



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**APRENDIZAJE Y ADAPTACIÓN DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ”
2022 – 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
RODRIGO EDUARDO HERNÁNDEZ BORJAS**

**ASESOR
JOSÉ CARLOS ROMERO SÁNCHEZ**

**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

**APRENDIZAJE Y ADAPTACIÓN DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ”
2022 – 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

RODRIGO EDUARDO HERNÁNDEZ BORJAS

ASESOR

DR. JOSÉ CARLOS ROMERO SÁNCHEZ

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi padre y a mi madre, que gracias a ellos es que pude lograr esta primera meta en mi vida personal y profesional. Por ellos pude tener no solo una buena educación, sino un gran soporte emocional y psicológico.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1. PEDIATRÍA	1
2. CIRUGÍA GENERAL	4
3. GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA.....	8
4. MEDICINA INTERNA	12
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA ...	18
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	20
3.1 PEDIATRIA	20
3.2 CIRUGÍA GENERAL	21
3.3 GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA.....	23
3.4 MEDICINA INTERNA	24
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	31
FUENTES DE INFORMACIÓN	33

RESUMEN

El siguiente trabajo busca explicar el aprendizaje y habilidades adquiridas por los estudiantes de séptimo año de la carrera de medicina humana, los internos de los hospitales. Es durante este año de aprendizaje, que los internos no solo aplican todas las teorías aprendidas en los años previos de estudios, sino también adquieren conocimientos sobre diagnóstico, manejo inicial, tratamiento y seguimiento de diferentes patologías que afectan a una población de nuestro país. En el internado médico es cuando los estudiantes se preparan de una forma más directa para poder desempeñarse de la mejor manera en servicios futuros como es el SERUMS u otros proyectos que estos puedan tener.

Cabe mencionar que el internado se vio afectado por diferentes factores, tanto por la pandemia, así como por la falta de infraestructura de los establecimientos de salud y la restricción de plazas de los hospitales que fue perjudicial para los estudiantes de las diferentes carreras de salud.

Sin embargo, el internado médico 2022 – 2023 se vio beneficiado debido a las mejoras por parte de los hospitales y centros de salud en bioseguridad y resguardo de la salud del personal. Así también se registra disminución de casos positivos de SARS-Cov-2, lo cual permitió la recuperación de servicios que se vieron obligados a prestar dichas áreas para pacientes afectados.

ABSTRACT

The purpose of this study is to explain the learning and skills acquired by the students of the seventh year of the school of medicine, the hospitals' interns. During this learning year, the interns not only apply all of the theories learned during their previous study years, but they also get knowledge about diagnoses, initial management, treatment and follow up of different pathologies that affect a population of our country. It's during the medical internship that the students get prepared in a more direct way to be able to work in future services like the SERUMS (health service program in Peru) or other projects that they may have.

It is worth mentioning that the internship was affected by different factors, like the pandemic, as well as the lack of infrastructure of the health care centers and the restriction of hospitals' vacancies, which was detrimental for the students of different health majors.

However, the medical internship 2022-2023 was benefited due to the improvements of hospitals and health care centers in biosafety and protection of the personnel's health. Additionally, there was a decrease of SARS-Cov-2 positive cases, which allowed the recovery of services that were obliged to lend those areas for affected patients.

NOMBRE DEL TRABAJO

**APRENDIZAJE Y ADAPTACIÓN DURANT
E EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPIT
AL NACIONAL PNP "LUIS N. SÁENZ" 202**

AUTOR

RODRIGO EDUARDO HERNÁNDEZ BORJ

RECUENTO DE PALABRAS

7370 Words

RECUENTO DE CARACTERES

42003 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

43 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

278.2KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 15, 2023 12:54 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 15, 2023 12:55 PM GMT-5

● **10% de similitud general**

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8697-8651>

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de suficiencia profesional tiene como finalidad mostrar las competencias y conocimientos requeridos en el internado médico llevado en un periodo de recuperación de los establecimientos de salud posteriores a la pandemia dentro de los años 2022 – 2023. El internado de la carrera de medicina, que se realiza en el séptimo y último año de estudios; es en el cual se aplican las enseñanzas adquiridas los durante los seis años previos.

Es cuando realmente se aprende a aplicar la teoría en la realidad, pudiendo observarse las diferentes situaciones que se pueden presentar en las diversas patologías que puede padecer un paciente. Un interno de medicina forma parte de la primera línea de atención e interacción del paciente, además de convertirse en una pieza vital para el mejoramiento y fluidez de la atención del establecimiento de salud.

Debido a la pandemia causada por el SARS-CoV-2, se afectaron diferentes establecimientos de salud independientemente de su nivel de atención. Se vieron afectados en diferentes formas tanto en infraestructura, personal de salud, recursos y abastecimiento. Los internos de las diferentes ramas de salud y, especialmente, los internos de medicina, también sufrieron consecuencias durante la pandemia, sobre todo postergando su año de internado.

Para los internos de medicina del 2022 – 2023, presenciaron un estado de recuperación del nivel de atención y mejoramiento de los centros de salud. El Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” no se vio exento a estas situaciones, motivo por el cual modificó diferentes pisos de hospitalización para poder suplir la necesidad de camas para la hospitalización de pacientes afectados con este virus.

Sin embargo, durante el internado se pudo apreciar la mejora y recuperación de ambientes de cada servicio, incluso se pudo suspender el área específica para estos pacientes debido a la gran disminución de pacientes que requerían hospitalización.

Es durante este periodo que los internos vuelven a tener mayor participación en las especialidades, ya sea como apoyo en el servicio de emergencia, hospitalización o como segundo ayudante en la sala de operaciones con los cirujanos asistentes. Gracias a ello, los estudiantes de séptimo año de medicina adquirieron una gran cantidad de conocimientos de la práctica que se vio interrumpida debido a la pandemia.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este capítulo se expondrá 8 casos clínicos en los que se pudo tener mayor participación tanto en el diagnóstico como el tratamiento. Así como estos, fueron muchos más en los que la participación del interno fue vital para tratar a los pacientes del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 2022 – 2023.

