

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA INTERNADO MEDICO EN 3 HOSPITALES

2023-2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARTIN JOSE GABRIEL MIRANDA CHAVEZ**

**ASESOR
SEGUNDO AGUILAR HERRERA**

**LIMA - PERÚ
2024**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA INTERNADO MEDICO EN 3 HOSPITALES

2023-2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR:

MARTIN JOSE GABRIEL MIRANDA CHAVEZ

ASESOR:

Mgtr. SEGUNDO AGUILAR HERRERA

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia y amigos que me han apoyado en todos estos años de estudios profesionales

AGRADECIMIENTO

Agradecer a toda mi familia que siempre me apoyo a lo largo de la carrera médica, a mi institución formadora la Universidad de San Martín de Porres que me apoyaron en mi formación profesional en todos estos años

Agradezco a los profesores que marcaron etapas en mi carrera debido a la buena enseñanza que brindaron y las ganas de ayudar con cualquier pregunta que tuviera,

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	31
V.CONCLUSIONES.....	32
VI.RECOMENDACIONES	33
VII.FUENTES DE INFORMACIÓN:	35

RESUMEN

Objetivo: Evidenciar el conocimiento adquirido en las rotaciones mediante la sustentación de casos clínicos vistos en diferentes hospitales de referencia del Perú tales como Hospital Nacional Dos de Mayo, Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé,

Materiales y métodos: Se analizarán casos clínicos donde se describen la patología, evolución y tratamiento de las diferentes enfermedades que se ha visto en cada rotación a través de 8 casos clínicos desde abril del año 2023 hasta enero de 2024 .

Resultados: La experiencia ganada en el internado consolida todo lo aprendido en 6 años anteriores de ciencias básicas y clínicas Es esencial el trabajo en equipo con todo el personal de salud para una atención integral adecuada

Conclusión: El internado medico es el año con mayor aprendizaje y sacrificios que se hace en la carrera de medicina debido al enriquecimiento clínico que se obtiene de los pacientes y a su vez con el compromiso que tenemos con nuestros pacientes para una correcta evolución

Palabras claves: interno de medicina, internado, hospital

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the knowledge acquired in the rotations by supporting clinical cases seen in different reference hospitals in Peru such as Hospital Nacional Dos de Mayo, National Institute of Neoplastic Diseases, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé,

Materials and methods: Clinical cases will be analyzed that describe the pathology, evolution and treatment of the different diseases that have been seen in each rotation through 8 clinical cases from April 2023 to January 2024.

Results: The experience gained in the internship consolidates everything learned in 6 previous years of basic and clinical sciences Teamwork with all health personnel is essential for adequate comprehensive care

Conclusion: The medical internship is the year with the greatest learning and sacrifices made in the medical career due to the clinical enrichment that is obtained from patients and at the same time with the commitment we have with our patients for a correct evolution

Keyword: medicine intern, internship, hospital.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA INTERNADO MEDICO EN 3
HOSPITALES 2023-2024

AUTOR

MARTIN JOSE GABRIEL MIRANDA CHA
VEZ

RECUENTO DE PALABRAS

8884 Words

RECUENTO DE CARACTERES

50997 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

45 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

86.0KB

FECHA DE ENTREGA

May 16, 2024 12:17 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 16, 2024 12:19 PM GMT-5

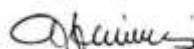
● 11% de similitud general

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

- 11% 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



DR Segundo Aguilar Herrera

Asesor

DNI:10430456

ORCID: 0009-0000-2504-6441

INTRODUCCIÓN

El internado medico es el ultimo año de la carrera de medicina humana, en el internado medico se evalúan los conocimientos obtenidos en lo largo de la carrera tanto de ciencias básicas como clínicas que fueron aprendidos antes del séptimo año, el internado medico consta de 4 rotaciones importantes que son: medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, cirugía general

Generalmente el internado medico tenía un tiempo de duración de 12 meses, pero debido a la pandemia COVID se redujo a 10 meses en hospitales MINSAs.

El hospital nacional dos de mayo es un hospital de referencia nacional categoría III-1 del tercer nivel de atención, localizado en el parque de la historia de la medicina peruana en el mercado de lima, brinda atención en sus diferentes especialidades medicina interna, infectología, cardiología, dermatología, endocrinología, reumatología, nefrología, gastroenterología, neurología, neumología, cirugía, ginecobstetricia entre otras.

En el hospital nacional dos de mayo rote en el área de pediatría y medicina interna, la rotación de pediatría duro 2 meses en los que se divide en neonatología, pediatría, en el área de neonatología pude rotar en alojamiento conjunto, cuidados intermedios, unidad de cuidados intensivos neonatológicos y atención inmediata del recién nacido, en el departamento de pediatría rote en san camilo y emergencias pediátricas donde pude obtener mucho conocimiento y eficacia ante los casos que nos venían diariamente

El instituto nacional de enfermedades neoplásicas es un establecimiento de salud nivel III-2 , es un centro de referencia a nivel nacional en sus diferentes especialidades para pacientes oncológicos con una gran capacidad resolutive, el área de cirugía oncológica se divide en diferentes subespecialidades tales como cabeza y cuello, tórax, ortopedia, abdomen, mamas y tejidos blandos, urología entre otros. Pude rotar en 5 área de cirugía oncológica que fueron abdomen, mamas y tejidos blandos, tórax, cabeza y cuello y ortopedia

En el hospital nacional docente madre niño san Bartolomé rote en el área de ginecología y obstetricia que se dividían en diferentes salas tales como la sala D donde se atendían a las puérperas de parto vaginal , sala C que se encargaba de puérperas por cesárea, sala g que se relacionaba a procedimientos quirúrgicos , sala B que se atendían a gestantes que cursaban con alguna enfermedad

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACION DE PEDIATRIA

Caso clínico 1

Paciente de 1 año, madre refiere que un día antes del ingreso por emergencia su hijo presenta rinorrea y tos persistente a lo cual le administra rhinobebe en cada fosa nasal. En la noche de dicho día presento un pico febril de 38.7 a lo cual administra paracetamol un aproximado de 20 gotas. Continúa con los síntomas y el día del ingreso por emergencia se añade mayor dificultad respiratoria, la madre refiere que “se le hunde el pecho y las costillas” por lo que la madre lo trae a emergencias. En emergencias se evidencia tirajes subcostales e intercostales además de sibilantes en ACP con una saturación de 94%, frecuencia respiratoria de 60, frecuencia cardiaca de 180 por minuto, temperatura de 37 °C

Funciones vitales de tóxico de emergencia:

FC:180 latidos por minuto

FR:60 por minuto

T°:37°C

Peso:9.9 kg

Saturación: 94%

Examen físico

Piel y faneras: piel tibia hidratada y elástica , llenado capilar menor de 2 segundos

Neurológico: Despierto, activo a movimientos

Cardiológico: taquicardia, no soplos

Respiratorio: Murmullo vesicular audibles en ambos hemitórax, tiraje subcostal, tiraje intercostal sibilantes en ambos hemitórax

Abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos positivos, no doloroso a la palpación

Genito urinario: masculino

Antecedentes personales: No contributarios

Antecedentes familiares: No contributarios

Diagnósticos:

- Síndrome dificultad respiratorio
- Bronquiolitis

Paciente ingresa por emergencia por presentar cuadro de dificultad respiratoria que se presenta con una frecuencia respiratoria de 60, saturación de 94%, tirajes subcostal e intercostal, se inicia terapia de rescate con 3mg de dexametasona IM STAT y nebulización con salbutamol, se reevalúa en emergencias paciente sigue presentando taquipnea, saturación de 94%, se auscultan roncales y sibilantes difusos, sigue presentando tiraje subcostal e intercostal por lo cual se hospitaliza en emergencias, se hospitaliza en emergencia con dextrosa 5%, dexametasona cada 8 horas y nebulización cada dos horas, metamizol condicional a temperatura más de 38°, le realizan rx de tórax en la que se evidencia aumento de la trama bronquial a predominio derecho, en su hemograma se encuentra leucocitos en 16078 mm³, hemoglobina en 11.6 gr/dl, PCR en 26 mg/L.

