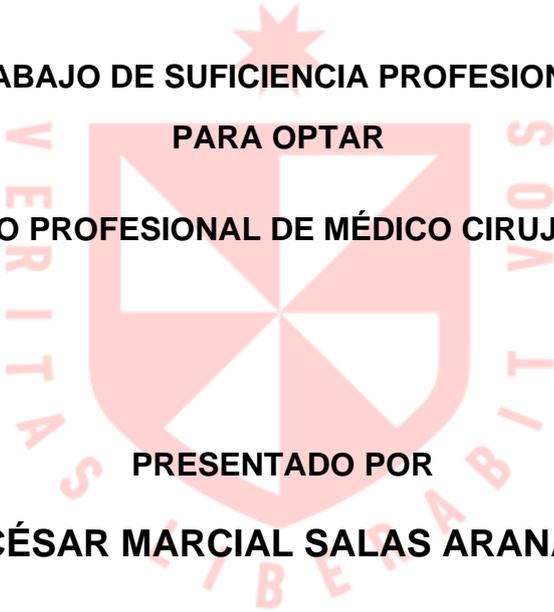


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL III
ESSALUD CHIMBOTE 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
CÉSAR MARCIAL SALAS ARANA**



**ASESOR
ROLANDO ELTON QUIÑONES OLIVA**

**LIMA - PERÚ
2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
III ESSALUD CHIMBOTE 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CÉSAR MARCIAL SALAS ARANA**

**ASESOR
MC. ROLANDO ELTON QUIÑONES OLIVA**

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a toda mi familia, por siempre confiar en mí, apoyarme y brindarme ánimos en los momentos más difíciles durante todos los años de esta noble y sacrificada carrera.

ÍNDICE

DEDICATORIA	III
ÍNDICE	IV
RESUMEN	IV
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
I.1. ROTACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	2
I.2. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA	5
I.3. ROTACIÓN EN PEDIATRIA	8
I.4. ROTACIÓN EN CIRUGIA	12
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	177
3.1. Rotación de Ginecología y Obstetricia	17
3.2. Rotación de Medicina Interna	19
3.3. Rotación de Pediatría	21
3.4. Rotación de Cirugía General	24
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
V. CONCLUSIONES	288
VI. RECOMENDACIONES	290
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

Objetivo: Describir un conjunto de experiencias durante la etapa de internado médico en distintas áreas especializadas del hospital III EsSalud Chimbote realizado durante los meses de enero de 2023 a diciembre de 2023. Se puntualiza el desarrollo profesional y la aplicación de conocimientos para un adecuado diagnóstico y tratamiento oportuno ante los diversos casos clínicos planteados.

Metodología: Se analizan 2 casos clínicos de cada rotación realizada durante el internado médico en el Hospital III EsSalud de Chimbote.

Resultados: Ginecología y obstetricia: Caso 1: Paciente mujer de 27 años con 12 semanas de gestación, con diagnóstico inicial de: Gestante de 12 semanas por FUR, hemorragia de primer trimestre, D/C aborto incompleto, síndrome doloroso abdominal, diagnóstico final: Aborto incompleto, convalecencia consecutiva a otros procedimientos. Caso 2: Paciente mujer de 31 años con 37 5/7 semanas por EPT, con diagnóstico inicial de: Gestante de 37 5/7 ss, rotura prematura de membranas, fase latente de labor de parto, diagnóstico final: Puérpera mediata de parto eutócico, parto único espontáneo, ruptura prematura de membranas. **Medicina Interna:** Caso 1: Paciente masculino de 67 años, con diagnóstico inicial: IRA tipo 1, neumonía adquirida en la comunidad vs bronquitis aguda viral, HTA, diabetes *mellitus*, diagnóstico final: NAC, HTA y DM2 compensadas. Caso 2: paciente varón de 56 años, diagnóstico inicial: síndrome febril, celulitis vs erisipela, DM2, diagnóstico final: celulitis no purulenta, DM2 compensada.

Pediatría: Caso 1: Recién nacido de sexo masculino, con los siguientes diagnósticos iniciales: RN a término adecuado para la edad gestacional, RN afectado por cesárea, síndrome de distrés respiratorio, diagnóstico final: RN a término adecuado para la edad gestacional, RN afectado por cesárea, taquipnea transitoria del recién nacido. Caso 2: Paciente femenina de 5 años, con diagnóstico inicial: síndrome febril, síndrome doloroso abdominal, faringoamigdalitis aguda, diagnóstico final: faringoamigdalitis aguda infecciosa bacteriana, síndrome febril.

Cirugía: Paciente mujer de 32 años, diagnóstico inicial: Síndrome doloroso abdominal, síndrome emético, síndrome febril, apendicitis aguda a descartar peritonitis generalizada, diagnóstico final: Peritonitis generalizada por apendicitis aguda perforada, convalecencia consecutiva a cirugía. Caso 2: Paciente masculino de 40 años con diagnóstico inicial: Síndrome doloroso abdominal, síndrome emético, obstrucción intestinal, diagnóstico final: Obstrucción intestinal por bridas y adherencias, convalecencia consecutiva a cirugía.

Conclusiones: El internado médico representa la etapa más importante en la formación de todo profesional de la salud ya que los estudiantes ponen en práctica todo el conocimiento teórico y afianzan sus valores éticos y morales.

Palabras clave: Internado médico, EsSalud, medicina humana, experiencia profesional.

ABSTRACT

Objective: To describe a set of experiences during the medical internship stage in different specialized areas of the III EsSalud Chimbote hospital, carried out during the months of January 2023 to December 2023. The professional development and the application of knowledge for an adequate diagnosis and timely treatment in the various clinical cases raised are specified.

Methodology: We analyzed 2 clinical cases from each rotation performed during the medical internship at Hospital III EsSalud in Chimbote.

Results: Gynecology and obstetrics: Case 1: A 27-year-old female patient with 12 weeks of gestation, with initial diagnosis of: 12 weeks pregnant woman by date of last menstrual period, first trimester hemorrhage, D/C incomplete abortion, abdominal pain syndrome, final diagnosis: Incomplete abortion, convalescence consecutive to other procedures. Case 2: A 31-year-old female patient with 37 5/7 weeks of First trimester ultrasound, with initial diagnosis of: Pregnant woman of 37 5/7 ss, premature rupture of membranes, latent phase of labor, final diagnosis: Puerperal mediate of eutocic labor, spontaneous single birth, premature rupture of membranes. **Internal Medicine:** Case 1: A 67-year-old male patient, with initial diagnosis: type 1 AKI, community-acquired pneumonia vs acute viral bronchitis, hypertension, diabetes mellitus, final diagnosis: CAP, hypertension and DM2 compensated. Case 2: 56-year-old male patient, initial diagnosis: febrile syndrome, cellulitis vs erysipelas, T2DM, final diagnosis: non-purulent cellulitis, compensated T2DM.

Pediatrics: Case 1: Male newborn, with the following initial diagnoses: newborn at term appropriate for gestational age, newborn affected by cesarean section, respiratory distress syndrome, final diagnosis: newborn at term appropriate for gestational age, newborn affected by cesarean section, transient tachypnea of the newborn. Case 2: A 5-year-old female patient, with initial diagnosis: febrile syndrome, abdominal pain syndrome, acute pharyngotonsillitis, final diagnosis: acute bacterial infectious pharyngotonsillitis, febrile syndrome.

Surgery: Female patient of 32 years, initial diagnosis: Abdominal pain syndrome, emetic syndrome, febrile syndrome, acute appendicitis to rule out generalized peritonitis, final diagnosis: Generalized peritonitis due to acute perforated appendicitis, convalescence following surgery. Case 2: A 40-year-old male patient with initial diagnosis: Abdominal pain syndrome, emetic syndrome, intestinal obstruction, final diagnosis: Intestinal obstruction due to flanges and adhesions, convalescence following surgery.

