

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL “CRNL. LUIS ARIAS SCHREIBER” EN EL 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA
PRESENTADA POR
SOLANGE DANIELA MEDINA GÓNGORA**

**ASESOR
LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

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 DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL “CRNL. LUIS ARIAS SCHREIBER” EN EL
2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

SOLANGE DANIELA MEDINA GÓNGORA

ASESOR

DR. LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

LIMA – PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por ser mi guía, a mis padres y hermanos por siempre brindarme su ayuda y apoyarme durante estos siete años de esta noble carrera que es medicina.

A cada uno de los pacientes y médicos que fueron como un libro abierto y pude aprender gracias a ellos.

INDICE	
PORTADA	
DEDICATORIA	ii
INDICE	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	vii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	1
Caso Clínico N°1	1
Caso Clínico N°2	2
ROTACION DE CIRUGÍA	4
Caso Clínico N°1	4
Caso Clínico N°2	5
ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	7
Caso Clínico N°1	7
Caso Clínico N°2	8
ROTACION DE GINECO-OBSTETRICIA	9
Caso Clínico N°1	9
Caso Clínico N°2	10
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	14
ROTACION DE MEDICINA INTERNA	14
Caso Clínico N°1	14
Caso Clínico N°2	15
ROTACION DE CIRUGÍA	16
Caso Clínico N°1	16
Caso Clínico N°2	17
ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	19
Caso Clínico N°1	19
Caso Clínico N°2	20
ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	21
Caso Clínico N°1	21
Caso Clínico N°2	23
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
v.CONCLUSIONES	26

vi.RECOMENDACIONES	27
vii.FUENTES DE INFORMACION	29

RESUMEN

El internado médico consolida todo lo que se aprendió durante 6 años de la carrera de medicina. Durante este periodo los internos participan en los establecimientos de salud, y tiene actividades a su cargo como pasar visitas médicas y presentar a los pacientes, además ser participe de procedimientos quirúrgicos demostrando los años aprendidos de teoría ahora en práctica.

El 1 de marzo del año 2023 inició el internado médico, culminando el 31 de diciembre del año 2023, cumpliendo los 10 meses de prácticas hospitalarias. El presente trabajo consta de 4 rotaciones, estas incluyen: gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía general y pediatría. En el presente trabajo se exponen ocho casos clínicos, dos por cada servicio de rotación del internado 2023.

Objetivo: Describir la experiencia por la autora, y exponer las destrezas, habilidades adquiridas y competencias durante el internado médico en el Hospital Militar Central “Crnl. Luis Arias Schreiber”, en el período del 1 de marzo del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023.

Metodología: Se describieron las experiencias obtenidas de las actividades que realizó la autora durante el internado en el Hospital Militar Central “Crnl. Luis Arias Schreiber”. Además, se requirió el uso de las historias clínicas de los pacientes para completar información respecto a los casos clínicos.

Conclusión: La pandemia COVID-19 ha generado que el personal de salud continúe beneficiosamente con las normas de bioseguridad. Es importante que permanezcan estas medidas preventivas para salvaguardar la salud de todo el personal. Así mismo la enseñanza de los docentes médicos al utilizar tecnología mejora el aprendizaje y el futuro de los médicos profesionales.

Palabras clave: internado médico, prácticas hospitalarias, habilidades adquiridas y COVID-19.

ABSTRACT

The medical internship consolidates everything that was learned during 6 years of medical school. During this period, interns participate in health establishments, and have activities in charge, including spending medical visits and presenting to patients, as well as participating in surgical procedures, demonstrating the years learned of theory now in practice.

On March 1, 2023, the medical internship began, culminating on December 31, 2023, completing 10 months of hospital internship. This work consists of 4 rotations, these include: gynecology, obstetrics, internal medicine, general surgery and pediatrics. In this work, eight clinical cases are presented, two for each rotation service of the 2023 internship.

Objective: Describe the experience of the author, and present the skills, abilities acquired and competencies during the medical internship at the “Crnl. Luis Arias Schreiber” Central Military Hospital, in the period from March 1, 2023 to December 31, 2023.

Methodology: The experiences obtained from the activities carried out by the author during her internship at the “Crnl. Luis Arias Schreiber” Central Military Hospital were described. In addition, the use of the patients' medical records was required to complete information regarding the clinical cases.

Conclusion: The COVID-19 pandemic has caused health personnel to beneficially continue with biosafety standards. It is important that these preventive measures remain in place to safeguard the health of all staff. Likewise, the teaching of medical teachers when using technology improves the learning and future of professional doctors.

Keywords: medical internship, hospital practices, acquired skills and COVID-19.

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL "C. RNL. LUIS ARIAS SCHREIBER" EN EL	SOLANGE DANIELA MEDINA GÓNGORA

RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
8541 Words	48278 Characters

RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
40 Pages	91.8KB

FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Apr 10, 2024 10:49 AM GMT-5	Apr 10, 2024 10:50 AM GMT-5

● 15% de similitud general

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

- 15% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



DNI:07234763

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3879>

INTRODUCCION

El Hospital Militar Central “Crnl. Luis Arias Schreiber” localizado en el distrito de Jesús María. El 1 de diciembre de 1958 el nosocomio fue aperturado y, luego remodelado y ampliado en 1974. La infraestructura es la adecuada, siendo catalogado como un hospital de categoría III-1 (Nivel de complejidad III y Nivel 1 de atención) por contar con instalaciones modernas y equipamiento adecuado (1).

A Través de un” Programa de Acción Cívica” este nosocomio brinda atención a todo el personal militar incluyendo a sus familiares, sin distinción incluye desde el director hasta el trabajador más modesto. Además, por 24 horas se atiende en diferentes servicios como Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía general y diversas especialidades. Se orienta a los pacientes su atención en cada servicio y se trata su enfermedad actual, se espera su recuperación y se tratan las complicaciones que puedan presentarse incluyendo otras instituciones de salud para exámenes complementarios.

Al ser este el último año de formación médica en la carrera de Medicina Humana los internos son capacitados a través de prácticas médicas con la vigilancia apropiada de asistentes y residentes para luego poder ejercer como médicos generales.

El periodo de internado médico abarca 4 rotaciones importantes Cirugía, Pediatría, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia. El internado médico que he realizado empezó un mes antes a diferencia de otros internos de medicina pertenecientes netamente al MINSA que tuvieron que iniciar su internado en abril, un mes después (2).

A diferencia de los establecimientos de salud que pertenecen al MINSA, se continuó con lo mencionado en el informe N°187-2022-DIFOR-DIGEP/MINSA, publicado en El Peruano el 15 de mayo del 2022 acerca de la rotación del interno de medicina tanto en postas médicas como en hospitales. En el

Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”, el internado tuvo una duración de 10 meses, inició el 1 de marzo del año 2023 y culminó el 31 de diciembre del año 2023, se realizaron las 4 rotaciones establecidas. Los establecimientos de salud del MINSA iniciaron el internado el mes de abril y culminaron en el mes de enero del año 2023, abarcaron rotaciones en hospitales y postas médicas.