En su primer día hospitalario se aspiran secreciones blanquecinas densas y verdosas escasas, se obtiene una saturación de 98% con O₂ a 1Lt pero sigue presentando tirajes subcostal y sibilantes difusos en ambos hemitórax, al día siguiente se evidencia mejoría de saturación de oxígeno sin apoyo con leve tiraje subcostal, se realiza un panel respiratorio en que se detecta rinovirus, paciente pasa a pabellón de pediatría en san camilo donde presenta evolución favorable donde ya no se evidencian tirajes ni sibilantes, se realiza nuevo hemograma donde se evidencia disminución de leucocitos en 9662 mm³, es dado alto con indicación y visita a consultorio externo de pediatría.

Caso clínico 2

Paciente mujer de 6 años es traído al servicio de emergencias por presentar rinorrea desde hace 4 días que se añade fiebre cuantificada de 38.3°C, además madre refiere que tiene problemas para comer por lesiones en su boca tipo costrosas que también se observan en las palmas de las manos y pies, por lo cual es traída al servicio de emergencia

Funciones vitales en el tópicico de emergencia:

FC:110

FR:20

T:38.5

SatO2: 98%

Examen físico:

Piel y faneras: piel tibia hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

Boca: se observan lesiones vesiculares ubicadas en la comisura labial que generan dolor

Extremidades: se observan lesiones vesiculares umbilicadas en palma y planta de los pies

Neurológico: Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos

Cardiológico: RCR buena intensidad, no soplos

Respiratorios: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presente, no visceromegalia, timpánico

Genito urinario: Puño Percusión Lumbar negativo, Puntos Renoureterales negativo,

Antecedente de importancia: ninguno

Diagnostico:

- Enfermedad mano pie boca

Paciente ingresa al servicio de emergencia donde es evaluada con un examen físico detallado donde se evidencia fiebre de 38.5°C, lesiones vesiculares en boca, mano y pie. Al momento de realizar la historia clínica madre refiere que su hija va a un nido donde hay otros niños que presentan las mismas lesiones, por la clínica e historia clínica se da como diagnostico enfermedad mano pie boca , al ser una enfermedad que el tratamiento es sintomático , primeramente se brinda paracetamol en jarabe 10 ml , se explica a la madre sobre la enfermedad la cual se limita y disminuye con los días con tratamiento sintomático, paciente se encuentra estable y es dado de alta de emergencia con tratamiento de paracetamol condicional a fiebre y clorfenamina condicional a prurito.

1.2 Rotación En Medicina Interna:

Caso clínico 1

Paciente varón de 50 años natural de Cajamarca, residente actual del distrito de ate refiere que hace 1 semana antes del ingreso inicia cuadro caracterizado por epistaxis a predominio izquierdo asociado a cefalea frontal tipo opresivo que produce dolor facial.

Además, paciente refiere que 4 días antes del ingreso “elimina larvas” por la faso nasal izquierda se agrega algunos cambios importantes como disminución de la agudeza visual, mareos, insomnio y aumento de la cefalea, cuadro clínico se exacerba por lo cual acude a emergencia

Funciones vitales en tópicos de emergencia

PA:126/86

FC:88

FR:18

T:36.7

SatO2: 96%

Examen físico:

Piel y faneras: piel tibia hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

Nariz: Se observa sangrado en fosa nasal izquierdas acompañadas de larvas vivas

Neurológico: Glasglow 15/15, no focalización, no signos meníngeos

Cardiológico: RCR buena intensidad, no soplos

Respiratorios: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presente, no visceromegalia, timpánico

Genito urinario: Puño Percusión Lumbar negativo, Puntos Renoureterales negativo,

Antecedente de importancia: Pintor desde los 20 años, Alcoholismo desde los 45 años

Diagnostico:

- Miasis rinofacial

Paciente ingresa por emergencia donde es evaluado por medicina interna donde se observan larvas en fosa nasal izquierda y sangrado nasal izquierdo ,al ingreso colocan tapón nasal donde se evidencia al retiro “gusanos” inician antibioterapia con ceftriaxona 2 gr evc/24h, ic a infectología y otorrinolaringología y realizan exámenes de laboratorio, presenta un PCR de 226.7 mg/L y leucocitosis de 15778 mm³, ante la respuesta de otorrinolaringóloga e infectología se rota de antibiótico a ciprofloxacino y clindamicina endovenosa , se añade ivermectina profiláctica por 3 dias y se hospitaliza en el pabellón santo toribio.

Se realiza tem maxilo facial donde se evidencia sinusitis maxilar y esfenoidal

, en su tercer día hospitalario se realiza un hemograma control donde se evidencia leucocitos en 9700 mm³, los primeros 3 días hospitalarios el paciente refiere salida de 5-7 larvas por día de la fosa nasal , en su 4 día hospitalaria se realizó una fibronasocopia por el servicio de otorrinolaringología donde se extrajo 15 larvas, tras la fibronasocopia se evidencia disminución de cefalea frontal izquierda, la cefalea fue disminuyendo así como la cantidad de larvas que el paciente refería salir de su nariz , en su 10 día hospitalaria se realiza segunda fibronasocopia donde no se evidencia larvas y lo catalogan como rinomiasis en resolución además termina su 10 día de ciprofloxacino + clindamicina, paciente se encuentra estable y se va de alta con cita por consultorio externo

Caso clínico 2

2 días antes del ingreso, el paciente refiere notar secreciones que manchan su pantalón que provienen de su pierna, al inspeccionar el área afectada, se da cuenta que existe rubor, edema, calor y sensación de alza térmica no cuantificada que generaba limitación a la deambulaci3n. Decide atenderse en su posta y administran solo una dosis de penicilina benzatínica en ampolla. Horas antes del ingreso paciente refiere no evidenciar mejoría y que los síntomas han aumentado por lo cual decide ir a emergencias del hospital nacional dos de mayo

Funciones vitales del t3pico de emergencia:

PA:130/76

FC:107

FR:20

T:36.9

SatO₂: 98%

Peso:125 kg

Talla:.1.60 cm

IMC:46.8

Examen físico:

Piel y faneras: piel tibia hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

Miembro inferior: Se evidencia en miembro inferior derecho enrojecimiento y lesiones ampollares de 3x3cm, doloroso a la palpación superficial y profunda que limita la deambulaci3n

Neurol3gico: Glasgow 15/15, no focalizaci3n, no signos men3ngeos

Cardiol3gico: RCR buena intensidad, no soplos

Respiratorios: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos hemit3rax, no ruidos agregados

Abdomen: Globuloso expenso a tejido adiposo, no doloroso a la palpaci3n, ruidos hidroa3reos presente, no visceromegalia, timp3nico

Genito urinario: Puño Percusi3n Lumbar negativo, Puntos Renoureterales negativo

Antecedentes personales: Sin importancia

Antecedentes familiares: madre → obesidad m3rbida, hijos → obesidad m3rbida

Diagn3sticos:

- celulitis de miembro inferior derecho
- obesidad m3rbida
- d/c s3ndrome metab3lico

Paciente ingresa por emergencias por presentar secreciones en miembro inferior que manchan el pantal3n, limitan la movilizaci3n y presenta dolor a la palpaci3n superficial y profunda, adem3s se encuentra edematosa y rubicunda. Llega a emergencias del hospital con un plan de antibioterapia con oxacilina y clindamicina, se hospitaliza en el pabell3n santo toribio para continuar antibioterapia y curaciones diarias , realizan ex3menes de

laboratorio en emergencias donde se evidencia un PCR >90 mg/L , leucocitos

en 30896 mm³, hemoglobina en 12.72 g/dL , en el momento de la limpieza de herida se evidencia contenido serohemático , con el pasar de los días los signos de flogosis y contenido serohemático fueron disminuyendo añadido junto con la antibioterapia , se completan 7 días con antibioterapia , paciente se encuentra estable ,leucocitos en 11000 mm³, no signos de flogosis, es dado de alta con cita por consultorio externo.

