



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
REZOLA DE CAÑETE 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

RODRIGO JULIO MOISÉS VICCINA LEÓN

ASESOR

JOSE LUIS OTAROLA RAMIREZ

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL REZOLA
DE CAÑETE 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR:

RODRIGO JULIO MOISÉS VICCINA LEÓN

ASESOR:

DR. JOSE LUIS OTAROLA RAMIREZ

**LIMA - PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA
Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE
Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

2023

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres y amigos, a quienes les debo el poder culminar esta carrera profesional.

ÍNDICE

JURADO	2
DEDICATORIA	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	9
I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	9
I.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	10
I.3. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	11
I.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA	13
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA...	14
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
III.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	15
III.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	18
III.3. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	20
III.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA	22
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
FUENTES DE INFORMACIÓN	29

RESUMEN

La etapa del internado médico se lleva a cabo en el 7to año de la carrera de medicina en nuestro país. En esta etapa se aplican de manera práctica los conocimientos adquiridos durante los primeros 6 años de estudio, además se adquieren nuevos conocimientos derivados de la labor práctica ejercida día a día, los cuales le permiten al futuro médico desenvolverse de manera eficiente en el ámbito laboral.

Debido a la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19, el internado médico ha tenido una variación en la duración habitual de este, el cual duraba 12 meses, actualmente el internado realizado ha durado 10 meses, sin embargo a la práctica hospitalaria, se le sumó la práctica en el primer nivel de atención, lo cual nos acerca a la experiencia que se viviría durante el SERUMS.

En este trabajo se redactan algunas de las experiencias vividas durante el internado médico en el Hospital Rezola de Cañete, así como una descripción de 8 casos clínicos de las áreas de Medicina interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría. Luego se hace una descripción del Hospital Rezola de Cañete y se mencionan las tareas que los internos realizan en el hospital.

Palabras clave: Internado médico, Ginecología, Cirugía general, Pediatría, Medicina interna.

ABSTRACT

The medical internship stage takes place in the 7th year of medical career in our country. At this stage, the knowledge acquired during the first six years of study is applied in a practical way, and new knowledge is acquired from the practical work carried out every day, which allow the future doctor to work efficiently in the workplace.

Due to the health emergency due to the pandemic of COVID-19, the medical internship has had a variation in the usual duration of this one, which lasted 12 months, currently the internship has lasted 10 months, however to hospital practice, practice was added to the first level of attention, which brings us closer to the experience that would be lived during the SERUMS.

In this work some of the experiences experienced during the medical internship at the Rezola Hospital in Cañete are written, as well as a description of 8 clinical cases in the areas of Internal Medicine, Surgery, Gynecology-obstetrics and Pediatrics. Then a description of the Rezola Hospital in Cañete is made and the tasks that the inmates perform in the hospital are mentioned.

Keywords: Medical internship, Gynecology, General surgery, Pediatrics, Internal medicine.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 20
22-2023**

AUTOR

RODRIGO JULIO MOISÉS VICCINA L

RECuento DE PALABRAS

6934 Words

RECuento DE CARACTERES

38450 Characters

RECuento DE PÁGINAS

30 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

389.3KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 4:21 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 4:21 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



Dr. JOSE LUIS OTAROLA RAMIREZ

ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6274-0037>

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última fase de la carrera de medicina humana, se desarrolla durante el último año de la carrera, y se ponen en prácticas los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los 6 años anteriores.

La etapa del internado médico permite a los estudiantes tener un acercamiento íntimo al ejercicio de la profesión médica. Durante esta etapa se afianzan y adquieren conocimientos, los cuales, en su mayoría, son parte de la labor médica diaria, como por ejemplo: la evaluación del paciente, el análisis de los signos y síntomas, el diagnóstico oportuno y el tratamiento y seguimiento de diversas patologías.

Este año también se cuenta con una etapa de práctica en el primer nivel de atención. Esta etapa, aparte de las competencias adquiridas en los hospitales, provee de conocimientos sobre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, lo que es el complemento perfecto para un buen desempeño médico.

Durante el internado médico se practica en las siguientes áreas: Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia.

Concreté la etapa del internado médico en el Hospital Rezola de Cañete, cuya duración fue de 10 meses.

Este trabajo presenta parte de las experiencias vividas durante el internado médico en el periodo 2022-2023, además de una breve descripción del Hospital Rezola de Cañete.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se exponen 8 casos clínicos que aprendí a manejar durante las rotaciones, y forman parte de lo vivido durante el internado en el Hospital Rezola de Cañete.

I.1. Rotación de Medicina Interna

La primera rotación del internado dio inicio el 01 de Junio del 2022 y finalizó el 15 de Agosto del 2022.

Caso clínico N° 1

Paciente de sexo masculino de 16 años ingresa por emergencia refiriendo que desde hace 2 días presenta tos con expectoración sanguínea sin otra sintomatología asociada, además refirió que presenta la tos desde hace 5 meses. Ex físico: FC 70x', FR 20x', PA 110/70, T° 37.1, SatO2 96%.

Al indagar sobre los antecedentes familiares, el paciente refiere que su padrastro falleció hace 7 meses debido a padecer de Tuberculosis. Al examen físico se auscultan crepitantes en ambos campos pulmonares, por lo que se decide realizar estudio de imagen, es decir, una radiografía de tórax. En la radiografía aparentemente se observan imágenes cavitarias en ambas bases pulmonares. Se decide realizar una tomografía y se confirma la presencia de múltiples imágenes en anillo de sello, lo que permite realizar el diagnóstico de bronquiectasias. El paciente, durante su estadía en el área de emergencia presenta múltiples episodios de hemoptisis llegando llenar una taza de aproximadamente 250cc de contenido. Se decide hospitalizar al paciente y realizar exámenes de baciloscopía para corroborar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. A los 5 días, los resultados salen positivos y se decide realizar prueba de MODS para conocer el tipo de sensibilidad del agente etiológico, este examen tiene un tiempo de realización de aproximadamente 7 días debido a los trámites que deben realizarse. Como resultado se obtiene que el agente es sensible a los medicamentos de primera línea, es decir, no presenta ningún tipo de resistencia, por lo que se inicia el esquema de tratamiento para tuberculosis sensible. A los 14 días de hospitalizado se le da

de alta para que continúe su tratamiento en su posta de salud asignada.

