



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL OBTENIDA DURANTE EL
INTERNADO MEDICO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL
ELEAZAR GUZMAN BARRON EN EL DISTRITO DE NUEVO
CHIMBOTE EN LOS SERVICIOS BASICOS DE SALUD 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
LESLIE JOSELIN CALAGUA OCHOA**

**ASESOR
FERNANDO LIBERATO FELLES**

**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 PROFESIONAL OBTENIDA DURANTE EL
INTERNADO MEDICO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL
ELEAZAR GUZMAN BARRON EN EL DISTRITO DE NUEVO
CHIMBOTE EN LOS SERVICIOS BASICOS DE SALUD 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICA CIRUJANA**

PRESENTADO POR:

LESLIE JOSELIN CALAGUA OCHOA

ASESOR:

DR. FERNANDO LIBERATO FELLES

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a Dios quien supo guiarme y darme las fuerzas para seguir perseverante y poder enfrentar distintas adversidades que tuve en el camino, a mi familia por ser quienes sembraron en mi el deseo de seguir superándome, inculcarme valores morales y espirituales que estarán presentes a lo largo de mi carrera profesional.

INDICE

| | |
|---|-----|
| JURADO | i |
| DEDICATORIA | ii |
| INDICE | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | vii |
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL | 2 |
| CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA | 12 |
| CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL | 13 |
| CONCLUSIONES | 23 |
| RECOMENDACIONES | 24 |
| FUENTES BIBLIOGRÁFICAS | 25 |

RESUMEN

El Internado Médico se realiza en el último año de formación académica de la carrera profesional de Medicina Humana, en la cual se puso en práctica todos los conocimientos adquiridos durante los primeros 6 años de estudio, siendo este el más importante para el estudiante, ya que demostramos nuestra vocación de servicio a favor de nuestra comunidad. En este TSP se verán 8 casos clínicos que se trabajaron durante las rotaciones en los servicios de Medicina Interna, Ginecología, Cirugía General y Pediatría, en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón durante el Internado realizado desde el 01 de Junio del 2022 hasta el 31 de Marzo del 2023, el cual tiene como objetivo analizar las diferentes patologías para así poder tratar a los pacientes que tendré a mi cargo durante el servicio rural y urbano marginal de salud.

Objetivo: Describir experiencias adquiridas durante el Internado llevado a cabo en el Centro de Salud Yugoslavia y en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, durante el periodo de junio 2022 a marzo 2023.

Metodología: Se analizaron las experiencias obtenidas durante las distintas rotaciones, con la finalidad de poder aplicar lo aprendido.

Resultados: En la especialidad de Medicina Interna se analizarán los siguientes casos, CASO 1: Paciente mujer de 70 años con cuadro clínico de dolor abdominal, diagnóstico final Hemorragia Gastrointestinal secundaria a Ketoprofeno, CASO 2: Paciente varón de 38 años que ingresa con dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio irradiado a espalda con diagnóstico definitivo de Pancreatitis Aguda. En la especialidad de Cirugía CASO 3: Paciente varón de 18 años que llega a emergencia por dolor abdominal tipo cólico que con las horas se irradia a FID a descargar apendicitis aguda con diagnóstico definitivo de apendicitis aguda complicada, CASO 4: Paciente mujer de 37 años que presente dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos, diagnóstico final Colecistitis Aguda Litiásica. En la especialidad de Ginecología y Obstetricia, CASO 5: Paciente de 29 años refiere presentar dolor abdominal tipo punzada a nivel de CID, con diagnóstico definitivo embarazo ectópico tubárico derecho roto, CASO 6: Paciente de 40 años gestante de 37 semanas, llega a

emergencia por presentar cefalea global de moderada intensidad, escotomas, edemas en miembros inferiores, con diagnóstico final de preclamsia con criterios de severidad. En la especialidad de Pediatría, CASO 7: Paciente varón de 5 años, llega a emergencia por presentar fiebre hace 5 días, con antecedente de arañazo de gato, con diagnóstico final Enfermedad por Arañazo de Gato, CASO 8: Niño de 7 meses de edad, ingresa por presentar hace 10 días diarrea, amarillentas, asociado a vómitos y fiebre diaria hasta 39.5 °C de 6 días de evolución, anemia de 4 días y un día antes del ingreso al servicio de pediatría presento convulsión tónica clónica generalizada la cual se trató con diazepam endovenoso, teniendo en cuenta que se le suministro trimetropin sulfa suspensión oral durante el cuadro diarreico, con diagnóstico final de Síndrome hemolítico urémico.

Conclusiones: La etapa del Internado es fundamental en la carrera de Medicina Humana, por lo que se lleva a la práctica todos nuestros conocimientos teóricos adquiridos durante los años anteriores con el fin de poder desarrollarnos sin dificultad en nuestro servicio rural.

Podemos conocer acerca de las patologías frecuentes en nuestro medio, con la finalidad de realizar un buen diagnóstico y ser capaces de brindar el mejor tratamiento a su vez desarrollar distintas destrezas y habilidades para un buen trabajo en equipo.

Es por ello por lo que en esta etapa nos fortalecemos de las oportunidades que se nos presentan mejorando nuestras habilidades practicas basadas en nuestra base teórica, con la finalidad que el estudiante pueda desenvolverse sin dudas en la consulta médica, en la presentación de historias clínica, en la práctica clínica, en los distintos exámenes de laboratorio e imágenes con el fin de prescribir un correcto manejo en el tratamiento siendo guiados por nuestros residentes y médicos asistentes tomando de ellos los mejores consejos frente a distintas situaciones.

Nos permite además formar un carácter sólido, tener seguridad de nuestras propias decisiones, teniendo empatía y liderazgo para el trabajo en equipo y la buena comunicación que debe prevalecer en el ambiente de salud.

Es así como el internado médico nos lleva a tener un conjunto de experiencias muy importantes que van a formar al estudiante de medicina y enriquecer sus conocimientos llevados a la práctica clínica, con la finalidad de tener un último año lleno de lecciones y mejoras para nuestra vida profesional formando personas que lleven un trato humano a sus pacientes.

ABSTRACT

The Medical Internship is carried out in the last year of academic training of the Human Medicine professional career, in which all the knowledge acquired during the first 6 years of study was put into practice, this being the most important for the student, since We demonstrate our dedication to service in favor of our community. In this TSP, 8 clinical cases will be seen that were worked on during the rotations in the Internal Medicine, Gynecology, General Surgery and Pediatrics services, at the Eleazar Guzmán Barrón Regional Hospital during the Internship carried out from June 1, 2022 to June 31. March 2023, which aims to analyze the different pathologies in order to treat the patients that I will be in charge of during the rural and marginal urban health service. Objective: To describe experiences acquired during the Internship carried out at the Yugoslavia Health Center and at the Eleazar Guzmán Barrón Regional Hospital, during the period from June 2022 to March 2023. Methodology: The experiences obtained during the different rotations were analyzed, in order to be able to apply what was learned. Results: The following cases will be analyzed in the Internal Medicine specialty, CASE 1: 70-year-old female patient with clinical picture of abdominal pain, final diagnosis Gastrointestinal Bleeding secondary to Ketoprofen, CASE 2: 38-year-old male patient admitted with abdominal pain in epigastrium and mesogastrium irradiated to the back with a definitive diagnosis of Acute Pancreatitis. In the specialty of Surgery CASE 3: An 18-year-old male patient who came to the emergency room due to crampy abdominal pain that radiates to the FID to discharge acute appendicitis with a definitive diagnosis of complicated acute appendicitis, CASE 4: A 37-year-old female patient presenting pain in the right hypochondrium associated with nausea and vomiting, final diagnosis Acute Lithiasic Cholecystitis. In the specialty of Gynecology and Obstetrics, CASE 5: A 29-year-old patient reports presenting stabbing abdominal pain at the level of DIC, with a definitive diagnosis of a ruptured right tubal ectopic pregnancy, CASE 6: A 40-year-old patient with a 37-week pregnancy, arrives at the emergency room due to presenting global headache of moderate intensity, scotomas, edema in the lower limbs, with a final diagnosis of preeclampsia with severity criteria. In the Pediatrics specialty, CASE 7: A 5-year-old male patient came to the emergency room due to fever 5 days ago, with a history of cat scratch, with a final diagnosis

