



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
ANGELICA DANIELA SAM CORTEZ  
MATÍAS CASTILLO GAROFOLIN**

**ASESOR  
ROSARIO GEANINA CERRON VALVERDE**

**LIMA - PERÚ  
2023**



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
ANGELICA DANIELA SAM CORTEZ  
MATÍAS CASTILLO GAROFOLIN**

**ASESORA  
DRA. ROSARIO GEANINA CERRON VALVERDE**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## JURADO

Miembro: ***FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA***

Miembro: ***JOHANDI DELGADO QUISPE***

Miembro: ***CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA***

*Miembros de Jurado Evaluador -TSP*

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres, por su dedicación y apoyo a lo largo de toda la carrera, gracias por nunca dudar de nosotros, este trabajo va dedicado enteramente a ustedes.

A mi asesora, Dra. Cerron quien me guió y me brindó las herramientas necesarias para poder desarrollar de la mejor manera el presente trabajo.

A mi sede hospitalaria de la cual se basa este trabajo, por darme los conocimientos y la oportunidad de desarrollarlos.

## ÍNDICE

PORTADA .....	I
JURADO .....	II
DEDICATORIA .....	III
ÍNDICE.....	IV
RESUMEN .....	V
ABSTRACT .....	VI
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EL INTERNADO .....	33
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	35
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA .....	48
CONCLUSIONES .....	49
RECOMENDACIONES .....	50
FUENTES DE INFORMACIÓN .....	51

## RESUMEN

En el presente trabajo se describe la experiencia obtenida durante el internado de Medicina Humana realizado en el Hospital Central de Policía del Perú, ubicado en el distrito de Jesús María, durante los años 2022 y 2023. El rol de interno dentro del nosocomio es guiado por un tutor denominado médico asistente, donde gracias a esta guía se obtiene una mayor destreza y responsabilidad frente al contacto directo con los pacientes (1). Es una experiencia profesional en la cual se permite consolidar los conocimientos y habilidades que se obtienen durante los 6 años previos, estas prácticas preprofesionales se realizan durante el último año curricular de la carrera, donde los médicos internos rotan en las cuatro grandes especialidades hospitalarias: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía (2). En el presente trabajo, se describen los casos clínicos y patologías vistas durante estas cuatro (4) rotaciones clínicas y/o quirúrgicas; en las cuales el interno tuvo una participación desde el ingreso del paciente hasta su alta.

**Palabras clave:** Internado médico, Medicina Humana, rotación, especialidades

## **ABSTRACT**

This paper describes the experience obtained during the human medicine internship held at the Central Police Hospital of Peru, located in the district of Jesús María in Lima, Peru, during the years 2022 and 2023. The role of intern within the The hospital is guided by a tutor called an assistant physician, where thanks to this guide, greater skill and responsibility is obtained in direct contact with patients (1). The medical internship is a professional experience in which it is possible to consolidate the knowledge and skills obtained during the previous 6 years of study. These pre-professional practices are carried out during the last curricular year of the human medicine career, where doctors Interns rotate in the four major hospital specialties: internal medicine, gynecology and obstetrics, pediatrics, and surgery (2). This paper describes the clinical cases and pathologies seen during these 4 clinical and/or surgical rotations; in which the intern participated from the patient's admission until discharge.

**Keywords:** Medical internship, Human Medicine, rotation, specialties, basic health services



NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA  
NACIONAL DEL PERÚ 2022-2023**

AUTOR

**Angelica Daniela Sam Cortez**

RECuento DE PALABRAS

**12364 Words**

RECuento DE CARACTERES

**66865 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**54 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**150.6KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 24, 2023 9:32 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 24, 2023 9:33 AM 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
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



-----  
**ROSARIO GEANINA CERRON VALVERDE**

**MEDICO PEDIATRA**

**CMP 47858**

**RNE 27238**

**CODIGO ORCID 0000 0002 7244 399X**

## INTRODUCCIÓN

El internado en el Perú viene a ser una etapa obligatoria en la formación de todo médico, en el cual los internos de medicina (IM) pueden llegar a participar de manera activa en los establecimientos de salud donde fueron asignados, teniendo responsabilidades y deberes sobre los pacientes que tienen a su cargo; además de participar de forma activa en las visitas médicas, realizan procedimientos médicos y consolidan los conocimientos adquiridos en la Facultad de Medicina Humana, todo esto bajo la tutoría de un médico asistente (2).

