



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
BORIS ANDREI ACUÑA ORIHUELA**

**ASESOR
EDWIN LUIS LLAJARUNA ZUMAETA**

**LIMA - PERÚ
2023**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFUCIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR:

ACUÑA ORIHUELA BORIS ANDREI

ASESOR:

M.E EDWIN LUIS LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA - PERÚ

2023

JURADOS

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mis padres por su amor y apoyo incondicional a lo largo de mi vida universitaria por ser testigos del esfuerzo y dedicación que pongo día a día para ser un buen profesional. También quiero agradecer a mi universidad por haberme dado la hospitalidad en sus instalaciones para poder avanzar académicamente con la instrucción de todos los docentes. Finalmente agradezco a las amistades que pude entablar a lo largo de mi carrera dándome aliento para seguir adelante día a día.

INDICE

DEDICATORIA	iii
INDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO III. APLICACION PROFESIONAL	17
CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACION	31

RESUMEN

El internado médico es la etapa donde culmina la carrera de medicina humana, aquí se solidifican conocimientos adquiridos tanto en la universidad como en el hospital donde se pone en práctica lo aprendido en 6 años académicos en las distintas rotaciones.

A causa del COVID-19 que se dio en el año 2020 se tuvo que tomar distintas decisiones para el avance del internado donde limito en algunas circunstancias el conocer de una forma más completa al paciente por el temor del contagio que hasta el día de hoy aún se puede ver. Las actividades del Internado se reiniciaron en el año 2022 pero aun siendo limitado el tiempo de permanencia en el centro de salud como en el hospital. Según lineamientos esta tuvo una duración de 10 meses siendo dividida 5 meses extramural (Nivel I) y 5 meses en el nivel hospitalario, en comparación a años anteriores se redujo 2 meses de internado ya que el internado medicó duraba 1 año. Se nos dio la facilidad en la ciudad de Huaraz hacer el internado en el C.S Palmira y el Hospital Víctor Ramos Guardia donde se nos dio una enseñanza detallada e integral sobre los distintos temas que se desarrollaron en el pregrado complementando así todas nuestras capacidades y destrezas que se necesita en la profesión Médica, para luego ponerlo en práctica en nuestros pacientes.

En el presente trabajo se habla sobre algunas experiencias médicas (casos clínicos) de las diferentes especialidades como: Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y finalmente Cirugía; que tuvieron un impacto de reflexión y enseñanza durante estos 10 meses de internado, ya que, como parte de ser un buen profesional, el compartir vivencias y fomentar intercambio de opiniones favorece al desarrollo de la profesión médica.

Objetivo: Exponer lo vivido en el internado médico por el autor, y describir las destrezas, competencias y habilidades adquiridas durante el internado médico en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el tiempo del 1 de Junio del 2022 hasta el 31 de Marzo del 2023.

Metodología: Se necesitó de la recopilación de 8 historias clínicas, 2 por cada servicio (medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría); las cuales fueron

comparadas con bibliografía actualizada de cada una de las patologías descritas en relación a las acciones aplicadas en el Hospital Víctor Ramos Guardia durante el desarrollo del internado médico del autor. Además se explica la metodología de enseñanza en el sitio en donde se realizó la experiencia profesional.

Conclusiones: A causa de la pandemia COVID-19 genero muchos cambios en el internado médico a diferencia de años anteriores. Lo que generó este proceso es conciencia a nivel de la prevención en relación a la bioseguridad mejorando nuestras habilidades en este campo. Al mismo tiempo es importante el aprendizaje que nos brindaron los distintos médicos reforzando lo aprendido en la universidad llevándolo a la práctica de manera satisfactoria y así darnos una formación eficaz para el futuro profesional de la salud.

ABSTRACT

The medical internship is the stage where the human medicine career culminates, in it, the knowledge acquired both in the university and in the hospital is solidified and what has been learned in six academic years is put into practice in the different rotations. Because of the COVID-19 pandemic that occurred in 2020, different decisions had to be made for the advancement of the internship where in some circumstances it limited knowing the patient in a more complete way due to fear of contagion, which can still be found in this day and every day. The internship could be carried out in the year 2022 but limiting the time both in the health center and in the hospital, this was distributed over five months in each establishment making a total of 10 months, where we could see the decrease in 2 months of a regular medicine internship that lasts 1 year. We were given the facility to do the internship in the city of Huaraz at Palmira health center and the Víctor Ramos Guardia Hospital, where they gave us more detailed learning about the different topics that were given in the undergraduate studies and we were able to consolidate everything learned and translate it into the patient. In the elaboration of this work, we talk about clinical cases that could be collected and called more attention from the different specialties and rotations such as Pediatrics, Gynecology, Internal Medicine, and finally Surgery.

Objective: To explain what the autor experienced during the medical internship at the Víctor Ramos Guardia Hospital from June 1, 2022 to March 31, 2023 and describe the skills, knowledge and abilities acquired in this period.

Methodology: The collection of 8 medical records was necessary, 2 from each department (internal medicine, surgery, gynecology, and pediatrics), which were compared with up-to-date literature on each of the described pathologies in relation to the actions applied at Víctor Ramos Guardia Hospital during the author's medical internship. Furthermore, the teaching methodology at the site where the professional experience took place is explained.

Conclusions: Due to the COVID-19 pandemic, there were many changes in the medical internship compared to previous years. This process raised awareness regarding prevention and biosecurity, improving our skills in this field. At the same time, the learning provided by different physicians was valuable, reinforcing what we had learned in university and successfully putting it into practice. This has contributed to an effective training for our future healthcare profession.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUAR
DIA 2022-2023**

AUTOR

ACUÑA ORIHUELA BORIS ANDREI

RECuento DE PALABRAS

8560 Words

RECuento DE CARACTERES

47605 Characters

RECuento DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

106.0KB

FECHA DE ENTREGA

May 9, 2023 9:39 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 9, 2023 9:40 AM GMT-5**● 15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% 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

**M.E Edwin Luis Llajaruna Zumaeta
DNI: 40369884****ORCID: 0000-0003-0418-871X**

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el tiempo donde se consolidan los conocimientos aprendidos durante los 6 años de pregrado que tuvimos en la universidad, y está reflejándose en las prácticas preprofesionales de este último año de estudios donde se pudo hacer

El internado es el lapso que corresponde a las practicas preprofesionales del último año de los estudios de pregrado de las carreras de ciencias de la salud, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio en los establecimientos de salud o fuera de los establecimientos de salud con población asignada con estricta tutoría de la universidad. El desarrollo de actividades de los internos de ciencias de la salud es presencial, en los campos de formación de los establecimientos de salud o en los campos socio sanitarios de la jurisdicción del establecimiento de salud.

Esta última etapa está compuesta de 4 grandes rotaciones: medicina interna, cirugía, pediatría – neonatología y ginecología – obstetricia.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Mi primera rotación inicio el 01 de noviembre hasta el 07 de diciembre del 2022, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, este servicio constaba en hospitalización, emergencia y consultorio externo.

