110/66, FC 102, FR 19, T° 36, SAT 98%

Funciones biológicas: Apetito: disminuido, diuresis: conservada, deposiciones: estreñimiento, sueño: disminuido por el dolor, sed: disminuida.

Mal estado general, mal estado de hidratación, mal estado de nutrición

- Piel y mucosas: Piel hidratada, mucosas secas, llenado capilar < 2 seg.
- TCSC: No se evidencian edemas.
- Linfático: No se palpan adenopatías.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: A la inspección se evidencia hernia umbilical coercible, el abdomen distendido, rígido, poco depresible, RHA presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco derecho, mesogastrio y fosa iliaca derecha de intensidad 9/10. Se palpa masa pétreo en flanco derecho e hipocondrio derecho de bordes irregulares.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Neurológica: Despierto LOTEPA Glasgow 15.

Se plantea un Síndrome doloroso abdominal, a descartar una obstrucción intestinal por la sintomatología de distensión abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento. Además de los antecedentes como cirugías previas, que pueden

ocasionar bridas y adherencias. Asimismo, la hernia umbilical podría ser causante de generarle un dolor crónico. Finalmente, se plantea como diagnóstico diferencial una neoplasia de colon, ya que se trata de una paciente mayor a 50 años, con dolor abdominal de larga data, con una masa pétreo de bordes irregulares en el flanco derecho, sumado a la pérdida progresiva de peso en los últimos seis meses. Debido a esto, como plan de trabajo inicial, se solicita un hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, prequirúrgicos y ecografía.

1.4.2 Caso clínico N°2

Paciente varón de 57 años, procedente de Chorrillos, acude al servicio de emergencias del HMA por presentar dolor abdominal de dos días de evolución, de inicio insidioso y curso progresivo. Refiere que el dolor inicia en epigastrio y migra a la fosa iliaca derecha, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario en dos oportunidades.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Hospitalizaciones previas: Niega
- Alergias: Niega
- Antecedentes familiares: Padre falleció por cáncer de colon

Examen físico: PA 120/75, FC 91, FR 17, T° 36.7, SAT 95%

Funciones biológicas: Apetito: disminuido, sed: conservada, diuresis: conservada, sueño: disminuido por dolor, deposiciones: estreñimiento

Paciente en mal estado general, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición.

- Piel y mucosas: Piel hidratada, mucosas húmedas, llenado capilar < 2 segundos.
- TCSC: No se evidencian edemas.
- Linfático: No se palpan adenopatías.

- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ACP, sin ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Abdomen distendido +/-+++, blando, depresible, RHA presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio. Mc Burney (+), Rovsing (+), Dunphy (+)
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Neurológica: Despierto, LOTEP, Glasgow 15 puntos.

Diagnóstico diferencial: Se plantea un abdomen agudo quirúrgico, con la posibilidad de tratarse de una apendicitis aguda, ya que es una patología bastante frecuente, además presenta la sintomatología correspondiente y al examen físico también se encuentran signos característicos como McBurney, Rovsing y Dunphy. A su vez se podría pensar en una apendicitis perforada (complicada) por el tiempo de enfermedad mayor a 24 horas. Entre otras posibilidades podría tratarse de un divertículo de Meckel, ya que se presenta de manera similar a una apendicitis y anatómicamente se encuentra próximo a la válvula ileocecal. Finalmente, a descartar una neoplasia de colon, por el factor de riesgo de la edad, al ser un varón mayor de 50 años, con una dieta pobre en frutas y verduras y el antecedente paterno de cáncer de colon.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, se solicita: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, pre quirúrgicos y una ecografía abdominal, como exámenes iniciales.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico del periodo de junio del 2022 a marzo del 2023 tuvo una duración de diez meses, de los cuales, cinco meses se desarrollaron en centros de salud del primer nivel y cinco meses en centro hospitalarios de mayor complejidad, perteneciente a la misma jurisdicción; esto debido a lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 351-2022 del MINSA.

La primera mitad del internado, la llevé a cabo en el Centro de Salud Santiago de Surco, que es un establecimiento de salud I-3, ubicado en Jr. Daniel Cornejo 182, Surco. Este centro pertenece a la red Barranco-Chorrillos-Surco de la DIRIS Lima sur. Dicho establecimiento cuenta con los servicios de medicina general (sin internamiento), obstetricia, inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo (CRED), Dirección de la prevención y control de la tuberculosis (DPCTB), psicología, nutrición, saneamiento ambiental y zoonosis, tóxico, radiología, laboratorio y farmacia.