El objetivo de este trabajo es Describir mi experiencia como autora y las habilidades adquiridas durante el internado médico en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” en el período del mes de marzo hasta diciembre del año 2023.

El alcance de este informe permitirá a los futuros internos de medicina que prefieran adjudicar a una plaza en la sede hospitalaria – docente Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”, al describir las actividades del interno en las cuatro rotaciones ya antes mencionadas.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Antes que iniciara la pandemia el internado médico tenía una duración de doce meses y a consecuencia de modificaciones que hubieron el internado duró diez meses, sin embargo, se trató de volver a la normalidad y cumplir con el periodo de doce meses. Durante esta etapa al interno se le participó en cada rotación que dura dos meses y dos semanas, los internos van obteniendo conocimientos y proyectándose a futuro con la especialidad por la cual tiene vocación (3).

A continuación, se explicarán ocho casos clínicos que fueron vistos durante el internado médico en el área de medicina interna, cirugía, pediatría y Gineco-obstetricia, dos por cada rotación. Se relatará desde el ingreso del paciente, antecedentes relevantes, su evolución, respuesta al tratamiento y se tratarán las complicaciones, también se mencionarán las limitaciones del personal de salud.

ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La rotación de Medicina interna fue la primera rotación que realicé, comenzó el 1 de marzo y culminó el 15 de mayo del año 2023, sin restricciones. La mitad del tiempo fue asignado para medicina interna y la otra mitad en especialidades, dentro de ello tuve la oportunidad de rotar en la especialidad de neumología y Onco-hematología.

Caso Clínico N°1

Paciente varón de 70 años con tiempo de enfermedad de 6 días de inicio insidioso y curso progresivo, acude por emergencia y refiere, cefalea intensa, sensación de alza térmica y fatiga.

Antecedentes:

- Patológicos: HTA (2021) en tratamiento con losartán
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- Vacunas de COVID-19: ninguna

- Hábitos nocivos: Tabaco y alcohol niega, otras drogas niegan.

Examen físico: Funciones vitales con PA: 140/90, FC: 95, FR: 19, °SatO2: 91%

- Orofaringe: moderadamente congestiva
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad. No soplos audibles.
- Aparato respiratorio: tórax simétrico, amplexación disminuida, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax. No ruidos agregados.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presente. Blando y depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: micción espontánea, PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: Despierto, lúcido y orientado en tiempo espacio y persona. Escala de coma de Glasgow (15/15). No signos meníngeos.

Plan de Trabajo: Hospitalización

- Oxigenoterapia con Cánula Binasal.
- Paracetamol 1gr, y si $T \geq 38^{\circ}\text{c}$
- Captopril 25mg SL condicional a $PA \geq 150/90$
- Exámenes de laboratorio: prueba antigénica de COVID 19, hemograma, PCR, dímero D, AGA, glucosa, urea y creatinina.
- Exámenes de imagen TEM de tórax.

Caso Clínico N°2

Paciente mujer de 68 años, con tiempo de enfermedad de seis días de inicio brusco. Familiar refiere que observó hace seis días aumento de volumen en primer dedo de pie izquierdo, eritema y secreción amarillenta con mal olor. Hace dos días la paciente refiere sensación de alza térmica y vómitos, se medica con paracetamol. Un día antes del ingreso refiere cambio de coloración en primer dedo del pie izquierdo con persistencia de líquido amarillento con mal olor e ingresa al servicio de medicina interna.

Antecedentes:

- Patológicos: Diabetes Mellitus tipo 2 (desde los 50 años de edad) en tratamiento con insulina Aspart (6UI e la mañana y 8UI en la tarde).
- Quirúrgicos: niega
- RAM: Penicilinas
- Hábitos nocivos: Tabaco y alcohol niega, otras drogas niegan.

Examen Físico: Paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente y LOTEPE. Funciones vitales con valores normales. Peso: 87Kg, Talla: 1.50m. IMC: 38.

- Piel: tibia, seca, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no cianosis, edema en ambos MMII (+++/+++), lesión ulcerosa de coloración violácea en MMII derecho de primer dedo del pie.
- Abdomen: muy globuloso, ruidos hidroaéreos incrementados, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

El resto de órganos y sistemas sin hallazgos patológicos.

Exámenes auxiliares solicitados: Hb: 10, leucocitos: 23 000, Plaquetas: 300, Glucosa: 150, Urea: 35, Creatinina: 1, PCR: 150, Examen de orina no patológico y HbA1c: 7.3.

Diagnósticos en emergencia:

- Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada.
- Complicaciones tardías de DM2: pie diabético izquierdo Wagner 4.
- Obesidad grado II (severo)

Plan de trabajo:

- Hospitalización
- Exámenes de laboratorio: Perfil hepático y perfil lipídico.
- Estudios de imagen: Radiografía de pie izquierdo y eco Doppler de MMII.

ROTACION DE CIRUGÍA

La segunda rotación fue cirugía, ésta inició el 16 de mayo y culminó el 31 de Julio del año 2023. La mitad de la rotación fue asignada para rotar en cirugía general y la otra mitad para rotar en especialidades, en mi caso fui asignada a rotar en urología, cirugía cardiovascular y de tórax, traumatología y anestesiología.

Caso Clínico N°1

Paciente varón de 67 años con tiempo de enfermedad de 4 meses, presenta dolor lumbar bilateral asociado a disuria, hace 03 meses acudió a consultorio de urología donde le indicaron exámenes auxiliares y donde se le indica UROTEM S/C. Actualmente hace 01 mes acude nuevamente a consultorio de urología del HMC, debido a que presentaba misma sintomatología y el dolor aumentado y al contar con resultados del UROTEM, se le realiza cistoscopia evidenciando LITO en vejiga por lo cual se le indican pre quirúrgicos y posteriormente se le programa para SOP.

Antecedentes:

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: Post operado de RTU de próstata (2014) y Hernioplastia inguinal bilateral (2016).
- RAM: niega
- Familiares: Padre fallecido sin causa, Madre fallecida por COVID-19, cinco hermanos sanos, dos hijos sanos, conyugue viva de 57 años sana.
- Hábitos nocivos: Tabaco y alcohol niega, otras drogas niega.

Examen Físico: Hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente y LOTEP.

- Genitourinario:
 - a. Inspección: no se evidencia nada a la inspección.
 - b. Palpación: no se evidencia nada a la palpación.
 - c. Percusión: PPL negativa, PRU no dolorosos.