1. PEDIATRÍA

Como primera rotación del internado médico se realizó en el servicio de Pediatría – Neonatología desde el inicio en 1 de mayo del 2022 hasta el final en 15 de julio del 2022. Durante esta rotación, servicio de pediatría aún se encontraba concentrado en un solo piso; desde consultorios, servicio de emergencia y parte de hospitalización, puesto que había cedido el piso de hospitalización para los pacientes COVID19 (+). Con el paso del tiempo, fue regresando a su anterior sector con el espacio requerido para la atención segura.

CASO CLÍNICO #1

Antecedentes:

- Antecedentes obstétricos: Madre de 28 años. Fórmula obstétrica: G3P1011. En 2015: Cesárea por pelvis estrecha. 2018: aborto incompleto (legrado uterino).
- Antecedentes Patológicos: Niega

- Antecedentes Quirúrgicos: Niega
- Reacciones Alérgicas a Medicamentos: Niega

Historia Clínica:

El presente caso se trata un recién nacido varón de 39 semanas por Capurro nacido por parto distócico (cesárea) a las 39 2/7 semanas de gestación debido a cesárea anterior. Paciente que nace con APGAR: 9'9, con un peso de 3626 gr, talla 50 cm, perímetro cefálico de 35 cm, perímetro cefálico de 36 cm. Posterior a la intervención es llevado al servicio de neonatología para realizarle los cuidados pertinentes.

Durante el estadiaje en el servicio cursó con signos vitales estables y evolución favorable post parto. Para su segundo día hospitalario (09/07), durante su evaluación diaria se observó que la frecuencia respiratoria se encontraba en el límite superior para un recién nacido FR:60, además de presentarse con un patrón irregular; por lo cual dicho día se le solicitó exámenes laboratorio como hemograma, PCR y bilirrubina total y fraccionada. Se agregó al plan solicitarle una radiografía torácica.

Al contar con resultados, el paciente presentó un hemograma patológico donde presentaba leucocitosis con desviación izquierda. Se observó que el PCR se encontraba dentro de rangos normales, según sus valores de referencia. Con respecto a la radiografía, se observó incremento de radiotransparencia pulmonar de forma bilateral, además de incremento y horizontalización de los espacios intercostales, aplanamiento de ambos diafragmas, proceso inflamatorio parenquimal derecho. También signos radiográficos indirectos de atrapamiento de aire. El paciente presentó evolución favorable del diagnóstico de fondo por lo que fue dado de alta 8 días posterior a su ingreso el 18/07/22

Diagnósticos Planteados:

1. Recién nacido varón de 39 semanas por Capurro / AEG
2. Parto distócico: por cesárea anterior

3. Neumonía Neonatal

Plan Terapéutico:

- Ampicilina 1.8 ml c/12 horas
- Amikacina 0.2 ml c/24 horas
- Lactancia materna a LD y/o Fórmula maternizada 13% 60 cc c/3 horas
- Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- Apoyo de O2 húmedo si SATO2 <93%

CASO CLÍNICO #2: Recién nacido de 37 semanas por Capurro

Anamnesis

- Antecedentes Patológicos: Ninguno
- Antecedentes Obstétricos: Madre de 26 años con controles prenatales completos. Fórmula obstétrica: G2P0010. FUR: 04/10/21. FPP: 15/07/22
- Antecedentes Quirúrgicos: Ninguno
- Medicación Habitual: Ninguno
- Reacción Alérgica a Medicamentos: Ninguno

Historia Clínica:

A continuación, se presenta un caso de un recién nacido de 37 semanas por Capurro nacido por parto distócico (cesárea) debió a presentación podálica a las 38 semanas por fecha de última regla. Paciente nace con un APGAR DE 7 – 9, con un peso de 3125 gr, talla 50 cm, perímetro cefálico de 35.5 cm, perímetro cefálico de 34 cm. Inmediatamente después, se le realiza la primera atención del recién nacido, en donde el paciente se encontraba estable, por lo tanto, es dirigido al servicio de neonatología. Poco tiempo después de su ingreso al servicio, durante el turno nocturno, el recién nacido es reevaluado debido a presentaba temores en extremidades sin alteraciones sistémicas o sensoriales.

Como plan, se le solicitó calcio sérico, el cual resulto en 1.06 mmol/L, planteando el diagnóstico. Con la terapéutica planteada, el paciente curso con

evolución favorable, remitiéndose la sintomatología. Posteriormente, se le solicitó exámenes laboratoriales control, y se constata recuperación de niveles normales de calcemia. Debido a la mejoría de síntomas y mejora de niveles séricos de calcio, se decide el alta hospitalaria del paciente después de 06 días de estancia.

Diagnósticos Planteados:

1. Recién Nacido a término de 37 semanas por Capurro
2. Parto distócico por presentación podálica
3. Hipocalcemia sistémica

Plan Terapéutico:

- Lactancia materna a libre demanda y/o Fórmula maternizada al 13% 25 cc c/3 horas
- Gluconato de Calcio 10%: 3.1ml + 3.1ml EV lento y diluido c/8 horas
- Carbonato de Calcio 250mg/ml: 0.7ml VO c/24 horas al alta.

2. CIRUGÍA GENERAL

Esta rotación se realizó desde el 16 de julio hasta el 30 de septiembre. Aquí se pudo conciliar conocimiento sobre patologías de manejo quirúrgico como politraumatismos. También, el interno pudo colaborar dentro de lasas de operaciones tanto como ayudante como instrumentista.

CASO CLÍNICO #1: Paciente masculino de 64 años, procedente de Lima

Antecedentes:

- Antecedentes Patológicos:
 - Hipertensión Arterial
 - Gastritis crónica

- Antecedentes Quirúrgicos: Niega
- Medicación Habitual: Niega
- Reacción Alérgica a Medicamentos: Niega

Historia Clínica:

Paciente varón de 64 años de edad que ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 horas caracterizado por presentar dolor en región inguinal izquierda con sensación de masa que es palpable.

Examen Físico:

- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, escala Glasgow 15/15
- Piel y mucosas: Tibia, hidratada, poco elástica. Llenado capilar <2”
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular presente en ambos hemitórax. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Región inguinal: Se palpa masa de aproximadamente 10x10 cm no reducible, dolorosa a la palpación. Sin cambios de coloración.