Conclusions: The medical internship represents the most important stage in the training of all health professionals since students put into practice all the theoretical knowledge and strengthen their ethical and moral values.

Key words: Medical internship, EsSalud, human medicine, professional experience.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOT
E 2023-2024**

AUTOR

CÉSAR MARCIAL SALAS ARANA

RECUENTO DE PALABRAS

9349 Words

RECUENTO DE CARACTERES

52907 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

339.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 8, 2024 12:56 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 8, 2024 12:57 PM GMT-5

● **12% de similitud general**

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

- 12% 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

INTRODUCCIÓN

La etapa de internado médico se realiza durante el último año de la carrera de medicina humana, donde el estudiante consolida los conocimientos teóricos adquiridos durante el pregrado, resultando indispensable para su formación profesional, ética y moral.

Debido a la pandemia de COVID 19 que fue declarada en marzo de 2020, se dictaminaron diversas restricciones a nivel nacional que afectaron la metodología de enseñanza práctica que se realiza en diversos hospitales del país a partir del cuarto año de la carrera, esto conllevó a que se imponga una metodología pedagógica teórica en su totalidad, impidiendo a los estudiantes poner en práctica todos los conocimientos que se iban adquiriendo durante su formación en pregrado. En consecuencia, para muchos estudiantes que iniciaban la práctica clínica en 2020 y se vieron afectados por la coyuntura, el internado resultó ser su primer contacto práctico médico paciente.

A lo largo de esta etapa fundamental, el estudiante adquiere la destreza para brindar una adecuada atención médica gracias a la labor multidisciplinaria que realiza en las 4 áreas de especialidades médicas: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría.

Los alumnos que realizan el internado médico en hospitales que pertenezcan al Seguro Social de Salud (EsSalud) efectúan dichas labores durante 12 meses, cumpliendo 3 meses de aprendizaje en cada rotación asignada, dichas rotaciones tienen como objetivo principal la adquisición de conocimiento y habilidad mediante la solución de casos clínicos con la participación activa del estudiante como también de sus tutores de cada especialidad

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1. ROTACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

La primera rotación realizada en el Hospital III EsSalud Chimbote se efectuó desde el 01 de enero de 2023 hasta el 31 de marzo del 2023, dividiéndose en subrotaciones en los servicios de Emergencia y Hospitalización.

Caso Clínico N.º1

Gestante de 12 semanas por FUR, de 27 años, procedente de nuevo Chimbote, acude al servicio de emergencia refiriendo que una hora antes de su ingreso presentó sangrado vaginal rojo rutilante, expulsión de restos heterogéneos y dolor tipo cólico 5/10 en hipogastrio.

Antecedente:

- GO: G2 P1001
- Niega consumo de medicamentos en las últimas 24 horas

Funciones Vitales:

- FC 90 lpm
- PA 115/90

Examen Físico:

Piel: ligera palidez +/-, resto sin alteraciones. Tórax y pulmones: Amplexación conservada, buen pasaje de MVACP. Cardiovascular: RCR, taquicardia. Abdomen: dolor difuso a la palpación profunda en hipogastrio y fosas iliacas. Genitourinario: se observa sangrado vaginal activo por OCE.

Tacto vaginal: cuello uterino dilatado

Ecografía transvaginal: útero de 76 x 60 mm, endometrio 16 mm con imágenes irregulares hiperecogénicas.

Impresión diagnóstica: Aborto Incompleto

Plan de trabajo:

- Evacuación uterina por AMEU

- Solicitud exámenes de rutina: Hemograma completo, tiempo de protrombina, TTPK, Grupo S y factor Rh

Resultados de lab: Hemoglobina 11.4, recuento plaquetario 234.000, leucocitos en 9 500, grupo sanguíneo O+. TP 14, TTPK: 36

Paciente pasa a sala de procedimientos

Descripción del procedimiento:

Se realiza asepsia y antisepsia, se posiciona el espéculo hasta visualizar el cérvix, pinzamiento del labio anterior, se procede a infiltrar con lidocaína al 2 % sin epinefrina en horas 3 y 7. Preparada previamente el equipo de aspiración, se genera el efecto vacío, se realiza histerometría, se coloca la cánula número 7 dentro del OCI, se conecta a la Jeringa de aspiración, se introduce hasta tocar el fondo y mediante movimientos horarios y sistemático de atrás hacia adelante se aspiran todos los restos intrauterinos. Terminado el procedimiento, se procede a revisar hemostasia, se retira el instrumental.

La paciente toleró el procedimiento y es llevada a piso de hospitalización para observación. Es dada de alta al día siguiente con tratamiento sintomático y control por consultorio externo.

Caso Clínico N.º2

Gestante de 31 años con 37 5/7 semanas por ecografía de primer trimestre, acude a emergencia referida de Posta Medica Cabana – EsSalud, refiriendo pérdida de líquido vaginal claro, con olor a lejía aproximadamente 10 horas antes de su ingreso, además se añade dolor tipo contracción 2 cada 10 minutos 2 horas previas a su ingreso, niega sangrado, percibe movimientos fetales.

Funciones vitales:

- PA: 115/65
- FR: 65 x´
- FR: 16 x´
- Saturación de oxígeno: 99 %

- Temperatura axilar: 36 °C

Antecedentes GO: G2P1001, primer hijo con parto eutócico a término.

Examen físico:

- Altura uterina: 33 cm
- Maniobra de Leopold: feto en LCI
- Se percibe movimiento fetal
- Ante la especuloscopia se logra distinguir salida de líquido a través del cuello uterino sin mal olor.
- Dilatación 2-3
- Incorporación 50 %
- AP: -2
- Consistencia del cuello uterino: media
- Posición del CU: anterior

Ecografía obstétrica:

- Feto en LCI, FC :135, PC :320mm, CA :327 mm, LF :65mm, PPF: 3.080 mg.

Se realiza el diagnóstico de gestante de 37 5/7 ss, RPM a término y Fase latente de labor de parto. La paciente es ingresada para realización de monitoreo materno fetal donde los resultados indican un adecuado bienestar fetal. Debido a que en la escala de Bishop tiene un puntaje de 6 y al presentar contracciones uterinas se la dejó en evolución espontánea (criterio del médico GO). La antibioticoterapia profiláctica se indicaría a partir de las 6 horas de Rpm. En su evaluación a las 3 horas, al tacto vaginal presenta una dilatación de 9 cm, incorporación en 90% y AP +2, se le diagnostica trabajo de parto fase activa, pasa a sala de partos para la atención de parto, produciéndose un parto eutócico sin complicaciones, ambos son dados de alta 24 horas posteriores al parto.

I.2. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

La rotación de medicina interna se efectuó desde el 01 de abril de 2023 hasta el 30 de junio de 2023. Fue desarrollada en el área de hospitalización y emergencia.

Caso Clínico N.º1

Paciente masculino de 67 años procedente de Chimbote, ingresa en compañía de familiar al servicio de emergencia de medicina interna por presentar 2 días antes de su ingreso tos productiva con expectoración blanquecina, dificultad respiratoria ante esfuerzos moderados y sensación de alza térmica, 1 DAI se añaden sensación de alza térmica no cuantificada, hiporexia, dolor torácico pleurítico EVA 5/10 y disnea progresiva en reposo.

Antecedentes de importancia:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes *mellitus* tipo 2.
- Fumador leve (consume 5 cigarrillos diarios)
- Medicación habitual con losartán y metformina

Funciones vitales

- PA: 105/60
- FC: 117x
- FR: 31x
- Sat: 90 %
- T: 37.9

Examen físico: Piel y mucosas: H/T/E. Llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no cianosis. TyP: MV disminuido en ACP, crépitos bibasales, taquipneica. CV: RCR de buena intensidad, taquicardia, no soplos, pulsos periféricos presentes. Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaereos presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda. SNC: LOTEPE, EG:15/15, quejumbroso, no focaliza.

Se analiza el caso según la escala de CURB65 dando un puntaje de 2 puntos por lo que se decide tomar un manejo intrahospitalario.