1.3 ROTACION DE CIRUGIA

Caso clínico 1

Paciente mujer de 70 años proveniente de lima , presenta un tiempo de enfermedad de 1 año, presenta una tumoración de mama derecha por lo cual realizan biopsia core dando como resultado CARCINOMA MUCINOSO DE MAMA, al tener resultados de anatomía patológica la paciente es traída al INEN para continuar exámenes correspondientes por lo cual realizan una revisión de láminas para ser revisada por personal de la institución (22/06/23), a la revisión de obtiene CARCINOMA INFILTRANTE DE MAMA,

COMPONENTE MUCINOSO GRADO 1, se realiza mamografía(29/07/23) se evidencia en el cuadrante superior externo de la mama derecha una masa a 2 cm del pezón en su tercio anterior y medio con un área de extensión de 48mm con retracción cutánea, se realiza también una ecografía de mama (29/07/23) en mama derecha en R7 se evidencia formación espiculada de 11x9mm, se observa otra lesión en R9-R11 a 3cm del pezón que mide 34x16mm, con todos los resultados se reevalúa al paciente para hospitalización para cirugía programa en el servicio de mamas y tejidos blandos con disposición de MASTECTOMIA TOTAL DERECHA

Funciones vitales de ingreso

PA:110/70

FC:75

FR:20

T:36.9

SatO₂: 98%

Peso:65 kg

Examen fisico

Piel y faneras: piel tibia hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

Neurológico: Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos

Cardiológico: RCR buena intensidad, no soplos

Respiratorios: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Abdomen: ruidos hidroaéreos presente, no doloroso a la palpación superficial ni profunda , , no visceromegalia

Genito urinario: Puño Percusión Lumbar negativo, Puntos Renoureterales negativo

Mama derecha: Tumorción de 6 cm que ocupa cuadrante superior externo, dolorosa a la palpacion

Antecedentes personales: Sin importancia

Antecedentes familiares: niega antecedentes oncológicos en la familia

Diagnostico

- Carcinoma infiltrante de mama

Resultados de laboratorio:

Hemograma completo:

Hemoglobina: 12.5 mg/dl

Leucocitos 5400 mm³

Plaquetas: 310000 mm³

Perfil Bioquímica:

Glucosa: 80 mg/L

Urea: 22 mg/dL

Creatinina 0.67 mg/dL

Sodio: 135 mEq/L

Potasio 4.5 mEq/L

Cloro: 105 mEq/L

Perfil de coagulación:

Tiempo de protrombina 10 s

INR: 1.05

Prueba covid-19: No reactivo

VDRL : No reactivo

HIV 1-2: No reactivo

HBsAg: No reactivo

Paciente es hospitalizada para cirugía programada, se realiza exámenes de laboratorio para sala de operaciones tales como Hemograma completo, Perfil de coagulación, Urea y creatinina, Glucosa ,PCR , Prueba antigénica para COVID-19 , dando como resultado valores aptos para sala de operaciones, se brinda dieta completa ,se da como tratamiento farmacológico paracetamol 1gr condicional a dolor , tramadol 50 mg VO condicional a dolor la disposición quirúrgica que se opta es mastectomía total derecha, al día siguiente paciente entra a sala de operación y se realiza mastectomía total derecha sin complicaciones ,pieza operatoria es llevada a anatomía patología para revisión.

Se coloca dren para evitar acumulación de líquidos ,paciente se encuentra estable en la unidad de recuperación post anestesia, al no tener inconvenientes pasa a piso ,en piso se brinda paracetamol 1gr condicional a dolor y tramadol 50 mg VO condicional a dolor, cuidado de dren y curaciones , paciente cursa un día más para observación de herida operatoria, paciente se encuentra estable y herida operatoria en buen estado, afebril , por lo cual es dada de alta del servicio con cita en 1 semana por el servicio de mamas y tejidos blandos

Caso clínico 2

Paciente varón de 28 años proveniente de lima cursa con un tiempo de enfermedad de 2 años , el cual comienza con dolor y tumefacción de rodilla izquierda , paciente refería que ese dolor era debido a una caída que tuvo en ese año, debido a que el dolor y tumefacción no disminuían se realiza un resonancia magnética de rodilla izquierda en otra institución donde se reporta Lesión osteoblástica en tercio proximal de fémur compatible con tumor de células gigantes(tcg) debido a esto paciente acude al INEN(07/06/21) donde se plantea tratamiento con denosumab por que cumplía con criterios para uso de terapia, paciente deja de venir a consultorio del INEN y regresa(09/04/22) se deja ordenes de radiografía de rodilla y muslo izquierdo y resonancia magnética de muslo izquierdo que el paciente no se realiza, paciente vuelve al INEN(15/06/22) por que presenta aumento de dolor e incapacidad de flexionar rodilla izquierda por lo cual es tributario a cirugía de resección tumoral + colocación de prótesis de fémur distal. El 10/09/22 paciente acude a cita control donde menciona aumento de dolor en rodilla izquierda y volumen. El 05/03/23 aumenta más el dolor y volumen por lo cual comienza tramite de prótesis y programación de cirugía para 12/04/23, el 20/03/23 se programa cirugía ARTROPLASTIA NO CONVENCIONAL DE RODILLA y hospitalización para el 09/04/24. Paciente no acude a cita de hospitalización y regresa el 07/06/24 donde se dispone cirugía radical de amputación supracondílea la cual el paciente no acepta y se plantea cirugía de resección tumoral + artroplastia que el paciente acepta y se hospitaliza para cirugía

Funciones vitales de hospitalización.