Caso clínico N° 1

Paciente varón de 81 años acude a emergencia acompañado de su nuera con un tiempo de enfermedad de 1 mes caracterizado por tos con movilización de secreciones asociado a dificultad respiratoria progresiva y sensación de alza térmica. Cuatro días antes del ingreso tuvo disnea a medianos esfuerzos, dolor torácico, cansancio y finalmente hiporexia. Familiar reporta que el paciente cocinaba con leña.

Antecedentes personales: Linfoma de Hodgkin hace 1 año sin tratamiento

Antecedentes familiares: Niega

Cirugías: Niega

RAMS: Niega

T°: 38 °C FC: 110 lpm FR: 32 rpm P.A.:90/72 mmHg SatO2: 86%

Al examen físico

Piel y mucosas: T/H/E, llenado capilar menor 2 seg.

Cabeza y cuello: normocéfalo, adenopatías en región cervical indoloras

Tórax y pulmones: MV pasa disminuido en base de HTD, se auscultan crepitos difusos en ACP con movilización de secreciones

Abdomen: simétrico, b/d, no se palpan masas, no doloroso a la palpación. Sonoridad conservada

Sistema nervioso: LOTEPE / Glasgow 15/15.

Diagnóstico presuntivo:

- IRA tipo I = EPID + EFUSIÓN PLEURAL
- Linfoma Hodgkin

Plan:

- Hospitalización
- S/S hemograma completo, radiografía de tórax, AGA, TAC.

Previa hospitalización se realiza radiografía de tórax: donde se ve un patrón reticular, posterior a esto se visualiza una radiopacidad en HTD y finalmente se observa la obturación tanto del ángulo costo diafragmático y costo frénico. Esto asevera un EPID difuso más consolidado en base de HTD + efusión pleural. A continuación, se le hace el TAC donde hay imágenes reticulares lo cual hace un indicativo a fibrosis y se visualiza imágenes en vidrio deslustrado que es un signo de inflamación.

Tratamiento:

Dieta completa hiperproteica, oxígeno por CBN para mantener SatO₂ mayor igual 88%, Ceftazidima 2 grs EV c/8hrs, Ciprofloxacino 400 mg EV c/12hrs, Bromuro de Ipatropio 4 puff c/4hrs, Salbutamol 2 puff c/8hrs, N-Acetilcisteina 300 mg EV c/8hrs, Furosemida 20 mg c/12hrs, posición semisentada, Metamizol 1 gr EV PRN a dolor o T° mayor igual a 38.3 °C, se mantiene terapia endovenosa hasta evidenciar signos de mejoría clínica.

Se da de alta a los 7 días al paciente, se continuó con terapia vía oral hasta completar 2 semanas de tratamiento y posterior control por consultorio de externo de medicina interna.

Caso clínico N° 2

Paciente mujer de 39 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por dolor tipo cólico intermitente en zona epigástrica que se irradia a cuadrante superior derecho de moderada intensidad 7/10 según la escala de EVA, refiere que horas después el dolor se irradia hacia espalda en forma de cinturón persistiendo hasta la actualidad. Reporta que hace 3 días tuvo molestias urinarias (disuria, polaquiuria, coluria); posterior a ello nota coloración amarillenta en piel y escleras. Dolor abdominal aumenta

de intensidad con una escala de EVA 9/10, que no cede con medicación (no refiere).

Antecedentes personales: DB tipo 2, HTA, asma, TBC

Antecedentes familiares: Niega

Cirugías: Niega

RAMS: Niega

T°: 36.5 °C FC: 100 lpm FR: 22 rpm P.A.:115/68 mmHg SatO2: 93%

Al examen físico

Piel y mucosas: T/H/E, llenado capilar <2seg, ictericia en piel y escleras (++ /+++)

Aparato respiratorio: BPMV en ACP, no rales.

Abdomen: Distendido, RHA (+), b/d, dolor a la palpación en epigastrio a la palpación superficial y profunda, se irradia a CSD hacía la espalda en forma de cinturón, no se palpan masas.

Genito-urinario: sin alteraciones

Sistema nervioso: LOTEP, EG 15/15

Diagnóstico presuntivo:

- Pancreatitis aguda
- ITU

Plan de Trabajo:

- Se Hospitaliza
- S /S hemograma completo, TP, TPT, grupo y factor, glucosa, urea y creatinina, amilasa, lipasa, TGO, TGP, DHL, examen de orina completo y ecografía abdominal.

Resultados de laboratorio: Amilasa 769 U/L, lipasa 6495 U/L.

Examen completo de orina: L: 30-35XC G: ++ P: ++

Tratamiento:

NPO, NaCl 0,9% 1000cc + Kalium (1 ampolla), Dextrosa 5% 1000cc + hipersodio (1 ampolla), Tramadol 100 mg (1 ampolla) + Dimenhidrinato 50 mg + 100 cc NaCl EV PRN a dolor intenso, Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs, Metoclopramida 10 mg EV c/8hrs, Ceftriaxona 2 grs EV c/24hrs, se mantiene terapia endovenosa hasta evidenciar signos de mejoría clínica.

La paciente es dada de alta a los 4 días, se da terapia vía oral hasta completar 2 semanas de tratamiento y posterior control por consultorio externo de medicina interna.

I.2.ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Mi segunda rotación inicio el 08 de diciembre hasta el 16 de enero del 2023.

Caso clínico Nº 1

Paciente mujer de 2 años 9 meses es traída a la emergencia por apoderado que reporta tiempo de enfermedad de 7 días, caracterizado por deposiciones líquidas sin moco con rasgos de sangre y SAT. Dos días antes del ingreso se agrega lesiones papulares en extremidades asociado a rash en cuello y tórax. Niega náuseas y vómitos.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Cirugías: Niega

RAMS: Niega

Examen físico:

T: 38°C FC: 160x FR: 26x SatO2: 91% PA: 90/60mmHg

Al examen físico

Ectoscopia: AREG, AREN, mal estado de hidratación, ventila espontáneamente.

Piel y faneras: T/ poco hidratada/ E, pápulas en brazos y piernas; palidez (++/+++), no ictericia.

TCSC: No edemas.

Sistema linfático: No adenopatías.

Tórax y pulmones: BPMV en ACP, no rales.

Aparato cardiovascular: RCRR, no soplos audibles.

Abdomen: plano, RHA aumentados, B/D, dolor tipo cólico.

Sistema osteomuscular: Fuerza muscular conservada, móviles.

Sistema nervioso: tendencia al sueño, irritabilidad.

Diagnóstico presuntivo:

- Diarrea aguda infecciosa
- Deshidratación

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza.
- S/s Hemograma completo, reacción inflamatoria.

Resultados de laboratorio: Hb: 12.80 g/dL, Hto: 40%, Plaquetas: 440000/mm³, leucocitos: 5200x, bastonados: 12, segmentados: 52, PCR: (+++). Reacción inflamatoria: se observan leucocitos abundantes con predominio de PMN 90%, hematíes de 10-15 xc.