Ingresa a hospitalización con los siguientes diagnósticos iniciales: neumonía bacteriana vs bronquitis aguda de etiología viral, diabetes mellitus controlada y HTA.

Se planteó el siguiente plan inicial: Hemograma completo, proteína c reactiva, urea, creatinina, prueba antigénica de SARS COV2, monitoreo estricto de la saturación de oxígeno, AGA y electrolitos, radiografía torácica postero anterior y quedó pendiente una tomografía axial computarizada debido a que en ese momento estaba inhabilitada por fallas técnicas. Los resultados fueron: Hemograma con leucocitosis en 13 600/mm³ con neutrófilos abastados aumentados, PCR en 0.9 mg/dL, prueba antigénica negativa, SAT 94 % con FIO 40 %, AGA: PaO₂: 75 mmHg, PaCO₂ 35 mmHg, nivel de lactato dentro del valor normal. En la radiografía se observaron infiltrados alveolares en los lóbulos superior e inferior derechos y en el lóbulo inferior izquierdo.

Se plantearon los siguientes diagnósticos finales: neumonía adquirida en la comunidad, IRA tipo 1, HTA y diabetes *mellitus* compensadas.

El manejo terapéutico que recibió fue el siguiente: Reposo + cabecera 30°, dieta blanda + líquidos a voluntad, ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas + claritromicina 600 mg EV cada 8 horas, metamizol 1 gr condicional a fiebre o dolor, oxigenoterapia con mascarilla Venturi a demanda para mantener saturación de O₂ > 92 %.

El paciente evolucionó favorablemente, recibiendo 5 días de antibioticoterapia endovenosa y logrando el destete progresivo de oxígeno, posteriormente fue dado de alta con indicaciones y cita por consultorio externo de medicina interna y neumología.

Caso Clínico N° 2

Paciente varón de 56 años acude al tópico de emergencia referido de la Posta Medica Cabana, refiere que 5 días antes de acudir a la posta de su centro poblado, sufre caída sobre su propia altura ocasionando solución de

continuidad de aproximadamente 3 cm en el tercio medio de la región tibial izquierda, manifiesta no realizar un adecuado lavado de la herida y aplicó un ungüento de hierbas medicinales, 2 días antes de su ingreso a la posta médica, al empeorar el dolor acude a una botica local automedicándose con amoxicilina 500 mg + ac. Clavulánico 125mg cada 8 horas y paracetamol 500 mg. Refiere notar aumento de volumen, extensión de la zona eritematosa, dolor de moderada intensidad que aumenta a la palpación, sensación de alza térmica no cuantificada y escalofríos, motivo por el cual acude a su posta medica siendo referido al Hospital III de Chimbote con el diagnóstico de celulitis.

Antecedentes de importancia:

- Diabetes *mellitus* tipo 2 controlada.
- Automedicación con antibióticos y analgésicos orales durante 2 días.
- Medicación habitual con metformina 1 tableta después del almuerzo.

Funciones vitales:

- PA: 110/60
- FC: 90 lpm
- FR: 18 rpm
- Sat: 99 %
- T: 38.1 °C

Examen físico:

- Aspecto general: LOTEPE, AREG, AMEH, AREN, febril, ventilando espontáneamente.
- Peso: 70.3 kg, talla: 1.68 m, IMC: 24.9
- Piel y TCSC: H/T/E, llenado capilar 2", herida ulcerada de 2cm de diámetro y eritema extenso con bordes mal definidos en 2/3 medio cara interna y lateral de MMII izquierdo, leve aumento de volumen, dolor a la palpación superficial.
- TyP: Adecuado pasaje de MV en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR, no soplos
- Abdomen: RHA +, B/D, no dolor a la palpación, no visceromegalia, no masas.

- Resto no contributivo.

Ingresa a hospitalización con los siguientes diagnósticos iniciales: celulitis no purulenta de MMII vs erisipela, DM2 controlada, síndrome febril.

Se planteó el siguiente plan inicial: curaciones diarias, Hemograma completo, PCR, urea, creatinina y hemoglucotest cada 8 horas.

Los resultados fueron: Hemograma con leucocitosis en $14\ 200/\text{mm}^3$ con neutrófilos abastados aumentados, PCR en 1.7 mg/dL, HGT en ayunas en 90 mg/dL.

Por criterio del médico tratante no se realizó toma de hemocultivo debido a que el paciente tenía un riesgo moderado – bajo de desarrollar bacteriemia con un score de Shapiro de 3 puntos.

El manejo terapéutico que recibió fue el siguiente: Reposo con cabecera 30° y elevación de MMII, dieta completa + líquidos a voluntad, ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas, metamizol 1 gr condicional a fiebre o dolor.

El paciente evolucionó favorablemente, recibiendo 7 días de antibioticoterapia endovenosa, posteriormente fue dado de alta con indicaciones.

I.3. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

La rotación de pediatría en el Hospital III de Chimbote – EsSalud abarcó diferentes áreas como por ejemplo atención en los servicios de emergencia pediátrica y rotación por hospitalización de pediatría y neonatología. Todo ello, se desarrolló en un lapso de 3 meses (01 julio del 2023 al 30 de setiembre de 2023). A continuación, se presentará los casos más relevantes durante dicha rotación:

Caso Clínico N°1

A las 19:20 hrs del 13/06/23 se realiza la atención inmediata de un recién nacido a término de sexo masculino con edad gestacional de 37 semanas producto de cesárea, con APGAR 9/10, con peso de nacimiento de 3055 gr,

longitud de 48 cm, PC 36 cm Y PT 35 cm. Durante el nacimiento se evidencia líquido amniótico claro. Antecedentes maternos: edad de la madre: 37 años, G3 P2002, cesárea anterior 2 veces y 6 controles prenatales.

A las 22:16 hrs, el recién nacido con un tiempo de vida de 3 horas aproximadamente presenta dificultad respiratoria. Se evalúa:

Signos vitales: Saturación de O₂: 88 %, FR: 92, FC: 148 lpm, T 36.7 °C.

Examen físico:

- Piel: Cianosis +/+++ en manos y pies, llenado capilar menor a 2 segundos
- Cabeza: fontanelas normotensas
- Tórax: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Pulmones: Quejidos audibles sin estetoscopio, murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no rales. Aleteo nasal +/+++ , retracción xifodea +/+++ , tirajes intercostales ++/+++ y leve disociación toracoabdominal. Silverman Anderson: 7 puntos
- Abdomen: blando, depresible, RHA, se palpa el hígado a 2 cm del reborde costal.
- SNC: Irritabilidad, tono muscular conservado, reflejo de moro presente, reflejo de succión ausente.

Se plantean las siguientes hipótesis diagnosticas:

- RNAT 37 semanas por Capurro, adecuado para la edad gestacional.
- RN afectado por cesárea.
- Síndrome de distrés respiratorio: Taquipnea transitoria del recién nacido.
- d/C Sepsis neonatal precoz.
- d/C Neumonía neonatal.

Debido a las condiciones anteriormente mencionadas, se decide su pase a unidad de cuidado intensivos neonatales, se le indica la administración de O₂

suplementario para mantener Sat O₂ entre 90-95 % mediante el uso de nCPAP 5/5 y se brindan medidas de soporte (NPO, colocación de sonda orogástrica, control de funciones vitales, balance hidroelectrolítico cada 6 horas, administración de dextrosa 10 % 9cc, administración de gluconato de calcio al 10 %: 3 cc ev lento y diluido cada 6 horas), además se solicita radiografía de tórax (Fig. 01) y pruebas analíticas: hemograma completo, PCR, lactato para descartar procesos infecciosos.



Figura 01. Radiografía de tórax en AP portátil donde se aprecia estrías perihiliares en forma de patrón de rayos de sol y densidades esponjosas indicativa de edema alveolar presente en ambos campos pulmonares. No derrame pleural. Impresiona agrandamiento de silueta cardíaca.