Caso clínico N° 2

Paciente masculino de 38 años ingresa por emergencia refiriendo dolor abdominal intenso desde hace 3 horas, que se irradia al dorso. Al examen físico FC: 98x', FR: 20x', PA:100/80mmHg, T°:38.3, SatO2: 99%. En la zona abdominal se auscultan ruidos hidroaéreos disminuidos, el abdomen se encuentra distendido y hay dolor a la palpación abdominal en epigastrio. De ingreso se le diagnostica una gastroenteritis y a descartar una pancreatitis. Se le solicitan exámenes de laboratorio y encuentran los siguientes resultados de relevancia para el cuadro: Amilasa 150 U/L, Lipasa 800U/L, TGO: 170, TGP: 200, BT: 2.2, con lo que se confirma el diagnóstico de Pancreatitis y se agrega el diagnóstico presuntivo de colangitis y se decide hospitalizar al paciente. Durante la hospitalización el paciente presenta ictericia en escleras. Como parte del plan se decide realizar una ecografía abdominal completa y se encuentra que el paciente presenta cálculos en la vesícula y además un colédoco dilatado por lo que se refiere a un hospital de mayor complejidad para que se le realice una CPRE.

I.2. Rotación de Cirugía General

La rotación de cirugía general inició el 16 de Agosto y finalizó el 31 de octubre del 2022.

Caso clínico N° 1

Paciente femenino de 36 años acude por emergencia refiriendo dolor intenso en zona derecha del abdomen, el cual se irradia a la zona lumbar y se asocia a vómitos alimentarios. La paciente refiere que no es la primera vez que acude a emergencia por el mismo motivo.

FC: 82x', FR 20x', PA 110/80, T° 38.5, SatO2 98%

Al examen físico encontramos un abdomen levemente distendido en hipocondrio derecho, Murphy (+). Se le solicitan exámenes de laboratorio y se

halla el examen cualitativo de PCR (+), además 17 000 leucocitos. También se le solicita una ecografía abdominal, donde se halla una vesícula aumentada de tamaño, con contenido gaseoso en la pared y con edema de pared, además se visualizan 5 cálculos no mayores de 2 cm. Se le diagnostica de colecistitis aguda calculosa. Se le recetan analgésicos y antiespasmódicos teniendo poco efecto en el manejo del dolor, además se le solicitan prequirúrgicos. La paciente refiere que el medicamento solo le hace efecto por unos minutos y luego el dolor sigue siendo intenso. Se le mantiene en observación durante 4 horas y luego se le programa para una colecistectomía laparoscópica, la cual se realiza al día siguiente y luego se hospitaliza al paciente. Durante la estancia hospitalaria presenta 3 episodios de vómitos en su 1er día post operado, luego se resuelve y los próximos 2 días cursa asintomático y se decide dar de alta.

Caso clínico N° 2

Paciente masculino de 40 años ingresa por emergencia refiriendo que desde hace 15 horas presenta dolor abdominal intenso. Inicialmente el dolor se ubicó en el epigastrio y aproximadamente 9 horas después se trasladó a la fosa iliaca derecha, al dolor se le asoció vómitos y diarrea. FC: 78x', FR: 20x', PA 110/70 mmHg, T° 37.8, SatO2 97%. Al expandir el interrogatorio el paciente indica que lleva un día sin comer.

Al examen físico se halla un abdomen distendido en cuadrante inferior derecho, doloroso a la palpación, McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (+), se le realizan exámenes de laboratorio y se hallan leucocitos en 15000 y PCR (+). Se diagnostica una apendicitis aguda con peritonitis localizada, por lo que se le solicitan prequirúrgicos y se programa para sala de operaciones. Se le realiza una apendicectomía convencional con colocación de dren Penrose y se hospitaliza para realizar seguimiento. Durante la hospitalización el dren tiene una escasa secreción serosa y el paciente se va de alta al 3er día de hospitalizado

I.3. Rotación de Pediatría

La rotación de pediatría empezó el 01 de noviembre del 2022 y culminó el 15

de enero de 2023.

Caso clínico N° 1

Paciente masculino de 2 meses es traído por su madre, quien refiere que desde 3 semanas su hijo empezó cuadro de tos, congestión nasal y fiebre, motivo por el cual lo lleva a su posta de salud, le dan un jarabe (no recuerda el nombre) y 6 días después no observa mejoría del cuadro, motivo por el cual vuelve a asistir a su posta donde le dan otro jarabe y 3 días después la madre sigue sin observar mejoría de su hijo, por lo que decide acudir al área de emergencia del Hospital Rezola. En emergencia le dicen que su hijo no tiene fiebre y, por lo tanto, la derivan a consultorio. Ya en el consultorio le medican unas gotitas. Días después la madre vuelve a acudir al consultorio del hospital manifestando que el cuadro de su hijo empeoró y se le agregaron vómitos y sensación de alza térmica. Al evaluarlo se observa que el paciente presenta dificultad respiratoria, se observa tiraje intercostal, se encuentra inquieto, se auscultan roncales y sibilantes, y durante la evaluación tiene un vómito alimentario después de presentar un episodio de tos exigente. Se decide hospitalizar al paciente con los diagnósticos de Bronquitis aguda y a descartar una infección de tracto urinario. Durante su hospitalización se confirma el diagnóstico de infección de tracto urinario. Recibe medicación para ambos diagnósticos (corticoides EV, nebulización con B-2 agonistas y antibioticoterapia). Diariamente se observa mejoría clínica del paciente, tolera la lactancia y por lo tanto se le da de alta al 7to día.