Tratamiento:

Dieta blanda más líquidos a voluntad, Dextrosa 5% (1000cc) + ClNa 20% (40cc) + ClK 20% (10cc) volumen total 1000cc/día, Ranitidina 12 mg EV c/8hrs, Metoclopramida 3.6 mg EV c/8hrs, Ceftriaxona 480 mg EV c/12 hrs, Metamizol 300 mg EV c/8hrs, reponer según pérdida con NaCl 0,9%, se mantiene terapia endovenosa hasta evidenciar signos de mejoría clínica.

Se da de alta a la paciente a los 5 días, se continúa con terapia vía oral hasta completar la semana de tratamiento y posterior control por consultorio externo de pediatría.

Caso clínico N° 2

Paciente varón de 3 años es traído a emergencia por su apoderado que reporta un tiempo de enfermedad de 2 días, caracterizado por dolor en la zona del genital asociado a secreción amarillenta mal oliente y edema. Familiar refiere que su hijo presento sensación de alza térmica e hiporexia.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Cirugías: Niega

RAMS: Niega

Funciones vitales:

T: 38°C FC: 124x FR: 25x SatO2: 89% PA: 110/70mmHg

Al examen físico:

Ectoscopia: AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.

Piel: tibia, elástica, llenado capilar <2seg.

Tórax y pulmones: BPMV en ACP, no estertores, no tirajes.

Aparato cardiovascular: RCRR, no soplos audibles.

Genitales: se evidencia eritema, edema y secreción amarillenta en región prepusial mal oliente.

Sistema nervioso: despierto, reactivo a estímulos.

Diagnóstico presuntivo:

- Balanitis

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- S/s Hemograma completo + examen completo de orina.

Resultados de laboratorio: Hb: 12.80 g/dL, Hto: 40%, Leucocitos: 14700x, abastoados: 3, segmentado: 66, PCR: negativo. Examen de orina: leucocitos 26-32 xc, gérmenes (+), piocitos (++)

Tratamiento:

Oxacilina 540mg EV C/6hrs, Clindamicina 100mg EV c/8hrs, Metamizol 290mg EV lento y diluido si T>38°C, Ranitidina 15mg EV c/8hrs, se mantiene terapia endovenosa hasta evidenciar signos de mejoría clínica.

Se da de alta al paciente a los 5 días, se continúa con terapia vía oral hasta completar la semana de tratamiento y posterior control por consultorio externo de pediatría.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Mi tercera rotación inicio el 17 de enero hasta el 25 de febrero del 2023.

Caso clínico N° 1

Paciente mujer de 28 años llega a la emergencia refiriendo tiempo de enfermedad de 6 hrs, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad 8/10, que se irradia a hipocondrio derecho. Asociado a náuseas y vómitos posterior a ingesta de comida grasosa y SAT. Paciente reporta múltiples ingresos por sintomatología similar.

Antecedentes personales: colelitiasis hace 5 años

Antecedentes familiares: Niega

Cirugías: apendicectomía hace 3 años

RAMS: Niega

Funciones vitales:

T: 38° C FC: 110 lpm FR: 21rpm P.A.:116/64 mmHg

Al examen físico:

Piel y mucosas: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia.

Tórax y pulmones: BPMV en ACP, no rales.

Aparto cardiovascular: RCRR, no soplos audibles.

Abdomen: Globuloso por tejido adiposo, b/d, doloroso a la palpación en epigastrio e HD, Murphy (+), RHA (++), no se palpan masas. Sonoridad conservada.

Sistema nervioso: LOTEP, EG 15/15.

Diagnóstico presuntivo:

- Colecistitis crónica calculosa reagudizada.

Plan de Trabajo

- Se hospitaliza
- S/s Exámenes pre- quirúrgicos para posterior intervención en sala de operaciones, Eco abdominal.

En la ecografía se encuentra:

- Vías biliares: Intra y extra hepáticas no dilatadas. Colédoco de 6mm, no pudiéndose evidenciar imágenes litiasicas en su interior.
- Vesícula: ovoidea la cual mide 97 x 40mm, en su interior varias imágenes ecogénicas con sombra acústica posterior, menores de 8m, sugestivo de litiasis. Grosor de pared 3mm

La intervención efectuada fue una: COLELAP + DPR x colecistitis crónica calculosa reagudizada.

Tratamiento:

Dieta blanda hiperproteica mas líquidos a voluntad, Ceftriaxona 2 grs EV c/24hrs, Metronidazol 500 mg EV c/8hrs, Metamizol 2 grs EV c/8hrs, deambulación, se mantiene terapia endovenosa hasta evidenciar signos de mejoría clínica.

Se da de alta a los 3 días a la paciente, se continúa con terapia vía oral hasta completar la semana de tratamiento y posterior control por consultorio externo de cirugía.

Caso clínico N° 2

Paciente varón de 6 años es traído a la emergencia por apoderado que refiere tiempo de enfermedad de 2 días, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad localizado en zona epigástrica, acompañada de vómitos, posterior a esto el dolor migro a la fosa iliaca derecha.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Cirugías: Niega

RAMS: Niega

Funciones vitales:

Tº: 38°C FC: 129x FR: 24x SatO2: 88% PA: 100/60

Al examen físico:

Piel y mucosas: T/H/E, llenado capilar < 2seg, no ictericia.

Tórax y pulmones: BPMV en ACP, no rales

Aparato cardiovascular: RCRR, no soplos audibles-

Abdomen: plano, b/d, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de McBurney (+), signo de psoas (+), signo de Dunphy (+), RHA (+), no se palpan masas.

Sistema nervioso: despierto, LOTEP.

Impresión diagnóstica:

- Apendicitis aguda

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- S/s Exámenes prequirúrgicos, para el posterior ingreso a sala de operaciones.

La intervención efectuada fue una: Apendicectomía AML x apendicitis aguda necrosada.

Hallazgos post operatorios: Apéndice cecal de base necrosada 2/3 distales.

Tratamiento:

Dieta blanda más líquidos a voluntad, Ceftriaxona 550 mg EV c/12hrs, Metamizol 600 mg EV c/8hrs, deambulación, se mantiene terapia endovenosa hasta evidenciar signos de mejoría clínica.

Se da de alta al paciente en 5 días, se continúa con terapia vía oral hasta completar la semana de tratamiento y posterior a esto control por consultorio externo de cirugía.

I.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA

Mi rotación final inicio el 26 de febrero hasta el 31 de marzo del 2023.

Caso clínico N° 1

Paciente mujer de 36 años, referida de C.S. San Luis, ingresa a Emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia con los Diagnósticos: Aborto Incompleto / Anemia Severa. Al interrogatorio refiere sangrado vaginal de hace 10 horas de escasa cantidad asociado a debilidad muscular y mareos recurrentes.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Cirugías: Niega

RAMS: Niega

Funciones Vitales:

T: 37.1°C FC: 110 lpm FR: 21 rpm P.A.:132/91 mmHg

Antecedentes de Importancia:

G4 P4004 FUR: 27/12/2022 FPP: 17/04/2023

EG: 12ss XFUR MAC: Ampolla Trimestral Partos: vaginales (4)

Al examen físico:

Piel y mucosas: T/H/E, Palidez marcada (++)

Tórax y pulmones: BPMV en ACP, no rales

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos arrítmicos, no soplos audibles.

Mamas: Blandas, simétricas, pezones formados.