Posterior a la evaluación, el paciente es ingresado al servicio para ser programado a una intervención quirúrgica como una hernioplastia. En la cual se halló un defecto herniario izquierdo de pared posterior de aproximadamente 4cm con saco herniario de 6x5cm de contenido vacuo. Paciente tolera intervención quirúrgica y presenta evolución favorable por lo cual se decide su alta hospitalaria después de 24 horas de la intervención.

Diagnósticos Planteados:

1. Hernia inguinal izquierda Nyhus IIIB
2. Hipertensión Arterial por antecedente.

Plan Terapéutico:

- Hernioplastia inguinal izquierda abordaje posterior Nyhus
- Cefazolina 2gr EV STAT
- Ketoprofeno 100mg: 1 amp EV c/8 horas
- Enalapril 20mg VO c/24 horas
- Tramadol 100mg 1 amp PRN al dolor intenso
- Dimenhidrinato 50mg 1 amp PRN al dolor intenso

CASO CLÍNICO #2: Paciente varón de 48 años, procedente de Limas

Antecedentes:

- Antecedentes Patológicos: Niega
- Antecedentes Quirúrgicos:
 - Hidrocele (2017)
 - Colectomía Laparoscópica (2021)
- Medicación Habitual: Niega
- Reacciones Alérgicas a Medicamentos: Niega

Historia Clínica:

Paciente varón de 48 años de edad que ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de 14 horas caracterizado por dolor intenso en cuadrante inferior derecho del abdomen tipo cólico que fue progresivamente aumentando con el tiempo. Asociado a náuseas e hiporexia, sin presentar aumento de temperatura. Con estos datos de la anamnesis, se decide solicitar exámenes de laboratorio, en los cuales se observa elevación de los leucocitos por encima del valor superior normal, en $14.3 \times 10^3/uL$.

Examen Físico:

- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15
- Piel y mucosas: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar <2”

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular presente en ambos hemitórax. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad. No soplos audibles
- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha. Mc Burney (+), Signo de obturador (+), signo de psoas (+), signo de Dunphy (+)
- Genito-Urinario: PPL (-), PRU (-)

Debido a las características de la sintomatología y a los exámenes de laboratorio se plantea como diagnóstico principal Apendicitis Aguda por lo que es programado para una intervención quirúrgica de emergencia. Durante esta intervención se halla un apéndice cecal de 8x1.5cm de posición descendente interna, necrosada en tercio medio cubierta con fibrina, con base indemne. Paciente tolera intervención quirúrgica, además presenta evolución favorable en hospitalización por lo cual se decide su alta hospitalaria 24 horas posteriores a su intervención.

Diagnósticos Planteados

1. Apendicitis Aguda

Plan Terapeutico

- Apendicectomía Laparoscópica
- Ciprofloxacino 200mg: 2 amp EV c/12 horas
- Metronidazol 500mg: 1 amp EV c/8 horas
- Ketoprofeno 100mg: 1 amp EV c/8 horas
- Omeprazol 40mg: 1 amp EV c/24 horas
- Tramadol 100mg 1 amp PRN al dolor intenso
- Dimenhidrinato 50mg 1 amp PRN al dolor intenso

3. GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA

La rotación de ginecología y obstetricia fue de suma importancia puesto que es de las consultas más frecuentes en los centros de salud y abarca a una gran población. Dicha rotación inició el 1ro de octubre hasta 15 de diciembre. En conciliaron conocimiento sobre patologías de mujeres no gestantes, gestantes y salud prenatal.

CASO CLÍNICO #1: Paciente femenino de 48 años de edad, procedente de Lima

Antecedentes:

- Antecedentes Patológicos:
 - Menarquia: 14 años
 - Régimen Catamenial: 4/R
 - FUR: 07/10/22
 - USR: 3 años atrás
 - MAC: Anticonceptivos orales
 - Fórmula Obstétrica: G3P2012
 - G1: Parto Eutócico (1993)
 - G2: Legrado Uterino por Aborto Incompleto (1994)
 - G3: Cesárea Segmentaria Transversa Primaria (1996)
 - Lesión intraepitelial de alto grado NIC III / Carcinoma *in situ*
- Antecedentes Quirúrgicos:
 - Legrado Uterino por Aborto Incompleto (1994)
 - Cesárea Segmentaria Transversa Primaria (1996)
 - Cono Frío (2022)
- Medicación Habitual: Niega
- Reacción Alérgica a Medicamentos: Niega

Historia Clínica:

Paciente femenino de 48 años de edad que ingresa a hospitalización del servicio de ginecología porque 7 meses previos había presentado episodio de

ginecorragia durante 30 días al cual se le agregó dolor pélvico de moderada intensidad y pico febril de 40° C por lo que se realizaron estudios para diagnóstico. Primero se realizó un estudio histopatológico cervicovaginal en donde se encontró fragmento superficial con lesión escamosa intraepitelial de alto grado NIC III (carcinoma escamoso in situ).

Con este resultado es que se realiza un estudio citopatológico de secreción vaginal donde se observó lesiones escamosas epitelial de alto agrado / carcinoma escamoso positivo para lesión intraepitelial o malignidad. Dentro de dichos estudios, se realizó histopatológico de cono cervical (abril-22) se resultó en carcinoma escamoso queratinizante mínimamente invasivo por lo que se le indica realizarle los riesgos preoperatorios para su posterior hospitalización y manejo quirúrgico.

La paciente ingresa al servicio el día 24 de octubre del 2022 para ser preparada para la intervención quirúrgica, histerectomía radical tipo II + SOB, en el cuál no tuvo hallazgos resaltantes, además de los ganglios pélvicos derechos (3) de aproximadamente 0.5 cm e izquierdos (2) de aproximadamente <0.5 cm. La paciente tolera intervención quirúrgica y presenta evolución favorable por lo que se decide su alta hospitalaria 4 días posterior a su ingreso.

Primero se realizó un estudio histopatológico cervicovaginal en donde se encontró fragmento superficial con lesión escamosa intraepitelial de alto grado NIC III (carcinoma escamoso in situ). Con este resultado es que se realiza un estudio citopatológico de secreción vaginal donde se observó lesiones escamosas epitelial de alto agrado / carcinoma escamoso positivo para lesión intraepitelial o malignidad.