Caso clínico N° 2

Recién nacido de 32 horas presenta cuadro clínico caracterizado por mal aspecto general, rechazo a la lactancia, llanto débil, letargia y dificultad respiratoria. Al examen físico FC: 136x', FR 57x', T°38.1, no hay alteraciones en tórax y pulmones, no hay alteraciones en examen cardiovascular, el abdomen se encuentra distendido, no hay presencia de masas.

En sus exámenes auxiliares se encuentra: leucocitos 14620 mm³, abastionados 0%, segmentados 58%, plaquetas 269000 mm³, PCR (+).

De la madre se sabe que su tipo de sangre es B+ y refiere que no ha tenido enfermedades durante el embarazo.

El neonato es trasladado a cuidados intermedios con los diagnósticos de:

Recién nacido a término de 39ss por capurro, y sepsis probable.

En el plan se indica iniciar con antibioticoterapia empírica y realizar hemocultivo. En el hemocultivo se logra aislar al estreptococo del grupo B y se corrobora el diagnóstico de sepsis y se continúa con el plan de antibióticos ya que paciente presenta mejoría clínica. A los 14 días de hospitalizado se le da de alta.

I.4. Rotación de Ginecología

La rotación de ginecología empezó el 16 de enero y culminó el 31 de marzo del 2023.

Caso clínico N° 1

Paciente femenina de 26 años acude a establecimiento refiriendo por dolor abdominal tipo cólico en bajo vientre, fiebre, náuseas y vómitos desde hace 3 días. La fiebre cedía al uso de paracetamol. La paciente se encuentra alterada, refiere que 5 días antes de los síntomas, asistió a un almuerzo de donde sospecha, ingirió comida en mal estado. Y por la progresión de los síntomas es que decide acudir al hospital, donde es ingresada con los diagnósticos de apendicitis y gastroenterocolitis. Durante la evaluación se detecta dolor a la palpación en hipogastrio; el hemograma indica leucocitosis con desviación izquierda, además de PCR (+); se envía al servicio de radiología para realizarle una ecografía, donde el reporte descarta apendicitis sin embargo encuentra presencia de tejidos fetales con ausencia de actividad cardíaca, es derivada al servicio de ginecología con el diagnóstico de aborto séptico, siendo tratada con antibioticoterapia empírica (clindamicina + amikacina + ceftriaxona) y programada para evacuación uterina.

Caso clínico N° 2

Paciente femenino de 15 años acude a emergencia por dolor abdominal de gran intensidad y sangrado vaginal desde hace 2 horas, paciente refiere que tuvo dolores abdominales desde hace 5 días en flanco izquierdo que se autolimitaban con analgésicos. Al extender el interrogatorio, nos comenta que sus ciclos menstruales son irregulares. Al examen físico se le encuentran signos de inestabilidad hemodinámica como taquicardia (115x'), taquipnea (24x') e hipotensión arterial (80/60mmHg), inmediatamente se le realiza una ecografía transabdominal cuyo informe más la asociación de las características clínicas de la paciente, permiten tener una fuerte sospecha de que se trate de un embarazo ectópico complicado, por lo que es llevada a sala de operaciones para una cirugía exploratoria; ya en sala se confirma el diagnóstico y se le realiza una salpingectomía unilateral. La paciente tuvo una recuperación favorable, siendo dada de alta a los 3 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Rezola de Cañete, en el cual hice el internado, fue inaugurado el 30 de diciembre de 1955, siendo propiedad de la beneficencia pública. En 1979, siendo presidente el General EP Francisco Morales Bermúdez, se expide un Decreto Supremo que dispone que a partir del 1ero de enero de 1980, el hospital Rezola pasa a depender del Ministerio de Salud. Y a partir del 13 de marzo pasa a pertenecer al Gobierno Regional de Lima

El Hospital Rezola está ubicado en la calle San Martín N°110-120-124-128 en el distrito de San Vicente de Cañete de la provincia de Cañete en el departamento de Lima. Bajo su jurisdicción tiene a los distritos de San Vicente de Cañete, Imperial, Cerro Azul, San Luis, Quilmaná, Mala, Nuevo Imperial, Lunahuaná y distritos de la provincia de Yauyos.

El Hospital Rezola pertenece a la categoría II-2, es decir, tiene cuenta con la capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud de la población, mediante la atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados

intensivos.

Dentro de las funciones del interno de medicina se encuentran las siguientes: elaboración de historias clínicas, examinación para evolución diaria de pacientes hospitalizados, realización de procedimientos menores como la toma de muestra para AGA (análisis de gases arteriales), sutura de heridas, cierre epidérmico de heridas operatorias, colocación de sondas vesicales y gástricas, colocación de yesos y férulas, entre otros.