Durante esta rotación, éramos un grupo de cuatro internos al cargo de una tutora. Cada uno de nosotros estábamos programados por día en un servicio, los cuales eran: consultorio de medicina (principalmente), DPCTB, obstetricia y CRED. Nuestra función consistía en dar abordaje a los pacientes, realizando una historia clínica completa, desarrollar un plan de trabajo y tratamiento, supervisado por nuestra tutora responsable. De esta manera desarrollábamos las competencias y habilidades necesarias para brindar un adecuado manejo del paciente en un primer nivel.

La siguiente mitad del internado médico, lo realicé en el Hospital María Auxiliadora, el cual es una institución asistencial de Tercer nivel, perteneciente al Ministerio de Salud. Se encuentra ubicado al sur de Lima, con dirección Av. Miguel Iglesias 968, San Juan de Miraflores.

Junto con el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador funcionan como centros hospitalarios de referencia de los establecimientos de salud de la DIRIS Lima Sur, la cual está conformada por los establecimientos de los siguientes distritos: Villa María del Triunfo, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Pachacamac, Lurín y Balnearios, Barranco, Surco y Chorrillos.

Los servicios y departamentos con los que cuenta el Hospital María Auxiliadora son: consultorio externo, hospitalización, medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, odontostomatología, emergencia y cuidados críticos, enfermería, patología clínica y anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, nutrición y dietética, servicio social, psicología, farmacia y oncología.

Las rotaciones del internado se desarrollaron en los servicios de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía. La función del interno era variable de acuerdo al área de rotación que le correspondía, sin embargo, a manera general, en los cuatro servicios, evaluábamos a los pacientes diariamente, realizábamos diversos procedimientos instruidos y guiados por los médicos residentes y apoyábamos en la ejecución de los planes de trabajo desarrollados por los médicos asistentes.

En algunos servicios, como pediatría, ginecología y medicina interna, se nos brindaban clases teóricas, discusiones de casos de hospitalización y exposiciones realizadas por internos, residentes y asistentes. Todo esto con el fin de reforzar, ampliar y complementar conocimientos en beneficio de nosotros como estudiantes y del propio personal médico.

Finalmente, mencionar que el internado en ambos establecimientos de salud ha sido de gran utilidad y provecho para la adquisición de nuevos conocimientos y crecimiento personal y académico, gracias a los médicos docentes que compartían con nosotros y estuvieron al pendiente de nuestra adecuada formación.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo ampliaremos acerca de las patologías mencionadas en los casos clínicos relatados previamente y haremos una comparativa entre los planes de trabajo dispuestos por las guías de práctica clínica a nivel mundial y lo realizado por los médicos especialistas del hospital, teniendo en cuenta el contexto en que nos encontramos.

3.1 Rotación de Gineco-obstetricia

3.1.1 Caso clínico 1

Se trata de un caso clínico de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), el cual es un problema de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro. Se define como el crecimiento que está por debajo del percentil 10 de acuerdo a las curvas de cada país, esto debido a múltiples causas que pueden detener el crecimiento, ya sean factores fetales, genéticos, maternos (estilos de vida, trastornos del ánimo, desnutrición, etc.), placentarios, endocrinos y si es de aparición temprana, es decir antes de las 32 semanas, puede ser producto de infecciones tales como TORCH, sífilis o malaria. En este caso, se trata de un RCIU Doppler tipo II, el cual se encuentra asociado a la insuficiencia placentaria leve, donde se puede visualizar un flujo diastólico ausente en arteria umbilical en dos ocasiones sobre 50% de los ciclos en las dos arterias y un flujo diastólico reverso en el istmo aórtico

El manejo sugerido, según lo mencionado por la literatura, es la vigilancia cada 48 a 72 horas, la maduración pulmonar e interrumpir la gestación, considerando

una cesárea electiva al culminar las 34 semanas (1), tal y como se realizó en el caso clínico expuesto.