- d. Genitales: se evidencia disminución del chorro miccional a la micción.
- e. Tacto rectal: Próstata de 2x2cm fibroelástica de bordes regulares, móvil, no presencia de nódulos. Incidentalmente se palpa lito en lecho prostático.

El resto de órganos y sistemas sin hallazgos patológicos.

Exámenes complementarios:

- Glucosa: 93mg/dl, urea: 29,6mg/dl, creatinina:0.9mg/dl, Hb: 14,4 g/dl, leucocitos: 8,4, Neutrófilos: 63%, Abastionados: 0%.
- Examen de orina: no patológico.
- UROTEM S/C: Gran imagen cálcica hacia el piso vesical a considerar gran lito. Se sugiere cistoscopia. Imagen con aspecto de colección de 47cc aproximadamente, prevesical con compromiso peritoneal anterior.

Impresión diagnóstica: De acuerdo a la sintomatología y exámenes de imágenes Litiasis Vesical.

Plan de Trabajo:

- Se hospitaliza al paciente para tratamiento quirúrgico de Litotripsia vesical intracorporea con láser.

Caso Clínico N°2

Paciente varón de 65 años con tiempo de enfermedad de 3 meses de inicio insidioso y curso progresivo, refiere que en setiembre fue a un chequeo médico particular y le realizan una ecografía donde se le diagnosticó pólipo vesicular, el médico le indica que requiere tratamiento quirúrgico motivo por el cual acude al Hospital militar donde es programada para dicho procedimiento.

Antecedentes:

- Patológicos: Artrosis (2017)
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- Familiares: Padre (meningitis).

- Hábitos nocivos: Tabaco y alcohol niega, otras drogas niega.
Examen Físico: Hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente y LOTEP.
- Piel: Tibia /hidratada, no edemas, llenado capilar < 2seg.
- Tórax y pulmón: tórax simétrico, amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax. Sin ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos audibles.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA presentes, timpanismo conservado.
- Genitourinario: micción espontánea, PPL no dolor, PRU no dolorosos.
- SNC: despierto y orientado en todas las esferas.

No se encontraron hallazgos patológicos al examen físico.

Exámenes complementarios:

- Hemograma: Hb: 12.8, Leucocitos: 5,400.
- Perfil de coagulación: TP: 13, INR: 1.03.
- Examen de orina: no patológico.
- Ecografía de abdomen completo: vesícula biliar alargada de 70x31mm de pared delgada 2mm. Presencia de imagen hiperecogénica adherida a pared vesicular de 17x15mm no se evidencia flujo pólipo de 12mm en pared posterior hasta fondo. Conclusión signos ecográficos en relación a pólipo vesicular. Hígado, páncreas, bazo y riñones sin hallazgos ecográficos patológicos.
- Urea: 29.9, creatinina: 0.81, glucosa: 104.

Impresión diagnóstica:

- Pólipo vesicular.

Plan de Trabajo:

- Se hospitaliza al paciente para tratamiento quirúrgico de colecistectomía laparoscópica.

ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Pediatría fue la cuarta rotación del internado, esta inició el 1 de agosto y terminó el 14 de octubre del año 2023. La rotación consistía en pediatría y neonatología.

Caso Clínico N°1

Niña de 3 años ingresa a emergencia acompañado de sus padres, la mamá refiere que desde hace 3 días su hija presenta deposiciones líquidas, menciona que las características de las heces son líquidas, amarillentas, con moco, niega sangrado, también refiere que su hija presentó 6 deposiciones el primer día, y el segundo y tercer día 5 deposiciones. Además, menciona que presentó otros síntomas como náuseas y un vómito un día antes del ingreso, motivo por el cual se encuentra inapetente y además refiere sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Patológico: niega
- Familiar (padre asmático, madre sin enfermedades)
- Quirúrgico: niega
- Alergias: niega
- Vacunas: completas

Examen físico: despierta, ventila espontáneamente, regular estado general.

Funciones vitales normales a excepción la temperatura de 38°C.

- Piel y faneras: tibia /semi hidratada /elástica. Mucosas húmedas sin signos de deshidratación. Llenado capilar < 2 seg. No cianosis, no ictericia, no palidez.
- Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos incrementados, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Neurológico: despierta, irritable, responde a estímulos.

El resto de órganos y sistemas sin hallazgos patológicos.

Diagnóstico planteado:

- Diarrea acuosa aguda

Plan de trabajo:

- En observación médica
- Exámenes de laboratorio: hemograma y reacción inflamatoria en heces.

Se le administró sales de rehidratación oral para hidratarla y metamizol EV por la fiebre que presentaba. Los resultados del hemograma fueron leucocitosis de 10000, hb:13. Al pasar de las horas, la paciente no estaba irritable, no presentaba náuseas ni vómitos, ni deposiciones líquidas y la fiebre remitió. Al tolerar vía oral y notable mejoría la paciente fue dada de alta luego de cuatro horas.

Caso Clínico N°2

Recién nacido sexo masculino de parto eutócico, situación longitudinal, posición izquierda presentación cefálica y encajada, sin sufrimiento fetal durante el parto, sin antecedentes de importancia. Líquido amniótico claro, cordón umbilical con dos arterias y una vena, expulsión total de placenta. Peso: 3300 gr, Talla: 49 cm. Las medidas antropométricas fueron perímetro cefálico: 35 cm, perímetro torácico: 31 cm, perímetro abdominal: 33cm. Presenta APGAR de 9 al primer minuto y 9 a los cinco minutos. Edad gestacional al Capurro: 39 semanas.

Examen físico en aparente buen estado general y ventila espontáneamente. Funciones vitales: FR: 45rpm, FC: 120lpm, T:37°C. Piel tibia, lisa e hidratada coloración rosada, buena implantación de pabellones auriculares, zona de vértex delimitada por suturas, aparato cardiovascular sin soplos audibles, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, abdomen globuloso, blando y depresible, genitales correspondientes al sexo, ano permeable y moviliza las cuatro extremidades.

El diagnóstico al nacer fue de recién nacido a término de sexo masculino de 39 semanas con adecuado peso para la edad gestacional.

A las 12hrs de nacido, madre refiere notar coloración amarillenta en tórax de su recién nacido, motivo por el cual se examinó al neonato.

Examen físico: Paciente activo y con funciones vitales normales.

- Piel y mucosas: piel tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos. Ictericia en escleras y piel hasta región Inter mamilar. No cianosis, no palidez.

El resto de órganos y sistemas permanecen normales, sin hallazgos patológicos.

Plan de trabajo:

- Se solicitan exámenes de laboratorio: Grupo sanguíneo y factor, hemograma y bilirrubinas.

Los resultados indicaron que el recién nacido pertenece al grupo A negativo. Hemograma con hemoglobina de 14mg/dl, bilirrubina total: 19mg/dl y bilirrubina indirecta:15mg/dl. La madre pertenece al grupo O factor Rh negativo.