Abdomen: plano, b/d, dolor a la palpación profunda en zona hipogástrica.

Genitales externos: Sangrado vaginal de escasa cantidad con coágulos. Al TV= OCE y OCI abiertos.

Sistema nervioso: LOTEPE, EG 15/15.

Examen ecográfico: se evidencia restos embrionarios en útero.

Diagnóstico presuntivo:

- Aborto Incompleto
- Anemia aguda severa
- Shock Hipovolémico estadio 2

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- S/S: Exámenes prequirúrgicos, Programar para L.U.

A la toma de Hb de ingreso se obtiene el valor de: 6.5 g/dl, de esa manera confirmándose el diagnóstico de Anemia Severa; al examen de orina se obtiene 34-40 leucocitos x campo añadiéndose un diagnóstico más que es ITU.

El médico de turno indica: NPO + CFV cada 6hrs + NaCl 9% x 1000cc + cefazolina 1 gr cada 8h + iniciar transfusión de 1 paquete globular isocompatible. Se programa L.U. Antes de que paciente ingrese a sala, se toma Hb post Transfusión, siendo de 6.5 g/dl (con factor de ajuste)

Paciente ingresa a quirófano a las 06:05 am acompañado de personal de turno. Se da inicio con la cirugía a las 6:20 am, encontrándose en el procedimiento un Útero AVR de 8 cm, restos endouterinos +- 100cc y una PST: 50cc. Se finaliza L.U. a las 06:59 am, siendo el estado de la paciente estable. Paciente es llevado a URPA para continuar con monitoreo.

Tratamiento:

NPO / NaCl 9% x 1000cc (I y II fco a 45 got) /CFV +OSA/ Clindamicina 600mg EV cada 8 horas / Gentamicina 80mg EV cada 8 horas / Metamizol 2gr EV cada 8 horas /Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas /Metoclopramida 10mg EV cada 8 horas /Acido tranexámico 1g EV cada 8 horas, se mantiene terapia endovenosa hasta evidenciar signos de mejoría clínica. S/S Hb de control; la Hb post L.U. es de 5.85 g/dl. Tras los medicamentos indicados paciente evoluciona favorablemente.

Se de alta a los 3 días a la paciente, se continúa con terapia vía oral hasta completar las semana de tratamiento y posterior control por consultorio externo de ginecología.

Caso clínico N° 2

Paciente mujer de 46 años proveniente de Consultorio externo ingresa a emergencia del Hospital Víctor Ramos Guardia con tiempo de enfermedad de 3 meses refiriendo sangrado vaginal en regular cantidad que no guarda relación con su periodo menstrual. Asociado a malestar general y mareos. Paciente refiere que de manera particular se realizó diferentes exámenes ecográficos con diagnóstico de Miomatosis Uterina. Niega otras molestias.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Cirugías: Niega

RAMS: Niega

Funciones Vitales:

T: 36 °C FC: 70 lpm FR: 20rpm P.A.:113/79 mmHg

Antecedentes de Importancia:

Menarquia: 10 años

N° Parejas Sexuales: 01

IRS: 18 años

G6 P4024

FUR: Hace 2 años

RC: 3/30

MAC: No

Al examen físico:

Piel y mucosas: T /H/ E, con ligera palidez.

Tórax y pulmones: BPMV en ACP, no rales.

Aparato cardiovascular: RCRR, no soplos audibles.

Abdomen: plano, b/d, no doloroso a la palpación, RHA (+++).

Genitales externos: Sangrado Vaginal de regular cantidad. Tacto vaginal diferido.

Sistema nervioso: LOTEPE, EG 15/15.

Impresión diagnóstica:

- HUA: Miomatosis Uterina (Subseroso)

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza
- Se programa para Histerectomía Abdominal Total. S/S Eco transvaginal y exámenes de laboratorio.

Ecografía pélvica transvaginal:

Útero: Ubicación (Anteversio) Bordes: Irregulares

Dimensiones: 82 x 68 x 51 mm

Miometrio: Aspecto (Heterogéneo) Lesiones focales: Presentes

Endometrio: Grosor (7 mm)

Aspecto (Secretor) Lesiones focales: Ausentes

Paciente queda hospitalizada, con las indicaciones: NPO / CFV / NaCl 9% x 1000cc a XXX gotas / Cefazolina 2 gr pre SOP / vendaje de miembros inferiores. Se toma muestra de sangre para Hb control, obteniéndose el resultado de 12 g/dl. Tras estos resultados el paciente pasa a SOP a las: 12:20 pm para HTA. Se da inicio con el procedimiento encontrándose una PST: 200 cc, paciente se encuentra con evolución favorable. Luego de completar la recuperación en URPA, paciente retorna a su cama. Las indicaciones post

operatorias fueron: NPO / NaCl 9% x 1000cc a 45 got / cefazolina 1 gr EV cada 8 horas/ metamizol 2 gr EV cada 8 horas / tramadol 50mg SC cada 12 horas/ CFV/ sonda foley permanente. Se estimó la cantidad de diuresis durante las siguientes horas obteniéndose hasta el día siguiente un valor de 1400cc.

Se da de alta a los 5 días a la paciente, se continuó con terapia vía oral hasta completar 2 semanas de tratamiento y posterior control por consultorio externo de ginecología.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

Según lo mencionado anteriormente, realice el internado médico en el Hospital "Víctor Ramos Guardia" de Huaraz. Dicho hospital se inauguró el 07 de diciembre del año 1993 con la denominación de Hospital Centro de Salud de Huaraz, ofreciendo sus servicios básicos de Cirugía, Medicina, Gineco-obstetricia y Pediatría. Este hospital se instauró durante el periodo presidencial del Dr. Manuel Prado con el apoyo del gobierno Alemán, teniendo como primer director al Dr. Otto Gambini Escudero. (1)

El Hospital Víctor Ramos Guardia está ubicado en la Av. Luzuriaga s/n ultima cuadra, provincia de Huaraz, distrito de Huaraz, departamento de Ancash, es un Hospital de alta referencia, pues tiene bajo su jurisdicción a toda la provincia de Huaraz y Ancash. Actualmente brinda las especialidades de: Cirugía general, cirugía laparoscópica, endocrinología, gastroenterología, ginecología y obstetricia, medicina interna, neonatología, neurología, neumología, neurocirugía, odontología, oftalmología, otorrino, pediatría, psiquiatría, traumatología y urología.