PA:118/60

FR:76

T:37

FC:77

SatO2: 98%

Examen físico

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-, LLC < 2seg,

Neurológico: Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos

Cardiológico: RCR buena intensidad, no soplos

Respiratorios: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

Abdomen: ruidos hidroaéreos presente, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, , no visceromegalia

Genito urinario: Puño Percusión Lumbar negativo, Puntos Renouretrales negativo

Miembro inferior izquierdo: tumoración a nivel de rodilla izquierda con aumento de volumen y dolor a palpación, incapacidad para flexionar y extender rodilla izquierda

Antecedentes personales: Sin importancia

Antecedentes familiares: niega antecedentes oncológicos en la familia

Diagnostico

- Tumor de células gigantes de fémur distal izquierdo

Resultados de laboratorio:

Hemograma completo:

- Hemoglobina: 13.5 mg/dl
- Leucocitos 9004 mm³
- Plaquetas: 250000 mm³

Perfil Bioquímica:

- Glucosa: 78 mg/L
- Urea: 24 mg/dL
- Creatinina 0.7 mg/dL

- Sodio: 135 mEq/L
- Potasio 4.1 mEq/L
- Cloro: 110 mEq/L

Perfil de coagulación:

- Tiempo de protrombina 10 s
- INR: 1.05

Prueba covid-19: No reactivo

VDRL : No reactivo

HIV 1-2: No reactivo

HBsAg: No reactivo

Paciente es hospitalizado para cirugía programada de **resección tumoral + artroplastia de rodilla izquierda**, se realiza exámenes de laboratorio pero operatorios tales como Hemograma completo, Perfil de coagulación, Urea y creatinina, Glucosa , Prueba antigénica para COVID-19 con valores normales, paciente entra a sala de operaciones donde se realiza con éxito la

colocación de la prótesis de rodilla sin complicaciones post operatorias, en la unidad de cuidados post operatorios se encuentra estable pero se realiza cambio de gasas ,paciente vuelve a piso con tratamiento analgésico, antipirético, antibioticoterapia ,dieta completa, cambio de gasas en caso sea necesario, es dado de alta al tercer día hospitalario, se brinda consejería integral para que el paciente siga con sus controles debido a que la operación que se realiza no fue la de elección debido a que el paciente se negó a realizar la amputación supracondílea y esto conllevara a una alta probabilidad de recurrencia de la enfermedad

. ROTACION DE GINECOLOGIA

Caso clínico 1

Paciente mujer de 26 años acude a consultorio externo de ginecología para seguimiento de masa pélvica la cual ocasionaba dolor pélvico desde hace 8

meses, el dolor tiene una intensidad de 4/10 que calma con ibuprofeno, realizan una ecografía transvaginal donde se evidencia un mioma uterino gigante en la pared posterior de 104x85x102mm por lo cual se hospitaliza para operación.

Funciones vitales de tóxico

PA:120/60

FR:18

T:37

FC:85

Peso:100

Examen físico

PIEL Y MUCOSAS: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

Cabeza y cuello: normocéfalo, simétrico

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos no soplos

Respiratorios: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax

Mamas: no lesiones, no masas

Abdomen: blando depresible, se palpa masa de 10x8cm, no dolorosa

Examen ginecológico:

Genitales externos femeninos normales

Ecografía transvaginal: Útero de ecogenicidad heterogénea en antero verso superficie irregular de las siguientes dimensiones, 140.0mmx88.0mmx 118.0mm, se aprecia masa miomatosa en pared posterior 104mm x 85mm x 102 mm

Cuello uterino sin alteraciones

Antecedentes personales: resistencia a la insulina, alergia a ampicilina

Antecedentes familiares: Padre diabético

Antecedentes gineco obstétricos:

- G0P0000
- Fecha de última regla: 20/12/23
- Último PAP: negativo marzo 2023
- método anticonceptivo: preservativo
- Parejas sexuales: 2
- Última relación sexual: hace 1 semana

Diagnósticos:

- MIOMATOSIS UTERINA

Resultados de laboratorio:

Hemograma completo:

Hemoglobina: 12.7 mg/dl

Leucocitos 9004 mm³

Plaquetas: 275000 mm³

Perfil Bioquímica:

Glucosa: 75 mg/L

Urea: 20 mg/dL

Creatinina 0.63 mg/dL

Sodio: 134 mEq/L

Potasio 4 mEq/L

Cloro: 110 mEq/L

Perfil de coagulación:

Tiempo de protrombina 10.8 s

INR: 0.9

Prueba covid-19: No reactivo

VDRL : No reactivo

HIV 1-2: No reactivo

HBsAg: No reactivo

Paciente es hospitaliza para cirugía electiva para miomectomía abdominal, paciente refiere dolor pélvico de intensidad 4/10 además se palpa masa pélvica movable, hemograma en rangos normales, exámenes serológicos negativos. La terapéutica inicial antes de entrara a sala de operaciones cefazolina 2gr EV Presop previa prueba de sensibilización, paracetamol 1gr VO condicional a dolor. Paciente entre a sala de operaciones para miomectomía abdominal , se observa útero de 18cm de bordes irregulares, en cara posterior se evidencia mioma intramural de 16x12CM, trompas y ovarios sin alteración, se estima un sangrado de 100cc ,paciente pasa unidad de recuperación post anestesia donde se encuentra estable y pasa a piso de ginecología, realizan hemograma control con valores normales tras

la operación, al examen físico de 24 horas post operatorios hay leve dolor a la palpación profunda por mesogastrio e hipogastrio, herida operatoria cubierta por gasas ,no fiebre, a las 48 horas post operatorias no se evidencia flogosis en herida operatorio, herida operatoria afrontada , paciente hemodinámica mente estable, afebril ,en condiciones de alta y cita en 7 días en ginecología

Caso clínico 2

Paciente mujer de 35 años proveniente del distrito de cercado de lima viene a consultorio de ginecología por prurito en zona genital y aumento de flujo tipo blanquecino desde hace 3 días.

Funciones vitales de tóxico:

PA:110/60

FR:17

T:36.7

FC:73

Peso:65

Examen físico

PIEL Y MUCOSAS: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

Cabeza y cuello: normocéfalo, simétrico

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax

Mamas: no lesiones, no masas

Abdomen: Blando depresible, ruidos hidroaéreos positivos, no doloroso a la palpación, no visceromegalia

Examen ginecológico:

- A la inspección se evidencia eritema en labios mayores y menores de vagina
- A la Especuloscopia se evidencia placas grumosas color blanquecinas, no mal olientes

Antecedentes personales: no contributarios

Antecedentes familiares: mama→Diabetes mellitus tipo 2

Antecedentes ginecológicos:

- Sigue teniendo la misma pareja sexual desde que empezó a tener sexo
- Menarquia : 11 años
- Fecha de ultima regla 20/12/23
- G0P000
- Pareja usa preservativo cada vez que tienen relaciones sexuales

Diagnostico:

- Candidiasis vaginal

Paciente ingresa a consultorio externo de ginecología manifestando prurito y aumento de flujo por lo acude , a la inspección se evidencia eritema en labios mayores y menores , a la especuloscopia presenta flujo blanquecino grumoso que se adhiere al espejulo, por la clínica del paciente se diagnostica como una candidiasis vaginal por lo cual se da de tratamiento clotrimazol topico 2% por 3 dias e itraconazol 200mg óvulos por 3 días , sacar cita para consultorio externo de ginecología en 7 dias

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico comenzó el primero de abril de 2023, el hospital nacional dos de mayo es uno de los principales hospitales de referencia a nivel nacional en el cual lleve a cabo la rotación de medicina interna y pediatría. En la primera rotación de internado en el servicio de pediatría, estaba dividido en tres áreas: Neonatología, Emergencias Pediátricas y Pediatría general.

El primer mes de la rotación se realizó en el servicio de Neonatología, donde tuvo la oportunidad de rotar por distintas unidades. Dentro de las cuales estaba el servicio de alojamiento conjunto H2, la unidad de cuidados intermedios y la unidad de cuidados intensivos neonatológicos. Las responsabilidades incluían guardias diurnas y nocturnas, totalizando seis guardias al mes. En alojamiento conjunto, se ocupó de madres puérperas junto con sus neonatos. En cuidados intermedios, atendió a neonatos con patologías que requerían una estancia más prolongada, como neonatos con sífilis, ictericia patológica, deshidrataciones y sepsis neonatal, entre otras.