ROTACION DE GINECO-OBSTETRICIA

La última rotación fue Gineco-Obstetricia, tuvo una duración de dos meses con dos semanas, la cual inició el 15 de octubre y culminó el 31 de diciembre del año 2023.

Caso Clínico N°1

Paciente mujer de 50 años acude por presentar dolor en hemiabdomen inferior de moderada intensidad que cursa con sangrado vaginal y que este ha ido incrementando, niega haber tenido síntomas asociados. Tiempo de enfermedad de 6 años de inicio insidioso y curso progresivo.

Antecedentes:

- Personales: niega
- Quirúrgicos: niega
- Patológicos: niega
- RAMS: niega
- Ginecológicos: G2 P2002 (Parto Eutócico)
 - a. Menarquia: 14años
 - b. FUR: 30/08/23
 - c. IRS: 20 años
 - d. NPS: 02

- e. UPAP: mayo 2023
- f. RC: 12-28 días.
- g. URS: Hace 1 semana
- h. MAC: Niega.

Examen Físico: Paciente en regular estado general, lúcida y orientada. Ventila espontáneamente, con funciones vitales estables. Lo positivo al examen físico fue:

- Abdomen: plano, RHA (+), rebote (-), blando/depresible, timpanismo (+/+++), moderadamente doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior con intensidad 7/10.

El resto de órganos y sistemas, sin interurrencias.

Plan de trabajo:

- Hospitalización
- Ecografía transvaginal: prueba de imagen diagnóstica para confirmar una posible miomatosis uterina por los síntomas mencionados por la paciente.

Caso Clínico N°2

Paciente mujer gestante de 20 años acude a emergencia por presentar sangrado vaginal y dolor pélvico, niega síntomas asociados, el tiempo de enfermedad es de 1 día, de inicio brusco y curso insidioso. Funciones vitales de la paciente al momento estable. Presenta en tópico de ginecología ecografía transvaginal del primer trimestre, de acuerdo a eso la paciente se encuentra en gestación inicial de 6.5ss.

Antecedentes:

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAMS: niega
- Ginecológicos: G1P0000
 - a. Menarquia: 13 años

- b. IRS: 17 años
- c. RC: 5-6/ 28 días
- d. MAC: Ninguno
- e. UPAP: Niega
- f. URS: hace 1 semana
- g. FUR: 26/10/23
- h. FPP: 02/07/24

Al examen físico: Se encuentra en regular estado general, LOTEPE, ventila espontáneamente. Lo positivo que se encontró es lo siguiente:

- Genitales externos: con evidencia de sangrado genital.
- Especuloscopia: cérvix antero posterior, orificio cervical externo (OCE) cerrado, se evidencia sangrado vaginal.
- Tacto vaginal: OCE cerrado, útero de aproximadamente 7cm, no dolor a la movilización.

El resto de órganos y sistemas sin intercurrentias.

De acuerdo al examen físico, síntomas y la ecografía, la paciente en emergencia es diagnosticada con:

1. Gestación de 6.5ss por Ecografía de primer trimestre.
2. Amenaza de aborto.

Plan de Trabajo:

- Hospitalización
- Hidratación
- Reposo absoluto
- Progesterona
- Se solicitó exámenes de laboratorio: examen de orina, Beta HCG y Hemograma.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico inició el 1 de marzo del año 2023 en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”, ubicado en el distrito de Jesús María, en Lima. Es un establecimiento de nivel III1, se brinda atención médica a trabajadores militares y familiares, en situaciones de emergencia brinda atención al público en general.

La primera rotación fue Medicina Interna, la jefa del servicio es la Dra. Chávez. Los médicos asistentes son el Dr. Lamilla y la Dra. Trujillo, cada uno de ellos trabajaba en el A21 que es clínica de mujeres, A31 y A32 pertenecen a clínica de varones. A cargo de los internos se encontraban los residentes, un total de 5 residentes en el servicio de medicina interna. En esta rotación el interno de medicina tuvo la capacidad de hacer una buena anamnesis, un correcto examen clínico, plantear diagnósticos presuntivos, elaborar el plan de trabajo y tratamiento. Las enfermedades más comunes que se presentaban en el servicio de emergencias y posteriormente hospitalizados en medicina interna fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial, infecciones urinarias, enfermedades renales y arritmias. Además, la autora del trabajo tuvo la oportunidad de rotar en otros servicios como neumología y onco-hematología. En el servicio de Neumología la enfermedad más común fue tuberculosis, los internos aprendieron los esquemas de medicamentos antituberculosos según el Minsa. En el servicio de Onco-hematología las enfermedades más frecuentes eran cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de colon y cáncer gástrico. Este último servicio mencionado trabajaba en compañía del servicio de cirugía oncológica y el servicio de psicología.

La segunda rotación fue Cirugía General, servicio a cargo de la Dra. Aguilar. En el piso A33 se encuentra el servicio de cirugía general, ha disposición se encuentran 7 médicos asistentes incluyendo a médicos especialistas cirujanos oncológicos y 4 residentes que están a cargo de los internos. Durante esta rotación había cirugías de emergencia como apendicitis aguda y obstrucción intestinal siendo éstas las más frecuentes. El interno aprendió a examinar a los pacientes de manera correcta para diagnosticar las enfermedades más

comunes y descartarlas, además de elaborar los exámenes prequirúrgicos y tener en cuenta las posibles complicaciones en el post operatorio.

La tercera rotación fue Pediatría, servicio a cargo de la Dra. Liendo. El servicio de pediatría y neonatología tiene a disposición 5 médicos asistentes y 4 médicos residentes. Durante esta rotación el interno logró diagnosticar y manejar las enfermedades más comunes que fueron enfermedades respiratorias, las enfermedades diarreicas agudas, el esquema de vacunación, el control y desarrollo de un niño sano y la atención inmediata en un recién nacido.

La última rotación fue Ginecología y obstetricia, servicio a cargo del Dr. Talavera. Este servicio tiene a disposición 9 médicos asistentes y 6 residentes. La mayoría de pacientes hospitalizadas eran ginecológicas. Así mismo, las pacientes obstétricas eran programadas para cesárea y algunas ingresaban por emergencia para parto vaginal. Durante esta rotación el interno tuvo la capacidad de aprender cuando una gestante se encuentra en trabajo de parto en fase activa y latente, además de la monitorización adecuada. Además, logró aprender el diagnóstico y tratamiento sobre las enfermedades ginecológicas más frecuentes como prolapso y mioma uterino.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

ROTACION DE MEDICINA INTERNA

Caso Clínico N°1

Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron: prueba antígeno para COVID-19: positiva. AGA con Ph: 7.3, PCO₂: 38, PO₂: 75, glucosa: 95, Urea: 18, Creatinina: 0.27, dímero D: 4.02. El paciente evoluciona desfavorablemente motivo por el cual pasa a Unidad de cuidados intensivos (UCI) por desaturación, para recibir oxigenoterapia con cánula de alto flujo. En UCI ingresa con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria aguda tipo I y Neumonía por SARS-CoV-2.