Adicionalmente al RCIU diagnosticado, se le suman dos patologías respiratorias: bronquitis aguda y asma no controlada. La primera, generalmente es de etiología viral, por lo que no se justifica el uso de antibióticos y el tratamiento debe ser sintomático (2). Mientras que, para el asma, la terapia farmacológica durante el embarazo es similar al de pacientes no gestantes, según lo que recomiendan pautas nacionales e internacionales. Las opciones incluyen un beta2 agonista de acción corta como el albuterol o un inhalador combinado con formoterol y glucocorticoide inhalado a dosis bajas, siendo la budesonida el corticoide preferido para su uso durante el embarazo por la mayor cantidad de estudios, sin embargo, la fluticasona, que es uno de los fármacos empleados en el caso, ha demostrado datos tranquilizadores respecto al riesgo de bajo peso al nacer, partos prematuros y malformaciones congénitas (3).

3.1.2 Caso clínico 2

Este caso nos habla de una gestante que llegó en fase activa de labor de parto, por lo que inmediatamente pasó a centro obstétrico y en menos de una hora se da el nacimiento del producto. Vemos que, el diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad se da en el posparto, por lo que se sugiere la administración de sulfato de magnesio y administrar la terapia antihipertensiva con el fin de prevenir un accidente cerebrovascular. El sulfato de magnesio se da empíricamente durante 24 horas y se extiende la duración si no se evidencia mejoría clínica. Respecto al tratamiento de elección la mayoría de guías sugiere el uso de labetalol o hidralazina endovenosas como primera línea para el tratamiento de la hipertensión aguda grave y limitar el uso del nifedipino oral de acción inmediata a aquellos pacientes en los que no se tiene un fácil acceso venoso, ya que puede ocurrir una disminución muy rápida de la presión arterial. Sin embargo, la terapéutica del caso tiene indicado metildopa, que, según una guía, es preferible evitar en el posparto debido al riesgo de depresión postnatal (4), por esta razón, no me encuentro completamente de acuerdo con el manejo, sin embargo, debemos tomar en cuenta las limitaciones de nuestros hospitales,

en los que no siempre encontramos el fármaco ideal para ciertas patologías y hay que adecuarse según disponibilidad.

3.2 Rotación de Pediatría

3.2.1 Caso clínico 1

Cuando se obtuvieron los resultados del coprocultivo, se identificó como agente causal una infección por *Campylobacter*, que, en el caso de los lactantes, se manifiesta con frecuencia como vómitos y heces con sangre, siendo el dolor abdominal y la fiebre menos comunes con respecto a los niños mayores. Para la elección de la antibioticoterapia, lo que se sugiere es el uso de azitromicina y opcionalmente el uso de fluoroquinolonas, sin embargo, la tasa de resistencia a estas últimas está aumentando a nivel mundial y generalmente supera a las de la azitromicina (5). Aun así, el antibiótico elegido en este caso fue el ciprofloxacino.

Tomando en cuenta los antecedentes de la paciente, vemos que previamente ha tenido una EDA disentérica, por lo que es necesario ahondar en las medidas preventivas, tales como cocinar bien las aves de corral, lavar adecuadamente los utensilios y otros artículos utilizados en la preparación de aves crudas. Asimismo, evitar el consumo de productos lácteos no pasteurizados.

3.2.2 Caso clínico 2

Al paciente se le realizaron pruebas diagnósticas como un enema con contraste y una biopsia rectal, en la que se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung; este es un trastorno motor que afecta el intestino, la teoría más aceptada sobre su fisiopatología es que hay un defecto en la migración de los

neuroblastos, los cuales no logran llegar al colon distal durante el desarrollo de los intestinos en la vida fetal, lo que produce que ese segmento sea aganglionar, y, por lo tanto, con una deficiente función motora. Se trata de una patología poco común, que afecta más frecuentemente al sexo masculino y en ocasiones se encuentra asociada a síndromes, especialmente el síndrome de Down.

Existen tipos de acuerdo a la longitud de colon afectado, siendo así que el 80% afecta el colon rectosigmoide (segmento corto), un 20% se extiende proximal al colon sigmoide (segmento largo) y en un 5% todo el colon se ve afectado. (6)

El manejo del paciente se llevó a cabo en trabajo conjunto con el servicio de cirugía pediátrica, quienes le programaron a una corrección quirúrgica, cuya finalidad es reseca el segmento afectado del colon y del recto, llevando el intestino ganglionar normal a una anastomosis al recto distal próximo al ano y preservar la función del esfínter anal.