La unidad de cuidados intensivos neonatológicos contaba con alrededor de 10 incubadoras UCI y se enfocaba principalmente en neonatos prematuros con diversas patologías, como la enfermedad de membrana hialina, displasia broncopulmonar y hemorragia intraventricular entre otras.

El área de Pediatría general, ubicada en el pabellón San Camilo, abarcaba una variedad de casos, desde problemas respiratorios hasta gastrointestinales, proporcionando una amplia experiencia en el manejo de pacientes pediátricos.

La rotación en Emergencias Pediátricas resultó ser la más enriquecedora en términos de diagnóstico y manejo clínico. La colaboración estrecha con residentes y asistentes permitió un aprendizaje más profundo y práctico en el abordaje de diversas situaciones de emergencia en niños.

La segunda rotación de internado fue Medicina Interna durante los meses de junio y julio. La experiencia fue significativamente enriquecedora, destacando la diversidad de casos presentados en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Además, la interacción con los asistentes enriqueció aún más su formación, ya que estos no solo compartían conocimientos, sino que también adoptaban un enfoque docente y pedagógico.

La casuística del Hospital Nacional Dos de Mayo proporcionó una variedad de casos clínicos, lo que permite al interno de medicina enfrentarse a una amplia gama de patologías y escenarios médicos. La experiencia de trabajar en este entorno contribuyó significativamente al desarrollo de habilidades clínicas y al conocimiento práctico en el campo de la Medicina Interna.

La interacción colaborativa con los asistentes añadió un componente educativo valioso, ya que no solo compartían su experiencia, sino que también se comprometían activamente en la enseñanza pedagógica. Esta dinámica enriquecedora entre el interno y el personal médico superior contribuyó a una experiencia formativa completa.

El instituto nacional de enfermedades neoplásicas es un establecimiento de salud nivel III-2 , es un centro de referencia a nivel nacional en sus diferentes especialidades para pacientes oncológicos con una gran capacidad resolutoria, el área de cirugía oncológica

se dividía en diferentes subespecialidades tales como cabeza y cuello, tórax, ortopedia, abdomen, mamas y tejidos blandos, urología entre otros. Pude rotar en 5 area de cirugía oncológica que fueron cirugía de abdomen, cirugía de mamas y tejidos blandos, cirugía de tórax, cirugía de cabeza y cuello y ortopedia oncológica. Se operaba 3 veces por semana dependiendo del servicio en el cual se esté rotando, los otros 4 días restantes se atendía consultorio, el labor como interno de medicina era verificar si todo estaba listo para que el paciente este apto para entrar a sala de operación esto se hacía con ayuda del residente de segundo año puesto que no teníamos

residente de primer año, la visita médica comenzaba a las 7 am y terminaba

a las 8 am , el interno se encargaba de pedir los exámenes médicos, interconsultas, examen de imagen, etc que el asistente pedía en el pase de visita, durante los meses de cirugía que eran agosto y septiembre se entraba a sala de operación obligatoriamente debido a que al no tener residente de primer año el interno de medicina ocupaba su lugar en la sala de operaciones. Debido a que en el INEN era un servicio especializado en cirugía oncológica solo atendíamos a pacientes con neoplasias, debido a estos nuestros residentes además de enseñarnos sobre cirugía oncológica también nos enseñaban temas comunes de cirugía general.

Durante mi cuarta rotación de internado, la realice en la área de Gineco Obstetricia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante los meses de diciembre y enero. Durante esta rotación, asumí entre 8 y 9 guardias mensuales en el centro obstétrico, con horarios que abarcaban desde las 14:00 pm hasta las 6:00 am del día siguiente.

Una característica sobresaliente del Hospital San Bartolomé fue la constante presencia de actividades docentes. Los pases de visita matutinos se destacaron por ser altamente educativos, ya que tanto los asistentes como los residentes participaban activamente en discusiones, planteando preguntas pertinentes sobre los casos clínicos. Esta interacción intensiva no solo proporcionó una oportunidad valiosa para aumentar mi conocimiento, sino que también contribuyó significativamente al proceso educativo general.

La dinámica de preguntas y respuestas durante los pases de visita no solo fomentó un mayor entendimiento del caso clínico, sino que también enriqueció mi experiencia educativa como interno. La combinación de estas interacciones formativas con las responsabilidades en el centro obstétrico contribuyó a una perspectiva integral y enriquecedora en el campo de la Gineco Obstetricia. Esta experiencia fortaleció mis habilidades clínicas y profundizó mi conocimiento especializado, consolidando así mi formación médica en este relevante ámbito de la salud.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 PEDIATRÍA

Caso clínico 1

La bronquiolitis aguda, una infección respiratoria que actúa principalmente a niños menores de 2 años, se destaca como una causa común de hospitalización en este grupo etario. Aunque el virus respiratorio sincicial (VRS) es el patógeno más comúnmente vinculado a esta afección, otros virus, como el rinovirus, bocavirus humano, metapneumovirus, enterovirus, adenovirus, coronavirus e influenza, también pueden desencadenarla (1).

A pesar de su frecuencia, la bronquiolitis aguda carece de una definición universalmente aceptada. Aunque la Academia Americana de Pediatría (AAP) la describe en función de síntomas respiratorios típicos en niños, no aclara si estos síntomas deben presentarse en el primer episodio de la enfermedad, lo que ha llevado a variaciones en los tratamientos aplicados (2).

Los signos de la bronquiolitis aguda generalmente comienzan con síntomas de infección respiratoria alta, como secreción nasal clara y fiebre leve, y pueden avanzar hacia taquipnea, sibilancias y tos (2).

El criterio diagnóstico de esta afección se da primariamente en la evaluación clínica de los síntomas respiratorios del paciente, ya que no hay pruebas de diagnóstico definitivas. Esta falta de criterios claros puede dar lugar a diferentes enfoques de tratamiento (3).

La terapéutica consiste en medidas de apoyo que brindan soporte al paciente tales como oxigenoterapia, corticoides, broncodilatadores nebulizados. La terapéutica depende de la severidad del grado de dificultad respiratoria que tenga el paciente, en este caso clínico se llegó a utilizar corticoide intramuscular, broncodilatadores inhalados y aspiración de secreciones que ayudaron a estabilizar al paciente (4).

. Caso clínico 2

La enfermedad de mano, pie y boca es causada principalmente por la infección

de los virus Coxsackie A16 y Enterovirus 71. Estos virus ingresan al cuerpo a través de la boca y las vías respiratorias. Después de la infección inicial, los virus se replican y aumentan en las células epiteliales de la boca, la garganta y otras áreas, lo que conduce a la aparición de lesiones características (5).

Las manifestaciones clínicas varían desde una enfermedad leve y autolimitada hasta casos más graves con complicaciones sistémicas. Además de la fiebre y el malestar general, las lesiones en la boca pueden presentarse como vesículas o úlceras intensas en la mucosa bucal, la lengua, las encías y el paladar blando (5). Las lesiones en las manos y los pies generalmente son vesículas que pueden romperse y formar úlceras, causando dolor y molestias al caminar o manipular objeto (6)

La evaluación clínica junto con la historia clínica del paciente ayuda a diferenciar la enfermedad de mano, pie y boca de otras condiciones similares. El manejo se basa en medidas de apoyo para aliviar los síntomas (5).