Los resultados del hemograma se encuentran con leucocitos: 25000 sin desviación izquierda, además el paciente permanece febril desde su ingreso a UCI, a las indicaciones terapéuticas se adicionó antibiótico ciprofloxacino. Una semana después se vuelve a tomar prueba antigénica para covid-19 y resultó negativo, se procede en cambiar la cánula de alto flujo por cánula binasal (CBN) y es trasladado al servicio de medicina interna para culminar su tratamiento con antibiótico de ciprofloxacino por diez días.

En el servicio de medicina interna al examen físico presenta SatO₂ de 93% con CBN a 1 litro, el resto de funciones vitales dentro de valores normales.

- Sistema respiratorio: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, sin ruidos agregados.

El resto de órganos y sistemas sin hallazgos patológicos.

Días posteriores se le retiró la CBN y presentó SatO₂:96%, su evolución fue favorable al pasar los días, motivo por el cual fue dado de alta.

Según la gravedad de la enfermedad el COVID- 19 se clasifica en 5 tipos. Los tipos son leve, moderado, grave y crítico. El tipo crítico se manifiesta con insuficiencia respiratoria aguda, shock séptico o daño en órganos, así como se presentó en el caso del paciente (4).

Caso Clínico N°2

Los resultados del Eco Doppler arterial de MMII fueron:

- Signos de estenosis y de hipoflujo en arterias femoral común izquierda, en arterias poplíteas y arterias tibiales.
- Ateroesclerosis en ambos miembros inferiores.

Los resultados del Eco Doppler venoso sin hallazgos patológicos. La Radiografía de pie izquierdo sin fractura.

En medicina Interna las indicaciones terapéuticas de acuerdo a los diagnósticos planteados, exámenes de laboratorio y estudios de imagen, fueron dieta hipoglúcida e hipograsa, antibiótico de amplio espectro Meropenem 1gr , 01 ampolla EV cada 12 horas , Paracetamol 1gr 01 ampolla EV condicional a temperatura mayor o igual a 38 grados centígrados, Tramadol 50mg ampolla SC condicional a dolor cutáneo, Atorvastatina 40 mg 01 tableta VO cada 24 horas después de cena, insulina lispro a escala móvil y curación diaria de pie diabético con agua oxigenada y sulfadiazina de plata.

El pie diabético es una de las complicaciones más comunes en pacientes diabéticos mal controlados. No se les realiza un control glucémico frecuente y consecuentemente trae complicaciones como neuropatías, enfermedad vascular periférica o mal cuidado de los pies. Además, desencadena osteomielitis y amputación en miembros inferiores. Los traumatismos repetitivos y usar zapatos ajustados en los pies suelen causar úlceras (5).

Las úlceras se clasifican en cinco grados de acuerdo a la profundidad:

- Grado 1: La úlcera es superficial.
- Grado 2 La úlcera es profunda y abarca el tendón o la articulación.
- Grado 3: La úlcera es más profunda y se presenta como un absceso u osteomielitis.
- Grado 4: Gangrena delimitado al antepié.
- Grado 5: Gangrena generalizada en pie.

En caso de la paciente, la úlcera se delimita al antepié, siendo un grado 4, según lo clasificado por Wagner.

Los gérmenes más comunes que se encuentran en un pie diabético son estafilococos, estreptococos y pseudomona. Los diabéticos tienen mayor riesgo de infección de la úlcera debido a que en su piel almacenan más estafilococos, por tal motivo se usarán antibióticos solo si se sospecha de una infección en la lesión. El tratamiento en casa incluye antibióticos como cefalosporinas o amoxicilina más ácido clavulánico, si es resistente a medicamentos para estafilococos se usan otros medicamentos como clindamicina, linezolid o trimetropin-sulfametoxazol. Vía parenteral se utilizan otros antibióticos como piperacilina-tazobactam, en alérgicos a penicilinas se usa carbapenémicos como el meropenem que se le administró a la paciente por ser alérgica a las penicilinas (6).

Posteriormente se debe realizar una revascularización para el correcto flujo de oxígeno y que los antibióticos lleguen a la lesión. La angioplastia es un procedimiento utilizado para restablecer el flujo sanguíneo en pie diabético (7).

ROTACION DE CIRUGÍA

Caso Clínico N°1

Los cálculos en la vejiga son cálculos de consistencia sólida que suelen estar calcificados. La incidencia de cálculos en la vejiga se encuentra con mayor frecuencia en los países en desarrollo a consecuencia de los alimentos que se consumen.

El tratamiento quirúrgico que se le realizó fue una cistolitotomía convencional más extracción de cuerpo extraño, los hallazgos intraoperatorios fueron un lito vesical de 3x4cm con presencia de cuerpo extraño (malla) adherido a vejiga y pared pélvica. No hubo complicaciones intraoperatorias.

El paciente evolucionó favorablemente durante los días postoperatorios, se encontraba hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, con leve dolor en hipogastrio en zona de herida operatoria, portador de dren tubular permeable situado en herida operatoria, que sale orina clara y portador

de sonda Foley permeable. Las indicaciones terapéuticas en el post operatorio fueron doble cobertura antibiótica con ceftriaxona 1gr EV c/24hrs y amikacina 1gr EV C/24hrs, protector gástrico esomeprazol 40mg EV c/24hrs, y analgésico parecoxib 40mg EV c/24hrs.

No se presentaron interurrencias motivo por el cual el paciente fue dado de alta al tercer día post operatorio con antibiótico y analgésicos para el dolor por cinco días.

El tratamiento médico consiste en diluir los cálculos, en algunas ocasiones se puede lograr con agentes alcalinizantes orales como el fosfato de calcio. La terapia quirúrgica es llamada cistolitolapaxia a través de un cistoscopio, acompañado de terapia disruptiva, láser, ultrasonidos y con un procedimiento llamado "litotrito" (trituration mecánica) (8).

El tratamiento quirúrgico que se le realizó en el paciente fue una cistolitotomía convencional más extracción de cuerpo extraño, los hallazgos intraoperatorios fueron un lito vesical de 3x4cm con presencia de cuerpo extraño (malla) adherido a vejiga y pared pélvica. No hubo complicaciones intraoperatorias.

El paciente evolucionó favorablemente durante los días postoperatorios, se encontraba hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, con leve dolor en hipogastrio en zona de herida operatoria, portador de dren tubular permeable situado en herida operatoria, que sale orina clara y portador de sonda Foley permeable. Las indicaciones terapéuticas en el post operatorio fueron doble cobertura antibiótica con ceftriaxona 1gr EV c/24hrs y amikacina 1gr EV C/24hrs, protector gástrico esomeprazol 40mg EV c/24hrs, y analgésico parecoxib 40mg EV c/24hrs.