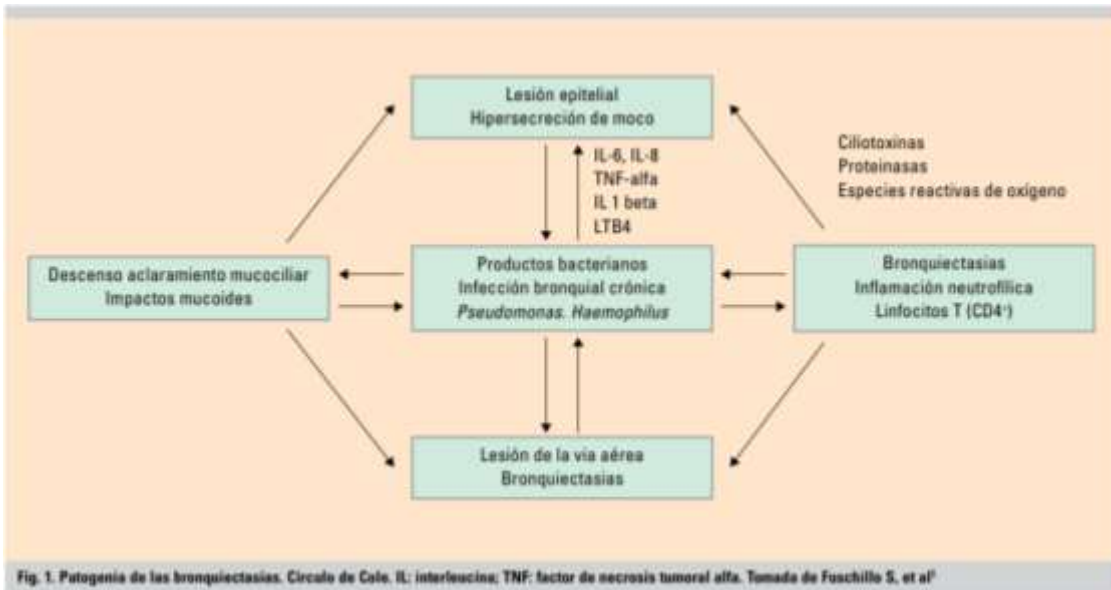
Los internos también intervienen en el llenando de los formatos necesarios para una correcta atención médica, como son: las hojas FUA, las referencias, las contrarreferencias, solicitudes de exámenes de laboratorio, solicitudes de exámenes de imágenes, las recetas, solicitudes de transfusión sanguínea, solicitudes de exámenes de baciloscopía, entre otros.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación de Medicina Interna

Caso clínico N° 1

Las bronquiectasias están definidas como una dilatación crónica de la pared bronquial, la cual está asociada a una destrucción irreversible de la misma. Además suele ser progresiva debido a al ciclo patógeno que ocasiona esta patología, compuesto por la infección, inflamación, lesión del sistema mucociliar y reparación cíclica de la vía aérea. Una de las complicaciones de las bronquiectasias es la hemoptisis, esta se define como la expulsión de sangre, a través de la boca, proveniente de las vías respiratorias. El contenido de sangre puede ir desde estrías de sangre hasta una expectoración masiva de sangre fresca. (1)



En el caso de este paciente, al realizarle una tomografía, se encuentra que tiene múltiples bronquiectasias, además se sabe que su padrastro falleció con el diagnóstico de tuberculosis. Por lo tanto, es fuertemente asociable el diagnóstico presuntivo de tuberculosis, el cual luego se corrobora al realizar exámenes de baciloscopia con muestra de esputo.

El tratamiento del cuadro presentado requiere hospitalizar al paciente debido a la cantidad de sangre expulsada, al hallazgo de bronquiectasias y al diagnóstico de tuberculosis.

Durante la estancia hospitalaria, se requieren medidas generales como: Colocación en decúbito lateral según la zona afectada, control de funciones vitales y cuantificación de hemoptisis, aporte de oxígeno si sato2 está por debajo de 92%, control de tos con antitusígenos como codeína, tratamiento antibioticoterápico empírico de manera terapéutica o para prevenir complicaciones posteriores y uso de agente antifibrinolíticos como ácido tranexámico para ayudar a reducir la duración y volumen de sangrado.

En el caso de este paciente, tuvo una buena progresión, por lo que no se requirió plantear mayores medidas terapéuticas como podrían ser el bloqueo bronquial, la embolización, tratamiento quirúrgico con resección pulmonar, entre otros. (2)

Para el tratamiento de la tuberculosis, primero se clasificó la sensibilidad del

paciente y se determinó que era meritorio para un esquema de TB sensible, el cual abarca un tratamiento de 6 meses de duración con el siguiente esquema: 2 meses de tratamiento diario con Rifampicina (R), Isoniacida (H), Pirazinamida (Z) y Etambutol. Luego 4 meses de tratamiento con Rifampicina (R) e Isoniacida (H) los cuales se ingieren 3 días a la semana. (3)

Caso clínico N° 2

La pancreatitis aguda es un cuadro inflamatorio que puede ser leve o severo según el páncreas se encuentre edematizado o necrosado. Con relación a la etiología, tenemos 2 causas que suelen ser las más comunes: alcoholismo (preferentemente en hombres) y litiasis vesicular (más frecuente en mujeres). El cuadro clínico se caracteriza por dolor agudo en el hemiabdomen superior, que puede irradiarse hacia los flancos o dorso, y que con mayor probabilidad se puede ver asociado a náuseas y vómitos.

Para llegar al diagnóstico se suele asociar la presencia de la clínica característica con exámenes de laboratorio e imagenología. Con relación al cuadro clínico es el ya descrito. Con relación a los exámenes de laboratorio, la amilasa se eleva 3 veces su valor, al igual que la lipasa, siendo la lipasa la primera en elevarse y además es la que presenta una mayor sensibilidad diagnóstica. Si además encontramos una elevación de TGP/ALT mayor de 150 U/L tendremos una fuerte sospecha de que el origen es biliar y si la relación lipasa-amilasa es mayor a 2.0, se sospecha de origen alcohólico.

Con relación al tratamiento de este paciente, se debe hospitalizar. Durante su estadío en piso se debe administrar soluciones cristaloides a razón de 250-300ml/h en las primeras 48 horas. Analgesia con medicamentos como diclofenaco o ketoprofeno, sin embargo se recomienda más el uso de meperidina. En relación a la dieta, no es una indicación estricta que el paciente se encuentre en ayuno.