of Cat Scratch Disease, CASE 8: 7-month-old boy She was admitted due to presenting diarrhea, yellowish 10 days ago, associated with vomiting and daily fever up to 39.5 °C of 6 days of evolution, anemia of 4 days and one day before admission to the pediatric service, she presented a generalized tonic-clonic seizure which was treated with intravenous diazepam, taking into account that trimethoprim sulfa oral suspension was given to him during the diarrhea, with a final diagnosis of hemolytic uremic syndrome. Conclusions: The Internship stage is fundamental in the Human Medicine career, which is why all our theoretical knowledge acquired during previous years is put into practice in order to be able to develop without difficulty in our rural service. We can learn about the common pathologies in our environment, in order to make a good diagnosis and be able to provide the best treatment in turn develop different skills and abilities for good teamwork. That is why at this stage we strengthen ourselves with the opportunities that are presented to us by improving our practical skills based on our theoretical base, with the purpose that the student can function without doubts in the medical consultation, in the presentation of clinical histories, in clinical practice, in the different laboratory tests and images in order to prescribe a correct management in the treatment being guided by our residents and attending physicians taking from them the best advice in different situations. It also allows us to form a solid character, be sure of our own decisions, have empathy and leadership for teamwork and good communication that must prevail in the health environment. This is how the medical internship leads us to have a set of very important experiences that will train the medical student and enrich their knowledge taken to clinical practice, in order to have a last year full of lessons and improvements for our lives. Professional training people who treat their patients humanely.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA PROFESIONAL OBTENIDA DURANTE EL

AUTOR

LESLIE JOSELIN CALAGUA OCHOA

RECUENTO DE PALABRAS

8278 Words

RECUENTO DE CARACTERES

48276 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

89.7KB

FECHA DE ENTREGA

Jun 28, 2023 9:14 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 28, 2023 9:15 AM GMT-5

● **18% de similitud general**

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la etapa en la que todo estudiante de medicina aplicará los conocimientos adquiridos, a lo largo de la carrera, en un hospital o centro de salud utilizando estrategias que lo ayuden a desarrollar sus habilidades clínicas a partir de las diferentes rotaciones (1).

Es un año muy enriquecedor para el estudiante de medicina ya que vive de cerca la atención de la salud, tomando como guía a los médicos especialistas, residentes, quienes son su ejemplo para un correcto manejo de las diferentes patologías, teniendo énfasis en el diagnóstico y tratamiento de estas. Además de lo importante de concientizar al paciente en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud con la finalidad de que el interno de medicina entienda la importancia de la relación médico paciente (2).

Los primeros 5 meses realicé el internado médico en el Centro de Salud Yugoslavia ubicado en el departamento de Ancash, distrito de Nuevo Chimbote provincia del Santa, donde pude desarrollar la atención primaria de la salud, siendo testigo de las distintas enfermedades, unas más frecuentes que otras, que aquejan a nuestra población. Los otros 5 meses restantes fueron en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón ubicado en el departamento de Ancash, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del santa, donde pude realizar las 4 rotaciones en la que se basa el internado médico: Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Pediatría y Cirugía.

El desarrollo de este trabajo se basa en los casos vistos y las experiencias obtenidas durante el pase de cada rotación en el periodo 2022-2023.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1. MEDICINA INTERNA

CASO 1

Paciente mujer de 70 años de edad que llega a emergencia por presentar dolor abdominal hace una semana que hace dos días se ha intensificado, con un EVA 8/10, asociado a decaimiento y mareos.

Antecedentes médicos: Hipertensión arterial en tratamiento con atenolol 50mg/día y nifedipino 20 mg 2 veces/día(2006), Artrosis de rodilla en tratamiento con paracetamol 500 mg 3 veces/día y ketoprofeno 50 mg (2011) suspendiendo este último desde que inicio cuadro de dolor abdominal, niega otra patología, niega alergias.

Examen clínico:

PA: 110/70 FC:78 lpm FR: 20 x min T°: 36.8°C, despierta, quejumbrosa, ventilado espontáneamente.

Piel: palidez (+/+++).

ACV: RCRR, no soplos.

AR: Buen pasaje de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no RALES.

Abd: B/D, doloroso a la palpación en epigastrio, RHA (+), no masas.

T. rectal: melena en dedo de guante.

Neurológico: LOTEPE, ansiosa, ECG:15 pts.

Se planteó Diagnóstico presuntivo:

1) Hemorragia Gastrointestinal secundaria a Ketoprofeno

Se le solicita pruebas de laboratorio: hemograma completo, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, grupo sanguíneo y factor RH, perfil de coagulación, endoscopía digestiva alta. Donde destacan los siguientes parámetros alterados: Creatinina 1,70 mg/dl, Hto: 25%, HB: 8.3 mg/dl.

EDA: úlcera gástrica.

Por lo que se decide su hospitalización.

Una vez hospitalizado recibe tratamiento con omeprazol 80 mg EV inicial luego 40 mg ev c/12 hrs por 5 días.

Se solicita endoscopia digestiva alta: mucosas normales, sin hallazgos patológicos hasta la segunda porción del duodeno.

Paciente con evolución favorable en su octavo día de hospitalización sin nuevos episodios de sangrado y parámetros laboratoriales normales por lo que es dado de alta.

CASO 2

Paciente varón de 38 años, ingresa a emergencia con cuadro de dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, de 12 horas de evolución irradiado a espalda, acompañado de emesis biliar, malestar general y disnea, sin fiebre. Refiere ingesta de comida copiosa 2 días antes, además de consumo de alcohol tres veces por semana.

Antecedentes médicos: hipertrigliceridemia hace 5 meses, Obesidad, no refiere otra patología, niega alergias.

Antecedentes quirúrgicos: Niega.

Examen clínico:

PA: 100/70 FC: 109/min FR: 20/min T: 37,8° SPO2: 98%, ventilando espontáneamente.

Piel: Normocrómica, Normotérmica.

ACV: RCRR, no soplos.

AR: BPMV en ACP, NO RALES.

ABD: Distendido, RHA disminuidos en intensidad, resistencia muscular voluntaria y dolor generalizado a predominio en mesogastrio.

SNC: LOTEPECG: 15 PTS.