No se presentaron interurrencias motivo por el cual el paciente fue dado de alta al tercer día post operatorio con antibiótico y analgésicos para el dolor por cinco días.

Caso Clínico N°2

Los pólipos vesiculares se presentan como proyecciones hacia la luz de la vesícula biliar. Se presenta de manera asintomática en algunas ocasiones

o síntomas similares a una colecistitis como dolor en hipocondrio derecho y vómitos.

Los pseudopólipos o pólipos de colesterol son los más frecuentes, representan al rededor del 90%. Los pólipos de colesterol se asocian a síntomas de colecistitis crónica.

El diagnóstico es definitivo es con estudios de imagen, el más sensible es la ecografía abdominal. A menudo son hallazgos incidentales, estos se presentan como lesión única o pueden ser múltiples, además pueden aparecer junto con cálculos biliares. Los cálculos biliares son móviles y se diferencian de los pólipos que permanecen fijos a la pared vesicular (8).

El tratamiento quirúrgico que se realizó al paciente fue COLELAP (colecistectomía laparoscópica) más liberación de adherencia. Los hallazgos intraoperatorios fueron adherencias íntimas hepática-epiploica y hepática colónica, vesícula biliar de 8x3cm de pared delgada con adherencias al duodeno, contenido de líquido biliar oscuro. No hubo complicaciones intraoperatorias.

Los pólipos mayores a 1 cm de tamaño se realiza colecistectomía por mayor riesgo a ser maligno. Es importante que se intervenga con anticipación para mejores resultados en un futuro y puedan ser curados de manera más rápida que una lesión avanzada. En situaciones de cáncer de vesícula biliar más agresivo se necesita una colecistectomía abierta con extracción de ganglios linfáticos (9).

El paciente evolucionó favorablemente durante los días postoperatorios, se encontraba hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, refería dolor leve a moderado (6/10) en sitio operatorio, sin complicaciones postoperatorias. Las indicaciones terapéuticas indicadas fueron antibiótico ceftriaxona 2gr EV c/12 horas el primer día PO al segundo día se le indicó c/24 horas, protector gástrico esomeprazol 40mg EV c/24 horas, de analgésico ketoprofeno 100mg EV c/8 horas y tramadol en caso aumente el dolor, no fue usado en el paciente. Al tercer día postoperatorio el paciente fue

dado de alta con indicaciones médicas de altas, pasó a antibiótico y analgésico VO por 5 días y se le explicó situaciones de emergencia por las cuales debería de regresar al hospital.

ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso Clínico N°1

La diarrea se define aumento de contenido líquido en heces. La enfermedad diarreica aguda se refiere a la aparición de tres o más deposiciones acuosas en 24 horas por un periodo de 14 días o menos. Las diarreas agudas son causadas mayormente por alguna infección viral y estas a su vez pueden ser acuosas o invasivas (sanguinolentas). Pasa a ser diarrea crónica o persistente cuando la diarrea tiene un periodo de más de 14 días. La infección comúnmente causa diarrea aguda (10).

En el caso de la paciente esta fue una diarrea acuosa aguda. En este tipo de diarrea existen agentes etiológicos según la edad del paciente, en bebés y niños menores de 2 años la principal causa es una gastroenteritis debido a rotavirus, en niños mayores la causa principal es escherichia coli enterotoxigénica. También debemos tener en cuenta el cólera causado por el *Vibrio cholerae*, ésta es una causa importante de diarrea en niños mayores de 2 años.

El tratamiento de diarrea aguda indicado para niños incluye modificar a valores normales la pérdida de líquidos y electrolitos, corregir la nutrición y controlar las comorbilidades en relación a la enfermedad.

Para el tratamiento de la diarrea es importante la rehidratación, cuyo objetivo es reponer la pérdida de agua y electrolitos. Son dos etapas, la primera inicia con la etapa de reemplazo que mejora el estado clínico ocasionado por la pérdida de líquidos y micción del paciente. Debe haber mejoría después de las primera cuatro horas que se inició con el tratamiento. La segunda etapa es de mantenimiento, el objetivo es neutralizar las deficiencias persistentes de agua y electrolitos, esta etapa culmina cuando el cuadro clínico diarreico haya desaparecido (11).

La OMS propuso cierto tratamiento según ciertas pautas.

- Plan A: Se refiere a los pacientes clínicamente sin signos de deshidratación, ellos reciben tratamiento de mantenimiento con suero de rehidratación oral (SRO) en casa y deberán tolerar vía oral. Por cada diarrea o vomito los menores de 2 años recibirán aproximadamente 50 a 100ml y los mayores de dos años 100 a 200ml.
- Plan B: Se refiere a los pacientes, con cierta deshidratación, al rededor del 10%. Recibirán terapia de reemplazo con SRO bajo supervisión médica. De acuerdo al peso y la edad se cuantificará el volumen que deberá recibir de terapia de reemplazo. La terapia de mantenimiento con SRO para regular las pérdidas de líquido.
- Plan C: Son los pacientes con deshidratación grave y son casos de emergencia. Se repondrán los líquidos por vía endovenosa.

Según la OMS, se recomienda la administración de vitaminas y minerales para diarreas. Se suministra por 14 días 10mg diarios de zinc en mayores a 6 meses y menores a 5 años. En niños con diarrea acuosa y con xeroftalmia o queratitis se suministra vitamina A.

Es importante prevenir diarreas con las vacunas contra el cólera, el rotavirus y sarampión. Además de medidas de higiene sobre alimentos limpios y desinfectados; y el correcto lavado de manos con agua y jabón (12).

Caso Clínico N°2

De acuerdo a los resultados de laboratorio y el examen físico, se agregó el siguiente diagnóstico:

- Ictericia neonatal por incompatibilidad de grupo sanguíneo.

La fototerapia fue el tratamiento indicado, además de hidratarlo y reciba lactancia materna exclusiva. Días posteriores se observa mejoría en coloración de la piel y exámenes de laboratorio de bilirrubina dentro de los

valores normales, se le dio de alta al paciente.

La ictericia neonatal es causada por niveles incrementados de bilirrubina total (BT>5mg/dl en neonatos) y se presenta clínicamente con coloración amarillenta en piel y mucosas.

Existen dos tipos la fisiológica y patológica. La ictericia fisiológica es la más frecuente en neonatos, aparece luego de 24hrs y culmina a las 3 semanas (13).