El Hospital Central PNP. Luis N Sáenz se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María, Lima, Perú. Viene a ser una entidad prestadora de salud de nivel 8 O 3 y que, debido a la alta especialización con la que cuenta, es concurrida con aproximadamente el 50 % del total de personal policial, además de la familia de estos. Cuenta con diversos servicios asistenciales, entre ellos las 4 grandes especialidades hospitalarias: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía (3), donde los internos desarrollan sus habilidades y ponen en práctica sus conocimientos.

El internado en el Hospital Central PNP. Luis N Saenz dio inicio en abril del año 2022, a esta sede hospitalaria se pudo acceder de acuerdo con el ponderado que uno poseía, es así uno de los hospitales con mayor demanda, ya sea por su gran infraestructura, grandes tutores con los que cuenta y/o adecuada formación académica. Antes de comenzar con las prácticas clínico-quirúrgicas, el hospital realiza clases inductorias en las cuales se imparten las normas de bioseguridad, las instrucciones a tomar en cuenta en cada rotación, recorrido por las instalaciones, entre otros.

Se debe tener en cuenta que el internado es la etapa más importante y crítica de la carrera, debido a que en este último peldaño el contacto con el paciente es día a día y de forma directa, al igual que con los familiares; en este año se puede llegar a comprender que la medicina mucho más que tratar enfermedades llega a tratar pacientes, siendo todos totalmente diferentes, por lo que se necesita un manejo adecuado para cada uno.

Por último, se debe tener en cuenta que aún el internado cruza por una etapa con restricciones debido a la pandemia por COVID-19, si bien es cierto que esta ha sido aplacada gracias a los medios de promoción y prevención de la salud, no exenta de que todavía se presenten algunos casos de esta patología por lo que el aislamiento y contagios en el personal de salud siguen vigente, no siendo la excepción el presente centro hospitalario.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado es una etapa, para los estudiantes de Medicina, en la cual desarrollan sus capacidades académicas, destrezas y habilidades en el ámbito clínico-quirúrgico. En este periodo, además de tener deberes asistenciales también cuenta con los de índole administrativos. Tener en cuenta que a lo largo de este entrenamiento tiene contacto directo y constante con los pacientes y sus familiares; cumpliendo distintos roles tales como reconocer riesgos, aplicar medidas promocionales y preventivas, realizar diagnósticos y tratamientos oportunos. El desarrollo del internado en el Hospital Central PNP. Luis N Saenz se da en las cuatro (4) especialidades de la medicina hospitalaria.

### **1. Cirugía General**

En este servicio, el interno llega a adquirir las habilidades, destrezas y capacidad para poder realizar un adecuado diagnóstico y un tratamiento acorde. Puede observar las patologías más frecuentes como litiasis vesicular, apendicitis aguda, obstrucción intestinal, quemaduras, entre otras; además, participa activamente en su manejo, tanto en el área de hospitalización como en el de emergencia.

Debemos tener en cuenta que en el área de Emergencia, desarrolla destrezas en el tópico de cirugía, tiene un primer contacto con el paciente donde puede desarrollar sus habilidades de diagnóstico como de manejo primario, tales como limpieza de heridas, suturas, vendajes, entre otros. En el área de hospitalización, puede desarrollar habilidades en el seguimiento del paciente hospitalizado, ya que el interno en muchas ocasiones se encarga de la evolución diaria de los pacientes, así como su mantenimiento en esta sala, del mismo modo pueden llegar a asistir en sala de operaciones, siempre y cuando tenga el conocimiento adecuado de los casos.

### **2. Ginecología y Obstetricia**

El servicio de ginecología-obstetricia mezcla de manera armoniosa las actividades clínicas con las quirúrgicas, en este servicio el interno trabaja directamente con el ginecólogo y los obstetras, de esta manera adquiere conocimientos de distintas patologías que afectan a las gestantes y no gestantes.