Se realizan exámenes iniciales que se evidencia: Hb: 13,2 Hcto: 39 Leucocitosis de 17,000 Neutrófilos: 81% Plaquetas: 250,000, glucosa: 130 mg/dl Triglicéridos: 350 Cr: 0.77 m/dl, colesterol: 235 mg/dl albúmina 4.7 gr/dl, AST Y ALT en parámetros normales amilasa: 2150 IU/l y lipasa: 1400 IU/.

Ecografía abdominal: aumento de ecogenicidad periportal, páncreas aumentado de tamaño y ecogenicidad difusa y aumentada, presencia de líquido peripancreático.

Se realiza presunción diagnóstica:

1) Pancreatitis Aguda

Se solicita TAC c/ contraste: pancreatitis edematosa intersticial asociada con múltiples colecciones peripancreáticas agudas y líquido libre abdominal, considerando el diagnóstico de pancreatitis Balthazar C-D. Se dio manejo inicial NPO, fluidoterapia, ranitidina 50 mg cada 12 horas, metoclopramida 10 mg cada 12 horas, atorvastatina 20 mg cada 12 horas. Paciente evoluciona satisfactoriamente, tras 10 días de hospitalización es dado de alta.

1.2. CIRUGIA GENERAL

CASO 3:

Paciente varón de 18 años llega al servicio de emergencia de cirugía por presenta dolor abdominal tipo cólico, hace 24 horas, EVA9/10, refiere que dolor inició en epigastrio y con las horas se localizó en FID, que no cedió con los medicamentos que tomó (no recuerda el nombre), asociado a hiporexia, náuseas, vómitos y fiebre. Motivo por el cual familiares lo traen al servicio.

Antecedentes médicos: Niega.

Antecedentes quirúrgicos: Niega.

Examen clínico:

PA: 110/60 FC: 110/min FR: 20/min T: 38° SPO2: 98%, ventilando espontáneamente.

Piel: Normocrómica, Normotérmica

ACV: RCRR, no soplos.

AR: BPMV en ACP, NO RALES.

ABD: Doloroso a la palpación en FID, RHA disminuidos, Mc Burney (+), Blumberg (+).

SNC: LOTEPE ECG: 15 PTS.

Se le solicita exámenes de laboratorio hallando: Leucocitos: 14,500.

Abastionados: 7%.

Ecografía Abdominal: Sugestiva de Apendicitis Aguda.

Se evalúa escala de Alvarado: 8 pts.

Diagnósticos presuntivos:

Apendicitis aguda complicada.

Motivo por el cual se prepara al paciente para ingreso a sala de operaciones.

Hallazgos en SOP: Apéndice cecal de 12x 1.5 cm aprox. Gangrenada en toda su extensión de orientación paracecal externa. Líquido purulento aprox 20 cc periapendicular de mal olor, base apendicular friable, ciego en buen estado.

Paciente sale de SOP con dextrosa 0.9% 1000 cc(35 gotas/min), Ranitidina 50 mg EV c/8 horas, Metamizol 1 gr EV c/ 8 horas, Cefazolina 1 gr Ev c/ 8 horas, Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas.

Paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta 5 días después de la intervención quirúrgica.

CASO 4:

Paciente mujer de 37 años, que acude al servicio cirugía, por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho que se irradia a parte posterior del abdomen por aproximadamente 24 horas de evolución, que no se alivia con analgésicos y que se exagera con los movimientos, fiebre 38,5°C, náuseas y vómitos en mínima frecuencia y cantidad. Refiere haber ingerido cerdo en una reunión familiar, y que ha presentado episodios anteriormente pero no en la misma intensidad.

Antecedentes médicos: Dislipidemia en tratamiento.

Antecedentes quirúrgicos: cesareada 2 veces.

Examen clínico:

PA: 130/80 FC: 125/min FR: 22/min T: 38,5° SPO2: 98%, ventilando espontáneamente.

Piel: Normocrómica, Normotérmica.

ACV: RCRR, no soplos.

AR: BPMV en ACP, NO RALES.

ABD: Globuloso, Blando, depresible y doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, matidez hepática, RHA presentes, no hepatoesplenomegalia, MURPHY (+).

Miembros superiores e inferiores: simétricos y móviles.

Genitales: No valorados.

SNC: LOTEPECG: 15 PTS.

Se solicita exámenes complementarios hallando: Hb: 12,3 mg/dl Hto: 37% Rcto plaquetas: 250, 000 Leucocitos: 13,900 abastionados: 3% BT: 3.36 BD: 2,69 BI: 0,67 GLU: 160 mg/dl TGO: 382 TGP:600.

Se evidencia proceso inflamatorio por leucocitosis moderada además de hiperbilirrubinemia por aumento de bilirrubina directa y total. Las enzimas hepáticas demuestran obstrucción del conducto biliar corroborando la presencia de patología biliar.

Se solicita ecografía abdominal completa:

Hígado: aumentado de tamaño, contornos regulares.

Vesícula: tamaño normal, paredes finas con imágenes de cálculos. Vías biliares intrahepáticas: dilatadas Colédoco: aumentado de calibre mide 1.65 centímetros y libre contenido anómalo. Bazo: aumentado de tamaño.

Páncreas: de aspecto ecográfico normal.

Riñones: de dimensiones y ecogenicidad normal. No se observa líquido libre en cavidad abdominal.

Conclusión:

Hepatoesplenomegalia.

Esteatosis hepática moderada (Grado II)

Litiasis vesicular.

Se plantea como Diagnóstico presuntivo:

Colecistitis Aguda Litiásica.

Paciente es hospitalizada para intervención quirúrgica (COLELAP)
Hallazgos en SOP: Vesícula biliar de 8x4 cm aprox. de paredes delgadas conteniendo múltiples litos en su interior con barro biliar.

Cístico de 4mm y colédoco de 6mm.

Paciente es dado de alta al día siguiente por condiciones estables, con medicamentos prescritos por asistente especialista.

1.3. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CASO 5:

Paciente de 29 años refiere presentar dolor abdominal tipo punzada a nivel de CID, desde hace 3 días, el mismo que ha ido incrementando en intensidad; hace dos días aparece sangrado claro en escasa cantidad con coágulos pequeños, una hora antes del ingreso se agrega episodio de desmayo motivo por el cual es traída al servicio de emergencia. Trae test cualitativo de embarazo positivo. Antecedentes médicos: Asma bronquial (última crisis hace 2 años, niega otra patología, niega alergias.

Antecedentes ginecológicos: G1P1001, FUR:02/03/23, MAC: no usa IRS:19 años NPS:04, Dispareunia, PAP: Negativo (2022).

Antecedentes quirúrgicos: cesárea 2021 por preeclampsia severa, apendicectomía (2010).

Examen clínico:

PA:80/50 FC:124 lpm FR: 28 x min T°: 36.8°C, despierta, quejumbrosa, ventilado espontáneamente.

Piel: palidez (++)/+++), diaforética, fría.

Abd: plano, B/D, RHA (+), no masas, rebote (+) a predominio CID.

Neurológico: OTEP, ansiosa, ECG:15 pts.

Examen ginecológico:

Especuloscopia: Vagina: trófica, con sangrado y coágulo +/- 20 cc.

Cérvix: fibromuscular, doloroso a la movilización.