Diagnósticos Planteados:

1. Cáncer de Cérvix Estadio IA
2. Anemia Leve Normocítica Normocrómica

Plan Terapéutico:

1. Histerectomía Radical tipo II + Salpingo Ooforectomía Bilateral

2. Cefazolina 1gr EV c/6 horas <3 dosis>
3. Ranitidina 50 mg EV c/8 horas
4. Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas
5. Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas
6. Clindamicina 300mg TAB c/8 horas por 7 días

CASO CLÍNICO #2: Paciente femenino de 41 años procedente de Ica

Antecedentes:

- Antecedentes Patológicos:
 - Hipertensión Arterial (2018)
 - Hipotiroidismo (2018)
- Antecedentes Gineco-Obstétricos:
 - Menarquia: 11 años
 - Régimen Catamenial: 4-5/R
 - FUR: 17/10/22
 - USR: hace 2 semanas
 - MAC: DIU de cobre hasta 2018
 - Último PAP: Negativo (2019)
 - Fórmula Obstétrica: G7P6006
 - G1 (1995) – G6 (2020): Partos Eutócicos
 - G7: Actual
- Antecedentes Quirúrgicos: Niega
- Medicación Habitual:
 - Losartan 50mg c/12 horas
 - Levotiroxina 100mg c/24 horas
- Reacción Alérgica a Medicamentos: Niega

Historia Clínica:

El presente caso se trata de una gestante que se acerca al tópicico de emergencia de ginecología – obstetricia el día 28 de octubre del 2022 con un tiempo de enfermedad de 6 días caracterizado por dolor tipo cólico en hipogastrio de moderada intensidad (6/10) asociado a sangrado vaginal. Además, cuenta con resultados laboratoriales de B-HCG positivo, examen de

orina patológico por presentar nitritos positivos y leucocituria y un hemograma que contaba con hemoglobina de 11.3, sin leucocitosis.

Examen Físico:

- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha.
- Genito-urinario: Sin lesiones, se aprecia sangrado en introito.
- Especuloscopía: sangrado rojo rutilante en canal vaginal.
- Tacto vaginal: cérvix posterior, cerrado, doloroso a la palpación, movilización y palpación bimanual.

Al momento de realizarle la ecografía transvaginal, se observó complejos tubo-ováricos de 92x32mm en anexo derecho y 99x22mm en anexo izquierdo, además de líquido libre en fondo de saco de Douglas. Debido a estos resultados es que la paciente es hospitalizada con los siguientes diagnósticos planteados: 1) Gestación inicial 2) Amenaza de aborto: d/c aborto ovular 3) Infección de tracto urinario 4) Enfermedad Pélvico inflamatorio: abscesos tubo-ovárico bilateral 5) Hipertensión Arterial 6) Hipotiroidismo 7) Obesidad.

Durante los dos primeros días de hospitalización, la paciente presentó disminución del dolor abdominal, sin embargo, se observó mayor palidez distal en ambas palmas de manos, por lo que se solicitó un examen de hemograma completo, B-HCG y ecografía transvaginal de control.

En la ecografía se evidenció masa paraovárica derecha alargada y heterogénea de 54.8x17,9mm, también en fondo de saco se apreció líquido libre y signos compatibles a hemoperitoneo. Al contar con dichos resultados, se pudo evidenciar la disminución de la hemoglobina, que resultó en 8gr/dLy también disminución del resultado de B-HCG por lo que se le programó para realizar laparoscopia exploratoria.

Al momento de la intervención quirúrgica, se realizó la conversión debido al longitud insuficiente del trocar por la cantidad de tejido adiposo de la paciente. También se realizó la transfusión de 2 paquetes globulares intraSOP.

Durante la intervención se pudo observar tumoración de 4x5cm en trompa uterina izquierda, además de abundante sangrado, por lo que realizo la exeresis de este anexo. La paciente tolera procedimiento quirúrgico y presenta evolución favorable los siguientes días de su estancia hospitalaria por lo que se decide su alta 3 días posterior a la cirugía.

Diagnosticos Planteados:

1. Embarazo Ectópico Roto
2. Hipertensión Arterial
3. Hipotiroidismo
4. Obesidad

Plan Terapéutico:

1. Laparoscopia Exploratoria + conversión a laparotomía exploratoria
2. Ceftriaxona 2gr EV c/24 horas
3. Vancomicina 600mg EV c/8 horas
4. Tramadol 100mg EV c/8 horas
5. Dimenhidrinato 50mg EV c/8 horas
6. Losartan 50mg TAB c/12 horas
7. Levotiroxina 150mg TAB c/24 horas

4. MEDICINA INTERNA

El servicio de medicina interna se caracteriza por tener la mayor cantidad de pacientes, además de una gran variedad de patologías que tiene a cargo. Durante esta rotación se aplican conocimientos no solo de las enfermedades que más afectan a las personas, sino también el tratamiento y variaciones de estos. Esta rotación fue la última del internado médico, iniciando el 16 de diciembre y culminando el 28 de febrero.

CASO CLÍNICO #1:

Antecedentes:

1. Antecedentes Patológicos:
 - Diabetes Mellitus 2 (hace 30 años)
2. Antecedentes quirúrgicos:
 - Colectomía Laparoscópica (2012)
 - Cesárea
 - Peritonitis por úlcera gástrica (2014)
3. Medicación habitual: Metformina, diltiazem, furosemida, espironolactona, omeprazol, AAS
4. Alergias a medicamentos: Niega

Enfermedad Actual:

Tiempo de enfermedad: 7 meses Episodio actual: 2 semanas

Forma de inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Signos y síntomas principales: Dolor lumbar intenso, aumento de volumen en región lumbar, baja de peso, debilidad muscular.

Relato: Paciente con tiempo de enfermedad aproximado de 7 meses caracterizado por evidenciar aumento de volumen en región lumbar con proyección a región inguinal asociado a dolor moderado localizado de tendencia nocturna, además sensación de alza térmica por lo que acude a consulta de cirugía general y se decide su hospitalización para la realización de drenaje de absceso inguinal.