En este servicio, participa activamente en las diferentes salas que derivan de las gestantes tales como las salas de dilatación, de parto y de puerperio, en este punto puede llegar a ser partícipe del proceso de parto y posterior alumbramiento, además de las cesáreas programadas a causa de diferentes patologías y/o complicaciones de las gestantes.

Del mismo modo, en el ámbito de la ginecología se pueden observar las patologías más frecuentes como infecciones de tracto urinario, enfermedad pélvica inflamatoria, ITS, endometriosis, entre otras. Donde también existen manejos farmacológicos y quirúrgicos, el interno es participante activo en el desarrollo clínico, terapéutico y/o quirúrgico de las distintas pacientes.

### **3. Pediatría**

El servicio de Pediatría se divide en área de Hospitalización, Emergencia Pediátrica y Neonatología. El interno podrá desarrollar habilidades en las patologías más comunes en edad pediátrica, además de la adecuada atención del recién nacido en la parte de neonatología.

Las emergencias pediátricas más comunes que se observaron fueron diarreas agudas con cuadro de deshidratación, infecciones respiratorias agudas, exantémicas, entre otras. Además, en la sala de Hospitalización desarrollan diferentes habilidades como poder evolucionar a los pacientes, mantener actualizado sus cuadros de balance, realizar adecuadamente los manejos terapéuticos, estas actividades se realizan siempre con guía de un médico asistente.

En la parte de neonatología, participa activamente en la primera atención del recién nacido, además se le brinda talleres de RCP neonatal y el manejo de otras patologías de los neonatos.

### **4. Medicina Interna**

El servicio de medicina interna incluye casos de diversas especialidades médicas como nefrología, neurología, gastroenterología, cardiología, neumología, entre otras. En este servicio el interno conocerá diversas patologías en donde debe tener claros sus factores de riesgo, etiología, epidemiología, forma de diagnóstico, terapéutica y evolución. También se le designan diversos

pacientes de los cuales será responsable durante su permanencia en el servicio, encargándose así de sus evoluciones diarias y diferentes requerimientos como: exámenes auxiliares, recetas médicas, entre otros.

El servicio de Medicina es, generalmente, el más demandante debido a la gran cantidad de pacientes con los que cuenta, en la actualidad también se presentan casos de COVID-19; sin embargo, en muchas ocasiones los internos tienen restringido el contacto con estos pacientes por normas de bioseguridad.

## **Casos clínicos**

### **Caso 1. Cirugía General**

#### **Anamnesis:**

Paciente de sexo femenino de 25 años, es ingresada por emergencia al hospital aproximadamente a la 1 a. m. acompañada de su madre, con un tiempo de enfermedad de alrededor 9 horas. La paciente refiere que presentó un dolor periumbilical hace aproximadamente 7 horas, en una escala visual analógica del dolor (EVA) de 5/10 de intensidad, de inicio insidioso, tipo punzante, sin irradiación ni síntomas neurovegetativos. Al promediar las 9 p.m. la paciente menciona que el dolor migró a nivel de fosa iliaca derecha (FID) y que se le sumó náuseas, sensación de alza térmica y disminución del apetito. Recién se acerca a emergencia a la 1 a.m. debido a que no tenía quien la acompañe al nosocomio.

#### **Antecedentes familiares:**

Ninguno de relevancia

#### **Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Niega

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

#### **Examen físico:**

T°: 37.9 °C      P/A: 110/90      FC: 86x'      FR: 19x'      SAT: 98 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. Doloroso a la palpación profunda a nivel de FID. No se palpan masas. RH+.

GU: PPL – y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Apendicitis aguda

**Plan y evolución:** Se canaliza a la paciente para la colocación de suero fisiológico 9 % a razón de 30 gotas por minutos, además se le prescribe 2 ampollas de 1gr de metamizol y 1 ampolla de ranitidina de 50mg EV STAT. La paciente ingresa en un estado de NPO y a la paralela se le realizan los exámenes correspondientes al preoperatorio.

Posteriormente se reciben los resultados de laboratorio en donde se observan una alza de leucocitos: 14000/mm<sup>3</sup>, hemoglobina: 13.5 gr/dL, plaquetas: 175000/mm<sup>3</sup>, PCR: 0.95 mg/d. A nivel de serología la paciente dio negativo para VIH, sífilis y VHB. Además de un examen de orina negativo.