El Hospital Víctor Ramos Guardia esta categorizado como un establecimiento de Salud Nivel II-2, según la Norma Técnica N° 021 del MINSA, indica que dichos lugares responden a las necesidades de la población, por medio de sus atenciones ambulatorias, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos, las actividades que desempeñan son: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y gestión. (2)

Durante el internado, ya sea en el nivel I o nivel II, el interno juega un papel muy importante en el desarrollo y cumplimiento de las actividades en salud, pues estas se basan en la observación y la practica procedimental , ya que según el perfil de egreso que platea la Asociación Peruana de Facultades de Medicina indica que el Interno debe saber y hacer una correcta Historia clínica, examen físico y evolución diaria de la paciente, desde un enfoque teórico y poniendo en práctica habilidades y competencias básicas. (3)

Todas las actividades que realiza el interno de Medicina están sujetas a supervisión y aprobación del médico asistente y/o residente, tales como: curaciones, toma de muestras para AGA (análisis de gases arteriales), suturas, retiros de punto, atención de parto, colocación de sonda vesical, participación en procedimientos quirúrgicos, interpretación de resultados de laboratorio, ecografías, llenado de recetas y consentimientos entre otros. Cabe recalcar que el Interno puede realizar sus actividades siempre en cuando se lo permitan. El interno también desempeña acciones de prevención y promoción de la salud ya que orienta y explica a la paciente recomendaciones de vida saludable en relación a su enfermedad, por otro lado, apoya en la parte administrativa realizando referencias o contrarreferencias, así mismo con el llenado de las FUAS. Todas y cada una de estas actividades fomentan el desarrollo profesional del Interno.

CAPITULO III.APLICACION PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1

El Linfoma Hodking es una enfermedad maligna del tejido linfoide que se caracteriza por la presencia de células tumorales denominadas células de Reed-Sternberg (CRS) y linfocítico - histiocíticas (L&H), las cuales suelen representar menos del 1% del total de células. Además, se observa un infiltrado celular inflamatorio polimorfo compuesto por linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y eosinófilos, así como un grado variable de fibrosis y alteración de la estructura normal de los ganglios linfáticos. (4)

Dado que no existen programas de detección temprana específicos para linfomas, esta enfermedad suele ser diagnosticada en estadios avanzados. Por lo tanto, es crucial que, en presencia de adenopatías crónicas u otros síntomas que sugieran la presencia de una neoplasia se identifiquen en el paciente antecedentes personales, familiares o factores de riesgo asociados comúnmente con linfomas. Esto permitirá realizar estudios clínicos que confirmen el diagnóstico, determinen el estadio de la enfermedad y la prognosis del paciente. Históricamente, el tratamiento del linfoma se ha centrado en la utilización de quimioterapia, ya sea en combinación con radioterapia o sola. Sin embargo, debido a las posibles complicaciones graves a largo plazo, tanto a nivel local como sistémico, relacionadas con el uso de radioterapia, algunos expertos desaconsejan su utilización como único tratamiento. (5)

Las EPID son un grupo heterogéneo y amplio de enfermedades pulmonares intersticiales que comparten ciertas manifestaciones clínicas como disnea de esfuerzo y tos no productiva, una expresión radiológica caracterizada por un patrón pulmonar intersticial que presenta líneas y nódulos en la radiografía simple, alteraciones en la función respiratoria como trastorno ventilatorio restrictivo y un sustrato anatomopatológico que afecta el intersticio pulmonar, incluyendo las paredes alveolares, espacio peribroncovascular, septos interlobulares y espacio subpleural. Se han identificado más de 150 tipos de EPID, aunque solo se conoce la etiología en un tercio de los casos. Las

causas conocidas incluyen exposición a polvos orgánicos e inorgánicos, fármacos, tóxicos y radiaciones, así como factores endógenos como el reflujo gastroesofágico y la autoinmunidad. (6)

El derrame pleural se produce cuando se acumula líquido en el espacio pleural de forma anormal, ya sea por una mayor producción o por una disminución en su drenaje. Esta condición es común en la práctica médica y tiene múltiples causas que varían según la epidemiología local, los antecedentes y el contexto clínico del paciente. Es importante realizar un análisis del líquido pleural cuando sea necesario y otras pruebas diagnósticas, prestando atención a las condiciones comórbidas y las infecciones, incluyendo la tuberculosis y la neumonía, que son frecuentes en nuestro medio. El tratamiento se enfoca en tratar la causa subyacente, aunque en aproximadamente el 25 % de los pacientes no se puede identificar una causa evidente. (7)

Caso clínico N° 2

La pancreatitis aguda es una razón frecuente para ser hospitalizado, y su incidencia está en aumento, incluso en niños, embarazadas y ancianos. La pancreatitis aguda de gravedad moderada, que causa la acumulación de líquido y/o tejido muerto, provoca una gran cantidad de problemas de salud, mientras que la enfermedad grave que resulta en la falla de un órgano durante un periodo prolongado puede ser mortal.

Se pueden presentar síntomas de pancreatitis como dolor en la parte superior del abdomen o dolor abdominal difuso (80-95%), náuseas y vómitos (40-80%), hinchazón abdominal, fiebre, dificultad para respirar, irritabilidad y alteración de la conciencia, junto con fiebre, baja saturación de oxígeno, respiración rápida, ritmo cardíaco rápido, presión arterial baja, defensa abdominal, falta de movimiento intestinal y/o producción reducida de orina. Durante la evaluación médica, se debe investigar cuidadosamente la posible causa de la enfermedad, incluyendo antecedentes de cálculos biliares, obesidad, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, hiperlipidemia y medicamentos que pueden desencadenar la enfermedad, teniendo en cuenta que puede haber más de una causa subyacente. (8)

Para el manejo del paciente antes de diagnosticar la pancreatitis, es común que se requiera administrar oxígeno, fluidos intravenosos para rehidratar al paciente y aliviar el dolor. Es importante tener en cuenta que el uso de analgésicos no dificulta el diagnóstico preciso del dolor abdominal. Los exámenes iniciales para detectar la pancreatitis aguda incluyen análisis de sangre para amilasa y/o lipasa, niveles de triglicéridos y lípidos, un conteo sanguíneo completo, pruebas de función renal y hepática, niveles de glucosa, HbA1c, calcio y una ecografía abdominal. El tratamiento se centra en manejo sintomático y del dolor. Se realiza ayuno que progresa a tolerancia alimenticia en escalada. (9)

La infección del tracto urinario (ITU) se define como la invasión, crecimiento y colonización de bacterias en la zona urinaria, que por lo general son originarias de la microbiota intestinal o del área perineal. Dichas bacterias ascienden por la uretra hasta la vejiga y pueden afectar los riñones y los uréteres. Actualmente, la ITU se considera una de las principales amenazas para la salud y representa un problema de gran magnitud. Este tipo de infecciones puede provocar diversos síndromes, como bacteriuria asintomática, síndrome uretral agudo, cistitis, pielonefritis, prostatitis e infecciones urinarias recurrentes. Asimismo, se han registrado complicaciones tales como shock séptico, piodonefrosis, absceso renal y parto prematuro. La ITU es una de las enfermedades infecciosas más comunes, afectando tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados, y puede manifestarse de diversas formas clínicas. (10)

El tratamiento de la infección del tracto urinario (ITU) depende de si se trata de una ITU complicada o no complicada, y siempre es importante considerar los factores de riesgo involucrados. Es crucial seleccionar empíricamente un antibiótico con una alta eficacia sobre el agente sospechado, buena distribución corporal, alta concentración en el tracto urinario y baja toxicidad, mientras se espera el resultado del urocultivo y el antibiograma. Los objetivos del tratamiento deben ser una respuesta rápida y efectiva, prevención de la recurrencia y evitar la aparición de resistencia a los antibióticos. (11)

III.2. ROTACIÓN DE PEDIATRIA

Caso clínico N° 1

La enfermedad diarreica aguda tiene como principal agente causal al rotavirus; esto se traduce cuándo las heces pierden su consistencia y estas se vuelven líquidas o blandas, posterior a esto se da un incremento en la frecuencia de deposiciones y finalmente pueden tener una duración de 7 y como máximo 14 días que es característico de una EDA.