3.3 Rotación de Medicina Interna

3.3.1 Caso clínico 1

El caso nos presenta un paciente con el diagnóstico de celulitis preseptal junto a un absceso periorbitario. La celulitis preseptal es una infección de la porción anterior al tabique orbitario que no compromete la órbita u otras estructuras oculares, si bien es una afección generalmente leve, nos debemos enfocar en disgregarla de su principal y grave diagnóstico diferencial, la celulitis orbitaria, la cual puede causar pérdida de la visión e incluso complicaciones que lleven al paciente a la muerte. En este caso en particular el examen físico nos permite dilucidar entre estas dos patologías, ya que en la celulitis orbitaria encontramos oftalmoplejía, dolor a la movilización ocular y deterioro de la agudeza visual; lo cual no encontramos en el paciente, por lo que la primera sospecha es una celulitis preseptal (7). Por otro lado, el paciente cuenta con una ecografía de partes blandas que reporta una colección capsulada infraorbitaria derecha de flujo periférico en relación con absceso, por lo que se agrega el diagnóstico de absceso periorbitario.

En el caso de una celulitis preseptal aislada el tratamiento suele ser antibioticoterapia vía oral y seguimiento ambulatorio, sin embargo, en este caso se decidió la hospitalización debido a la coexistencia de un absceso periorbitario. Al elegir los antibióticos se debe tener en cuenta los microorganismos más comunes en la celulitis preseptal, siendo estos el *S. Aureus*, estreptococos del grupo A, *H. Influenzae* y *M.Catarrhalis* (8); por lo que generalmente las guías recomiendan Amoxicilina + Ácido Clavulánico o Cefalosporinas de 2da o 3ra generación para la cobertura de estreptococo del grupo A y *H. influenzae*; mientras que para la cobertura de MRSA recomiendan Linezolid o TMP-SMX. Teniendo en cuenta esta información es que cuestionamos el tratamiento antibiótico dado en esta ocasión, ya que el paciente recibió Vancomicina + Clindamicina + Ceftriaxona. En primer lugar, resaltar que las guías no recomiendan el uso de clindamicina para estos casos debido a que en múltiples estudios se ha hallado que las cepas de MRSA causante de esta afección son resistentes a clindamicina. En segundo lugar, mencionar que el uso conjunto de vancomicina y clindamicina es redundante y no justificado pensando en la cobertura de MRSA, por lo que en este caso en particular el uso de vancomicina y ceftriaxona solas hubiera sido suficiente. Sin embargo, se podría haber hecho uso de cefalosporinas de segunda generación como la cefuroxima en vez del uso de ceftriaxona, mientras que el uso de vancomicina en vez de linezolid en el contexto peruano está justificado debido a la carencia de linezolid en los hospitales del estado.

3.3.2 Caso clínico 2

En este caso tenemos un paciente con el diagnóstico de un pie diabético debido a una DM2 mal controlada. El pie diabético es la afección más común en los pacientes con DM, ya sea tipo 1 o 2, siendo una causa importante de morbilidad y en datos recogidos en EEUU es la causa de al menos 2/3 de las amputaciones no traumáticas en el país (9). Además, los pie diabéticos infectados o isquémicos representan el 25% de las estancias hospitalarias de los pacientes con DM (10). Por otro lado, la OMS menciona que las complicaciones de miembros inferiores en diabetes mellitus es parte de las principales 10 afecciones en términos de años vividos con discapacidad (11). En términos generales el pie diabético se

debe a la neuropatía periférica propia de la diabetes y los efectos de la isquemia crónica por lesión arterial. En este caso se clasifica el caso clínico como un Wagner IV, que es definido como una gangrena limitada del pie que afecta algunas partes, ya sean dedos, plantas o talones (12). En la actualidad se prefiere el uso de la escala de Texas para la clasificación del pie diabético, ya que brinda mayor información y es más exacta al momento de clasificar los casos con el fin de orientar mejor el tratamiento del mismo (13).