Se procede a realizar el riesgo quirúrgico a la paciente obteniéndose un ASA I, por lo que se prepara a la paciente para que ingrese a sala de operaciones con las siguientes indicaciones: ceftriaxona 2gr EV c/24hrs, metronidazol 500mg EV c/8hrs, dimenhidrinato 50mg EV STAT, además de 1lt adicional de NaCl 0.9%.

El paciente es ingresado a sala de operaciones al promediar las 2:30 a.m. la intervención fue realizada mediante laparoscopia, encontrando a la apéndice en una posición paracecal, se procedió a extraerla sin mayor percance la apéndice con rasgos típicos de la afectación, posteriormente se procedió a realizar un adecuado muñón y finalizando con un cierre de todas las capas.

En el post operatorio, la paciente pasó a sala de recuperación, donde se mantuvo su estado de NPO, indicando 1lt de NaCl 0.9 % más 1lt de dextrosa 5 %. Agregando metamizol (2gr EV c/24hrs), metoclopramida (10mg EV c/6hrs), omeprazol (40mg EV c/24hrs). La paciente evolucionó favorablemente por lo que fue trasladada a sala de hospitalización común, se mantuvo su NPO por 12 horas

adicionales y posteriormente ingirió dieta blanda. No presentó complicaciones y a las 48 horas postoperada se le da el alta, con control a los 7 días por consultorio externo de cirugía general.

**Anamnesis:**

Paciente de sexo masculino de 16 años, es ingresado por emergencia al hospital aproximadamente a la 10 a. m. acompañado de sus padres, con un tiempo de enfermedad de alrededor 18 horas. Refiere presentar un dolor intenso e inflamación a nivel del escroto derecho que se acompaña de náuseas desde aproximadamente 12 horas antes del ingreso. Los padres mencionan que el menor ya ha presentado este dolor hace unos meses atrás y que cedió espontáneamente. No hacen referencia de traumas u otras injurias.

**Antecedentes familiares:**

Ninguno de relevancia

**Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Niega

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

**Examen físico:**

T°: 37.3 °C      P/A: 100/80      FC: 92x'      FR: 16x'      SAT: 99 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis. A nivel del escroto derecho se evidencia aumento de volumen y eritema.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. RH+

GU: PPL – y PRU –, evidencia de aumento de volumen a nivel del escroto derecho, con incremento de sensibilidad a la palpación y signo de Prehn negativo.



SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEPE. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Torsión testicular

**Plan y evolución:** Ante la sospecha diagnóstica se solicita al paciente la realización de una ecografía Doppler, además de los exámenes de rutina. En paralelo se le coloca al paciente una vía endovenosa por donde se administra NaCl 0.9 % a razón de 20 gotas por minuto acompañado de metamizol 2gr EV STAT. En el resultado de la ecografía Doppler se evidencia el cordón espermático derecho rotado con un flujo vascular ausente y señales de hidrocele. El hemograma mostró una leucocitosis, y los demás parámetros en rangos normales. El examen de orina fue no patológico.

Ya con la confirmación del diagnóstico de torsión testicular y la compatibilidad del testículo derecho no viable se procedió a realizar una orquiectomía derecha con una orquidopexia contralateral. El paciente evolucionó favorablemente a la cirugía, pasando a sala de recuperación y posteriormente a sala de hospitalización común. Al no presentar ningún inconveniente el paciente es dado de alta 24 horas post operación, con la indicación de llevar controles por consultorio externo de cirugía general.

### **Caso 3. Cirugía General**

#### **Anamnesis:**

Paciente de sexo femenino de 57 años, es ingresada por emergencia al hospital aproximadamente a las 5 p.m. acompañada de su hija, con un tiempo de enfermedad de alrededor 3 días. Menciona que presenta a nivel de epigastrio un dolor insidioso que ha ido progresando de intensidad, actualmente 7 en EVA y que no hace deposiciones desde aproximadamente 3 días. Además, hoy en día se le sumó intolerancia oral, náuseas y vómitos.