Útero: AU +/- 8 cm, leve dolor a la palpación bimanual.

Anexos: D: impresiona masa blanda, dolorosa, móvil de 4 cm.

T. Rectal: diferido.

Se planteó los diagnósticos presuntivos:

- 1) Shock hipovolémico tipo III.
- 2) Abdomen Agudo Quirúrgico: D/C embarazo ectópico complicado.
- 3) Hemorragia Uterina Anormal.

Sé prescribió hidratación, colocación de dos vías, vía 1: NaCl 0.9% 1000cc: 800 cc a goteo rápido luego 35 gotas x min (I-II FCO), vía 2: poligelina 500 cc a goteo rápido. Además, se solicitó: hemograma/hto, perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, creatinina.

Transfusión de 2 PG, y preparar a la paciente para SOP (Laparotomía exploratoria).

Hallazgos: hemoperitoneo +/- 1500 cc.

útero: superficie lisa 7cm.

Anexo D: trompa uterina con masa violácea de 5x3 cma nivel del 1/3 externo por donde protruye coágulo y tejido de aspecto trofoblástico.

Ovario: Blando nacarado.

Anexo I: ovario 3x2 cm, trompa: +/- 8 cm Dx.

PosOP: Shock Hipovolémico, embarazo ectópico tubárico derecho roto, hemoperitoneo.

Paciente con evolución favorable, dada de alta al séptimo día post operatorio.

CASO 6:

Paciente de 40 años gestante de 37 semanas, llega a emergencia por presentar cefalea global de moderada intensidad, escotomas, edemas en miembros inferiores.

Antecedentes médicos: hipercolesterolemia (2023).

Antecedentes ginecológicos: G2P1001, MAC: ampolla de mes IRS:21 años.

NPS:02 PAP: Negativo (2022).

Antecedentes quirúrgicos: cesárea 2018 por trabajo de parto prolongado.

Examen clínico:

PA: 140/90 lpm, FC: 78 x min, SatO2: 98%, T°: 37.2 °C ventilado espontáneamente.

Piel: Normotérmica, Normocrómica.

Abd: ocupado por único feto.

Neurológico: OTEP, ansiosa, ECG:15 pts.

Examen gineco-obstétrico:

AU: 32 cm LCD LCF:150 MF: presentes.

TV: D: 0 cm B:0 % AP: -2 C: firme Posición: posterior.

BISHOP: desfavorable.

Se planteó los diagnósticos presuntivos:

1) NLP.

2) Preeclampsia D/C severidad.

Se prescribe metildopa y controlando la presión cada 30 minutos.

Se realiza NST, feto reactivo.

Se efectúa la primera toma control de la PA, 160/90 mmHg por lo que se solicita: hemograma completo, transaminasas, LDH, fibrinógeno, creatinina, urea, glucosa, perfil de coagulación.

Se prescribe sulfato de magnesio 5 ampollas en 50 cc, pasando 40 cc en 20 minutos y 10 cc en 1 hora.

Se analizan los exámenes de laboratorio hallándose la creatinina alterada en 1.1, plaquetas el 86 000 por lo que se toma la decisión de finalizar el embarazo, y preparar a la paciente para una cesárea de emergencia por criterios de severidad.

Durante la cesárea, extracción del feto con buen APGAR y buen peso.

Paciente en área de recuperación con signos vitales estables, pasa a hospitalización donde es dado de alta luego de 48 horas.

1.4. PEDIATRIA

CASO 7:

Paciente varón de 5 años, llega a emergencia por presentar fiebre hace 5 días, llegando a T 39°C, madre refiere ser la segunda vez en la semana que acude por lo mismo, asociado a hiporexia y decaimiento. Examinando al niño se pudo observar un arañazo en el hombro derecho encontrando un ganglio solitario caliente, indurado, eritematoso y doloroso. Indagando con la mamá refiere que pequeño está en contacto permanente con este gato joven que decidió adoptar, siendo arañado hace aprox. 2 semanas atrás.

Antecedente médicos: Niega.

Antecedentes quirúrgicos: Niega.

Examen clínico:

PA: 100/60 FC:78 lpm FR: 20 x min T°: 36.8°C, ventilado espontáneamente.

Piel: Normocrómica, Hipertérmica.

ACV: RCRR, no soplos.

AR: Buen pasaje de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no RALES.

Abd: B/D, no doloroso a la palpación ni profunda ni superficial, RHA(+), no masas.

Neurológico: LOTEPE, ECG:15 pts.

Se planteó Diagnóstico presuntivo:

Enfermedad por Arañazo de Gato.

Motivo por el cual paciente queda hospitalizado en nuestro servicio de Pediatría. Ante la sospecha de enfermedad por arañazo de gato realizamos serología para Bartonella con IgM e IgG positivas. Se confirma el diagnóstico con una PCR del exudado también positiva.

Paciente en tratamiento con Azitromicina, Metamizol paciente fue dado de alta 7 días después, al no volver a presentar sintomatología además de disminución de adenopatía.

CASO 8:

Menor de 7 meses de edad, ingresa por presentar hace 10 días diarreas acuosas, amarillentas, asociado a náuseas, vómitos y fiebre diaria hasta 39.5 °C de 6 días de evolución, anemia de 4 días y un día antes del ingreso al servicio de pediatría presento convulsión tónica clónica generalizada la cual se trató con diazepam endovenoso, teniendo en cuenta que se le suministro trimetropin sulfa suspensión oral durante el cuadro diarreico.

Antecedente perinatal: Producto del tercer embarazo,

Antecedentes patológicos: No refiere

Inmunizaciones: Completas para su edad

Examen clínico:

PA = 100/60 T= 37.3°C FR = 26 x' FC = 120 x' Peso: 10.5 kg.

Eutrófico, somnoliento, ventilando espontáneamente.

TCSC: Edema moderado generalizado.

Piel: Palidez en piel y mucosas ++/+++

SNC: Hiperreflexia.

Se obtuvieron los resultados de laboratorio teniendo una hemoglobina 6.6 gr/dl, hematocrito 20, plaquetas 51.000, reticulocitos 33 %, Frotis de Sangre Periférica con microcitos e hipocromía, Leucocitos 7.300 creatinina sérica 6.5 mg/dl, nitrógeno ureico sérico (BUN) 62.1 mg/dl, electrolitos: NA 121 meq/l, K 5.5 meq/l, glicemia 130 mg/dl, colesterol 159 mg/dl, ácido úrico 8 mg/dl.

, examen de heces: no se observaron parásitos, examen de orina: Hematuria, proteinuria, ph 4.9 (muestra al cuarto día posterior al ingreso por anuria)

Se planteo lo siguientes diagnósticos:

1. Síndrome hemolítico urémico.
2. Gastroenteritis disintérica.
3. Deshidratación moderada.

Se prescribió la colocación de catéter de diálisis peritoneal siendo este muy utilizado en pediatría por ser una técnica sencilla y bien tolerada sobre todo en niños pequeños. Asimismo, se le transfundió dos paquetes globulares por la anemia severa que presentaba; no se usaron anticonvulsivantes ya que en el tiempo de hospitalización no se presentaron nuevos episodios.