En el caso específico de este paciente, al tener la asociación entre pancreatitis y colangitis, requiere una CPRE de urgencia, la cual se debe realizar en las primeras 24 horas. (4)

III.2. Rotación de Cirugía General

Caso clínico N° 1

La colecistitis aguda litiásica es la inflamación vesicular debida a un lito que está obstruyendo la salida de la bilis a través del conducto biliar, este lito bien puede estar ubicado en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico. Cuando la obstrucción es parcial, el dolor permanece por un corto periodo y recibe el nombre de cólico biliar, en cambio cuando la obstrucción es completa y continua, la vesícula se distiende y el dolor es intenso y continuo. La progresión de la obstrucción genera un fenómeno inflamatorio que conlleva al engrosamiento de la pared vesicular, la edematización de la misma y en casos más complicados se puede necrosar debido a que la distensión vesicular termina ocasionando una obstrucción al flujo arterial de la pared vesicular.

El cuadro clínico suele estar dado por dolor intenso a nivel de epigastrio o hipocondrio derecho que se puede irradiar a la escápula derecha o a la zona interescapular, además el dolor suele iniciar o exacerbarse después de la ingesta de comida rica en grasa.

Para realizar el diagnóstico tenemos a los criterios de Tokio, los cuales se basan en 3 pilares: 1.- signos locales de inflamación: signo de Murphy, presencia de masa, dolor o distensión en cuadrante superior derecho. 2.- signos sistémicos de inflamación: fiebre, PCR(+), leucocitosis. 3.- Imagenología: engrosamiento de pared (mayor a 5mm), vesícula alargada, presencia de gas, presencia de fluido perivesicular. El hallazgo de 1 signo local + 1 signo sistémico nos lleva a la sospecha diagnóstica. Mientras que el hallazgo de 1 signo local + 1 signo sistémicos + 1 característica de imagen nos lleva al diagnóstico definitivo.

También existe una clasificación según criterios de gravedad, el cuadro puede ser leve, moderado o severo. En el caso de nuestro paciente, el cuadro es leve debido a que no existen signos ni síntomas de disfunción orgánica y tampoco hay leucocitos mayores a 18000/mm³, masa en hipocondrio derecho, dolor de más de 72h, ni marcadores locales de inflamación.

El tratamiento se inicia con la restricción de la vía oral, aplicación de fluidos vía endovenosa, analgesia con antiespasmódicos como la hioscina, antiinflamatorios como el diclofenaco y antibioticoterapia con ciprofloxacino.

Finalmente el tratamiento definitivo es la colecistectomía laparoscópica. La antibioticoterapia deberá permanecer solo hasta 24 horas después de la cirugía en los pacientes sin complicaciones, ya que en este caso el tratamiento antibiótico va orientado a evitar la infección del sitio operatorio. (5)

Caso clínico N° 2

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal producida con mayor frecuencia por un fenómeno obstructivo. En el caso de adultos la causa más frecuente de obstrucción es un fecalito y en el caso de niño la causa más frecuente es la hiperplasia linfoide. En la evolución de la obstrucción, durante las primeras 12 horas, el apéndice, inicialmente, entra a una fase catarral o congestiva la cual se da porque colapsan las vías de drenaje linfático, y luego entra a una fase supurativa debido a que se colapsa la circulación venosa.

Pasada las 12 horas iniciales, se colapsan las vías arteriales y se produce una necrosis gangrenosa que luego evoluciona a una perforación apendicular.

El cuadro clínico se caracteriza por lo que se denomina la cronología de Murphy (6), la cual describe que durante las primeras 6 horas de inflamación el dolor tiene una ubicación epigástrica o periumbilical y luego se localiza en la fosa iliaca derecha, además se suele asociar la anorexia, náuseas y vómitos.

La apendicitis se puede clasificar como complicada o no complicada según el tiempo de evolución y las características clínicas, por lo general cuando el cuadro está dentro de las 12 primeras horas, se cataloga como no complicada, y si sobrepasa este tiempo entonces se considera complicada. Como parte de la complicación, en la examinación clínica podremos hallar que el paciente suele presentar dolor al rebote (signo de Blumberg) y resistencia abdominal, la cual puede encontrarse en 1 cuadrante (peritonitis localizada) o en más de 1 (peritonitis difusa).

Nuestro paciente presentó, según la evaluación clínica, un cuadro de apendicitis aguda con peritonitis localizada, debido a que tenía los puntos dolorosos positivos, además de Blumberg (+) y resistencia abdominal en el cuadrante inferior derecho. El tratamiento inicial es la hidratación vía endovenosa y el manejo de la sintomatología asociada, es decir, el dolor, las náuseas, la fiebre. El tratamiento definitivo es la apendicectomía que puede ser

abierta o laparoscópica, en el caso del paciente se realiza abierta porque desarrolló una peritonitis local. Además de realizarse la apendicectomía, se realiza una aspiración de la zona afectada y se coloca un dren Penrose para que drene el contenido residual. Además se mantiene con terapia antibiótica de ceftriaxona 2g IV c/24h + metronidazol 500mg IV c/8h. (7)