Los resultados de laboratorio no fueron sugestivos de alguna infección (Hb: 20.2, Hto: 56.1 %, plaquetas: 100 000, L: 17 230, Abastionados: 0, PCR: 0.2 mg/L, glucosa: 94 mg/dl, calcio: 8.4mg/dl). Respecto a la evolución del recién nacido, se observó una disminución en los requerimientos de oxígeno suplementario proporcionado mediante CPAP, de manera que al 2° día de hospitalización se decide retirar CPAP.

El RN ya respira sin dificultad, sin apoyo de oxígeno suplementario, tolerando lactancia materna directa, con buen reflejo de succión, dándosele el alta médica y control en 3 días por consultorio de pediatría.

Caso Clínico N°2.

Paciente femenina de 5 años, es llevada a emergencia por su madre, un día antes la paciente presentó fiebre de 39 que cede con antipiréticos (no recuerda el nombre del medicamento), escalofríos, dolores musculares, dolor

de cabeza y dolor de garganta intenso por lo que se negaba a consumir alimentos. Por la noche tuvo un episodio de vomito de contenido alimentario y volumen escaso también presentó dolor abdominal tipo cólico de intensidad 5/10 EVA. Al día del ingreso, persiste sintomatología y además madre nota que la paciente esta más irritable y tiene la garganta enrojecida.

Sus funciones biológicas conservadas, excepto por apetito disminuido y el sueño aumentado. Como dato adicional la paciente posee todas sus vacunas de la infancia hasta los 4 años, no tiene antecedentes patológicos de relevancia, ni alergias; y hace 1 semana tuvo contacto con su prima que fue diagnosticada con faringitis.

Al examen físico presenta:

- T: 38,5° C, FC 80 lpm, FR 22 rpm, Sat O2: 99 %
- Somatometría: Peso 19 kg, Talla 107 cm, IMC:16.59. Índices antropométricos normales (P/T: + 1.04 DE, P/E: + 0.27 DE, T/E: + 0.67 DE, IMC/E: + 0.95 DE)
- Paciente lúcida, con aparente regular estado general y buen estado de hidratación y nutrición.
- Boca y faringe: Faringe enrojecida y amígdalas aumentadas de tamaño, úvula edematosa y enrojecida en paladar blando se observan pequeñas pápulas eritematosas con centro pálido (lesiones «donuts»). No se observa exudado faringoamigdalario.
- Cuello: Adenopatía submandibular izquierda grande de 3 cm y dolorosa.
- Pulm: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.
- Tórax: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Abdomen: blando, depresible, no distensión abdominal, ni dolor a la palpación.
- Neurológico: LOTEPE, no signos meníngeos, no focaliza.

Se plantea la siguiente hipótesis diagnóstica:

- Faringoamigdalitis aguda infecciosa bacteriana

La paciente obtendría un puntaje de 3 puntos en escala de Centor, un puntaje de 5 puntos en la escala de McIsaac y de 4 puntos en escala de FeverPain,

obteniéndose respectivamente un 34.1 %, 53 % y 65 % de riesgo de faringitis de origen estreptocócico de acuerdo con su correlación clínica.

Por la alta sospecha clínica y no contar con el test de detección rápida se le dio tratamiento antibacteriano con amoxicilina 250 mg/5ml: 10 ml vo 2 veces al día durante 10 días y analgesia con Ibuprofeno 100mg/5ml: 9.5 ml vo c/6h según sea necesario; adicionalmente se dan medidas generales como reposo, aumentar la ingesta de líquidos tibios y dieta blanda. Finalmente, se le cita para un control por consultorio de pediatría en 3 días.

I.4. ROTACIÓN EN CIRUGIA

La última rotación que se realizó durante el internado médico en el hospital III EsSalud Chimbote fue en el área de Cirugía. Se realizó desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2023 abarcando el área de hospitalización y emergencia de Cirugía General y Traumatología.

Caso clínico N°1.

Paciente mujer de 32 años acude a emergencia por dolor abdominal de 3 días de evolución, refiere que este en un principio se localizaba a nivel periumbilical 2/10 pero que a las 5 horas el dolor migró hacia el epigastrio, además presentó náuseas y vómitos; no presentó diarrea. Tras 24 horas de inicio de la sintomatología, el dolor a nivel del epigastrio aumenta en intensidad 6/10, las náuseas y vómitos aun persistía y se agrega fiebre 38.5°C. Acude a emergencia porque dolor migró a fosa iliaca derecha, su intensidad aumento a 8/10 de modo que le dificultaba la deambulacion.

En relación con sus funciones biológicas, presentaba hiporexia y disminución de la sed y del sueño. Durante la exploración y evaluación de la paciente se encontró:

- Signos vitales:
 - PA: 90/61 mmHg FC: 75 lpm FR: 20 rpm T: 37.8°C Sat O2: 98 %

- Examen físico:
 - Piel: Hidratada, turgencia conservada
 - Ap Resp: BPMV en ACP, no ruidos adventicios.
 - Ap CV: RCRR, no soplos.
 - Abdomen:
 - Inspección: Abdomen globuloso, No masas, no lesiones, no cicatrices
 - Auscultación: Ruidos hidroaéreos 12/min. con intensidad disminuidos.
 - Percusión: Abdomen timpánico, en región hepática matidez. No hepatomegalia ni esplenomegalia.
 - Palpación: Abdomen en tabla, tensión muscular aumentada, dolor a la palpación superficial y profunda en CID e CII. Signos peritoneales: Blumberg: + Mc Burney: + Rosving: +

- Neurológico: LOTEPE, ECG: 15 puntos

Se realizaron los siguientes exámenes de laboratorio: Leucocitos: 13 480 l/mm³, hematocrito: 48 %, Hb: 16,3 g/dl, plaquetas 261 000, Amilasa: 38 Urea: 25 Creatinina: 0.5 Glicemia: 78 mg/dl. Posteriormente, se dejan indicaciones de ingreso: 1. Reposo en cama, 2. NPO, 3. Control de funciones vitales y colocación de SNG, 4. NaCl 0.9 % 1000cc: 500 cc a chorro luego a 45gt/min, 5. Omeprazol 40 mg Ev C/24h, 6. Ceftriaxona 1g Ev C/12h, 7. Metronidazol 500mg Ev C/8h, 8. Metamizol 1g Ev PRN T°>38.3°, 9 Dimenhidrinato 50mg Ev PRN a náuseas y vómitos, 10. Se solicita AGA y electrolitos, 11. Se solicita TAC abdominal: en la cual se halló proceso inflamatorio periapendicular con líquido libre en cavidad abdominal 13. Se solicita radiografía de tórax y 14. Se solicita interconsulta a medicina interna para riesgo quirúrgico

La impresión diagnóstica es de una peritonitis generalizada por apendicitis aguda perforada, por lo que se decide preparar a la paciente para sala de operaciones.

La paciente fue sometida a una apendicectomía laparoscopia, a una revisión y lavado de la cavidad peritoneal; en relación con los hallazgos operatorios se

encontró 350 cc de material purulento distribuidos en todos los cuadrantes además de un apéndice cecal perforado. Paciente evoluciona favorablemente y fue dada de alta al cuarto día del post operatorio.

Caso clínico N°2.

Paciente masculino de 40 años con antecedente de apendicectomía abierta por apendicitis aguda complicada con peritonitis hace 4 años, acude a emergencia debido dolor abdominal tipo cólico de 3 días de evolución que se asoció a distensión abdominal progresiva, náuseas y vómitos, refiere que no realiza deposiciones ni elimina gases desde hace 2 días.

- Signos vitales:
 - PA: 110/81 mmHg FC: 95 lpm FR: 18 rpm T: 37.4°C Sat O2: 98 %
- Al examen físico se evidencia:
 - Abdomen:
 - Inspección: la cicatriz de la laparotomía mediana supra e infraumbilical (LMSIU)
 - Auscultación: Ruidos hidroaéreos disminuidos.
 - Percusión: Abdomen timpánico a la percusión
 - Palpación: Globuloso, doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos disminuidos.