Aproximadamente en el día 10 de diálisis peritoneal el paciente inició con diuresis que con los días fue aumentando motivo por el cual se le retiró el día 12. Durante la fase poliúrica se manejó con restitución de agua y electrolitos la cual fue de 5 días. Dándole de alta al paciente después de casi un mes de hospitalización con recomendación de controles mensuales.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El internado médico fue realizado en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón ubicado en el distrito de Nuevo Chimbote provincia del Santa departamento de Ancash inaugurado el 10 de octubre de 1981 según el Decreto Ley No 19967, Categorizado como Hospital de Atención Especializada III-1. La primera parte del internado médico se realizó en el Centro de Salud Yugoslavia, donde el interno era parte del desarrollo de la atención primaria de la salud pudiendo ver en la consulta médica aquellas enfermedades más

frecuentes que aquejan a la población. Así mismo formando parte de campañas de promoción y prevención de la salud que puedan sumar a la concientización de la población sobre las distintas enfermedades.

Siendo de gran importancia para conocer la disponibilidad de los recursos, como medicamentos, exámenes laboratoriales, que presenta un centro de salud para verlo enfocado en el SERUMS.

Los últimos 5 meses se desarrollaron en el hospital el cual está basado en 4 rotaciones: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia. En el cual se cumplía un horario según rotación y una asistencia que iba de lunes a domingos cumpliendo tanto guardias diurnas como nocturnas. En las hospitalizaciones y en el servicio de emergencias el interno tenía la función del desarrollo de la historia clínica enfocándonos con detenimiento en el desarrollo del examen físico de los pacientes, teniendo como deber el seguimiento de los pacientes hospitalizados en las distintas especialidades, realizando exámenes como AGA, punción lumbar, suturas, curación de heridas colocación de sondas, yeso, férulas, asistiendo en partos, cesáreas y cirugías siempre guiados por el residente o médico asistente.

Teniendo un día a la semana para ver a mayor profundidad algún caso clínico que nos ayude a nuestro desarrollo como profesional.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. MEDICINA INTERNA

CASO 1: Hemorragia Gastrointestinal por Aines

Como vemos en el caso es un paciente adulto mayor con diagnóstico de HDA por consumo de Ketoprofeno durante 12 años, como bien sabemos este medicamento pertenece a la familia de los antiinflamatorios no esteroideos prescrita al paciente por tener un diagnóstico de Artrosis de rodilla el cual tiene un uso muy extendido en la población siendo la primera manifestación clínica la hemorragia digestiva, y en un 30% en los pacientes reumáticos (3).

Para el diagnóstico de esta enfermedad encontramos en el examen físico presencia de melena al realizar tacto rectal, el cual nos da un indicativo de

sangrado digestivo alto, teniendo como apoyo al diagnóstico la realización de pruebas hematológicas que nos evidenció anemia sumado el síndrome doloroso abdominal se decide la hospitalización del paciente donde se le realizó una video endoscopia digestiva alta que mostró la presencia de una úlcera gástrica. Se recomienda empleo de inhibidores de bomba de protones en este caso el omeprazol por tener resultados significativamente beneficiosos para úlceras gástricas y duodenales con un bolo de 80 mg de manera inicial, luego de 40 mg c/12 hrs por 5 días, además se suspendió el antiinflamatorio, teniendo una evolución favorable del paciente motivo por el cual es dado de alta después de 8 días (4).

CASO 2: Pancreatitis Aguda

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio que se presenta de manera súbita en el páncreas, siendo uno de los trastornos gastrointestinales que requieren prontamente una valoración en el servicio de emergencias por su significativa tasa de morbilidad y mortalidad en casos severos (5).

Dentro de los factores de riesgos destacan el consumo de cigarro, alcohol, colelitiasis, la formación de cálculos biliares puede deberse al consumo de grasa saturadas, carne roja, colesterol que propician el desarrollo de pancreatitis aguda (6).

Como podemos ver en este caso tenemos a un paciente adulto joven que tiene como antecedentes consumo de alcohol frecuentemente, además de una dieta rica en grasas y no balanceada esto asociado a un cuadro clínico de un Sd. doloroso abdominal que se irradia hacia espalda, motivo por el cual se le pide exámenes laboratoriales como hemograma completo, amilasa, lipasa, perfil lipídico, glucosa, albúmina y una ecografía abdominal. De los cuales destacan leucocitosis en 17, 000, glucosa: 130 mg/dl Triglicéridos: 350 Cr: 0.77 m/dl, colesterol: 235 mg/dl, amilasa: 2150 IU/l y lipasa: 1400 IU/. La amilasa y/o lipasa sérica debe estar elevada mínimo 3 veces el límite superior de los valores normales. La lipasa a diferencia de la amilasa es el mejor indicador para el diagnóstico de pancreatitis, se sabe también que se mantiene elevada por más tiempo que la amilasa.

Se pidió una ecografía abdominal completa sugestiva de inflamación pancreática, por lo que se decide hospitalizarlo y pedirle una TAC abdominal con contraste confirmando el diagnóstico y catalogando con un BALTHAZAR C-D (7).

Criterios tomográficos de BALTHAZAR.

A: Normal 0 pt.

B: Agrandamiento difuso de páncreas 1 pt.

C: Anomalías intrínsecas del páncreas 2 pts, asociado a cambios del tejido peripancreático.

D: Presencia de una colección mal definida 3 pts.

E: Presencia de 2 o + colecciones líquidas 4 pts mal definidas.

NECROSIS

0 % 0 pts

<30% 2 pts

30-50% 4 pts

>50% 6 pts

ÍNDICE DE SEVERIDAD

0-3 BAJO

4-6 MEDIO

7-10 ALTO

Por lo que el tratamiento de la pancreatitis aguda va a depender de la severidad y la presencia o no de complicaciones siendo el manejo inicial individualizar cada caso para definir el mantenimiento de fluidos, el uso o no de antibióticos, el manejo del dolor, la nutrición, entre otros factores.

En nuestro paciente se manejó hidratación intravenosa ya que es un pilar en el tratamiento de la pancreatitis aguda en las primeras 12- 24 horas, además de eméticos por las náuseas, vómitos y estatinas por el cuadro de dislipidemia (8).

El dolor fue manejado con paracetamol cada 8 horas.

Por la evolución satisfactoria el paciente es dado de alta después de 10 días.

3.2. CIRUGIA GENERAL

CASO 3:

En este caso presentamos un cuadro de apendicitis aguda definida como la inflamación del apéndice cecal causada por la obstrucción de la luz apendicular, la cual puede ser secundaria a fecalitos en adultos y representa la causa más común de dolor abdominal agudo (9).

La presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal asociado a anorexia, náuseas, diarrea y fiebre. El dolor inicia típicamente en epigastrio y zona periumbilical, más tarde migra hacia el cuadrante inferior derecho. Después del inicio del dolor aparecen las náuseas y vómitos, seguido de la fiebre que suele manifestarse unas seis horas después del cuadro clínico, pero esto varía mucho en cada paciente (10).

Un punto referencial de dolor en el abdomen corresponde al conocido punto de McBurney, el cual está ubicado en los dos tercios del ombligo en una línea imaginaria trazada del ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha (11).

Así mismo solicitamos al paciente un gabinete de exámenes laboratoriales en los cuales resaltaron: Leucocitos: 14,500 Abastionados: 7% y una ecografía abdominal: Sugestiva de Apendicitis Aguda.