III.3. Rotación de Pediatría

Caso clínico N°1

La bronquitis aguda se define como un proceso inflamatorio, en el cual se afectan la tráquea y los bronquios de mediano y gran calibre. La etiología más frecuente es viral: adenovirus, virus influenza, virus sincitial respiratorio, entre otros. Y en menor frecuencia la causa es bacteriana o agentes fisicoquímicos. El cuadro clínico es dado principalmente por la aparición de tos que inicialmente es seca y luego progresa a ser productiva. También es común que esta patología suela estar precedida por un cuadro de congestión nasal y rinorrea. Cuando hay un mayor grado de inflamación, se produce una obstrucción de la luz bronquial, lo que desencadena una dificultad respiratoria y permite la auscultación de sibilancias, como ocurre en el caso presentado. Cabe mencionar que la persistencia de la patología durante más de 5-10 días permite sospechar de una colonización bacteriana, lo que requeriría manejo antibiótico. Con relación al diagnóstico, la presencia de la tos y sibilancias apoyan al diagnóstico definitivo, sin embargo también permite la sospecha de un cuadro asmático. El tratamiento dependerá del cuadro del paciente, ya que primordialmente es sintomático, pero como se mencionó, si la patología excede el tiempo normal de duración, se deberían agregar antibióticos sospechando de una infección bacteriana. En los cuidados generales se debe mantener hidratado al paciente, además debe guardar reposo y recibir antipiréticos si son necesarios. Ante la presencia de sibilancias como en el caso presentado, se pueden asociar beta agonistas de acción corta. (8,9)

El manejo antibiótico se puede dar con Amoxicilina + ácido clavulánico vía oral 80mg/kg/día repartido en 3 dosis. En caso el paciente sea alérgico a betalactámicos, se puede usar eritromicina vía oral 30-50mg/kg/día repartido en

3-4 dosis (dosis máxima de 2g/día) o azitromicina 10mg/kg/día, durante 5 días una dosis/día (dosis máxima de 500mg/dosis). (10)

La infección de tracto urinario está definida como la colonización de uropatógenos en cualquier localización del tracto urinario. La clasificación más usada es con relación a la localización: pielonefritis en caso de que la infección se encuentre a nivel del sistema pielocalicial y parénquima renal, esto se conoce como una ITU alta; o Cistitis o uretritis, lo que se conoce como ITU baja. Con relación al cuadro clínico, la pielonefritis suele presentar fiebre, malestar general, náuseas, vómitos y diarrea, es decir, presenta una sintomatología sistémica. La cistitis suele presentar urgencia vesical, disuria, aumento de la frecuencia miccional y hematuria. La uretritis causa disuria, enureis, piuria y en el hallazgo de urocultivo se encuentra un bajo recuento de colonias (menos de 1000 UFC). Para realizar el diagnóstico, el urocultivo es el gold estándar, siendo este positivo cuando se hallan más de 100000 UFC. El tratamiento viene comandado por los antibióticos, en el caso de la pielonefritis la antibioticoterapia tiene una duración de 10-14 días y se puede dar vía parenteral (ceftriaxona 75mg/kg fraccionado en 1 o 2 dosis diarias) o vía oral (amoxicilina + ácido clavulánico 40-80mg/kg fraccionado en 3 dosis diarias). (11, 12)

Caso clínico N°2

La sepsis neonatal precoz está definida como la aparición de síntomas de infección sistémica en las primeras 72 horas de nacido. La clínica puede ser muy florida o solo puede representarse por un neonato con un mal aspecto general. Las manifestaciones más frecuentes son: pérdida de interés o rechazo alimentario, disminución de la actividad, llanto débil, cierto grado de somnolencia o letargia, hipotonía, alteraciones de la termorregulación, dificultad respiratoria, cianosis o apnea, distensión abdominal, hemorragias, lesiones cutáneas, piel moteada y otros signos de mala perfusión periférica. En el caso de nuestro paciente, él manifestada varios de los signos y síntomas mencionados. Para realizar el diagnóstico, el gold estándar es el hemocultivo. Nuestro paciente tuvo un hemocultivo positivo, con la presencia de estreptococo del grupo B. Con relación al tratamiento, siempre se debe iniciar

con antibioticoterapia empírica y decidir si esta debe continuarse o no después del resultado de hemocultivo. En nuestro caso la terapia se mantuvo, fue realizada con ampicilina 25mg/kg/dosis c/8h + gentamicina 2.5mg/kg/dosis c/12h, todo por 10 días como mínimo. (13)

III.4. Rotación de Ginecología

Caso clínico N°1

El aborto séptico se refiere a cualquier aborto espontaneo o provocado, que se complica con una infección uterina, incluyendo la endometritis. El aborto generalmente se refiere a una gestación antes de las 22 semanas desde la fecha de última regla. La incidencia del aborto séptico no se conoce por completo por la confusión entre distintas definiciones de infección entre estudios y el uso contemporáneo de antibióticos preoperatorios antes de los procedimientos de aspiración uterina.

Las bacterias vaginales que acceden a la cavidad uterina pueden invadir la placenta. La flora vaginal de rutina, la flora gastrointestinal y patógenos anaeróbicos son típicos (enterobacterias 35%, estreptococos 31%, estafilococo 9%, Clostridium 1%). (14).

La forma de presentación clínica se puede dar en la pérdida del embarazo o aborto espontaneo, los signos y síntomas más comunes son dolor pélvico y/o dolor abdominal, flujo vaginal purulento, sangrado vaginal y/o fiebre. El sangrado vaginal puede ser reciente o activo, dependiendo de si el embarazo ya pasó. En las formas más severas puede llegar sepsis con marcadores específicos de respuesta inflamatoria sistémica como fiebre o hipotermia, taquipnea, taquicardia y leucocitosis o leucopenia, el dolor desproporcionado puede ser indicador de infección necrosante.

El diagnóstico se debe de hacer con una correlación clínica, una ecografía transvaginal o abdominal según edad gestacional y una concentración de BHCG.

Existen signos de alarma como: fiebre materna, hemorragia aguda con taquicardia e hipotensión, sospecha de abdomen agudo quirúrgico, compromiso del sensorio, leucocitosis con desviación izquierda en hemograma,

alteración de la coagulación, función renal o hepática; que pueden hacernos sospechar de complicaciones como: anemia aguda, hemorragia, shock hipovolémico, septicemia, perforación uterina, laceración cervical. (15).