#### **Antecedentes familiares:**

Ninguno de relevancia

#### **Antecedentes personales:**

**Patológicos:** HTA desde hace 15 años, tratada con losartan 20mg c/24hrs. En la actualidad con presiones dentro del rango normal.

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

**Examen físico:**

T°: 36.8 °C      P/A: 100/80      FC: 98x'      FR: 21x'      SAT: 96 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. Doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, además se logra palpar masa de consistencia blanda en la zona del epigastrio que no logra reducirse manualmente.

GU: PPL – y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Abdomen agudo quirúrgico. A descartar obstrucción intestinal y/o hernia epigástrica estrangulada.

**Plan y evolución:** Se realiza una radiografía de abdomen, la cual es compatible con un cuadro de obstrucción intestinal, por lo que se procede a colocar una sonda nasogástrica y un enema, no obstante, la paciente no responde al tratamiento médico.

Al ingresar a cirugía la paciente es catalogada con un diagnóstico de obstrucción intestinal a causa de una hernia epigástrica estrangulada; al ingresar a sala de operaciones se encuentra un saco herniario de aproximadamente 10 x 7cm, con contenido de alrededor 13cm de íleon con necrosis a 75cm de la válvula ileocecal, además de líquido inflamatorio en una cantidad de 250cc. En el acto operatorio se realiza una incisión mediana a nivel supraumbilical donde se realiza la resección de los 75cm de íleon afectado, dejándose un DPR.

La paciente tolera el procedimiento, por lo que es trasladada a cuidados post operatorio, con una indicación de analgesia, antibioticoterapia, protección gástrica y vigilancia de signos vitales; a las 48 horas se inspecciona lo drenado,

encontrando una escasa cantidad, por lo que se decide retirar el DPR. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a las 96 horas post intervención.

#### **Caso 4. Cirugía General**

##### **Anamnesis:**

Paciente de sexo masculino de 3 años, es traído por emergencia por su madre alrededor de las 12 p. m. debido a una quemadura por agua hervida en la región del torso y brazo derecho, la madre menciona que al encontrarlo al niño en la cocina con la injuria provocada paso inmediatamente a colocarle agua fría, cubrirlo con unas mantas limpias y traerlo inmediatamente al hospital.

##### **Antecedentes familiares:**

Ninguno de relevancia

##### **Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Niega

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

##### **Examen físico:**

T°: 36.7 °C      P/A: 110/90      FC: 108x'      FR: 22x'      SAT: 97 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis. Evidencia de lesión eritematosa a nivel de torso y 2/3 del MMSS derecho.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: B/D. No doloroso a la palpación profunda. RH+

GU: PPL – y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Quemadura de 2.º grado superficial

**Plan y evolución:** Al ingresar el paciente se le coloca una vía EV con suero fisiológico al 0.9 % y analgésicos. Se procede a realizar un lavado de la quemadura con suero fisiológico durante aproximadamente 30 minutos, realizando a continuación una limpieza profunda con povidona yodada que se dejó actuar por 5 minutos, posteriormente se cubrió la parte afecta con sulfadiazina de plata, gasa y una venda sin compresión. Se le dio de alta al paciente con analgésicos y antibióticos, regresó a los 7 días por consultorio externo con una evolución favorable.

## **Caso 5. Ginecología y Obstetricia**

### **Anamnesis:**

Paciente de sexo femenino de 37 años, acude a consultorio externo manifestando que presenta dolor pélvico en EVA 6/10 que se irradia a la zona lumbar, además señala que el dolor se intensifica al momento de tener relaciones sexuales. Hace referencia a tener múltiples parejas sexuales y que usa preservativo ocasionalmente, en las últimas semanas. Niega molestias al miccionar.

### **Antecedentes familiares:**

Ninguno de relevancia

### **Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Niega

**Quirúrgicos:** Apendicectomía hace 10 años.

**Alergias:** Niega

### **Examen físico:**

T°: 37.5 °C      P/A: 110/70      FC: 98x'      FR: 17x'      SAT: 98 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+  
GU: PPL – y PRU –  
TV: Dolor a la movilización del cérvix.  
SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Enfermedad pélvica inflamatoria

**Plan y evolución:** A la paciente se le informa que padece de una enfermedad pélvica inflamatoria debido a la múltiples parejas sexuales y a la falta de uso de preservativo, se le solicita un hemograma, el cual sale con leucocitosis (15 000 y Ab: 2%), los demás valores en rangos normales.