En relación con lo anteriormente mencionado para el diagnóstico de esta enfermedad se deben relacionar los hallazgos durante el examen físico, resultados laboratoriales y de imágenes, apoyándonos en la escala de Alvarado que es la más utilizada para el diagnóstico (12).

0-3 RIESGO BAJO: Observación ambulatoria

4-7 RIESGO MEDIO: USG/ TAC

>7 RIESGO ALTO: EVALUACIÓN QUIRURGICA.

Obteniendo en nuestro paciente un puntaje de 8 puntos motivo por el cual se programa para SOP.

Hallandose una Apéndice cecal de 12x 1.5 cm aprox. Gangrenada en toda su extensión con líquido purulento aprox 20 cc periapendicular de mal olor. Paciente

tratado en hospitalización con fluidoterapia, analgesia y antibioticoterapia evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta 5 días después de la intervención quirúrgica.

CASO 4:

Presentamos un caso de colecistitis aguda litiásica definida como un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar. Esta se produce como consecuencia de la obstrucción del cístico por un cálculo en presencia de bilis sobresaturada, lesionando la mucosa vesicular favoreciendo a la proliferación bacteriana causando que los agentes inflamatorios distiendan la vesícula aumentando la presión causando necrosis y perforación de esta (13).

Dentro de la clínica vemos que se manifiesta con la presencia de dolor abdominal con sensibilidad en hipocondrio derecho puede irradiarse a epigastrio, hacia región dorsolumbar derecha y el hombro homolateral. Así mismo presentar un dolor más generalizado que nos indique alguna complicación como perforación, este cuadro clínico está asociado anorexia, náuseas, vómitos y fiebre (14).

En lo que respecta los exámenes de laboratorio veremos presencia de leucocitosis que varía de los 12000 a 15000 con predominio de neutrófilos. Cuando tenemos una leucocitosis por encima de 20.000 se debe pensar en perforación.

CRITERIOS DE TOKIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA (15).

A. Signos locales de inflamación:

Signo de Murphy

Dolor, masa o sensibilidad en hipocondrio derecho

B. Signos sistémicos de inflamación:

Fiebre

PCR elevada (>3 mg/dl)

Leucocitosis

C. Hallazgos de imagen característico de colecistitis aguda:

Engrosamiento de pared (>4mm)

aumento de volumen de vesícula biliar (>8mm largo y 4 cm

ancho), cálculos biliares retenidos, líquido perivesicular.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

1. un ítem de A + un ítem de B son positivos.
2. Ítem de C confirma el diagnóstico de sospecha.

La paciente presenta 3 ítems de los criterios de TOKIO por lo que se decide prepararla para SOP mediante COLELAP. Así mismo se sabe que la colecistectomía está indicada en grado 1 y 2 mientras que en grado 3 es tratamiento conservador de manera que si este fallara se optaría por tratamiento quirúrgico. Realizada la operación paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta.

3.3. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CASO 5:

En este caso presentamos a una paciente con diagnóstico de embarazo ectópico, la cual hace referencia a la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, se ubican frecuentemente en las tubas uterinas (97%), y de éstos un 80% se encuentran en la región ampular (16). Como es el caso que presentamos se encuentra ubicado en ovario siendo diagnosticado a través de ultrasonografía. Dentro de los factores de riesgos encontramos: Ectópico previo, EPI, DIU, infecciones genitales, múltiples parejas sexuales, fumadora, entre otros (17).

La presentación clínica puede ser asintomática o tener la triada: dolor, sangrado vaginal y amenorrea. En la ruptura de un embarazo ectópico puede haber distensión abdominal, dolor, peritonitis y shock hemorrágico, como es el caso de nuestra paciente quien llegó hemodinámicamente inestable motivo por el cual se le transfunde dos paquetes globulares además de fluidoterapia con el fin de estabilizarla (18).

En cuanto al manejo el tratamiento con MTX se dará a aquellas pacientes hemodinámicamente estables, capaces de cumplir con el seguimiento post-tratamiento, con una concentración de sub- β hCG ≤ 5000 mIU/mL, y que no presenten actividad cardíaca fetal (19).

El manejo del embarazo tubárico en presencia de inestabilidad hemodinámica debe ser por el método más conveniente que en su mayoría será laparotomía, como fue el caso de nuestra paciente quien entro a laparotomía exploratoria teniendo una evolución favorable dándole de alta después den su recuperación.

CASO 6:

Los trastornos hipertensivos, son una de las principales complicaciones que afectan el embarazo. En este caso nos enfocamos en la preeclampsia definiéndola clásicamente como presencia de proteinuria más hipertensión arterial por encima de 140/90mmHg después de la semana 20 de gestación. La cual la convierte en una de las principales causas de alta tasa de morbimortalidad materna y fetal (20).

Debemos tener en cuenta los factores de riesgo de la paciente como preeclampsia en embarazo anterior, historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas, periodo intergenésico mayor a 10 años, antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión, primigestas, obesidad, menores de 20 años o mayores de 35 años, entre otros (21). Luego debemos clasificarla en preeclampsia con criterios de severidad o sin criterios de severidad. Asimismo, identificar la presencia del síndrome de HELLP caracterizado por: Plaquetas por debajo de 100 000, transaminasas elevadas, hemolisis (22).

La paciente presentó preeclampsia con signos de severidad asociado a síndrome de HELLP con presencia de plaquetopenia, hemolisis y transaminasas. Con un tratamiento inicial de metildopa 1gr vo al continuar con presiones altas se prescribe sulfato de magnesio 5 ampollas en 50 cc, pasando 40 cc en 20 minutos y 10 cc en 1 hora sin mejoría motivo por el cual se decide culminar el embarazo sin ninguna intercurencia durante la cesárea paciente es dada de alta las 48 hrs (23).

3.4. PEDIATRIA

CASO 7:

En este caso presentamos la enfermedad por Arañazo de Gato la cual consiste en un proceso infeccioso caracterizado por una linfadenopatía regional autolimitada teniendo como el agente etiológico causal la Bartonella *henselae*, siendo el vector el gato (24).

Dentro del cuadro clínico de la enfermedad por arañazo de gato se manifiesta como pápulas eritematosas en el sitio de la inoculación, linfadenopatía regional, fiebre y síntomas constitucionales leves como es el caso del paciente con síntoma de fiebre prolongada de aproximadamente 5 días, mialgias y decaimiento. Indagando con la madre nos comentó que pequeño tuvo contacto con un gato joven motivo por el cual se decidió su hospitalización. Debido a que se trata de una bacteria de difícil crecimiento, el diagnóstico se realiza mediante serología y PCR (25). Iniciando tratamiento antibiótico con Azitromicina y Metamizol, pudiendo ver mejoría con los días el paciente ya no hacía picos de fiebre además de la disminución del tamaño de la adenopatía dándole de alta a los días por su evolución satisfactoria.