La secreción fue estudiada por laboratorio con resultado de BK negativo, cultivo de secreciones negativo, cultivo de hongos negativo por lo que se decide su alta hospitalaria. Dos semanas antes de ingreso, la paciente presenta aumento de volumen en región lumbar de aproximadamente 6x4 cm asociado a dolor intenso (9/10) sin irradiación, hiporexia, debilidad muscular. Añadido a la secreción serosa en herida operatoria previa, se decide su hospitalización.

Examen Físico

- SNC: Paciente orientada en tiempo, espacio, persona. Escala Glasgow 15/15
- Piel y faneras: Tibia, poco hidratada, laxa. Llenado capilar <2”
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular presente en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles a la auscultación.
- Abdomen: no distendido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación. Se evidencia herida de aproximadamente 7x3 cm con profundidad de 3 cm, sin secreción purulenta, se evidencia escasa fibrina, escasa secreción serosa.
- Región lumbar: se evidencia masa simétrica regular de aproximadamente 6x4 cm sin consistencia pétreas.

Posterior al ingreso, se sugiere realizarle estudio de imagen mediante resonancia magnética. Dicho estudio revela hipodensidad en L1, L2 y L3 con compatible con proceso infeccioso. Motivo por el cual se le plantea como diagnóstico principal: Espondilodicitis lumbar EAD. Al mismo tiempo se le inicio antibioticoterapia empírica con piperacilina y tazobactam.

Durante su estadía hospitalaria, se realizó estudios de la secreción de dicha colección en la región lumbar. Mediante la ayuda de radiología intervencionista, se pudo extraer el contenido el cual sirvió para que estos sean evaluadas en diferentes laboratorios particulares a pedido de los familiares de la paciente. Días después de que se mandaran las muestras, el resultado de la colección en la zona lumbar, resultó positivo para *mycobacterium tuberculosis*.

Al contar con dicho resultado, continua en el servicio de medicina interna, sin embargo, al tratarse de una tuberculosis osteoarticular, el tratamiento de elección se encargó el “Programa de TBC” del mismo hospital, el cual le brindó tratamiento específico.

La paciente continuó con evolución favorable en el servicio, pues las colecciones habían sido drenadas y contaba con dos drenes en región dorsal, los cuales tenían que ser permeabilizados cada dos días. Al no presentar picos febriles después de una semana, las colecciones drenadas y un tratamiento específico, es que se decide el alta hospitalaria de la paciente con un total de 23 días de estancia en el nosocomio.

Diagnósticas Planteados:

1. Espondilodicitis lumbar por tuberculosis
2. Herida inguinal derecho con drenaje permeable
3. Diabetes Mellitus 2
4. Insuficiencia cardiaca compensada
5. Anemia normocítica normocrómica

Plan Terapéutico:

- Exámenes laboratoriales control
- RMN lumbosacra con contraste
- Drenaje de abscesos paravertebral derecho y absceso en psoas derecho.
- Esquema para TB extrapulmonar con compromiso osteoarticular

CASO CLÍNICO #2: Paciente femenino de 65, procedente de Lima

Antecedentes:

- Antecedentes Patológicos:
 - Vejiga neurogénica
 - Paraparesia espástica (2014)
 - Celulitis en miembro inferior derecho (2022)
- Antecedentes Quirúrgicos:
 - Apendicectomía abierta (1992)
- Medicación Habitual:

- Gabapentina 300mg c/8 horas
- Baclofeno
- Pentoxifilina c/12 horas
- Ácido fólico c/24 horas
- Complejo B c/24 horas
- Reacciones Alérgicas a Medicamentos: Niega

Historia Clínica:

Tiempo de enfermedad: 15 días Fecha de ingreso: 25/12/2022

Signos y síntomas importantes: hematuria

Relato: Paciente femenino de 65 años refiere que hace aproximadamente 15 días antes de su ingreso observa coloración rojiza en orina, motivo por el cual acude a un centro de salud donde presentó un examen de orina patológico por el cual recibió tratamiento antibiótico. Al persistir examen de orina patológica, es referida a un centro de salud de mayor complejidad, como este nosocomio. Al momento del ingreso por emergencia, se solicitaron exámenes de laboratorio donde se evidenció que la hemoglobina se encontraba menos a su valor límite inferior, además el examen de orina se encontraba patológico, encontrándose 392 leucocitos.

Durante su estancia hospitalaria, la paciente no presentó interurrencias de gravedad o mala respuesta al tratamiento antibiótico. Con respecto al plan terapéutico, la paciente recibió tratamiento antibiótico por carbapenémicos como meropenem debido a fracaso de tratamiento de antibióticos previos, además de sus medicamentos habituales. Cursó con evolución favorable desde el ingreso, remitiendo sintomatología, además de contar con exámenes laboratoriales control de orina y urocultivo negativos posterior al manejo terapéutico.

Después de 9 días de haber sido ingresada a la unidad de medicina interna, fue dada de alta por el servicio debido a la mejoría que presentó.

Examen Físico:

- SNC: Escala Glasgow 15/15. Orientada en tiempo, espacio y persona
- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2”
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular presente en ambo hemitórax. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, doloroso a la palpación en flaco izquierdo.
- Genito-urinario: PPL (-), PRU (+)
- MMII: pierna derecha con paraparesia espástica, no edemas.

Diagnósticos Planteados:

1. Infección de Tracto Urinario

Plan Terapéutico:

- Meropenem 1gr EV c/8 horas
- Omeprazol 40mg EV c/24 horas
- Enalapril 20mg VO c/24 horas
- Gabapentina 300mg VO c/24 horas
- Baclofeno 10mg VO c/12 horas
- Pentoxifilina 400mg VO c/12 horas
- Ácido fólico 0.5mg VO c/24 horas
- Complejo B VO c/24 horas
- Metamizol 1gr PRN elevación de temperatura

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El tiempo en el cual se desarrollo el internado médico 2022 – 2023, entre los meses de mayo y febrero del siguiente año, fue posterior a las principales olas de la pandemia que afectaron al país. Lo cual permitió una progresiva recuperación de la estabilidad de los centros de salud, así como el correspondiente uso de los pisos hospitalarios de cada servicio.