La ictericia patológica se presenta en menos de 24hrs e incremento de bilirrubina total 5mg/dl/día por más de 3 semanas. Las causas más importantes de la patológica son:

- Incompatibilidad de grupo: Para ello la madre es grupo O y el recién nacido A o B.
- Incompatibilidad Rh: La madre debe ser Rh negativo y el recién nacido Rh positivo.
- Lactancia materna: Poco consumo de leche materna causando incremento de bilirrubina en sangre.
- Leche materna: Exceso de consumo de leche materna causando incremento de bilirrubina en sangre.

Para el tratamiento existen dos opciones como la fototerapia y exanguinotransfusión.

ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso Clínico N°1

Los leiomiomas uterinos o fibromas son una neoplasia benigna frecuente en mujeres en edad reproductiva. Aunque son benignos, afectan de manera física y mental. El crecimiento inapropiado del músculo liso del útero es llamado miomatosis.

Los síntomas más comunes incluyen metrorragia, menorragia o una combinación de ambas, se puede acompañar de otros síntomas menos frecuentes como dispareunia o dolor pélvico. El estándar de oro es la

ecografía transvaginal por sensibilidad del más del 90%, para poder observar los miomas.

A la paciente se le realizó la ecografía transvaginal, lo hallazgos fueron mala diferenciación en cavidad uterina por presencia de múltiples miomas, útero con bordes irregulares, en la pared del útero se describe ecogenicidad heterogénea con múltiples momas, el de mayor tamaño de localización posterior de tipo subseroso de 77x81x85mm, en pared anterior mioma intramural de 5x50x56mm, cercano al cérvix al OCI mioma de 19x16mm y otro de 21x15mm. En vejiga y ovarios no se encontraron hallazgos patológicos de la ecografía transvaginal. En conclusión, los hallazgos ecográficos describen un útero anteverso con miomatosis uterina múltiple con endometrio proliferativo.

Al confirmarse el diagnóstico definitivo de miomatosis uterina, se programó a la paciente para tratamiento con procedimiento quirúrgico de Histerectomía abdominal total más Salpingooforectomía bilateral debido a que ya era infértil. Se solicitaron exámenes pre quirúrgicos los cuales se encontraron dentro de los valores normales, luego se realizó las interconsultas al servicio de neumología, cardiología y por último anestesiología para los riesgos quirúrgicos. No hubo restricciones por ninguna de las especialidades ya mencionadas, el servicio de anestesiología sugirió la disponibilidad de un paquete globular.

Los hallazgos del procedimiento quirúrgico fueron presencia de útero de aproximadamente 14cm con presencia de miomas a predominio de pared posterior, anexos normales y sangrado intraoperatorio de 300cc, por lo cual no fue necesario el paquete globular. Los días postoperatorios la paciente tuvo una evolución favorable, refería dolor leve a moderado y se le realizó un control de hemoglobina, la paciente tenía hemoglobina (Hb) pre quirúrgica de 14.3 y su control post quirúrgico con Hb de 12. En el tratamiento post operatorio se le indicó antibiótico de ceftriaxona 1gr EV c/12hrs por tres días y de analgésico ketoprofeno 100mg EV c/8hrs por 3 días, en caso aumente el dolor estaba indicado tramadol, aunque no fue necesario y fue dada de alta al tercer día sin presentar complicaciones.

El manejo médico para la miomatosis uterina se enfoca en disminuir el sangrado y el dolor. Para ello se prescribe anticonceptivos hormonales, agonistas de GnRH y analgésico. La terapia quirúrgica consta de diferentes opciones y dependerá si se encuentran en edad fértil o no, los procedimientos menos invasivos son ablación endometrial para pacientes cuya queja es sangrado abundante, otra opción es embolización de la arteria uterina para quienes deseen aún ser fértil. Los procedimientos quirúrgicos mas invasivos son miomectomía para quienes deseen aún ser madres en un futuro y por último la histerectomía que es el tratamiento definitivo (14).

Caso Clínico N°2

Amenaza de aborto se define como sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación con orificio cervical no abierto. La Organización Mundial de la Salud lo define como flujo vaginal con sangre en el embarazo o sangrado en la primera mitad del embarazo sin dilatación cervical (15).

Se recibieron los exámenes de laboratorio, el examen de orina tuvo resultados de leucocitos > 100/campo y hematíes abundantes, Beta HCG cuantitativo en 5000 lo cual confirma estar dentro de los valores normales para un embarazo de 5 semanas y el hemograma se encontraba dentro de los valores normales. Al segundo día de hospitalizada a los diagnósticos mencionados previos de Amenaza de aborto se le agregó el diagnóstico de Infección del tracto urinario (ITU) en gestación.

Durante el embarazo la ITU es un factor de riesgo para el feto, afecta la salud de la madre y la evolución de la gestación debe ser observada constantemente. Las complicaciones que puede producir son principalmente amenaza de aborto y consecuentemente parto prematuro, además bajo peso al nacer entre otros.

Como tratamiento se le indicó reposo absoluto, progesterona 200mg VV c/12hrs y se le agregó un antibiótico, ceftriaxona 1gr EV c/12hrs. La evolución

de la paciente fue favorable, al tercer día la paciente niega molestias, no hay presencia de sangrado vaginal, no se reportan interurrencias y funciones biológicas conservadas.

La paciente al estar hemodinámicamente estable y sin sangrado vaginal, es dada de alta. Las indicaciones médicas de alta incluyen antibiótico con cefuroxima 500mg VO c/12hrs por cinco días para continuar su tratamiento de infección urinaria, un analgésico como ketorolaco 10mg VO c/8hrs por cinco días y continuar con progesterona 200mg VV c/12hrs por quince días, además se le explicó razones por las cuales debería volver a emergencia si presenta sangrado vaginal abundante, dolor abdominal intenso o fiebre.

El tratamiento de la amenaza de aborto con dosis de 400 mg de progesterona, ha demostrado en diferentes estudios gran disminución de pérdidas de embarazo (16).

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es la última oportunidad de aprendizaje de la carrera de medicina, los internos aplican el aprendizaje teórico durante todos esos años. Un 1 de marzo del año 2023 inicio el internado médico en el Hospital Militar Central.

Los internos tuvieron la oportunidad de rotar en 4 servicios, estas son Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna. Dentro de estas rotaciones los internos pudieron rotar adicionalmente en diferentes especialidades como por ejemplo en urología, traumatología, gastroenterología, cirugía cardiovascular y torácica, entre otros, siendo participe de procedimientos médicos y quirúrgicos. Este hospital cuenta con más de 20 especialidades.