Existen diferentes diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta como lo son enfermedad trofoblástica gestacional, embarazo ectópico, EPI, cervicitis, abdomen agudo quirúrgico, cáncer de cuello uterino, desgarros cervicales. La evaluación de este tipo de pacientes debe de partir por la necesidad de reconocimiento rápido, ya que el progreso del aborto séptico puede ser rápido y letal, dentro del enfoque general en su manejo se debe incluir, antibióticos endovenosos empíricos de amplio espectro, soporte de líquidos y evaluación quirúrgica del útero independientemente de la actividad cardíaca fetal.

Dentro de los exámenes de laboratorio se encuentra hemocultivo, prueba de ITS, análisis completo de suero como hemograma, lactato, coagulación y panel metabólico; también incluir análisis de tipo de sangre y análisis de orina con urocultivo.

Proceder con la toma de imágenes como ultrasonido, ya que este resultado puede respaldar diagnósticos al encontrar productos retenidos de la concepción y evidencia de infección del tracto superior, la medición del grosor endometrial por sí sola no predice la necesidad de una intervención quirúrgica. (16)

La elección antibiótica de preferencia sería piperacilina – tazobactam con o sin vancomicina, su inclusión dependerá del resultado de cultivos y patrones de resistencia a antibióticos; como alternativa puede usarse imipinem o gentamicina más ampicilina más clindamicina o levofloxacino, por al menos 10 a 14 días.

Los pacientes con clínica sintomática requieren evacuación quirúrgica urgente del útero, porque el control rápido de la fuente es un paso crítico en el manejo. (17)

Caso clínico N°2

El embarazo ectópico es un embarazo extrauterino, siendo el sitio más frecuente en la trompa de Falopio, sin embargo, también puede implantarse en cérvix, intersticio, ovario y abdomen. La presentación clínica más común es el sangrado vaginal del primer trimestre y/o el dolor abdominal, también puede ser asintomático siendo un hallazgo incidental por ecografía control, es de considerar este diagnóstico cuando el paciente tenga alguna de las siguientes características: embarazada sin embarazo intrauterino confirmado, fertilización in vitro, estado de embarazo incierto particularmente si la amenorrea es superior a las 4 semanas precedido al sangrado vaginal y en casos raros si existe inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo no atribuible a otro diagnóstico. (14)

Las manifestaciones clínicas de embarazo ectópico aparecen a las 6 a 8 semanas de embarazo después del último periodo menstrual normal, la ruptura tubárica puede provocar hemorragia intraabdominal potencialmente mortal, la cual puede presentarse con dolor abdominal intenso y signos sugestivos de pérdida sanguínea continua.

El diagnóstico diferencial dependerá de los hallazgos clínicos, puede variar entre aborto espontáneo, pólipo cervical, hematoma subcoriónico, enfermedad trofoblástica gestacional, etc.

El manejo del paciente varía según el estado hemodinámico, como medida general el paciente debe estar canalizado con una vía endovenosa con catéter número 18 e iniciar infusión de solución salina 0.9%, colocar sonda vesical y cuantificar diuresis horaria y monitorio de signos vitales. Tulandi T. Evidence based Management of Ectopic Pregnancy. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2000: 289-292.

Dentro de las medidas específicas el uso de metotrexato es una alternativa en mujeres con embarazo ectópico no roto que se encuentra estable hemodinámicamente y que cumpla con las siguientes condiciones: con una masa anexial ecográfica menor de 3.5cm de diámetro, sin evidencia de

actividad embrionaria, B-HCG menor de 5000 mUI/MI, ausencia de líquido libre o menor de 100ml en fondo de saco posterior a ECO-TV y ausencia de patología que contraindique el uso de metotrexato. (18)

El tratamiento local del embarazo ectópico bajo guía ecografía se realiza en pacientes con embarazo ectópico no roto con indicación quirúrgica que cumple los siguientes criterios: paciente estable hemodinámicamente, embarazo menos de 12 semanas, B-HCG mayor de 5000UI/L, no respuesta a manejo médico convencional con metotrexato, perfil de coagulación, renal y hepático normal.

El tratamiento quirúrgico puede ser conservador (salpingostomía) la cual está reservada para pacientes estables, con masa anexiales menor de 4cm de diámetro, comprobado en el intraoperatorio y que tenga la trompa intacta o con destrucción mínima. El manejo quirúrgico radical (salpingectomía) es preferible en paciente con inestabilidad hemodinámica, tenga una masa anexial mayor de 4cm de diámetro, tenga líquido libre a la exploración ecográfica, embarazo ectópico recurrente, falla de tratamiento médico y paridad satisfecha. (19, 20)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante el internado se vive una etapa netamente práctica de los conocimientos médicos. Sin embargo, para los internos esta práctica profesional no es algo de rutina aún, por lo que requerimos que los médicos experimentados tengan un acercamiento a nosotros como aquel que tiene un maestro con un alumno. Desde el inicio del internado nunca tuvimos una suficiente ni oportuna guía de parte de nuestros doctores asistentes, los cuales manifestaban tener amplios conocimientos en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes.

La cantidad de personal médico fue insuficiente para cumplir con las demandas de la población y, por lo tanto, eso repercute en el tiempo que podrían tener los médicos para guiarnos en el ejercicio de la medicina.

El Hospital Rezola cuenta con residentes solo en el área de cirugía general, lo que significa una menor cantidad aún de profesionales que nos puedan servir de guía en esta etapa.

Con relación a las guardias nocturnas, estas pudieron ser satisfechas con una menor cantidad de internos, ya que no hay mucha demanda de atención durante las noches. Esto habría permitido una mayor cantidad de internos durante el horario diurno, donde la demanda de atención sí es notablemente mayor.

Se pudo finalizar el internado de manera no muy satisfactoria y esto principalmente se dio por la falta de acercamiento entre médico asistente e interno de medicina.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa que permite afianzar y agregar conocimientos médicos teóricos y prácticos.