Este internado se desarrolló en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” está ubicado en la avenida Brasil 2600 - Lima Metropolitana, es un hospital de nivel III – 2. Dicho nosocomio se encuentra actualmente en proceso de expansión puesto que se inauguró un nuevo complejo cuenta con su propio centro de diagnostico de imágenes, con maquinaria nueva y funcionando como es un tomógrafo, un resonador, radiología y ecografía. Además, se encuentran funcionando más de 50 consultorios externos de las diferentes especialidades.

Cabe resaltar que dicho complejo, contara con áreas especializadas como centro quirúrgico, centro de partos, UCI tanto para adultos como pacientes pediátricos. Además, pronto se llegará a inaugurar las áreas de emergencia y urgencias, con diferentes tópicos de las especialidades y hasta 100 camas de hospitalización nuevas.

Al inicio de las rotaciones, en el servicio de Pediatría específicamente, se concentraban tanto los consultorios de pediatría, cirugía pediátrica en el mismo edificio que el servicio de emergencia y la sala de observación. Además, junto a estas, se encontraban dos ambientes, que previamente eran

consultorios, como habitaciones para pacientes hospitalizados. El área completa de hospitalización se encontraba en otro edificio. Con el pasar del tiempo y con ello, la disminución de casos de pacientes positivos para COVID-19 que requerían hospitalización, se pudo reabrir el piso original del servicio de pediatría que contaba con 20 camas para pacientes estables, así como 10 camas para pacientes que requieran cuidados intermedios.

El servicio de Gineco-Obstetricia realizó similares ampliaciones al volver las áreas donde brindaban sus actividades. Desde que empezó el retorno organizado, pudo volver a programar con regularidad a los pacientes que se encontraban en lista de espera para intervenciones quirúrgicas. Además, la presencia de los internos de medicina fue importante para poder efectivizar diversas programaciones quirúrgicas en la que teníamos gran participación durante el desarrollo de estas.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 PEDIATRIA

CASO CLÍNICO #1

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. Neumonía Neonatal

TRATAMIENTO:

- Ampicilina 1.8 ml c/12 horas
- Amikacina 0.2 ml c/24 horas
- Lactancia materna a LD y/o Fórmula maternizada 13% 60 cc c/3 horas

ANÁLISIS:

El presente caso se trata de un neonato que presentó sintomatología respiratoria por que le planteó dicho diagnóstico. Según la “Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en las Niñas y Niños” del MINSA, si se tiene sospecha de una neumonía bacteriana, se debe realizar inicialmente antibioticoterapia de manera empírica hasta conocer los resultados de los cultivos y redirigir los antibióticos (1). En el caso de los niños menores de 2 meses, se iniciaría con penicilinas, como la ampicilina, y antibióticos como los aminoglucósidos, como es el caso de la gentamicina y la amikacina, colocándose la primera dosis de forma intramuscular o endovenosa según las dosis requeridas (2).

CASO CLÍNICO #2

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. Hipocalcemia Sistémica

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

- Gluconato de Calcio 10%: 3.1ml + 3.1ml EV lento y diluido c/8 horas

ANÁLISIS:

El tratamiento hipocalcemia en un recién nacido a término asintomático, hipocalcemia de inicio precoz, con niveles de calcio entre 6.5 – 7mg/dL, puede ser monitoreado y seguimiento, puesto que es tolerado. Si se presentaran niveles de calcio menores a 6.5 mg/dL, se debe iniciar perfusión continua de calcio. Siendo el usado el gluconato de calcio al 10%, a una dosis recomendada de 5 ml/kg/día, a tener como objetivo valores de calcio de 7-8 mg/dL. Como se presentó el caso, se siguió las indicaciones como está sugerida en la Asociación Española de Pediatría. Por lo cual, el paciente pudo evolucionar de forma favorable (3).

3.2 CIRUGÍA GENERAL

CASO CLÍNICO #1

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. Hernia Inguinal Izquierda Nyhus IIIB

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

- Hernioplastia Inguinal Izquierda Abordaje Posterior Nyhus

ANÁLISIS:

Actualmente existen diferentes técnicas de hernioplastias inguinales libres de tensión. Dentro de estas, están las de abordaje anterior abierto como Lichtenstein, siendo esta la más usada, o *mesh-plug*. También están las de abordaje abierto posterior como Stoppa, Wantz o Nyhus (4). En el caso del paciente, fue esta última la técnica de elección. En la técnica Nyhus, el

paciente se encuentra en una posición horizontal, sin Trendelenburg, y se le realiza una incisión suprapúbica lateralizada, a una distancia de 5 – 9 cm de la línea paramediana hacia la espina iliaca, a 4 cm sobre el pubis y cerca de 2 cm sobre el orificio inguinal interno. Posterior a la disección de los planos, se encuentra el espacio preperitoneal de Bogros y el área de Fruchaud hasta el ligamento de Cooper, donde se empieza a disecar tanto el condón espermático como los sacos herniarios (5).}

CASO CLÍNICO #2

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. Apendicitis Aguda

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

- Apendicectomía Laparoscópica

ANÁLISIS:

El principal tratamiento de un paciente con apendicitis aguda se trata en la vital resucitación inicial y el manejo quirúrgico definitivo. El manejo inicial en estos pacientes se basa en hidratación y administración de fluidos endovenosos y antibioticoterapia preoperatoria. Siendo estos capaces de cubrir anaerobios y gram negativos. Estas medidas tienen como finalidad disminuir las complicaciones posteriores a la intervención quirúrgica. De ser una apendicitis aguda no complicada, se indica la administración de cefalotina o ampicilina, es una dosis única. En caso contrario como una necrosada o perforada, se recomienda la administración de una triple asociación con ampicilina, gentamicina y metronidazol (o clindamicina).

El tratamiento definitivo de apendicitis aguda es el manejo quirúrgico. Este puede abordarse de dos formas como la técnica laparoscópica o la apendicectomía abierta. Se ha demostrado que mediante la técnica cerrada o laparoscópica tiene diferentes beneficios a comparación de una operación abierta como menor incidencia de infecciones de heridas operatorias, estancia hospitalaria o dolor postquirúrgico (6).