Se pueden usar analgésicos y antipiréticos para controlar el dolor y la fiebre. Los enjuagues bucales con soluciones tópicas también pueden proporcionar alivio. Las medidas preventivas incluyen la promoción de higiene personal, como lavarse las manos con frecuencia y evitar el contacto cercano con personas infectadas (7).

3.2 MEDICINA INTERNA

Caso clínico 1

La miasis rinofacial se define como la infestación de larvas de insecto en la cavidad nasal, siendo considerada como una infestación accidental. Suele ocurrir de manera equitativa en ambos géneros y generalmente se manifiesta en personas mayores de 50 años. Otro factor de riesgo

relacionado con esta afección es la ocupación, especialmente entre los granjeros, debido a su contacto directo con el campo. Además, el envejecimiento puede disminuir la sensibilidad de la mucosa nasal, lo que

facilita que las moscas depositen sus huevos en la cavidad nasal (8).

El diagnóstico de miasis rinofacial es basada en examen físico y en la historia clínica, estos pacientes presentan epistaxis, moco espeso, obstrucción nasal, mal olor nasal, dolor facial, dolor de cabeza (9).

El tratamiento consiste en lavados de solución salina, extracción de larvas manual o por fibroscopia nasal, además, la terapia antibiótica incluye antibiótico de amplio espectro combinado con el lavado nasal (10).

Caso clínico 2

La celulitis se refiere a una infección localizada de los tejidos blandos causadas por la entrada de bacterias a través de una barrera cutánea alterada. Aunque en casos excepcionales la causa puede ser una bacteriemia originada en otro sitio de infección, especialmente en pacientes inmunocomprometidos (11).

La celulitis afecta la capa más profunda de la piel (dermis y grasa subcutánea), lo que resulta en un compromiso más difuso con límites poco definidos. Puede o no haber presencia de pus, y su curso clínico suele ser más lento, con síntomas locales que se desarrollan en varios días (11).

La causa más común es el estreptococo, también pueden estar involucradas otras bacterias, ya sea solas o en combinación con otras. En la celulitis no purulenta o no complicada en adultos inmunocompetentes, los principales agentes causales son los estreptococos β -hemolíticos, especialmente del grupo G, seguidos por el grupo A o *Streptococcus pyogenes*, presentes en la mayoría de los casos (aproximadamente el 75-80%). El *Staphylococcus aureus* es responsable de alrededor del 10% de los casos restantes. En pacientes inmunocomprometidos, los bacilos aerobios Gram negativos adquieren relevancia como agentes causales (12).

La celulitis no purulenta, se caracteriza por ser leve, se trata con terapia empírica que incluye agentes antibióticos dirigidos contra *Streptococcus* β -hemolítico y *Staphylococcus aureus* meticilino sensibles (SAMS). Se pueden utilizar medicamentos como cloxacilina/flucloxacilina/dicloxacilina, amoxicilina

con ácido clavulánico, clindamicina o trimetoprim/sulfametoxazol en caso de alergia a la penicilina. Al paciente del caso clínico se usó oxacilina y dicloxacilina que favoreció al paciente (12).

3.3 CIRUGIA

Caso clínico 1

El cáncer de mama es el cancer con mayor prevalencia en mujeres y a su vez es uno del tipo de cáncer de mayor mortalidad en el sexo femenino, el grupo etario más afectado esta entre los 40 a los 49 años (13) .

La etiología depende de diversos factores pudiendo ser por factores genéticos, el estilo de vida y también ambientales. La historia familiar es uno de los factores más relacionados a cáncer de mama con la presencia de los genes BRCA1 Y BRCA2 y al mismo tiempo existen factores protectores como la lactancia materna y actividad física (13)

En los inicios el cancer de mama precoz no causa síntomas por lo que es importante los chequeos en el servicio de ginecología aún más si existen antecedentes familiares. La clínica inicial y más frecuente es la palpación de masa a nivel de la mama, no dolorosa, de bordes regulares. Entre los signos y síntomas principales seria la tumoración palpable en la mama, descamación de las aerolas, piel de naranja, mastalgia, adenopatías, pérdida de peso entre otros (14).

El diagnostico se realiza con un abordaje integral de la historia del paciente , examen físico, imágenes y biopsia. Entre las pruebas de imagen que más ayudan es la mamografía que tiene una sensibilidad de 67.8% pero a su vez es operador dependiente, el ultrasonido es de estudio complementario y presenta una especificidad de 98% pero es operador dependiente, la resonancia magnética se utiliza en mujeres jóvenes con factores de riesgo elevados y presenta limitaciones tales como no detectar ciertos tipos de neoplasia como el ductal y carcinoma lobulillar. El examen tomográfico es de apoyo para determinar la existencia de metástasis (15) .

Los diferentes métodos de biopsia utilizados en el diagnóstico del cáncer de

mama incluyen la biopsia por aspiración con aguja fina, la biopsia por punción con aguja gruesa, la biopsia por escisión y la biopsia con aguja asistida por vacío. Cada uno de estos procedimientos implica la extracción de muestras de tejido mamario para su análisis patológico, pero difieren en cuanto a la técnica utilizada y la cantidad de tejido obtenido. La elección del método de biopsia depende de varios factores, como el tamaño y la ubicación de la anomalía mamaria, así como las preferencias del paciente y del médico (16)

El tratamiento del cáncer de mama se adapta según factores como el tipo y estadio del cáncer, así como las características del tumor y la salud general del paciente. Los enfoques comunes incluyen:

- Cirugía: Remoción del tumor o del seno afectado (mastectomía), o solo del tumor (lumpectomía), y a veces extirpación de ganglios linfáticos cercanos.
- Radioterapia: Uso de radiación para destruir células cancerosas, a menudo después de la cirugía para eliminar células residuales.
- Quimioterapia: Uso de fármacos para eliminar células cancerosas, aplicados antes o después de la cirugía.
- Terapia hormonal: Medicamentos para bloquear o reducir la acción de hormonas que pueden estimular el crecimiento del cáncer.
- Terapias dirigidas: Medicamentos que atacan características específicas de las células cancerosas, como el HER2/neu.
- Inmunoterapia: Uso de medicamentos para potenciar el sistema inmunológico en la lucha contra el cáncer.

La combinación y secuencia de estos tratamientos dependen de la situación individual de cada paciente.

Caso clínico 2

El tumor de células gigantes es una neoplasia benigna localmente agresiva que se caracteriza por la presencia de células multinucleadas gigantes y un estroma fibroso (17) . Aunque su etiología no está completamente entendida,

se ha asociado con varias teorías, incluyendo traumatismos repetidos y cambios degenerativos (18). Es más común en jóvenes adultos, con mayor incidencia en la segunda y tercera década de la vida (19). Los síntomas pueden incluir dolor localizado, hinchazón y limitación del movimiento en el caso de tumores óseos, mientras que en tejidos blandos puede manifestarse como una masa palpable o molestias (20). El diagnóstico se da con estudios de imagen como radiografías y resonancia magnética, complementados con biopsia para confirmación histológica (21).

El tratamiento principal es quirúrgico, desde la curetación simple hasta la resección amplia con reconstrucción, depende del tamaño y la situación del tumor. La radioterapia puede ser utilizada como adyuvante en casos específicos. El pronóstico es generalmente bueno, aunque la recurrencia local puede ocurrir en una proporción de pacientes. Un enfoque multidisciplinario es crucial para el manejo efectivo del tumor de células gigantes, involucrando a especialistas en diferentes campos médicos (21).