En la etapa de internado se visualiza que las atenciones en salud se logran gracias a una coordinación multidisciplinaria, la cual está comandada por una buena organización, de lo contrario, las atenciones en salud son deficientes.

La constante práctica durante el internado permite afianzar con facilidad los conocimientos de las patologías diagnosticadas y tratadas.

RECOMENDACIONES

Tener una mayor iniciativa al momento de preguntar sobre algún diagnóstico, tratamiento, etc, o al momento de solicitar asistir en algún procedimiento.

Es necesario un ambiente de estudio en el cual se puedan realizar exposiciones, realizar discusiones de casos clínicos, incluso para que el mismo interno pueda pasar tiempo estudiando o repasando temas.

Realizar actividades académicas enfocadas a la práctica médica, con una mayor intervención por parte de los doctores, para que puedan aportar el conocimiento que la experiencia les ha otorgado, ya que esto permite una mejor comprensión y su vez un mejor abordaje de las distintas patologías que se observan en los establecimientos de salud.

Con relación al recorte de la duración del internado hospitalario, recomiendo que se establezca una duración no menor de dos meses para cada especialidad (Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Pediatría), tiempo que permitiría un correcto aprendizaje de las principales patologías que veremos a futuro como médicos generales. Además también recomiendo la participación de los internos en las atenciones que se realizan a través de los consultorios externos.

Con relación a la implementación del internado en centro del primer nivel, recomiendo un especial enfoque en dotar a los internos de conocimientos en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ya que son actividades que pueden tener gran impacto en prevenir la aparición y complicación de enfermedades tan comunes como lo son las infecciones respiratorias, infecciones gastrointestinales, diabetes e hipertensión.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Romero, S. y Graziani, D. Bronquiectasias. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2018; 12(63): 3691–3698. doi:10.1016/j.med.2018.09.010. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218302099>
2. Cordovilla, R., Bollo de Miguel, E., Nuñez Ares, A., Cosano Povedano, F. J., Herráez Ortega, I., & Jiménez Merchán, R. Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis. Archivos de Bronconeumología. 2016; 52(7): 368–377. doi:10.1016/j.arbres.2015.12.002. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289616000090>
3. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2006 272 p.; ilus.
4. Ledesma-Heyer JP, Arias AJ. Pancreatitis aguda. Med Int Mex 2009;25(4):285-94. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25206>
5. ANGARITA F. A, ACUÑA S. A, JIMÉNEZ C, GARAY J, GÓMEZ D, , DOMÍNGUEZ L. C. Colecistitis calculosa aguda. Universitas Medica [Internet]. 2010;51(3):301-319. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018686005>.
6. (Rocha Quintana Andy, Fernández Suárez Orisel, Rodríguez Larraburu Elianne, Castro Rodríguez César. Valoración de la secuencia de Murphy como elemento clínico de diagnóstico en la apendicitis aguda. Medisur [Internet]. 2011 Abr [citado 2023 Mar 31] ; 9(2): 81-87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000200001&lng=es.
7. Rodríguez Fernández Zenén. Tratamiento de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2019 Mar [citado 2023 Mar 31] ; 58(1): e737. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000100010&lng=es. Epub 30-Jun-2019.

8. Brines J. Bronquitis aguda. En: Brines J. Tratamiento de las enfermedades respiratorias en niños y adolescentes. Colección de Terapéutica Pediátrica. Barcelona: Espaxs; 2001. p. 43-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-bronquitis-infancia-13114222>
9. Crespo M, Tardío E. Bronquitis. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. 9.^a ed. Madrid: Ergon; 2006. p. 1295-99.
10. Albi Rodríguez S, Hernández Merino A. Bronquitis (traqueobronquitis) aguda (v.3/2010). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 31/08/2010; consultado el 31/03/2023]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
11. Ardila, M., Rojas, M., Santisteban, G., Gamero, A., & Torres, A. (2015). Infección urinaria en pediatría. Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía, 24(2), 113–122. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v24.n2.2015.632>. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/632>
12. Ramírez-Ramírez FJ. Infecciones del tracto urinario en pediatría. Revista Médica MD Volumen 3(3); enero-marzo 2012. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38566>
13. José Luis Tapia. Álvaro González. Neonatología. 4ta edición. Chile: Mediterráneo; 2018.
14. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Vol. 53, Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018. 536 p. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias de Practica Clinica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatologia del 2018.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf).
15. Tan LN, Mariappa G, Voon HY, Suharjono H. Aborto espontáneo séptico con síndrome de shock tóxico y coagulación intravascular diseminada (DIC): El papel de la cirugía, el factor VII activado recombinante y la inmunoglobulina intravenosa (IVIG). Med J Malasia 2017; 72: 380.
16. Federación Nacional de Aborto (NAF). Pautas de política clínica 2020 para la atención del aborto. <https://prochoice.org/providers/quality-standards/> (Consultado el 18 de septiembre de 2020).
17. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ' Comité de Boletines de Práctica — Ginecología, Sociedad de Planificación Familiar. Aborto de medicamentos Hasta 70 días de gestación: Boletín de prácticas de ACOG, número 225. Obstet Gynecol 2020; 136: e31. Reafirmado 2023.

18. Rausch ME, Hampilos N, McNeill W, et al. Embarazo ectópico. En: Manual de emergencias obstétricas y ginecológicas, 5a ed., Benrubi GI (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, 2018.
19. Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, et al. Pacientes sintomáticos con un embarazo intrauterino viable temprano: curvas de HCG redefinidas. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 50.
20. Barnhart KT, Guo W, Cary MS, et al. Diferencias en el aumento de gonadotropina coriónica humana sérica en el embarazo temprano por raza y valor en la presentación. *Obstet Gynecol* 2016; 128: 504.