Alrededor de un 80 a 90% las EDAs están relacionadas al consumo inadecuado de alimentos y líquidos en condiciones inadecuadas en la cual se da en los países en subdesarrollados; la OMS promedia alrededor de un año que la mortalidad en niños abarca 1,5 millones.

Como cuadro clínico característico de la EDA primero se debe visualizar el tipo de consistencia que tiene ya siendo esta semilíquida o líquida dentro de esto se podrá observar si está acompañada de sangre o mucosidad. Luego de esto se evaluará la reiteración de las deposiciones y vómitos que se da durante las 24 horas anteriores. También se evaluará el nivel de sed que tenga, su capacidad de tolerancia al ingerir alimentos, alza térmica, estado de ánimo y finalmente el nivel de excreción de orina. (12)

Cuando hay presencia de sangrado en una EDA uno debe sospechar de posible patógeno que este causándolo en este caso sería la Shigella, la cual es muy frecuente en niños menores de 5 años y con más frecuencia se da en los países en vías de desarrollo. (13)

Según el caso presentado el paciente presento una deshidratación a causa de las la EDA entonces estaría relacionada a la etiología en el aumento de pérdidas intestinales que se dio a causa de las diarreas y vómitos. Finalmente debemos catalogar el tipo de deshidratación que tiene en relación al cuadro clínico presentado en el caso clínico lo cual nos acercaría a una deshidratación moderada (pulso levemente aumentado, presión arterial baja, mucosa oral seca, sed incrementada, y neurológicamente irritable).

Para un tratamiento óptimo de la deshidratación se deben reponer lo líquidos perdidos y para esto hay algunos aspectos previos para que sea satisfactoria. Primero se debe evaluar cuál será la vía por donde se repondrá el volumen

perdido, dar fluidos de mantenimiento, suministrar el débito de líquidos, administrar las pérdidas en el transcurso del tratamiento y finalmente resolver los trastornos hidroelectrolíticos y ácido-base. (14). Lo cual se hizo en el caso clínico y pudo ver mejoras día a día y eso se acompañó con un tratamiento vía EV (ranitidina 10 mg c/8horas, ceftriaxona 400 mg c/12horas y finalmente metamizol 200 mg condicional a $T > 38^{\circ}\text{C}$).

Caso clínico N°2

La balanitis se traduce por la irritación en la zona del glande, y la postitis es la irritación del prepucio y juntando a estos dos se da una balanopostitis la cual tiene 3 tipos de etiologías como pueden ser: infecciosa, traumática e irritante. (15)

En la irritativa se da en las edades de 2 a 5 años y se genera a causa de una inadecuada higiene o de frecuencia aumentada de la misma, otro factor sería el descenso exagerado del prepucio causado por los padres y tratar de despegar las adherencias balanoprepuciales; finalmente puede ser también infecciosa. (16)

Se puede relacionar en distintas edades que hay tipos de agentes etiológicos como por ejemplo de 0-2 años es muy frecuente (*E. coli*), entre los 3 a 6 años (enterococos), de 7 a 12 años (estreptococo beta-hemolítico del grupo A y entre otras menos frecuentes se podrían mencionar (*Staphylococcus aureus*, *Gardnerella vaginalis* o *Candida albicans*).

En el caso clínico se visualiza un cuadro clínico prolijo donde hay dolor en la zona peneana, prurito, exudado purulento color amarillento y finalmente edema. (17)

Para que el paciente tenga una mejoría por la noxa que pasaba se optaron por darle de tratamiento: ceftriaxona 520 mg EV c/12horas y finalmente metamizol 325 mg EV c/8horas.

III.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N° 1

La colecistitis crónica es la irritación aguda de la vesícula biliar y esta es causada en su mayoría por el taponamiento del conducto cístico por un cálculo. El órgano afectado expande sus dimensiones tras un proceso inflamatorio químico y dando como resultado engrosamiento de las paredes y edema.

Su origen se basa en la litiasis biliar y la complejidad de la enfermedad dependerá del grado y la duración de la obstrucción.

Epidemiológicamente alrededor del 10 a 15% de los adultos sufren de litiasis vesicular de forma específica en los países industrializados, maso menos el 20% tendrá una clínica relacionada a la colecistitis el cual sería el dolor persistente lo cual llevará a una posterior cirugía para evitar futuras complicaciones. (18)

Existen múltiples factores de riesgo para colecistitis, lográndose identificar en el caso es: sexo femenino, obesidad, ingesta abundante de grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas.

Se diagnóstica como colecistitis debida al cuadro clínico de: dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, alza térmica y con signo de Murphy (positivo).

Para acercarnos más al diagnóstico se realiza una ecografía abdominal siendo esta de primera elección.

La literatura recomienda que se debe realizar como tratamiento de elección la colecistectomía, en el caso clínico se optó por hacer otro procedimiento el cual fue la colecistectomía laparoscópica el cual es menos invasiva. (19)

Para lograr una mejora post operatoria se indicó: ceftriaxona 2grs EV c/24horas, metronidazol 500mg EV c/8horas y finalmente metamizol 2grs EV c/8horas.

Caso clínico N° 2

Se define como apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en los niños. Debido a su cuadro clínico sintomatológico logra ser difícil para establecerse como diagnóstico.

El 61% de los afectados corresponde al sexo masculino, correspondiente a las edades de 2 a 15 años. El origen de este es multifactorial siendo por un daño isquémico de la mucosa con la incursión bacteriana, asociada a un proceso obstructivo pudiendo ser un cuerpo extraño, fecalito e hiperplasia folicular. (20)

Según el caso presentado el paciente presenta la cronología de Murphy: dolor abdominal, vómitos, susceptibilidad en fosa iliaca derecha y alza térmica; esta sintomatología es esencial para el diagnóstico pues según Murphy los síntomas surgen siempre en el orden mencionado y si esta variara pone en duda el diagnóstico (21)

Para tratar la apendicitis aguda existen 2 métodos: apendicectomía abierta y vía laparoscópica, esta última tiene la desventaja de mayor costo, mayor tiempo operatorio y mayor riesgo de abscesos. (20). Por ello se optó por realizar la apendicectomía abierta.

Un factor de riesgo muy importante para las complicaciones post quirúrgicas es si el paciente tiene obesidad o sobrepeso lo cual lo condiciona a que pueda tener dehiscencias o infección en la herida operatoria. (22)

Las indicaciones médicas post operatorias que se prescribieron a favor del paciente fueron: ceftriaxona 550 mg EV c/12 horas más metamizol 600 mg EV c/8 horas.