En general el tratamiento se enfoca en la curación de la herida para la prevención de focos infecciosos en el contexto de pacientes inmunodeprimidos como lo son los pacientes diabéticos. En el contexto de un paciente con un pie diabético infectado Wagner IV y DM2 no controlado el tratamiento se debe enfocar en la curación del pie, antibioticoterapia de amplio espectro e inicio de insulino terapia para corrección de la glicemia. Con respecto al tratamiento que recibió el paciente hay que mencionar que es correcto en su extensión total. Primero la antibioticoterapia de amplio espectro con ciprofloxacino junto a clindamicina para la cobertura de MRSA, correcta cobertura empírica en espera del cultivo de secreciones y tejido de la lesión del paciente. Luego tramadol para el dolor en asociación a dimenhidrinato para contrarrestar los efectos adversos del analgésico. En siguiente lugar el tratamiento hipoglicemiante con insulina en escala de corrección mientras se logra la glicemia ideal con insulina NPH. Por último, las curaciones de la lesión que derivan en limpieza quirúrgica al tratarse de un Wagner IV. Lo único a resaltar sería el tratamiento definitivo, en este caso en particular al contar con una ecografía Doppler arterial de miembros inferiores que informa de ondas bifásica y trifásicas el paciente sería tributario de revascularización por parte de cirugía cardiovascular, lo cual se debe evaluar luego de controlar la infección.

3.4 Rotación de Cirugía

3.4.1 Caso clínico 1

Los resultados del hemograma evidencian una anemia moderada normocítica hipocrómica (Hb: 9.50), sugerente de una probable enfermedad crónica de fondo, sin evidencia leucocitosis, leve hiperglicemia (sin antecedentes de diabetes mellitus), que podría explicarse por un proceso inflamatorio o incluso considerar una neoplasia por un alto consumo de glucosa de células tumorales; resto de exámenes laboratoriales sin alteraciones, mientras que la ecografía no es concluyente, por lo que recomiendan correlacionar con la clínica.

Se decide que la paciente pase a sala a una laparotomía exploratoria, con los siguientes diagnósticos preoperatorios: obstrucción intestinal y hernia umbilical no reductible sin gangrena.

Los hallazgos de la operación fueron: presencia de abundante líquido ascítico, distensión de colon e íleon, presencia de múltiples adenopatías a nivel de epiplón y mesenterio. Siembras múltiples a nivel de peritoneo parietal.

La cirugía finalmente fue una laparotomía exploratoria + ileostomía por carcinomatosis, y el diagnóstico postoperatorio fue una carcinomatosis de colon derecho.

El procedimiento realizado fue el siguiente: AA+ CCE, incisión mediana infraumbilical, disección por planos hasta los hallazgos, se toma muestra de líquido ascítico para estudio, se realiza ileostomía en asa, fijándola a piel y se hace el cierre de la pared por planos. La paciente tolera el procedimiento.

Posteriormente la paciente regresa a hospitalización de cirugía con una evolución estacionaria, refiriendo que el dolor ha disminuido, pero que no llega a desaparecer del todo. Al examen físico, aún se palpa masa en hipocondrio y flanco derecho.

Finalmente, la paciente es dada de alta a los 5 días y se le realiza una referencia al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

3.4.2 Caso clínico 2

Lo resaltante de los resultados de laboratorio del paciente es una leucocitosis marcada ($19.49 \times 10^3/uL$) y una hiperglicemia (140 mg/dL); mientras que la

ecografía evidencia hallazgos sugestivos de apendicitis aguda, litiasis renal izquierda sin signos de uropatía obstructiva e hipertrofia prostática grado I. De esta manera se confirma el diagnóstico planteado de apendicitis aguda.

Se le ofrece al paciente tratamiento médico, el cual es el siguiente: NaCL 0.9% 1000cc: 40 gotas, ceftriaxona 2g EV c/24h, metronidazol 500mg EV c/8h, omeprazol 40mg EV c/24h, tramadol 50mg SC PRN a dolor intenso.

Posteriormente el paciente pasa a sala para una apendicectomía laparoscópica, cuyos hallazgos fueron los siguientes: peritonitis difusa por una apendicitis aguda complicada. Líquido libre purulento aprox 400cc en totalidad de la cavidad, a predominio de la cavidad parietocólica derecha e izquierda. Apéndice cecal 8x3 cm de diámetro, necrosado en los 2/3 distales, base sin alteraciones.

Finalmente, el paciente es dado de alta en su tercer día postoperatorio, con una evolución favorable y culminando la antibioticoterapia de manera ambulatoria.