3.4 GINECOLOGIA

Caso clínico 1

Los fibromas uterinos, también llamados como leiomiomas o miomas, son tumores benignos que se forman en el útero. Están compuestos principalmente por colágeno ,matriz extracelular , proteoglicanos y fibronectina . Estos tumores afectan a un alto porcentaje de mujeres, con una prevalencia del 60% antes de los 40 años y del 80% antes de los 50 años (22).

Los síntomas de los fibromas uterinos pueden variar desde hemorragias uterinas anormales hasta dolor pélvico, lo que afecta negativamente la calidad de vida de las pacientes. Además, pueden contribuir a la anemia y a la infertilidad en un pequeño porcentaje de casos, así como a otras complicaciones como problemas como parto prematuro, pérdidas gestacionales. Dificultad para implantación embrionaria, incontinencia urinaria (23)

Los fibromas uterinos se dividen en diferentes tipos según su ubicación dentro del útero (23).

- Submucosos: Estos miomas distorsionan la cavidad uterina y se clasifican en tres subtipos según la extensión intramural: tipo 0, tipo I y tipo II
- Intramurales (intersticiales): Estos miomas progresan dentro de la pared uterina sin distorsionar la cavidad uterina y sobresalen menos del 50% hacia la superficie serosa del útero.
- Subserosos: Estos miomas sobresalen más del 50% de la superficie serosa del útero y pueden tener una base amplia o pedunculada.

La clasificación propuesta por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) también categoriza los fibromas según su ubicación:

- Submucosos (FIGO tipo 0, 1, 2): Se originan por abajo del endometrio y sobresalen en la cavidad uterina.
- Intramurales (FIGO tipos 3, 4, 5): Estos miomas crecen dentro de la pared uterina y pueden distorsionar la cavidad o la superficie serosa.
- Subserosos (FIGO tipo 6, 7): originados en la superficie serosa del útero y existe la posibilidad de presentar base amplia o pedunculada.
- Cervicales (FIGO tipo 8): Estos miomas se encuentran en el cuello uterino en lugar del cuerpo uterino.

El diagnóstico de los fibromas uterinos se basa en varios métodos:

- Examen bimanual: Durante este examen físico, se busca detectar un aumento en el tamaño del útero, así como su movilidad y contornos irregulares. La presencia de dolor al palpar también puede ser un
- indicador importante de la gravedad del caso.
- Ultrasonido: Se utiliza para visualizar los fibromas y determinar
- características como su tamaño, ubicación y número. Este método es crucial para ratificar el diagnóstico y valorar la extensión de los miomas.

Tratamiento médico consiste en anticonceptivos orales, progestinas, análogos de GNRH, entre otros (24).

El tratamiento quirúrgico depende de la ubicación del mioma:

- Mioma submucoso: miomectomía por histerectomía
- Mioma submucoso con componentes intramural >50%: miomectomía por vía laparoscópica
- Mioma intramural: miomectomía por vía laparoscópica/laparatomica
- Miomas subserosos: miomectomía por vía laparoscópica/laparatomica
- Histerectomía: en miomas sintomáticas cuando el paciente ya está decidió con la fertilidad

Caso clínico 2

La vulvovaginitis es una inflamación de la mucosa vaginal y la piel vulvar, no obstante no siempre se afectan ambas áreas. En Europa, la vulvovaginitis candidiásica (VVC) es la más común, mientras que en los Estados Unidos, ocupa el segundo lugar en términos de prevalencia, siendo superada únicamente por la vaginosis bacteriana (VB) (25).

Un dato importante es que alrededor del 75% de las mujeres experimentarán al menos un episodio de vulvovaginitis sintomática en algún momento de sus vidas, y entre el 40% y el 50% de ellas podrían sufrir un segundo episodio en algún momento (26).

Las infecciones vulvovaginales pueden mostrar una variedad de signos y síntomas dependiendo del tipo de infección.

Los signos pueden implicar enrojecimiento, hinchazón de la piel y membranas mucosas, así como un incremento en la secreción vaginal, que a veces puede tener mal olor y variar en color y características según el agente infeccioso, entre los síntomas pueden abarcar comezón, sensación de ardor, molestias (vulvodinia) y un aumento en la secreción vaginal.

Los síntomas clínicos mencionados anteriormente, como picazón, secreción vaginal blanquecina y espesa, e irritación genital, pueden ser muy sugestivos de una infección vulvovaginal. Sin embargo, es importante destacar que el diagnóstico no solo depende de los síntomas. Se requiere una evaluación

minuciosa y pruebas complementarias, ya que uno de los motivos más comunes de fallo terapéutico es un diagnóstico incorrecto. El propósito del tratamiento es reducir los síntomas, por lo que se recomienda tratar a todas las mujeres que presenten síntomas. Para la vulvovaginitis candidiásica no complicada, se obtienen buenos resultados con tratamientos tópicos que incluyen derivados imidazólicos, poliénicos o piridinona de corta duración (27).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En Perú, el internado médico es una etapa crucial en la formación de los futuros médicos y es un requisito obligatorio para obtener el título profesional de médico cirujano. Actualmente el internado médico tiene una duración 10 meses que son dos meses menos que años anteriores por lo cual se ha disminuido el tiempo de duración de cada rotación del internado a lo cual nos lleva a menor tiempo de practica clínica en el hospital, a pesar de este inconveniente se logró llevar adecuadamente cada rotación con el mayor aprendizaje posible dado por nuestros médicos asistentes y residentes.

El internado medico fue la etapa de mayor aprendizaje de toda la carrera y también la etapa con más sacrificios debido a las grandes responsabilidades que se tiene como interno de medicina, la importancia de la colaboración en equipo con todo los profesionales de salud para el bien del paciente es vital para un buen manejo y evolución del paciente. El internado medico nos enseña a adaptarnos a las limitaciones que se tienen en sector salud como uso de recursos, laboratorio, pruebas de imagen entre otras que pueden limitar en la toma de decisiones tanto para el diagnóstico como el tratamiento.

Esta experiencia ganada en el internado es beneficiosa por que se adquiere experiencia clínica practica en diferentes áreas de la salud que son esenciales para el interno de medicina que termina el internado y que se dirige al Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) donde tiene que poner en práctica todo lo aprendido en los 7 años de la carrera donde tenemos que brindar una atención medica en entornos con limite acceso y con recursos limitados.

V.CONCLUSIONES

- El internado medico es el año con mayor aprendizaje y sacrificios que se hace en la carrera de medicina debido al enriquecimiento clínico que se obtiene de los pacientes y a su vez con el compromiso que tenemos con nuestros pacientes para que una correcta evolución
- La experiencia ganada en el internado consolida todo lo aprendido en 6 años anteriores de ciencias básicas y clínicas
- Es esencial el trabajo en equipo con todo el personal de salud para una atención integral adecuada
- A pesar de que el tiempo del internado medico solo tuvo una duración de 10 meses se pudo ganar muy buena experiencia debido al hospital donde tuve la oportunidad de rotar debido a la buena casuística de estos hospitales,
- La rotación de atención primaria de salud es necesaria debido a que es el primer contacto con el paciente antes de llegar a un hospital, además de brindar un seguimiento continuo de los pacientes para un correcta prevención y promoción de la salud
- Las actividades académicas son esenciales debido a que fomentan el estudio diario pudiendo ser en la elaboración de un caso clínico o la búsqueda de información de cierta patología de estudio, por servicio se obtuvo alrededor de mínimo 2 actividades mensuales por interno.
- Por parte de los tutores de la universidad en cada hospital, siempre estuvieron a disposición nuestra para elaborar cualquier consulta que tengamos acerca de la rotación