III.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA

Caso clínico N° 1

La OMS define al aborto como la detención del proceso de embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un producto menor o igual a 500 gr. Esta puede ser espontanea o inducida por agentes externos. (23)

Existen múltiples clasificaciones sobre el aborto, este se relaciona a la forma en cómo se presentan (cuadro clínico). Se detalla como aborto incompleto a

la eliminación parcial del producto de la concepción, tras estar asociada a diversos eventos obstétricos adversos. (24)

Según los últimos reportes entre los años 2015 al 2019 se detectaron 121 millones de embarazos no deseados de los cuales el 61% finalizó en un aborto. Por otro lado, la OMS indica que los adolescentes son la población con el mayor índice de tasa de abortos. En el Perú durante el año 2018 un porcentaje del 19% de las mujeres ha efectuado un aborto, en el que el 50.9% de ellas fueron menores de 25 años. (25)

Según el caso presentado, se considera como un aborto incompleto tras los signos y síntomas que se presentan como lo es: sangrado escaso, dolor en zona hipogástrica, cambios cervicales (OCE y OCI abiertos) y siendo confirmado con la ecografía tras hallarse restos embrionarios dentro de cavidad uterina. Pues como parte del diagnóstico diferencial, la dilatación del orificio cervical es propio del aborto incompleto. (26)

Como posible complicación es una hemorragia grave lo cual puede conllevar al paciente a estar inestable hemodinámicamente lo cual sucedió en el caso clínico a esto se le suma una pronta intervención quirúrgica lo cual será apto para evitar la mortalidad. (27)

Para el tratamiento del aborto según la guía de Práctica clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal indica que va a depender de la edad gestacional así como del estado hemodinámico del paciente pues si esta se encuentra estable y tiene una edad gestacional inferior a 12 semanas se realiza la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y si es mayor a 12 semanas se opta por el Legrado Uterino, sin embargo si el paciente no se encuentra estable se realiza procedimientos basados en lograr la estabilidad para luego extraer el producto (28). En el caso actual, tras la evaluación de funciones vitales y los resultados de laboratorio la mujer no se encuentra hemodinámicamente estable pues aún el déficit de hemoglobina es alarmante, frente a ello se prioriza en controlar la anemia con la transfusión de paquete globular tal como indica la guía de INMP en el cual indica que cuando las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 7 se debe iniciar transfusión para posterior realizar el L.U.

Si la situación fuese contraria en cuanto a la estabilidad del paciente se podría madurar el cuello uterino con 200 mcg de misoprostol en fondo de saco vaginal cada 6 horas con una dosis máxima de 4, posterior realizar L.U (28).

Se debe tener en cuenta que los distintos estimulantes cervicales pueden provocar hipotensión y bradicardia lo cual también es conocido como “choque cervical”. Si este shock no se detectara a tiempo y se diera un tratamiento ineficaz, esto podría descompasar más aun al paciente y llevarlo hasta un paro cardíaco. (29)

La paciente evoluciono favorablemente a las medidas médicas establecidas, pues como parte de evitar las complicaciones post operatorias como la sepsis se indica cefazolina cada 8 horas y para aliviar el dolor se administra metamizol, así como el tramadol.

Caso clínico N° 2

Los miomas uterinos son tumores benignos que se originan en útero, suelen estar compuestos de músculo liso y colágeno. Su etiología es de índole multifactorial pues se asocia a un desequilibrio hormonal, el incremento de los niveles de estrógeno incita al crecimiento miometrial lo cual elevan las células lisas propias del mioma. (30)

Según su incidencia, aparece con mayor frecuencia en mujeres que se encuentran cerca al final de su edad reproductiva. Muchos de los casos de los miomas suelen ser asintomáticos; la ubicación, tamaño y numero de cada uno de ellos pueden estar asociados a provocar sangrados anormales. Por otro lado, existen factores de riesgo como la raza. Antecedente familiar, menarquia temprana, tratamientos hormonales, etc que predisponen la aparición de los miomas. Para establecer un diagnóstico se debe basar en la anamnesis, cuadro clínico y la ayuda diagnostica como la ecografía (30) Al relacionar esta información con el caso presentado, se determina que efectivamente se trata de una Miomatosis Uterina Subserosa, pues el sangrado es abundante y progresivo, además a la ecografía se evidencia masas nodulares hipo ecogénicos con bordes regulares y definidas en zona intracavitaria. Como factor de riesgo se identifica la menarquia (10 años).

Frente al diagnóstico diferencial, no se considera como mioma subseroso o intramural por su ubicación frente a la ecografía o por su manifestación clínica. Los subserosos son asintomáticos y pediculados, mientras que los intramurales están asociados a dolor, sangrado y comprometen estructuras cercanas. (30)

Existen múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos para la miomatosis, estos van a depender de la edad, deseo reproductivo y complejidad del caso, entre los más frecuentes usos de progestinas, anticonceptivos orales, miomectomía, histerectomía o embolización de arterias uterinas (30). Tras evaluación del historial médico y consejería a la paciente se opta por la histerectomía abdominal transversa, pues es una mujer menopáusica que ya alcanzo su deseo reproductivo.

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico inicio sin ninguna eventualidad, el interno asistía de lunes a domingo en horarios variados; ingresando a las 7:00 am y culminando por las tardes o las noches dependiendo de las actividades hospitalarias que se presentaron. Añadiendo a este horario se establecieron guardias nocturnas extras siendo 1 a 3 veces a la semana, dependiendo de cada servicio en el que se roto.

Como parte del desarrollo profesional médico se establecieron “viernes médicos”, que consistía en la exposición de casos clínicos variados de cada servicio; donde el interno opinaba acerca de ello dando aportes y finalizando con un examen escrito para reforzar lo aprendido.

CONCLUSIONES

El internado médico es la etapa final y esencial del desarrollo profesional médico, en el cual se fortalecen y desarrollan habilidades teóricas y prácticas en diferentes servicios propios de la medicina, teniendo como objetivo formar médicos competentes para el desarrollo del país; cada una de las experiencias aprendidas y vividas serán la guía para el desenvolvimiento independiente en el SERUM.

Esta experiencia médica tuvo una duración de 10 meses, desarrollándose, 5 meses en un centro de salud (01 junio a 31 octubre del 2022) y los otros 5 meses en el Hospital Víctor Ramos Guardia (01 noviembre del 2022 al 31 de marzo del 2023). Durante todo este proceso se tuvo la guía y el apoyo por parte de los tutores, quienes establecían reglas y proponían actividades académicas frecuentes según las patologías y experiencias que día a día suscitaban en cada atención médica, ellos nos incentivaban a la autorreflexión de las actividades y desempeños como internos. Además todo ello se complementaba con las diversas actividades académicas y sociales de cada establecimiento de salud.

Como parte de las destrezas esenciales en el sector salud es el trabajo en equipo; durante el periodo de internado, el interno interactúa con diferentes profesionales de la salud (personal administrativo, enfermera, obstetra, técnico, personal de limpieza, etc), estableciendo lazos laborales que juntamente con el aporte que brinda cada uno de ellos se obtienen los beneficios de calidad para el paciente.

Tras el impacto del COVID-19, obligo al personal de salud a optar obligatoriamente medidas de bioseguridad, como: estricto y correcto lavado de manos y uso de EPPs, en beneficio del paciente, familia, sociedad y del propio personal de salud.