El manejo fue el apropiado, ya que la intervención quirúrgica fue casi inmediata, además que el tratamiento médico pre y post cirugía fue el adecuado, con los antibióticos con la cobertura necesaria para anaerobios, gram positivos y gram negativos.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La propuesta del desarrollo del internado médico en el primer nivel de atención surge a partir de la pandemia por coronavirus, ya que los centros hospitalarios de mayor complejidad se encontraban colapsados de casos de COVID 19; además del alto riesgo de contagio que suponía la presencia de estudiantes e internos, en un contexto en el que las tasas de mortalidad aún eran altas y las tasas de vacunación no alcanzaban aún las metas propuestas para la inmunidad de rebaño; Es así que todo el sector salud se vio en la necesidad de adaptarse a la problemática, reorganizar sus servicios y reiniciar la práctica académica de todos los estudiantes de las ciencias de la salud de manera cautelosa; por esta razón se destinaron establecimientos exclusivamente a pacientes con Covid 19 o a dividir los servicios de salud en áreas no covid y áreas covid, a las cuales los internos no tenemos acceso hasta la fecha.

Actualmente las restricciones no son las mismas que hace un año, la morbimortalidad ha disminuido drásticamente y las olas de contagio aparentemente incrementan solo en épocas frías, es por ello que en los últimos meses hay mayor afluencia de estudiantes y tenemos la suerte de haber tenido mayor acceso a ciertos procedimientos, que tal vez a internos pasados no se le ha podido permitir.

Es importante mencionar que somos, probablemente, la promoción de estudiantes de medicina más afectada académicamente por la pandemia, debido que dos de los años más importantes de la práctica clínica (quinto y sexto año de la carrera), tuvimos que hacerla de manera virtual y con una serie de limitaciones; por esta razón este año de internado médico fue crucial para desarrollar las destrezas y poner en práctica todos los conocimientos teóricos previamente adquiridos. En definitiva, estos diez meses fueron nuestra oportunidad para sacarle el máximo provecho a las prácticas pre profesionales, antes de tener algún tipo de responsabilidad.

La experiencia de haber realizado el internado médico en dos niveles de salud, me parece bastante favorable, ya que de esta manera podemos conocer el abordaje de un paciente desde lo más básico, estando cerca de la comunidad, con la menor cantidad de recursos, e interviniendo en la prevención y promoción de salud, que es lo que más se debe desarrollar en un sistema de salud exitoso. Además, que es una forma de prepararnos para el siguiente gran paso: el Servicio Rural y Urbano Marginal (Serums).

CONCLUSIONES:

- El internado médico es una etapa de vital importancia para todo estudiante de medicina humana, ya que es donde se pone a prueba en la práctica clínica todos los conocimientos adquiridos previamente.
- Es necesario desarrollar habilidades de comunicación y relaciones interpersonales para poder afianzar una buena relación médico-paciente y para que exista un buen ambiente laboral.
- Los conocimientos académicos por sí solos no te hacen un buen médico, se deben tener también valores, principios y practicar la empatía para realmente ayudar en la curación y/o mejoría de una persona.
- Es importante contar con buenos residentes y médicos asistentes en los servicios de los hospitales, que tengan predisposición a enseñar y guiar adecuadamente a los futuros médicos.
- La experiencia de participar en el primer nivel de atención desde el internado médico, es muy favorable para el estudiante ya que le permite ahondar en temas de prevención y promoción de la salud, teniendo cercanía a la comunidad.
- Son meses llenos de cansancio, agotamiento físico y mental, donde se nos pone a prueba intelectual y emocionalmente, pero que sin embargo da mucha satisfacción personal y todo adquiere un sentido cuando recibimos las palabras de gratitud y satisfacción de alguien que ha estado sufriendo a causa de su enfermedad.
- Constantemente la medicina cambia, las guías se actualizan, se descubren nuevas cosas, la tecnología y la medicina cada vez están más entrelazadas, por ello es necesario seguir ese ritmo, seguir investigando y leyendo. No debemos olvidar que nunca se termina de aprender.
- En un centro de salud, la función de todo el personal médico y no médico es importante y se complementan entre sí. El respeto y el reconocimiento entre todos debe primar para que haya un buen trabajo en equipo y por ende, se brinde la mejor atención posible al paciente.
- El contexto de la pandemia, a pesar de ser una gran limitante para nosotros como estudiantes, hemos sabido sobrellevarlo, superando nuestra inexperiencia y tratando de sacar el máximo provecho posible en

cada una de las rotaciones, todo ello con el fin de llegar a ser unos excelentes profesionales.