CASO 8:

Presentamos un caso de Síndrome Hemolítico Urémico, el cual constituye una microangiopatía trombótica, teniendo como causa principal la lesión renal aguda en niños. La más común es el Síndrome Hemolítico Urémico asociado a diarreas siendo una infección por E. coli enterohemorrágica productora de la toxina shiga presentándose con mayor frecuencia en menores de 2 años (26). El cuadro clínico en la mayoría de los pacientes presenta un inicio abrupto de la enfermedad, hallando clínicamente: la anemia hemolítica con una hemoglobina < 8 g/ dl, frotis de sangre periférico con esquitocitos (> 10%) asociado a plaquetopenia (27).

La afectación renal va desde cuadros de hematuria, proteinuria y oligoanuria que estará presente en un 50-60% de los pacientes motivo por el cual requieren dializarse por 10 días.

En cuanto a los síntomas gastrointestinales como en este caso asociado a diarrea se manifiesta de forma acuosa, disentérica acompañada de dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Asimismo, el sistema nervioso central puede verse afectado debido a isquemia cerebral por microtrombos, teniendo como resultado convulsiones que se deben a la HTA. La hepatomegalia la encontramos muchas veces acompañada de elevación de las transaminasas (28).

En cuanto al tratamiento la fluidoterapia sigue siendo el enfoque principal en este síndrome, se basa en la corrección hídrica y electrolítica adecuada (29).

Aproximadamente, el 50% de los pacientes con Síndrome Hemolítico Úremico requieren diálisis precoz siendo la diálisis peritoneal la más utilizada en pediatría por ser técnicamente sencilla y bien tolerada en niños pequeños. Además, se le transfundió dos paquetes globulares por tener una hemoglobina menor de 6 g/dl se debe ser restrictivo en las transfusiones para evitar la sobrecarga de volumen (30).

No se utilizaron antihipertensivos ni anticonvulsivantes por no presentar estas complicaciones. Paciente es dado de alta después de casi un mes por favorable mejoría.

CAPITULO IX. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Se inició el internado médico un 01 de junio del 2022 en centros de salud y hospitales con mucha incertidumbre por el contexto nacional que vivíamos de la pandemia COVID 19, sin embargo, este se desarrolló sin ningún inconveniente culminando el 31 de marzo 2023.

Dividiendo esta experiencia en dos momentos, los primeros 05 meses asistiendo a un centro de salud de primer nivel enfatizándonos en la promoción y prevención sobre todo de enfermedades que mas afectan a la población de la zona así mismo atención en consulta externa de medicina general, pediatría y obstetricia. Los últimos 05 meses se llevaron a cabo en hospital debiendo los internos rotar por 05 servicios: medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia.

El hospital regional Eleazar Guzmán Barrón invitó a sus internos a tres días de inducción seguida de la elección de rotaciones. En mi caso inicié en el servicio de Medicina Interna en hospitalización y emergencia cumpliendo con guardias nocturnas designadas al inicio de la rotación. La siguiente rotación fue Pediatría dividida en Neonatología y Pediatría cumpliendo también con guardias en emergencia. Luego continué en el servicio de Cirugía General la cual se dividía en hospitalización y emergencia teniendo guardias nocturnas interdiarias. Finalmente terminé en el servicio de ginecología y obstetricia dividido en

hospitalización, centro obstétrico y emergencia con guardias nocturnas interdiarias.

Así mismo al final de cada rotación se tomaba un examen con la finalidad de fijar conocimientos teóricos sobre las enfermedades vistas durante la rotación en los distintos servicios.

Siendo también parte importante el cumplir con las actividades universitarias muchas veces pidiendo permiso durante nuestras actividades para cumplir con clases y exámenes virtuales.

El uso del EPP era obligatorio sin embargo el hospital no proveía al interno con este material, siendo este el responsable de llevar su propio EPP.

CONCLUSIONES

El Internado Médico es una etapa enriquecedora en la carrera de Medicina Humana, ya que llevaremos a la práctica todos nuestros conocimientos teóricos adquiridos durante los años anteriores con el fin de poder desarrollarnos sin dificultad en nuestro servicio rural.

Podemos conocer acerca de las patologías frecuentes en nuestro medio y así poder realizar un buen diagnóstico y ser capaces de brindar el mejor tratamiento, a su vez desarrollar distintas destrezas y habilidades para un buen trabajo en equipo.

De las oportunidades que se nos presentan en el internado médico, fortalecemos nuestras habilidades prácticas, y también al llevar clases virtuales de las cuatro especialidades por parte de la universidad, nos ayudaron a desarrollar distintos casos clínicos, muchos de ellos vistos en la rotación, esto permitía que las consultas que tienen los alumnos se puedan tratar durante las clases.

La práctica, la teoría y la asesoría de los tutores de la universidad, ayudan al estudiante a resolver sus dudas y así poder desenvolverse en la consulta médica, presentación de historias clínicas, práctica clínica y en los distintos exámenes de laboratorio e imágenes con el fin de prescribir un correcto manejo en el tratamiento.

Nos permite además formar un carácter sólido, tener seguridad de nuestras propias decisiones, teniendo empatía y liderazgo para el trabajo en equipo y la buena comunicación que debe prevalecer en el ambiente de salud.

Es así como el internado médico nos lleva a tener un conjunto de experiencias muy importantes que van a formar al estudiante de medicina y enriquecer sus conocimientos llevados a la práctica clínica, con la finalidad de tener un último año lleno de lecciones y mejoras para nuestra vida profesional formando personas que lleven un trato humano a sus pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el estudiante tenga ayuda psicológica al cursar su último año de la carrera ya que esta expuesto a situaciones difíciles de enfrentar, considero que somos un pilar importante en el desarrollo de las distintas actividades del día a día, las cuales en muchas oportunidades nos lleva a situaciones incómodas y desagradables, motivo por el cual es importante tener este apoyo profesional para un mejor desempeño.
2. Se recomienda que los espacios de reposo para los estudiantes de medicina sean lugares en los cuales podamos descansar de manera cómoda y aseada, muchos hemos realizado guardias de 36 horas a más, teniendo carga no solo hospitalaria sino universitaria a la vez, como todos, somos personas que nos agotamos y caemos rendidos con facilidad, mejorar de estas áreas ayudaría a que las pocas horas que se puedan descansar sean satisfactorias y reponedoras.
3. Se recomienda que la repartición de EPPS sea obligatorio y que el estudiante de medicina cuente con este, ya que estamos en contacto directo con fluidos, más aún, en las rotaciones de cirugía, ginecología y obstetricia.
4. Se recomienda tener más flexibilidad con la asistencia a las clases virtuales, ya que, en muchas ocasiones, estas se cruzaban con actividades hospitalarias, perjudicando nuestras calificaciones.
5. Se recomienda que la duración del internado médico sea de 12 meses, ya que en nuestro caso tuvimos 5 meses en centro médico y 5 meses en hospital.
6. Por último, Se recomienda que el internado médico se realice en su totalidad en hospitales, ya que el aprendizaje es más enriquecedor, en mi caso solo pude rotar 5 meses en hospital, teniendo desde ya una desventaja frente a promociones anteriores las cuales desarrollaron el internado 12 meses en hospitales.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosa M. Tapia Villanueva, Rosa M. Núñez Tapia, Ramón Syr Salas Perea y Alain R. Rodríguez-Orozco, El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano [Internet]. 2016 [Consultado 11 Abril 2023]; 3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v21n4/ems05407.pdf>.
2. Flores S, Echavarría AF, Becerra RU, Flores RL, Laura N. Investigación en Salud. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado [Internet]. 7. [Consultado 12 Abril 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf>.
3. Beatriz Marcén, Carlos Sostres, Angel Lanás. AINE y riesgo digestivo [Internet]. 2016 [Consultado 14 Abril 2023]; 1(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877894/>.
4. José David Guzmán Guzmán, Esteban Santiago Dávila Bedoya, Wilson Fernando Palomeque Quevedo. Tratamiento del sangrado digestivo alto [Internet]. 2018 [Consultado 18 Abril 2023]; 99(11). Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005258/revista_cambios_julio_2018_pag_95-104.pdf.
5. Valerie Garro Urbina, Monica Thuel Gutierrez. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda [Internet]. 2020 [Consultado 20 Abril 2023]; 2(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>.
6. Martín Guidi, Cecilia Curvale, Analía Pasqua, Hui Jer Hwang, Hugo Pires, Actualización en el Manejo Inicial de la Pancreatitis Aguda [Internet]. 2019 [Consultado 20 Abril 2023]; 4. Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>.
7. Jaime Schwaner C, Francisco Rivas, Adrián Cancino, Osvaldo Torres, Carlos Briceño, Fernando Riquelme [Internet]. 2003 [Consultado 04 Mayo 2023]; 2(2).

Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000400005.

8. Valerie Garro Urbina, Monica Thuel Gutierrez. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda [Internet]. 2020 [Consultado 06 Mayo 2023]; 10(10). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>.
9. Oscar Abelardo Murúa-Millán, Martha Adriana González-Fernández, Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico [Internet]. 2020 [Consultado 07 Mayo 2023]; 2(2). Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n4/apendicitisaguda.pdf>.
10. Jorge Hernández-Cortez, Jorge Luis De León-Rendón, Martha Silvia Martínez-Luna, Jesús David Guzmán-Ortiz, Antonio Palomeque-López, Néstor Cruz-López, Hernán José-Ramírez. Apendicitis aguda: revisión de la literatura [Internet]. 2020 [Consultado 10 Mayo 2023]; 3(14). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033#B14.
11. Gabriel Massaferró Fernández, Juan Martín Costa Marsicano, Apendicitis Aguda y sus Complicaciones [Internet]. 2018 [Consultado 11 Mayo 2023]; 3. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf.
12. Jorge Hernández-Cortez, Jorge Luis De León-Rendón, Martha Silvia Martínez-Luna, Jesús David Guzmán-Ortiz, Antonio Palomeque-López, Néstor Cruz-López, Hernán José-Ramírez. Apendicitis aguda: revisión de la literatura [Internet]. 2020 [Consultado 10 Mayo 2023]; 4(39). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033#B14.
13. Julio Cesar Ordoñez Cumbe. Colectistitis aguda y sus complicaciones locales en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso [Internet]. 2019 [Consultado 15 Mayo 2023]; 2(3). Disponible en:

https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_1_2019/5_colecistitis_aguda_complicaciones.pdf.

14. Carla J. Gargallo Puyuelo, Francisco Javier Aranguren, Miguel Ángel Simón Marco, Emergencias en gastroenterología y Hepatología [Internet]. 2011 [Consultado 17 Mayo 2023]; 1. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-S1578155011700110>.
15. Coral Marina Ramos Loza, Jhosep Nilss MendozaLopez Videla, Dr. Javier Alejandro Ponce Morales. Aplicación de la guía de Tokio en colecistitis aguda litiásica [Internet]. 2018 [Consultado 20 Mayo 2023]; 2(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf.
16. Christian Rivera, Cristián Pomés, Verónica Díaz, Paula Espinoza, Milena Zamboni. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario [Internet]. 2020 [Consultado 25 Mayo 2023]; 2(1). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0697.pdf>.
17. Huixian Hu Liang, Jairo Sandoval Vargas, Ana Gabriela Hernández Sánchez, Josué Vargas Mora. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo medico [Internet]. 2019 [Consultado 31 Mayo 2023]; 3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>.
18. Antonette T. Dulay, Embarazo ectópico [Internet]. 2022 [Consultado 31 Mayo 2023]; 3. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/embarazo-ect%C3%B3pico>.
19. Huixian Hu Liang, Jairo Sandoval Vargas, Ana Gabriela Hernández Sánchez, Josué Vargas Mora. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo medico [Internet]. 2019 [Consultado 31 Mayo 2023]; 7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>.
20. Javier Pereira Calvo, Yuliana Pereira Rodríguez, Luis Quirós Figueroa. Actualización en preeclampsia [Internet]. 2020 [Consultado 02 Junio 2023]; 1. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>.

21. Kimberly Herrera Sánchez, PREECLAMPSIA [Internet]. 2018 [Consultado 04 Junio 2023]; 2. Disponible en: <https://medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>.
22. Kimberly Herrera Sánchez, PREECLAMPSIA [Internet]. 2018 [Consultado 04 Junio 2023]; 3. Disponible en: <https://medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>.
23. José Alberto Mora-Valverde, OBSTETRICIA PREECLAMPSIA [Internet]. 2012 [Consultado 05 Junio 2023]; 4. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art6.pdf>.
24. Peña Irún, A. González Santamaría, R. García Espinosa, A. Cavadas López, Enfermedad por arañazo de gato. ¿Es necesario el tratamiento antibiótico? [Internet]. 2012 [Consultado 06 Junio 2023]; 1. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-enfermedad-por-aranazo-gato-es-S1138359312000044>.
25. Isabel Cristina Hurtado, Marcelo Laufer, Enfermedad por arañazo sistémica (infección por Bartonella henselae): una causa de fiebre prolongada que no debemos olvidar, reporte de caso [Internet]. 2015 [Consultado 08 Junio 2023]; 1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v21n1/0123-9392-inf-21-01-00069.pdf>.
26. Ishtar Estefanía Saborío Cervantes, María del Pilar Durán Monge, David Villalobos Bonilla, Síndrome urémico hemolítico en pediatría [Internet]. 2019 [Consultado 09 Junio 2023]; 1. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/208>.
27. Amelia Martínez de Azagra Garde, Isabel Iglesias Bouzas, Sylvia Belda Hofheinz, Microangiopatía trombótica. Síndrome hemolítico urémico [Internet]. 2021 [Consultado 10 Junio 2023]; 5. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/46_microangiopatia_s_hemolitico_uremico.pdf
28. José M. Camacho Alonso, Vanesa Rosa Camacho, Guillermo Milano Manso, Síndrome hemolítico urémico [Internet]. 2013 [Consultado 11 Junio 2023]; 5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria->

[continuada-51-articulo-sindrome-hemolitico-uremico-S1696281813701379.](#)

29. Dra. Ishtar Estefanía Saborío Cervantes, María del Pilar Durán Monge, David Villalobos Bonilla, Síndrome urémico hemolítico en pediatría [Internet]. 2019 [Consultado 12 Junio 2023]; 9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms194g.pdf>.
30. José M. Camacho Alonso, Vanesa Rosa Camacho, Guillermo Milano Manso, Síndrome hemolítico urémico [Internet]. 2013 [Consultado 11 Junio 2023]; 7. Disponible en: [https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-sindrome-hemolitico-uremico-S1696281813701379.](https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-sindrome-hemolitico-uremico-S1696281813701379)