Se solicita tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis con contraste donde se evidencia distensión intestinal proximal y colapso intestinal distal; respecto a los exámenes auxiliares se obtiene: leucocitos de 11 800, glucosa de 80 mg/dl y creatinina de 1,4 mg/dl. Se decide intervenir a la paciente por abordaje laparoscópico, por lo que se dejan indicaciones preoperatorias y se solicita riesgo quirúrgico.

En relación a los hallazgos intraoperatorios se encuentra un asa de íleon proximal adherida a la región cercana al promontorio, lo que determina la dilatación del intestino proximal hasta 5 cm y colapso del intestino distal. No existe compromiso vascular de asas. Mediante las tijeras se secciona la

adherencia y se revisa la totalidad del intestino delgado y colon, sin otros hallazgos patológicos. La duración del procedimiento fue de 60 minutos. El paciente evoluciona en buenas condiciones clínicas con dieta líquida a las 12 horas post cirugía. Se decide su alta a las 36 horas post cirugía.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se desarrolló durante los meses de enero a diciembre del año 2023 en el Hospital III EsSalud Chimbote ubicado en la ciudad de Chimbote, Provincia del Santa, a lo largo del 2023 brindó más de 83 000 consultas médicas, 3000 intervenciones quirúrgicas y superó las 56 000 atenciones en el servicio de emergencia. Este hospital se enfoca en la prevención de enfermedades y recuperación de la salud priorizando e individualizando el bienestar de cada paciente dándoles los cuidados necesarios mediante modelos de atención integrada.

El programa de internado medico en los hospitales que pertenezcan al Seguro Social de Salud (EsSalud) está esquematizado para que los estudiantes puedan rotar durante 3 meses en cada una de las 4 especialidades básicas, teniendo la oportunidad de complementar y enriquecer los conocimientos teóricos adquiridos previamente. Al ser una sede docente, este nosocomio está encargado de formar médicos generales que estén en la capacidad de enfrentar los retos venideros como el SERUMS mediante el contacto directo con un gran número de casos clínicos proporcionando una formación de calidad tanto en el ámbito teórico como práctico.

El interno de medicina cumple con varias funciones dentro del hospital, tales como ser el primer contacto entre médico paciente mediante la realización de la historia clínica, evolución de cada paciente durante su hospitalización, seguimiento de la enfermedad y tratamiento adecuado para cada patología, realización de procedimientos médicos bajo la supervisión de médicos asistentes y residentes.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico 1

Paciente con diagnóstico de aborto incompleto, es la culminación de la gestación antes de que el embrión o feto logre alcanzar la EG idónea para su supervivencia fuera del claustro materno, teniendo como límite un peso no mayor a 500 mg y una edad gestacional menor a 20 semanas (1).

La incidencia de abortos inducidos a nivel mundial fue de 42 millones, y de estos se estima que 22 millones son en condiciones no seguras para la madre teniendo que el 98 % de estos procedimientos clandestinos se realizan en países en vías de desarrollo como lo es el Perú donde según un estudio realizado en el año 2016, 58 mujeres fallecen cada año debido a un aborto inducido (2).

El principal factor de riesgo de un aborto es la edad materna, aumentando hasta el 51 % al superar los 40 años. Otros factores importantes son el consumo de tabaco, alcohol, estrés y cafeína, etc (1) (2).

La etiopatogenia se divide en causas ovulares y maternas. Entre las causas ovulares están las anomalías cromosómicas como trisomías, triploidías, tetraploidías, etc que abarcan entre el 40 % y el 60 % de todos los abortos espontáneos. Las mutaciones genéticas afectando la integridad cromosomal es otra causa común de aborto. Entre las causas maternas están las malformaciones uterinas como el útero septo, bicorne, miomas, causas inmunológicas como ELA, causas endocrinas con hipotiroidismo y diabetes (2) (4).

Los signos y síntomas se manifiestan como sangrado vaginal, dolor tipo cólico a predominio de hipogastrio, se puede observar restos ovulares intravaginales o siendo expulsados a través del cuello uterino durante la especuloscopia. El diagnóstico puede ser clínico una vez confirmado el embarazo que puede ser realizado mediante la toma de BhCG, sin embargo, es fundamental realizar una ecografía para demostrar si quedan restos ovulares intrauterinos como fue en el caso de la paciente (2) (3).

El tratamiento ante un caso de aborto incompleto es siempre de tipo activo debido al riesgo de sangrado que no cede hasta que se hayan extraído todos los restos intrauterinos. Se opta por realizar un legrado uterino o AMEU. (3)

Caso Clínico 2

La rotura prematura de membranas (RPM) es aquella que se suscita antes de comenzar el trabajo de parto espontáneo. Esta puede ser causada por una combinación entre cambios fisiológicos y la presión producida por las propias contracciones. Las clasificamos en (5).

- RPM a término cuando las semanas de gestación son ≥ 37
- RPM pretérmino cuando las semanas de gestación son entre 24 y 36
- RPM previsible cuando las semanas de gestación son < 24

El mayor porcentaje de incidencia de RPM pertenece a las gestaciones a término (entre 22,1 y 9,8 %) y de estos, entre el 60 a 95 % se desencadena el parto en las próximas 24 horas. El RPM pretérmino es menos frecuente, sin embargo, representa hasta en un 30 % de los partos pretérmino y entre el 2 a 4 % de estos presentan complicaciones tales como infección intrauterina y compresión del cordón umbilical (6).

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica con la salida espontánea de líquido y el examen físico mediante la salida de LA del OCE en la especuloscopia. Si no se logra visualizar la salida de LA, el diagnóstico es incierto, siendo necesario realizar pruebas adicionales como ayuda diagnóstica, tales como (5) (6).

- Papel de nitrazina: se realiza mediante la toma de líquido amniótico del fondo de saco aplicándolo al papel, la prueba es positiva si este adquiere una coloración azulada.
- Prueba de helecho: al tomar una muestra de líquido amniótico y aplicarla en un portaobjeto, este toma la morfología de una hoja de helecho una vez se haya secado.
- Test IGFBP1: es la prueba de primera línea ante duda diagnóstica, cuenta con una alta especificidad y sensibilidad. se considera positivo si la concentración supera los 30 ng/ml.

- Ultrasonido: se realiza con la intención de diagnosticar oligohidramnios confirmándose con valores menores a 2 cm en pozo mayor y 5 cm en ILA.

La conducta terapéutica ante el diagnóstico de RPM a término es la finalización del embarazo, es imperativo la confirmación de la edad gestacional, dinámica uterina, presentación y bienestar fetal una vez realizado el diagnóstico (6).

Dicha conducta dependerá de las condiciones obstétricas en las que se encuentre la paciente (6) (7).

- Las pacientes que cuenten con condiciones cervicales adecuadas con un índice de Bishop ≥ 6 se opta por la estimulación mediante oxitocina.
- Si la gestante cuenta con un índice de Bishop desfavorable se opta por una conducta expectante.

3.2. Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 1

Paciente con neumonía adquirida en la comunidad, esta enfermedad es una infección aguda del parénquima pulmonar presentando signos y síntomas de infección del tracto respiratorio bajo. Se desconoce el patógeno infeccioso que afectó al paciente debido a que no se realizaron cultivos de esputo y Gram ya que tiene baja sensibilidad y especificidad y no se recomienda en pacientes no complicados o con sospecha de infección por gérmenes atípicos.

Esta enfermedad se caracteriza por un inicio brusco con síntomas y signos tales como escalofríos, fiebre, tos productiva, dolor tipo pleurítico y disnea progresiva que son útiles para realizar un diagnóstico clínico de NAC que sumados a una radiografía con lesiones radiológicas tipo condensación e infiltrado intersticial y pruebas de laboratorio como complemento con hemograma con leucocitosis y neutrofilia (8).