3.3 GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO #1

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. Cáncer de Cérvix Estadio IA

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

- Histerectomía Radical tipo II + Salpingo Ooforectomía Bilateral
- Cefazolina 1gr EV c/6 horas <3 dosis>
- Ranitidina 50 mg EV c/8 horas

ANALISIS:

El caso de esta paciente se trata de un cáncer de cérvix estadio IA quiere decir que es invasivo a nivel microscópico. Además de eso, la paciente había realizado un procedimiento previo como el Cono frío, por lo que se le indicó la realización de una histerectomía. Este procedimiento quirúrgico se realiza se basa en una laparotomía media supra hasta infraumbilical facilitándose la exposición del campo operatorio para demostrarse la ausencia de diseminación tumoral fuera de la zona pélvica. Forma parte la disección de ganglios iliacos primitivos, e iliacos externos. De la misma forma, se realiza la resección de los ganglios obturadores y se retira la grasa alrededor del nervio obturador. Se secciona el útero, posteriormente la vagina con un margen adecuado al tumor. El procedimiento tiene una duración cerca de 2 horas (7).

CASO CLÍNICO #2

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. Embarazo Ectópico Roto

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

- Laparoscopia Exploratoria + Conversión a Laparotomía Exploratoria

ANALISIS:

Según la “Guías De Práctica Clínica Para La Atención De Emergencias Obstétricas Según Nivel De Capacidad Resolutiva” del MINSA, cuando se trata de un embarazo ectópico íntegro, con saco gestacional menor a 40mm, sin latidos cardíacos embrionarios y disminución de Beta HCG o menor a 5000 UI/ml, puede administrarse tratamiento médico con Metrotexate 50mg por m² de superficie corporal IM. Sin embargo, en pacientes con embarazos ectópicos que requieran intervención quirúrgica, se indica laparotomía para poder controlar la hemorragia y evitar posible daño a los órganos reproductivos de ser una paciente con paridad insatisfecha. También es importante el lavado de cavidad abdominal o, de ser necesario, colocar drenajes intraabdominales (8).

3.4 MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO #1

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. Espondilodicitis lumbar por tuberculosis

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

- Esquema para TB extrapulmonar con compromiso osteoarticular.

ANALISIS:

Este caso se trata de una paciente adulta mayor, la cuál requirió de diferentes estudios de descarte para poder dar un correcto diagnóstico de la patología que estaba padeciendo. Para esto se tuvo que realizar la extracción de contenido de la colección mediante aspiración de forma eco-guiada.

Según el MINSA, hay diferentes tipos de esquemas para los pacientes en quienes se les diagnostica TB ya sea pulmonar o extrapulmonar. En el caso de esta paciente, se trataba de una infección osteoarticular el cual su esquema presenta dos fases de tratamiento. La primera fase tiene una duración de dos meses en el cual la paciente recibe, de forma diaria, antibióticos como isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E). Un total de

50 dosis. La segunda fase tiene una duración de 10 meses en el cual la paciente recibirá, de forma diaria, antibióticos como isoniazida (H) y rifampicina (R). Esta última con un total de 50 dosis.

También se sugieren las dosis que debe recibir los pacientes con TB extrapulmonar según la edad. La dosis de dichos antibióticos varía según la edad y la fase en la que se encuentre el paciente. En este caso, se trata de una paciente adulta mayor (mayor de 15 años) que se encuentra en la primera fase. Por lo tanto, la dosis de isoniazida (H) es de 5 mg/kg, la dosis de rifampicina (R) es de 10 mg/kg, para pirazinamida, 25 mg/kg y etambutol, 20 mg/kg.

A diferencia de la segunda fase en donde se reduce los antibióticos que reciben los pacientes, pero se aumenta la dosis de los dos que continúan según el esquema. Es decir, la isoniazida aumenta a 10 mg/kg y la rifampicina continúa a la misma dosis de 10 mg/kg (9).

CASO CLÍNICO #2

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. Infección del Tracto Urinario

TRATAMIENTO ADMINISTRADO:

- Meropenem 1gr: 1 amp EV c/8 horas

ANÁLISIS

En este caso se presenta a una paciente que cursaba con una infección de tracto urinaria que había fracasado al tratamiento previo. Cuando hay criterios de infección de tracto urinario en pacientes femeninas no complicadas, puede iniciarse antibioticoterapia de forma empírica mediante vía oral con quinolonas como ciprofloxacino 500mg c/12 horas u ofloxacino 200mg c/12 horas. Si en caso la paciente muestre signos de mayor gravedad, no tolere vía oral, lo recomendado sería iniciar antibioticoterapia por vía endovenosa con ceftriaxona 1-2gr c/24 horas o gentamicina 3-5mg /kg/día (10).

Puesto que esta paciente ya había iniciado tratamiento antibiótico y no presentar resolución del cuadro, se le considero como una infección del tracto urinario complicada. Se debe recordar que para considerar este diagnóstico, si con el antibiótico no se observa que el cuadro clínico mejore en las siguientes 72 horas o el paciente muestre signos de empeoramiento. Es en estas situaciones en donde se toma en cuenta la posible existencia de bacterias resistentes (11). De esta forma, se le inició antibioticoterapia con carbapenémicos como el meropenem.

Así es como esta paciente inicia tratamiento con meropenem, el cual lleva a un notorio mejoramiento de la sintomatología de la paciente.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico 2022 – 2023 fue un periodo que se caracterizó por presentar situaciones y contextos que se llevaron a cabo durante los picos de la pandemia por el SARS-CoV-2, pero que tuvo que enfrentar modificaciones para poder adaptarse a la nueva realidad postpandemia.

Con respecto al internado en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” comenzó con estudiantes que debían superar altas expectativas de los previos internos que habían tenido que enfrentar en el hospital con menos personal, menos insumos y con mayores factores de riesgo. Incluso con esto, se desempeñó en el internado de forma exitosa ya sea en los pisos de hospitalización, guardias que podían variar tanto diurno o nocturna.

Es sabido que la función del interno de medicina es vital para un centro de salud, aunque este sea el personal con menos experiencia. Es el principal apoyo y soporte de los médicos, ya sean residentes o asistentes. Además, es el primer escalón de la comunicación médico – paciente que es importante para el tratamiento de estos.