Como bien se sabe la pandemia aún no concluye por lo que el estado tras la presencia aun de casos de COVID-19 estableció un salario mínimo el cual ayudo a cubrir algunos gastos básicos de los internos.

El sistema de salud tiene varias deficiencias lo cual es un gran reto del profesional de salud satisfacer las demandas y necesidades de los pacientes. La pandemia ha dejado un gran impacto reflexivo y crítico sobre la salud de cada ser humano, ahora la salud tiene mayor prioridad e importancia para a nivel mundial, por ello el profesional médico siendo la cabeza de la salud debe ser humano, empático y capaz de solucionar temas que aquejan a la salud de los humanos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los futuros internos de medicina a ser proactivos, responsables, respetuosos y empeñosos en cada uno de los deberes asignados por el residente y médico asistente de cada servicio.

Se recomienda a los tutores de cada establecimiento de salud a seguir promoviendo constantemente actividades académicas en el que el interno pueda participar activamente y pueda compartir sus experiencias y aclarar sus dudas.

Se recomienda a las instituciones encargadas de infraestructura del hospital, mejorar los ambientes en cuanto a espacio y equipamiento, pues no existen lugares adecuados de estudio y descanso ya sea para el propio profesional médico e interno.

Finalmente se aconseja a las universidades realizar el seguimiento constante del rendimiento y estado emocional de cada uno de sus internos para verificar el completo estado de salud físico, psicológico y social del interno.

FUENTES DE INFORMACION

1. VRG-Hospital Victor Ramos Guardia [Internet]. [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://hospitalvrg.gob.pe/#/rese-historica>
2. Ministerio de Salud. N T N° 021- MINSA /DGSP V.01 [Internet]. 2011. Disponible en: https://cdn.gacetajuridica.com.pe/laley/NORMA%20T%C3%89CNICA%20DE%20SALUD%20N%C2%BA021-MINSA-DGSP-V.03_LALEY.pdf
3. ASPEFAM. INTERNADO MÉDICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
4. Quintero Y., Teruel A., Hernandez C., Concepción Y., Romero A., Macia I. Caracterización del linfoma de Hodgkin en los pacientes adultos [Internet]. 2019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v35n3/1561-2996-hih-35-03-e1027.pdf>
5. Ortega JPG, Bracho JRG, Benavides REO, Castro JJQ, Cajas JIP, Maita EGV, et al. Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin: desde una perspectiva molecular, diagnóstica y terapéutica. 29 de junio de 2021 [citado 20 de abril de 2023]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/5041145>
6. Elsevier. Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID): manifestaciones y exploración [Internet]. Elsevier Connect. [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/enfermedad-pulmonar-intersticial-difusa-manifestaciones-y-exploracion>
7. Forero-Saldarriaga S. Claves diagnósticas en el paciente adulto con derrame pleural: revisión narrativa. 2020;33.
8. Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, Huang W, Mukherjee R, Halloran C, et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs* [Internet]. 1 de agosto de 2022 [citado 20 de abril de 2023];82(12):1251-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40265-022-01766-4>
9. Jaber S, Garnier M, Asehnoune K, Bounes F, Buscail L, Chevaux JB, et al. Guidelines for the management of patients with severe acute pancreatitis, 2021. *Anaesth Crit Care Pain Med* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 20 de abril de 2023];41(3):101060. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352556822000418>
10. Reyna GAQ, Solórzano JP. Prevalencia de infecciones del tracto urinario y factores de riesgo en adultos de Latinoamérica. *Rev Científica FIPCAEC Fom Investig Publ Científico-Téc Multidiscip ISSN 2588-090X Polo Capacit Investig Publ POCAIP* [Internet]. 24 de noviembre de 2022

[citado 20 de abril de 2023];7(4):1382-400. Disponible en:
<https://fipcaec.com/index.php/fipcaec/article/view/689>

11. Echevarría-Zarate J, Sarmiento Aguilar E, Osoro-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Médica Peru [Internet]. enero de 2006 [citado 20 de abril de 2023];23(1):26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172006000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Reyes U., Reyes K., Santos L., Luévanos A., Guerrero M., Martínez P., et al. Enfermedad diarreica aguda en niños [Internet]. 2018. Disponible en: <https://salud.groo.gob.mx/revista/images/revista40/5.%20ENFERMEDAD%20DIARREICA%20AGUDA.pdf>
13. da Cruz Gouveia MA, Lins MTC, da Silva GAP. Acute diarrhea with blood: diagnosis and drug treatment. J Pediatr (Rio J). 2020;96 Suppl 1(Suppl 1):20-8.
14. Botas I., Ferreira A., Soria B. Deshidratación en niños [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc113f.pdf>
15. Perkins OS, Cortes S. Balanoposthitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553050/>
16. Romero JG, Ruiz YG. El pediatra ante los procesos más frecuentes de Urología pediátrica.
17. Moreno MS, Alonso MT, Dorado MF, Florido AV, Estepa RG, Ares J, et al. INFECCIONES GENITALES EN PEDIATRÍA. BALANITIS Febrero 2018.
18. Menéndez-Sánchez P, León-Salinas C, Amo-Salas M, Méndez-Cea B, García-Carranza A. Association of laboratory and radiologic parameters in the diagnosis of acute cholecystitis. Rev Gastroenterol Mex Engl. 2019;84(4):449-54.
19. Huitrón MAP, Monroy JLO. Colecistitis crónica litiásica agudizada:
20. Castro F., Castro I. Apendicitis aguda en el niño: cómo enfrentarla [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2008/vol5num1/pdf/APENDICITIS%20AGUDA.pdf>
21. Kohan R, Zavala B A, Zavala P B, Vera O F, Schonhaut B L. Apendicitis aguda en el niño. Rev Chil Pediatría [Internet]. octubre de 2012 [citado 20 de abril de 2023];83(5):474-81. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062012000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Delgado-Miguel C, Muñoz-Serrano AJ, Barrera Delfa S, Núñez Cerezo V, Velayos M, Estefanía K, et al. Influence of overweight and

- obesity on acute appendicitis in children. A cohort study. *Cirugia PEDIATR* Organo Of Soc Espanola Cirugia PEDIATR. 20 de enero de 2020;33(1):20-4.
23. Aborto [Internet]. [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
 24. Santos JMB, Duran LNG. MANEJO HOSPITALARIO DEL ABORTO INCOMPLETO, EFICACIA DEL LEGRADO UTERINO Y ASPIRACIÓN AL VACÍO.
 25. Fernández Q. Todos los derechos reservados.
 26. Holly BK, Patricia BE, Aspajo L. ASESOR: Dr. Julio, TUEROS ESPINOZA.
 27. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>
 28. Instituto Nacional Materno Perinatal. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
 29. Kyejo W, Moshi B, Kapesi V, Ntiyakunze G, Gidion D, Kaguta M. Cervical vasovagal shock: A rare complication of incomplete abortion case report. *Int J Surg Case Rep.* agosto de 2022;97:107455.
 30. Grilli M., Zencich D., Mejías C., Maccío J. Miomatosis uterina [Internet]. 2022. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147699/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y