Se suelen utilizar diferentes escalas con el objetivo de valorar el pronóstico y riesgo de mortalidad. La más utilizada en nuestro medio hospitalario es CURB-65 y su simplificación CRB-65 que mide solo variables clínicas siendo más sencilla de aplicar, valora el estado mental (confusión), frecuencia

respiratoria > 30 rpm, PA (presencia de hipotensión) y edad mayor a 65 años, asignando 1 punto a cada parámetro. Esta escala permite clasificar a los pacientes en 3 grupos de riesgo de gravedad: Bajo, intermedio y alto (8) (9)

Debido a que el paciente tenía 2 puntos en la puntuación CURB 65 fue hospitalizado y se brindó tratamiento empírico con ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas + claritromicina 600 mg EV cada 8 horas siguiendo las directrices actuales que recomiendan la combinación de un betalactámico más un macrólido dando mejores resultados que con monoterapia antibiótica, sin embargo, la terapia antibiótica varía según el tipo de patógeno que cause la NAC. (9) (10)

Caso clínico 2

La celulitis es un proceso inflamatorio agudo de causa infecciosa afectando la dermis y el tejido celular subcutáneo. Esta patología es la infección más frecuente de partes blandas teniendo una incidencia de 2 casos por 1000 pacientes año (11).

Entre los factores predisponentes más relevantes para desarrollar la infección se encuentran: Solución de continuidad, diabetes mellitus, VIH, obesidad, infección cutánea anterior, insuficiencia venosa o linfática (11) (12).

Su manifiesta de forma habitual como una placa eritematosa mal definida, caliente y con hipersensibilidad local. También puede añadirse malestar general, fiebre, escalofríos y adenopatía regional (11).

El diagnóstico es realizado principalmente mediante la historia clínica evaluando signos y síntomas y el examen físico antes mencionado. Las pruebas de laboratorio e imágenes son de ayuda diagnóstica y toma de decisiones en cuanto al tratamiento. Existe una controversia respecto a la toma de hemocultivo, Shapiro et al desarrolló una escala que ayuda a medir el riesgo de bacteriemia en un paciente, concluyendo que la realización de cultivos está indicada en pacientes que tengan 1 criterio mayor sumado a 2 menores o un puntaje mayor a 5 (13).

Las medidas iniciales para el tratamiento están dirigidas a disminuir el proceso inflamatorio y evitar la contaminación de la zona afectada mediante

desinfección si se halla la puerta de entrada teniendo como objetivo eliminar la colonización bacteriana. El reposo, adecuada hidratación y elevación del miembro afectado debe estar asociado a la terapia antibiótica que dependerá de la gravedad de la enfermedad (11) (12).

En caso de celulitis leve se puede optar por un tratamiento vía oral con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8 horas o clindamicina 300 mg cada 8 horas en caso a alergia a penicilina. Ante una celulitis no purulenta moderadamente grave se recomiendan cefalosporinas como cefazolina 1 gr i.v. cada 8 horas o ceftriaxona 2 gr cada 24 horas. Al tratarse de una celulitis grave o en pacientes con factores de riesgo (cirrosis, insuficiencia renal o cardiaca, neutropenia o signos de shock) se opta por vancomicina 1 gr i.v. cada 12 horas o linezolid 600 mg cada 12 horas. Es importante saber que durante la terapia antibiótica podría existir un empeoramiento del eritema y aumento de volumen debido a la liberación enzimática por la eliminación bacteriana. La evaluación de respuesta a la terapia debe ser realizada 72 horas posteriores a iniciada la antibioticoterapia. Si existe evidencia de mala evolución al tratamiento instaurado debe realizarse pruebas de imágenes como ecografía y TC, así como también consulta al área quirúrgica de manera urgente para descartar sepsis o infección necrotizante (11) (12) (13).

3.3. Rotación de Pediatría

Caso clínico 1

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN), Síndrome de pulmón húmedo, síndrome de dificultad respiratoria II o también llamado mala adaptación pulmonar, es un trastorno que se caracteriza por edema pulmonar asociado a dificultad respiratoria que se inicia poco después del nacimiento, como resultado de una reabsorción tardía del líquido alveolar fetal que conlleva a su vez a una disminución de la compliancia pulmonar. Cabe resaltar que la TTRN es un proceso benigno y autolimitado (14) (15).

Dentro de los principales factores de riesgo encontramos: el parto por cesárea con una frecuencia del 49.3 % de pacientes, esto puede deberse a que no existe una compresión torácica adecuada en el recién nacido o a la hipersedación de la madre que se asocia a una menor distensibilidad

pulmonar, por otro lado, también se consideran a la prematuridad, el sexo masculino, diabetes gestacional, asma materna, entre otros (14).

Las manifestaciones clínicas comienzan pocas horas después del parto y los síntomas y signos se hacen más graves antes de las 12 horas de vida; en los recién nacidos se hallará taquipnea, cianosis, un aumento del trabajo respiratorio caracterizado por aleteo nasal, retracciones intercostales y subcostales leves, gruñidos espiratorios y en ciertos casos se hace evidente el aumento del diámetro anteroposterior del tórax (16).

Se considera un proceso autolimitado que generalmente se resuelve dentro de las primeras 72 horas de vida; sin embargo, se ha visto un incremento de los casos durante los últimos años (17).

Por ello, es importante recalcar que el tratamiento de la TTRN se basa en medidas de apoyo, en relación con la nutrición se puede mantener a través del uso de sonda orogástrica, es recomendable iniciar hidratación parenteral para el aporte de glucosa y agua, idealmente en los recién nacidos a término con dextrosa al 10 % a 50 a 60 ml/k/día y en caso de ser prematuro se podría iniciar con un volumen entre 70 a 90 ml/k/día, ajustando el flujo de glucosa según los controles de glicemia. La oxigenoterapia es crucial y se recomienda el uso de cánulas nasales (0.5 a 2 litros/min) para mantener saturación objetivo 90-95 %; en el caso de que la $FiO_2 > 40\%$ o si el bebé tiene un mayor trabajo respiratorio y taquipnea, se debe proporcionar presión nasal positiva continua en las vías respiratorias (nCPAP) para mejorar el trabajo respiratorio; también es importante la restricción de líquidos durante el 1° día de vida por ejemplo para RN a término y prematuros tardíos debe ser ≤ 65 ml/kg, y para prematuros < 34 sem debe ser ≤ 80 ml/kg. No están recomendados el uso de diuréticos, agonistas beta o corticoides inhalados. Adicionalmente, es importante realizar una monitorización continua de signos vitales, temperatura, Sat O₂, glicemia; así como realizar un balance hidroelectrolítico cada 6 horas. Finalmente, una vez que el RN ya se encuentre sin dificultad respiratoria (FR < 60 resp/min) y sin necesidad de O₂ suplementario se podría iniciar la alimentación con pecho materno y suspensión gradual de la hidratación parenteral (14,17).

Caso clínico 2

La faringoamigdalitis aguda (FAA) infecciosa es un proceso agudo febril cuyo origen por lo general es infeccioso se acompaña de inflamación de mucosa faríngea y/o de amígdalas faríngeas. Tiene un periodo de incubación de aproximadamente 2 a 5 días (18) (19).

Con relación a la etiología tenemos de causa bacteriana cuyo representante más frecuente es el de origen estreptocócico, por otro lado, tenemos también que esta FAA puede ser causada por virus. En el caso de la paciente estaría más orientado hacia una entidad bacteriana, esto considerando su grupo etario (3-15 años), el comienzo brusco de la enfermedad, la cefalea, la fiebre elevada, el dolor abdominal, el enantema faringoamigdal y la adenopatía submandibular grande y dolorosa; ya que comparado a una FAA viral, esta última abarca a grupos etarios menores a 3 años, el comienzo es gradual, no hace picos altos de fiebre sino que en su mayoría solo son febrículas, entre otras características resaltantes (18) (20).