Las dificultades que aparecieron durante el internado fue la limitación con respecto a los procedimientos que requerían estudios por imágenes, ya que ciertas maquinarias no se encontraban disponibles; pero con el avanzar de las rotaciones, se resolvieron por el bien de los pacientes.

Lo que hace diferente a los internos del periodo 2022 – 2023 es la capacidad de adaptación que tuvieron que desarrollar a un hospital después de estar

tanto tiempo aprendiendo a manejar a pacientes de forma virtual. Sobre todo la paciencia de los mismos médicos que supieron cómo apoyar, enseñar con la paciencia que se requería para que los estudiantes sientan que el tiempo invertido durante todo este tiempo valiera la pena.

CONCLUSIONES

El año del internado médico es el mejor año para un estudiante de la carrera, puesto que es la primera oportunidad para poder poner a prueba los conocimientos que ha adquirido con el tiempo. Un año lleno de experiencias nuevas y aprendizaje que nos servirán para el futuro cercano.

Los internos del año 2022 – 2023 presentaban la desventaja de no estar familiarizados con el ambiente hospitalario debido a la pandemia que limitó el acceso de los estudiantes a los hospitales. A pesar de esto, gracias a las enseñanzas de forma virtual, es que pueden desempeñarse y adaptarse a la vida dentro de un hospital y saber aplicar lo aprendido durante ese tiempo.

Realizar el internado en momentos en los cuales los centros de salud se encontraban aun recuperándose del golpe de la pandemia, fue un reto tanto para los estudiantes como para los médicos que los acompañan. Sin embargo, de esta forma es que se pueden descubrir diferentes formas para un completo aprendizaje teórico y práctico.

Con la culminación de los 10 meses en los cuales se desarrolló el internado médico, los estudiantes ahora son más capaces de poder diagnosticar patologías que afectan tanto a pacientes que requieran tratamiento solo médico como los que requieran intervención quirúrgica. Esto es importante, puesto que la etapa más próxima para el desarrollo de los futuros médicos es el servicio social, y es ahí, donde, de forma independiente, se deberá discernir

si un paciente requiere ser referido a un establecimiento de mayor complejidad o solo requiere manejo hospitalario o ambulatorio.

Como conclusión del presente trabajo, la etapa del internado es el pico de desarrollo del aprendizaje de los estudiantes de medicina al ser este el momento de introducción de estos al ambiente laboral de los médicos de diversas especialidad. Los cuales le servirán para saber a qué especialidad van a continuar durante el resto de su formación como médicos.

RECOMENDACIONES

Es recomendable la completa disposición de los futuros internos de medicina para participar del manejo de un paciente, también en procedimientos mayores o menores que los médicos residentes o asistentes puedan tomarles en cuenta.

Así mismo se insta una mayor motivación por parte de los médicos residentes o asistentes que forman parte de planas docentes para poder enseñar y aprender los puntos clave de las diferentes patologías. De esta forma, los internos de medicina estarán preparados, no solo para un examen al final de la rotación, sino también para poder enfrentar a la realidad de que acerca al terminar sus años de estudios en pregrado.

De la misma forma en la que las instituciones tienen exigencias y competencias para los internos de medicina, estos también están en su derecho de poder exigir calidad de educación, como también calidad del establecimiento que debe contar con infraestructura adecuada para poder albergar a los estudiantes durante las guardias, ya sean diurnas o nocturnas.

Mencionado esto, lo mejor que pueden hacer los doctores, tanto residentes como asistentes, es realizar cronogramas de exposición sobre temas de cada rotación que sería presentado por los internos junto con los residentes. De esta forma se podrá lograr una mejor presentación, con mayor calidad para que pueda ser aprovechada por los estudiantes. El interno será capaz de

brindar información más certera sobre las patologías ya que contara con el apoyo de residentes y estos colaborarán con las dudas de los estudiantes.

Debido a la pandemia, hubo muchas modificaciones en las características del internado de un estudiante de medicina. Una de estas es la duración de este periodo, que dejó de ser 12 meses a solo 10 meses. Para lograr un aprendizaje mejor y más completo e integral, es que la duración del internado vuelva a ser de 12 meses y rotar 3 meses completos en cada una de las grandes especialidades como medicina interna, cirugía, ginecología-obstetricia y pediatría. Esto permitirá que los estudiantes refuercen más sus conocimientos médicos; además, podrán tener la oportunidad de poder conocer mayor cantidad de casos clínicos en cada rotación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guía Práctica de Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en Niñas y Niños – MINSA [Internet]. 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
2. Coto Gallo G, Lopez Sastre J, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Ibáñez Fernández A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. :209. [Internet]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30.pdf>
3. Lopez EN, Chova FC, lañez RP, Iglesias FG, Baldo MJM. Metabolismo fosfocálcico en el periodo neonatal. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_0.pdf
4. Cisneros Muñoz HA, Mayagoitia JC. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2021;9(2):61-70.
5. Utilidad de la técnica de Nyhus con malla en el abordaje posterior de hernias inguinales multirecidivadas. [Internet]. Revista SACD. 2020 [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://revista.sacd.org.ar/utilidad-de-la-tecnica-de-nyhus-con-malla-en-el-abordaje-posterior-de-hernias-inguinales-multirecidivadas/>
6. González Fallas J. Apendicitis Aguda. Medicina Legal de Costa Rica. 2012;29(1):87. [Internet]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>

7. T, Hurtado-Estrada G, Román-Bassaure E. Histerectomía radical modificada en pacientes con cáncer cervicouterino lb1. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-histerectomia-radical-modificada-pacientes-con-X1665920109501362>
8. Guías De Práctica Clínica Para La Atención De Emergencias Obstétricas Según Nivel De Capacidad Resolutiva – MINSA. 2007;29. [Internet]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
9. Tratamiento de la Tuberculosis – MINSA. 2018 [Internet]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
10. González Monte E. Infecciones del tracto urinario. Nefrología al día. (5):116. [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/XX342164212000532.pdf>
11. Andrés Wurgaft K. Infecciones del tracto urinario. Rev Med Clin Condes. 1 de julio de 2010;21(4):629-33. [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-S0716864010705794>