RECOMENDACIONES

- Aumentar la oferta de plazas hospitalarias, en sedes que permitan la rotación de las especialidades más importantes.
- Retornar a que la cantidad de meses de internado sea de un año, y que de preferencia sean máximo 3 meses los que se desarrollen en el primer nivel de atención, ya que es el tiempo suficiente para comprender el funcionamiento de estos centros y de familiarizarse con las patologías más comunes que se manejan ellos.
- Cada centro de salud debe tener una entidad que verifique que los lineamientos y derechos de los internos se estén cumpliendo apropiadamente y a su vez se aseguren de su aprendizaje, fiscalizando que su participación sea mayor en procedimientos médicos, que en procesos administrativos.
- Brindar equipos de protección completos y una adecuada capacitación en medidas de bioseguridad.

BIBLIOGRAFIA:

1. Pimiento Infante, L. M., & Beltrán Avendaño, M. A. (2015). Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(6), 493–502. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262015000600010>
2. Lucia E Larson, MDThomas M File, Jr, MD. Approach to the pregnant patient with a respiratory infection. [Internet]. Recuperado el 5 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-pregnant-patient-with-a-respiratory-infection?search=bronquitis%20aguda%20en%20la%20gestaci%C3%B3n&source=search_result&selectedTitle=1~110&usage_type=default&display_rank=1
3. Michael Schatz, MD, MSSteven E Weinberger, MD. Management of asthma during pregnancy. [Internet]. Recuperado el 5 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-asthma-during-pregnancy?search=asma%20en%20la%20gestaci%C3%B3n&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Phyllis August, MD, MPH. Treatment of hypertension in pregnant and postpartum patients. [Internet]. Recuperado el 5 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypertension-in-pregnant-and-postpartum-patients?sectionName=ACUTE%20THERAPY%20OF%20SEVERE%20HYPERTENSION&search=preeclampsia%20en%20puerpera&topicRef=139247&anchor=H1542096361&source=see_link
5. Ban M Allos, MD. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of Campylobacter infection. [Internet]. Recuperado el 5 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-campylobacter-infection?search=campylobacter%20en%20lactantes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
6. Monica Esperanza Lopez, MD, MS. Congenital aganglionic megacolon. [Internet]. Recuperado el 5 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/congenital-aganglionic-megacolon-hirschsprung-disease?search=enfermedad%20de%20hirschsprung%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~81&usage_type=default&display_rank=1
7. Botting AM, McIntosh D, Mahadevan M. Paediatric pre- and post-septal peri-orbital infections are different diseases. A retrospective review of 262 cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2008 [citado el 15 de abril de 2023];72(3):377–83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18191234/>

8. Seltz LB, Smith J, Durairaj VD, Enzenauer R, Todd J. Microbiology and antibiotic management of orbital cellulitis. *Pediatrics* [Internet]. 2011 [citado el 15 de abril de 2023];127(3):e566-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21321025/>
9. Ramsey SD, Newton K, Blough D, McCulloch DK, Sandhu N, Reiber GE, et al. Incidence, outcomes, and cost of foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 1999 [citado el 15 de abril de 2023];22(3):382–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10097914/>
10. Statistics about diabetes [Internet]. Diabetes.org. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://diabetes.org/about-us/statistics/about-diabetes>
11. Zhang Y, Lazzarini PA, McPhail SM, van Netten JJ, Armstrong DG, Pacella RE. Global disability burdens of diabetes-related lower-extremity complications in 1990 and 2016. *Diabetes Care* [Internet]. 2020 [citado el 15 de abril de 2023];43(5):964–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32139380/>
12. Lavery LA, Armstrong DG, Harkless LB. Classification of diabetic foot wounds. *J Foot Ankle Surg* [Internet]. 1996 [citado el 15 de abril de 2023];35(6):528–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8986890/>
13. Wagner FW Jr. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. *Foot Ankle* [Internet]. 1981 [citado el 15 de abril de 2023];2(2):64–122. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7319435/>