Existen escalas que predicción clínica que nos pueden estimar la probabilidad de una infección por estreptococos como causa de la FAA, entre ellas tenemos a la escala de *Centor*, *McIsaac* y de *FeverPain*; en este caso la paciente obteniéndose respectivamente un 34.1 %, 53 % y 65 % de riesgo de faringitis de origen estreptocócico de acuerdo a su correlación clínica (19).

El interés principal del diagnóstico es identificar aquellas faringoamigdalitis causadas por el estreptococo β -hemolítico del grupo A, por el riesgo de complicaciones supurativas y no supurativas, y para optimizar el uso de antibióticos, existen pruebas como el test de detección rápida de estreptococo (TDRA) que solo detecta a los estreptococos del grupo A y aun obteniendo un resultado negativo no nos permite descartar una etiología bacteriana menos frecuente como estreptococos del grupo C y G; y la otra prueba sería un cultivo faríngeo en el cual la muestra recogida con hisopo es sembrada en una placa agar sangre y los resultados se obtendrían a las 48 horas; ahora es importante hacer de conocimiento que ambas son pruebas que no están disponibles en el kit emergencia de dicho nosocomio, por lo que el diagnóstico se hace en base a la clínica (18) (19).

Respecto al tratamiento, la antibioticoterapia es un pilar principal si hay sospecha de FAA de origen estreptocócico, ya que ayuda a prevenir la aparición de posibles complicaciones ya sean supurativas como abscesos o flemones periamigdalinos, artritis séptica, neumonía, septicemia, endocarditis, etc. o complicaciones no supurativas dentro de las cuales la fiebre reumática, la escarlatina y la glomerulonefritis postestreptocócica son las principales representantes (19) (20)

El antimicrobiano recomendado es la amoxicilina a dosis de 50 mg/kg/día 1 vez al día (máx. 1 gr) por 10 días o dosis de 25 mg/kg/dosis (máx. 500 mg/dosis) administrados 2 veces al día por 10 días, también puede usarse la penicilina benzatina IM en dosis única (< 27 kg: 600 000 UI y en > 27 kg: 1 200 000 UI); en el caso de pacientes con alergia a la penicilina se cuenta con otras opciones como cefadroxilo, clindamicina y azitromicina. Adicionalmente, se debe administrar un antipirético / analgésico oral ya sea paracetamol o ibuprofeno, y dar medidas de soporte como dieta blanda, aumentar la ingesta de líquidos tibios o moderadamente fríos para evitar el dolor a la deglución y reposo. Finalmente, es importante explicar signos de alarma y citar para su próximo control para evaluar la evolución del paciente con el tratamiento indicado (22).

3.4. Rotación de Cirugía General

Caso clínico 1

La apendicitis es considerada la causa más frecuente de abdomen agudo y es caracterizada por la inflamación del apéndice vermiforme; en relación con la fisiopatología de esta enfermedad se conoce que tiene lugar debido a una obstrucción intraluminal por diversas etiologías como fecalitos, parásitos, hiperplasia linfoide, entre otros; genera una infección local que puede evolucionar hacia la formación de abscesos o a la perforación apendicular (23).

Con relación a la clínica, se tiene como principal síntoma el dolor abdominal localizado a nivel epigastrio o periumbilical pero que migra a fosa iliaca derecha, sin embargo, es importante aclarar que la cronología de Murphy solo se presenta hasta en un 50 % de pacientes. Otros síntomas que se agregan

es anorexia, náuseas y vómitos. Un punto importante que mencionar es la que la presencia de fiebre asociada a taquicardia se considera como predictor de una posible apendicitis aguda complicada (23) (24).

Respecto a los exámenes de laboratorio, la leucocitosis con desviación a la izquierda y un aumento del valor de proteína C reactiva se presentan en la mayoría de los casos, sin embargo, en un 10 % de los pacientes con apendicitis perforada pueden presentar valores normales de ambos parámetros. Los estudios de imágenes como la tomografía y el ultrasonido resultan útiles como apoyo al diagnóstico (24) (25).

El tratamiento de la apendicitis es quirúrgico, hoy en día existen diversas técnicas de abordaje, desde una apendicectomía abierta hasta una apendicectomía laparoscopia que es de mínima invasión; esta última se ha convertido en una opción factible ya que disminuye el riesgo de infección de sitio operatorio, así como la estancia hospitalaria, pero por otra parte se le ha asociado a la presencia de abscesos intraabdominales. Otro pilar en el tratamiento es la antibioticoterapia que debe ser ideal para cubrir bacterias aerobias como anaerobias, las cefalosporinas e imidazoles serían buenas opciones, se deben administrar desde el preoperatorio y la duración de la antibioticoterapia dependerá de los hallazgos intraoperatorios, así como de la clínica y estudios de laboratorio; generalmente para una apendicitis complicada se da un esquema de 3 a 5 días de tratamiento, aunque esto dependerá del criterio médico (25) (26).

Caso clínico 2

La obstrucción intestinal hace referencia a al cese de paso del contenido intestinal, es considerado una entidad frecuente a la que se enfrentan los cirujanos en las emergencias, están clasificadas como obstrucciones altas o bajas, de las cuales las obstrucciones altas representan el 70 % de los casos y se ubican en el segmento limitado entre el ángulo de Treitz y válvula ileocecal (27) (28).

La etiología está clasificada en tres grupos: la intrínseca, extrínseca e intraluminales, en el caso del paciente la etiología más probable sería por bridas o adherencias debido al antecedente quirúrgico que presentaba (28).

La clínica se caracteriza por dolor y distensión abdominal, asociado a náuseas, vómitos, estreñimiento e incluso diarrea; dentro de la exploración física los ruidos intestinales pueden encontrarse aumentados, pero en estadios avanzados estos suelen disminuir en intensidad o incluso abolirse (28) (29).

El diagnóstico de la obstrucción intestinal es clínico, sin embargo, los exámenes de laboratorio e imágenes son útiles como apoyo diagnóstico. Con relación al caso clínico, es importante mencionar que en pruebas de imagen no es posible visualizar las adherencias y que por lo tanto esto sería un diagnóstico de exclusión al no hallarse alguna causa identificable (28).

El tratamiento es quirúrgico y médico; existe controversia respecto al tratamiento quirúrgico ya que podría generar más adherencias, existen dos métodos como la laparotomía exploratoria y la adherenciólisis laparoscopia esta última posee varias ventajas potenciales sin embargo esta contraindicada en caso de inestabilidad hemodinámica o deterioro cardiopulmonar; y en relación al tratamiento médico básicamente su objetivo es hidratar al paciente y corregir las alteraciones metabólicas que este pueda presentar (29).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La transición de estudiante a interno de medicina representó la etapa más importante de mi carrera, sobre todo por el gran cambio que vivió la metodología de enseñanza en consecuencia a la pandemia de COVID 19, donde se impuso una metodología virtual en su totalidad, impidiendo el contacto médico paciente, afectando las rotaciones y prácticas del externado médico.

El internado no solo ayudó a consolidar los conocimientos teóricos instaurados durante los primeros seis años de la carrera, brindó la oportunidad de realizar procedimientos médicos que solo conocíamos de manera virtual, dándonos la oportunidad de tener un contacto directo con los pacientes y la gran diversidad de casos clínicos en las diferentes rotaciones, a su vez, reforzar nuestras convicciones éticas y morales empatizando con cada paciente y brindando una atención en salud de calidad.

En el Hospital III EsSalud Chimbote hay 8 internos divididos en las 4 rotaciones, siendo 2 internos por servicio, esto representa una carga laboral alta, sin embargo, también brinda la oportunidad de realizar mayor número de procedimientos y conocer en su totalidad la gran cantidad de casos que atiende el hospital. Otra ventaja al realizar el internado en EsSalud es tener la posibilidad de hacer el internado médico durante los 12 meses del año.

Se tendrá un gran aprecio y agradecimiento a toda la familia de salud que labora y brinda la mejor atención en el Hospital III EsSalud Chimbote, ya que desempeñando un rol de tutores y maestros impulsaron a los internos a superarse día a día.