VI.RECOMENDACIONES

- Con respecto al bienestar del interno de medicina al estar enfocado la mayoría del día en el hospital, existen días en los que se olvidan de tomar desayuno o almorzar por lo cual debería de brindarse alimentación en las mañanas no solo para los que salen de guardia sino para todo el personal de salud que incluso no salga de guardia
- Brindar atención psicológica o apoyo por un profesional que brinde consejería de como sobrellevar la gran carga emocional que tiene el interno de medicina por diferentes circunstancias como carga laboral, fallecimiento de pacientes, estrés laboral, mal trato de superiores entre otros
- Ofrecer un ambiente adecuado para la enseñanza sin agresiones verbales para así fortalecer los conocimientos y así mejorar conceptos con la práctica clínica
- Proporcionar un ambiente seguro para los internos de medicina tales como recursos para la práctica diaria como guantes, gasas, algodón, alcohol en buen estado, mesas y sillas de buena calidad para un mejor ambiente de trabajo
- Se sugiere que el internado medico vuelva a durar 12 meses o que ciertas rotaciones como medicina interna tengan mayor duración en el caso persista el internado de 10 meses
- Las actividades académicas no solo deben ser realizadas por internos y residentes sino también por médicos asistentes debido a que tienen mayor experiencia en la carrera por lo que recomendaría 1 a 2 actividades académicas realizadas por médicos asistentes de cada rotación
- Recomendaría que, antes de comenzar el internado al finalizar el ciclo académico universitario, los estudiantes deberían participar en un pre-

internado. Este periodo preliminar les permitirá adquirir experiencia práctica y adaptarse al entorno clínico antes de iniciar oficialmente el internado.

VII.FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. ACTUALIZACION DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA. Neumol Pediatr [Internet]. 2021 jun. 16 [cited 2024 Mar. 27];16(2):69-74. Available from: <https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/326>
2. García Ma. L, Murua JK, Callejón AC. Bronquiolitis aguda viral [Internet]. Aeped.es. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf
3. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS MINISTERIO DE SALUD/ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – SAN BORJA 2022
4. Duelo M. Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica? [Internet]. Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 77-85. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_bronquiolitis_aguda.pdf
5. Saguil A, Kane SF, Lauters R, Mercado MG. Hand-foot-and-mouth disease: Rapid evidence review. Am Fam Physician [Internet]. 2019 [citado el 1 de abril de 2024];100(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31573162/>
6. Romero Tamayo. Milvia Rosa, Saldaña Aldana. Miladis, Iser González. Osmar Antonio, Ponce Suros. Yanet, Gonzales Llovet. Niurka. Síndrome manos, pies, boca. Casos atendidos en el cuerpo de guardia. Multimed [Internet]. 2020 feb [citado 2024 Abr 01]; 24(1): 140-153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100140&lng=es.
7. Chang Y-K, Chen K-H, Chen K-T. Hand, foot and mouth disease and herpangina caused by enterovirus A71 infections: a review of enterovirus A71 molecular epidemiology, pathogenesis, and current

- vaccine development. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* [Internet]. 2018 [citado el 1 de abril de 2024];60(0). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30427405/>
8. Surayya R, Parwati DR. Management of nasal myiasis and type 2 diabetes mellitus: A rare case and review article. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2021 [citado el 27 de marzo de 2024];85(106244):106244. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106244>.
 9. Julio Meléndez H, Tamayo-Cáceres YR, Tello-Olarte YC, Orlando Vargas F, Alexander Tarazona R. Síndrome de dificultad respiratoria secundario a miasis sinusal y traqueopulmonar. *Infectio* [Internet]. 2012;16(2):132–5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0123-9392\(12\)70068-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0123-9392(12)70068-1)
 10. Gutierrez A. Miasis oral nosocomial en una unidad de cuidados intensivos. *An Fac Med (Lima Peru : 1990)* [Internet]. 2019 [citado el 27 de marzo de 2024];80(3):354–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300015
 11. Flores R, Villarroel JL, Valenzuela F. Enfrentamiento de las infecciones de piel en el adulto. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2021;32(4):429–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.004>
 12. Ortiz E, Arriagada C, Poehls C, Concha M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2019;110(2):124–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.010>
 13. Palmero J, Lassard J, Juárez LA, Medina CA. Cáncer de mama: una visión general. *Acta Médica Grupo Ángeles* [Internet]. 2021;19(3):354–60. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v19n3/1870-7203-amga-19-03-354.pdf>
 14. Wilkinson L, Gathani T. Comprender el cáncer de mama como un problema de salud mundial. *H. J. Radiol* [Internet]. 2022 [citado el 24 de marzo de 2024];95(1130). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34905391/> cáncer de mama

15. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HKN, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation, and management. *Br J Hosp Med (Lond)* [Internet]. 2022 [citado el 1 de abril de 2024];83(2):1–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35243878/>
16. Hamann U, Ankel C. Cáncer de mama: diagnóstico y terapia: lo más importante para el internista. *Dtsch Med Wochenschr* [Internet]. 2018 [citado el 1 de abril de 2024];143(04):267–78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29471575/>
17. Kager M, Kager R, Fałek P, Fałek A, Szczypiór G, Niemunis-Sawicka J, et al. Tenosynovial giant cell tumor. *Folia Med Cracov* [Internet]. 2022 [citado el 1 de abril de 2024];62(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36256897/>
18. Hosseinzadeh S, Tiwari V, De Jesus O. Giant Cell Tumor (Osteoclastoma) [Updated 2024 Jan 31]. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559229/>
19. Estrada-Villaseñor EG., Linares-González LM., Delgado-Cedillo EA., González-Guzmán R., Rico-Martínez G... Prevalencia y características clínico-patológicas del tumor de células gigantes. *Acta ortop. mex* [revista en la Internet]. 2015 dic [citado 2024 Abr 02]; 29(6): 295-298. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022015000600295&lng=es.
20. Lipplaa A, Dijkstra S, Gelderblom H. Challenges of denosumab in giant cell tumor of bone, and other giant cell-rich tumors of bone. *Current Opinion in Oncology*. julio de 2019;31(4):329-35.
21. Hartmann W, Harder D, Baumhoer D. Giant Cell-Rich Tumors of Bone. *Surgical Pathology Clinics*. diciembre de 2021;14(4):695-706.
22. Gofur N, Gofur A, Anrp G, Kahdina M, Putri H. Clinics of oncology [Internet]. *Clinicsofoncology.org*. [citado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://clinicsofoncology.org/uploads/IMG_467618.pdf.

23. Hernández M, Valerio E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón J, Luna RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2017 [citado 2024 Mar 18]; 85(9): 611-633. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es.
24. La Cruz D, Buchanan M. Uterine fibroids: Diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2024];95(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28084714/>
25. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. *Prog Obstet Ginecol* 2022;65:61-75 [citado 2024 Mar 18] Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n2/Diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20las%20infecciones%20vulvovaginales.pdf>
26. Sun Z, Ge X, Qiu B, Xiang Z, Jiang C, Wu J, et al. Vulvovaginal candidiasis and vaginal microflora interaction: Microflora changes and probiotic therapy. *Front Cell Infect Microbiol* [Internet]. 2023 [citado el 18 de marzo de 2024];13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36816582/>
27. Cooke G, Watson C, Deckx L, Pirota M, Smith J, van Driel ML. Treatment for recurrent vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Libr* [Internet]. 2022 [citado el 27 de marzo de 2024];2022(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35005777/>