Los internos tuvimos la oportunidad de aprender de los residentes que estuvieron a cargo y de los asistentes. Las visitas médicas fueron de mucha importancia para tener la capacidad de aprender las patologías de cada uno de los pacientes, una buena anamnesis con examen físico y los exámenes de laboratorio o de imagen fueron de gran ayuda para el diagnóstico presuntivo y por último el plan de trabajo con su tratamiento.

v. CONCLUSIONES

El último año de la carrera de Medicina Humana se realiza el internado médico siendo ésta una etapa fundamental para nuestra labor de médico profesional en un futuro. En esta etapa los internos tienen la oportunidad de integrar y aplicar el conocimiento teórico y práctico adquirido a lo largo de la carrera en un ambiente real, además de adquirir habilidades, aprender a trabajar en grupo con un equipo multidisciplinario y a tomar decisiones en situaciones de alta presión.

El internado médico tuvo una duración de 10 meses en el Hospital Militar Central, debido a estragos de la pandemia por COVID-19, siendo normalmente de 12 meses de duración. A pesar de ello, se logró desarrollar las competencias necesarias, para desempeñar posteriormente la labor profesional una vez egresado. En el Hospital Militar Central los internos rotaron por 4 especialidades que fueron Medicina interna, Pediatría, Gineco-obstetricia y Cirugía general. Al no rotar por centro de salud, los internos tuvimos mayor oportunidad para rotar en otras especialidades y así ampliar nuestros conocimientos.

Los médicos tutores asignados por la universidad, fueron un pilar fundamental en este periodo de internado, mediante su asesoramiento y guía nos brindaron exposiciones para fortalecer los temas de las patologías más frecuentes por cada rotación, mejorando nuestro aprendizaje al reforzar la teoría. Además, con la enseñanza y experiencia de los médicos asistentes y médicos residentes pudimos enriquecer nuestros conocimientos, y participar en algunos procedimientos médicos y quirúrgicos bajo supervisión.

vi. RECOMENDACIONES

1. Los internos cumplieron con lo propuesto de rotar por los 4 servicios más importantes en el periodo de 10 meses. Debido a la gran carga laboral asignada se recomienda que los internos tuvieran una asesoría previa por internos egresados y puedan conocer cada servicio, además de como rellenar los formatos de laboratorio, de imagen etc. Así desde un inicio sería más beneficioso para el interno poder cumplir de manera satisfactoria las labores que se le asignan.
2. Es importante que los internos tengan un seguro de vida debido a que están expuestos a diferentes enfermedades sobre todo las respiratorias ya que aún hay pacientes con COVID-19, por ello se recomienda que a los próximos internos se les otorgue material de equipo de protección y se lleve una charla sobre las medidas de bioseguridad, además de un seguro de vida.
3. Se recomienda que los tutores asignados a los internos acuerden con otros médicos especialistas para que los internos tengan la oportunidad de participar con mayor frecuencia en los procedimientos médicos y quirúrgicos. Principalmente, los casos más frecuentes de emergencias como saber atender partos eutócicos, sutura de heridas, atención del recién nacido, entre otros para que en el SERUMS estén adecuadamente capacitados.
4. Los internos de medicina trabajan diariamente incluyendo feriados y días no laborables, motivo por el cual es recomendable que reciban lo que corresponde a un sueldo mínimo por su ardua labor sin tener días de descanso.
5. Sería adecuado que los internos de medicina cuenten con áreas de descanso dentro de la institución debido a que necesitan un espacio limpio y seguro para descansar antes y después de las guardias y puedan rendir con sus labores. Además de implementar salones académicos para las exposiciones diarias.
6. Se recomienda que se implemente una ley en la que todos los internos de medicina reciban un plato de comida sin distinción de la institución a la que pertenecen. De acuerdo a la rotación en la que estén los internos en la

mayoría de veces ingresan en las madrugadas y salen al terminar el día, al trabajar en un hospital es importante que la institución vele por una buena nutrición en cada uno de los internos para poder cumplir con sus labores.

vii.FUENTES DE INFORMACION

1. Historia - HMC [Internet]. [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en: http://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
2. Taype-Rondán Álvaro, Tataje Rengifo Gustavo, Arizabal Angela, Alegría Hernández Sacla. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An. Fac. med. [Internet]. 2016 Ene [citado 2023 Mar 27] ; 77(1): 31-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i1.11550>.
3. . Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, IngaBerrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. ACTA MEDICA Perú. 30 de agosto de 2016;33(2):105-105.
4. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, et al. Características, evaluación y tratamiento del coronavirus (COVID-19) [Actualizado el 18 de agosto de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
5. Oliver TI, Mutluoglu M. Úlcera del pie diabético. [Actualizado el 8 de agosto de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537328/>
6. Arias-Rodríguez Fabián Darío, Jiménez-Valdiviezo Milton Andrés, del Cisne Ríos-Criollo Katherine, Murillo-Araujo Gabriela Patricia, Toapanta-Allauca David Santiago, Rubio-Laverde Katherin Andrea et al. Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. Angiología [Internet]. 2023 Ago. [citado 2024 Mar 06] ; 75(4): 242-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400006&lng=es. Epub 27-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00474>
7. Armstrong D, Richard J. Manejo en pie diabético. En UpToDate. [Internet]. Publicado el 24 de abril del año 2022. Disponible en : <https://www.uptodate.com>

/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers?search=pie%20diabetico&source=search_result&selectedTitle=1%7E127&usage_type=default&display_rank=1

8. Leslie SW, Sajjad H, Murphy PB. Cálculos en la vejiga. [Actualizado el 31 de julio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441944/>
9. Jones MW, Deppen JG. Pólipo de la vesícula biliar. [Actualizado el 14 de agosto de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470211/>
10. Nemeth V, Pflieger N. Diarrea. [Actualizado el 21 de noviembre de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448082/>
11. Organización Mundial de la Salud. El tratamiento de la diarrea, un manual para médicos y otros trabajadores sanitarios de alto nivel. 4ta revisión. OMS/CH/CAH/05.1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43209>
12. Trehan I, Brown N. Manejo de la desnutrición aguda grave complicada en niños en entornos de recursos limitados. En: UpToDate [Internet]. Publicado en febrero año 2024. Disponible en : https://www.uptodate.com/contents/management-of-complicated-severe-acute-malnutrition-in-children-in-resource-limited-settings?search=enfermedad%20diarreica%20aguda&source=see_link#H9
13. Ansong-Assoku B, Shah SD, Adnan M, et al. Ictericia neonatal. [Actualizado el 20 de febrero de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): Stat Pearls Publishing; 2024 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532930/>
14. Barjon K, Mikhail LN. Leiomiomas uterinos. [Actualizado el 7 de agosto de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546680/>
15. Mouri MI, Hall H, Rupp TJ. Amenaza de aborto. [Actualizado el 5 de septiembre de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publis

hing; 2024 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/>

16. Buitrón García Rafael, Vera Gaspar Drusso, Zancatl Díaz Martha, Kably A. Alberto. Progesterona y amenaza de aborto. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2019 [citado 2024 Mar 03]; 87(7): 496-498. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019000700011&lng=es. Epub 06-Ago-2021.