V. CONCLUSIONES

El internado médico resulta ser imprescindible para todo estudiante de medicina ya que nos permite un contacto directo con los pacientes, aplicar los conocimientos adquiridos a la práctica clínica, ampliar la capacidad resolutoria ante situaciones difíciles de modo que el futuro profesional esté preparado para afrontar y tratar de la mejor manera las diversas patologías que enfrente a lo largo de su carrera.

El trabajo en equipo resulta ser fundamental en el área de la salud, ya que no solo se cuenta con personal médico, sino también; con profesionales de otras áreas tales como obstetricia, enfermería, odontología, psicología, nutrición, etc. Permitiendo así brindar una adecuada calidad de atención multidisciplinaria a todos sus usuarios.

Es de vital importancia que los hospitales no solo brinden una atención en salud de calidad, sino también; se dediquen a la docencia mediante exposiciones, seminarios, charlas educativas a la población, etc. esto permite la consolidación de conocimientos y un constante aprendizaje teórico práctico.

Debido a que el Perú es un país multicultural, el interno de medicina aprende a lidiar con una gran gama de personas fortaleciendo las virtudes como la empatía, responsabilidad, paciencia, tolerancia, etc. Esto, a su vez; permite fortalecer los valores éticos y morales de cada profesional.

VI. RECOMENDACIONES

Al realizar rotaciones en hospitales que promuevan la docencia, se deberían de efectuar sesiones académicas con mayor frecuencia buscando presentar casos clínicos más frecuentes, enfocándose en posibles escenarios que el interno pueda enfrentar durante la etapa de SERUMS.

Al tener un número menor de internos rotantes en los hospitales de EsSalud la carga laboral podría resultar ser mayor que en otras entidades de la salud, considero que se deberían ampliar las plazas de internos rotantes a 4 internos por especialidad.

En nuestro sistema de salud, el tratamiento empírico puede resultar ser necesario debido a que en muchas ocasiones no se cuentan con los recursos necesarios para dar un adecuado tratamiento; sin embargo, se debería de priorizar y enfocar un tratamiento dirigido e individualizado con medicina basada en evidencia, tomando en cuenta las comorbilidades y factores de riesgo de cada paciente.

Se debería dar prioridad a la salud mental y física de los internos de medicina, brindando sesiones mensuales en áreas como nutrición y psicología, proporcionando un reporte mensual de cada uno de los estudiantes a los tutores y jefes de servicio.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Miscarriage and Recurrent Pregnancy Loss - ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-8f91ecbf-e9f2-4579-97fa-54b72988d7cb
2. González-Merlo. Obstetricia. Aborto - ClinicalKey [Internet]. [citado 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491131229000232>
3. Bombin Maritchu, Mercado Javiera, Zúñiga Javiera, Encalada Diego, Ávila Joaquín. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Mar 11]; 84(6): 460-468. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>.
4. Rodríguez Blanco Clara Luz, De los Ríos Palomino Miladys, González Rodríguez Angélica María, Quintana Blanco Dianellys Sulema, Sánchez Reyes Idalgis. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Multimed [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Mar 23]; 24(6): 1349-1365. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601349&lng=es. E pub 04-Nov-2020
5. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. Rev.méd. sinerg. [Internet]. 22 de noviembre de 2020 [citado 18 de marzo de 2024];5(11): e606. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>
6. Ginecología – Obstetricia. Ruptura de membranas a término antes del trabajo de parto - ClinicalKey [Internet]. [citado 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X21454792>
7. Aragón-Hernández JP, Ávila-Vergara MA, Beltrán-Montoya J, Calderón-Cisneros E, Caldiño-Soto F, Castilla-Zenteno A et al. Protocolo clínico

- para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2024 Mar 18]; 85(5): 314-324. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314&lng=es.
8. Neumonía adquirida en la comunidad - ClinicalKey [Internet]. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_312
 9. Community-Acquired Pneumonia in Adults - ClinicalKey [Internet]. [citado 9 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-77188ebd-e5b9-49a1-88a0-0211995a4b85
 10. Nuñez Delgado Rocio del Pilar, Tapia Pérez Rafael Fredy, Cachicatari Vargas Elena, Chirinos Lazo Maritza Ruth. Neumonía adquirida en la comunidad como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2022 ene [citado 2024 Mar 10]; 15(1):35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000100005&lng=es. Epub 31-Mar-2022. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1072>.
 11. Mandell, Douglas, Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Celulitis, fascitis necrosante e infecciones del tejido subcutáneo - ClinicalKey [Internet]. [citado 21 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B978849113499200093X?scrollTo=%23hl0001547>
 12. Celulitis - ClinicalKey [Internet]. [citado 21 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_1774#section28751
 13. Peralta Ruth, Torres de Taboada Estela. Infecciones de piel y partes blandas. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2017 Sep [cited 2024 Mar 21]; 4(2): 19-26. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-

38932017000200019&lng=en. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04\(02\)19-026](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(02)19-026).

14. Johnson K. Taquipnea transitoria del recién nacido. UpToDate. Actualización: 30 agosto 2021
15. Muñoz E. Taquipnea transitoria del recién nacido. Caso clínico. Revista electrónica de PortalesMedicos. 2021; XVI (21): 1002. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/taquipnea-transitoria-del-recien-nacido-caso-clinico/>.
16. Royo D, Curto B., Fernández C., Pinillos R., Torres S, Galve Z. et al. Taquipnea transitoria del recién nacido: principales factores de riesgo, evolución y complicaciones. Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2015; 45: 69-74. Disponible en: <https://spars.es/wp-content/uploads/2017/02/vol45-n3-1.pdf>
17. Perez R., Jasso L., Doubova S., Flores S., Mantilla C., Gonzales E. et al. Evaluación de la calidad de la atención de la taquipnea transitoria en recién nacidos afiliados al Seguro Médico Siglo XXI. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014; 71(6): 346-351. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v71n6/v71n6a4.pdf>
18. Kliegman, R. Nelson. Tratado de Pediatría. Madrid: Elsevier. 2016; Vol1.
19. Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Protoc diagn ter pediatr. 2023; 2:51-79.
20. Frost HM, Fritsche TR, Hall MC. Beta-hemolytic nongroup A streptococcal pharyngitis in children. J Pediatr. 2019;206:268-273.e1.
21. Rick AM, Zaheer HA, Martin JM. Clinical features of group A streptococcus in children with pharyngitis: carriers versus acute infection. Pediatr Infect Dis J. 2020;39(6):483-8
22. Pichichero M. Tratamiento y prevención de la faringitis estreptocócica en adultos y niños. UpToDate. Última actualización: 24 de agosto de 2021.
23. Plaza A, Cherrez J, Patiño M, Monar M. Descripción y análisis de las complicaciones, clínica y tratamiento en paciente con apendicitis aguda. Dom Cien. 2021;7(6):1241-1261.

24. Hernandez J, De Leon J, Martinez M, Guzman J et al. Apendicitis aguda: Revision de la literatura. Cirujano general. 2019;41(1): 33-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>
25. Fallas J. Apendicitis aguda. Medicina legal de Costa Rica. 2012;29(1):1409-0015. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>
26. Souza L, Martinez J. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):76-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>
27. Csendes A., Pereira P., Zamorano M., Arratia I., Gonzales J., Carriel F. Tratamiento médico o quirurgico de la obstrucción intestinal alta. Rev Chil Cir. 2016;68(3):227-232. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v68n3/art06.pdf>
28. Bolivar M., CortesM., Fierro R., Cazares M., Morgan F. Obstruccion del intestino delgado por adherencias. Rev Med UAS. 2020;10(1):2007-8013. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n1/obstruccion.pdf>
29. Sanchez J. Signos radiológicos de obstrucción del intestino delgado. Revista medica de costa rica y centroamerica. 2014;LXXI(610):347-350. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142zi.pdf>