Para el manejo se le indica el uso de ceftriaxona 1gr EV STAT, doxiciclina 500mg c/12hrs por 14 días, metronidazol 500mg c/12hrs por 14 días y una nueva evaluación por consultorio externo en 2 semanas.

## **Caso 6. Ginecología-Obstetricia**

### **Anamnesis:**

Primigesta de 23 años, con una gestación de 22 semanas (G2P0010) ingresa por emergencia refiriendo sensación de alza térmica, malestar al momento de miccionar, náuseas y dolor lumbar. Hoy en día cuenta con 4 CPN realizados en un entidad privada, sin evidencia de anormalidades.

### **Antecedentes familiares:**

Madre con HTA controlada con captopril 25mg, desde hace 10 años.

### **Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Niega

**Quirúrgicos:** Legrado uterino por aborto incompleto.

**Alergias:** Niega

### **Examen físico:**

T°: 38.3°C      P/A: 110/80      FC: 110x'      FR: 23x'      SAT: 98 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+

GU: PPL + y PRU -

TV: Diferido

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Infección de tracto urinario alta (Pielonefritis)

**Plan y evolución:** Se coloca una vía endovenosa a la gestante (NaCl 0.9%), se le solicita un hemograma en el cual se encuentra: leucocitos en  $12000\text{mm}^3$  y hemoglobina 12gr/dL, demás valores en rangos normales. En el examen de orina se puede hallar la presencia de nitritos (++/+++), leucocitos de 20 a 30 por campo. Por lo que a la paciente se le interna para poder administrar tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2gr c/24hrs. Al cabo de una semana, la paciente evoluciona favorablemente, sin picos febriles por lo que es dada de alta y que continúe con sus CPN de forma programada.

## **Caso 7. Ginecología y Obstetricia**

### **Anamnesis:**

Multigesta de 32 años (G4P3003), es traída a emergencias por su esposo con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 36 horas, por presentar sangrado vaginal abundante con presencia de coágulos y dolor en la zona pélvica de 7/10 según EVA. Además, refiere que su FUR fue el 26/01/2023.

### **Antecedentes familiares:**

Padre con DM2 desde hace 12 años, controlado con metformina 850mg.

### **Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Niega

**Quirúrgicos:** Cesárea hace 4 años.

**Alergias:** Niega

**Examen físico:**

T°: 37.3°C      P/A: 100/70      FC: 116x'      FR: 24x'      SAT: 98 %  
Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.  
Piel: T/H/E. LLC<2". Signos de palidez (+/+++)  
TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.  
CV: RCR. BI. No RA.  
ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+  
GU: PPL - y PRU -  
TV: Sangrado evidente y orificio cervical abierto.  
SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTE. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Aborto incompleto

**Plan y evolución:** Se coloca una vía endovenosa a la gestante (NaCl 0.9 %), se le solicita una ecografía transvaginal la cual es compatible con una gestación única de 8 semanas según LCN, sin presencia de LCF al momento del examen. Además, se le solicita un hemograma en donde se observa una hemoglobina de 11gr/dL, leucocitos en 9.56mm<sup>3</sup> y demás valores en rangos normales. El examen de BHCG en 13456.

La paciente con el cuadro clínico señalado es compatible con una gestación no evolutiva que cursa con un aborto incompleto por lo que se programa a la paciente para que ingrese a sala de operaciones para realizar un legrado uterino. En SOP se encuentra restos en canal y sangrado activo, se extraen los restos endouterinos en una cantidad de 18cc.

La paciente evoluciona favorablemente, con funciones vitales dentro de los rangos normales, siendo dada de alta al segundo día post operatorio.

**Caso 8. Ginecología y Obstetricia****Anamnesis:**

Paciente femenino de 38 acude a consulta externa con un tiempo de enfermedad de alrededor 4 meses. Aqueja un dolor en la zona pélvica de tipo punzante, sin irradiación y con un EVA de 6/10.

**Antecedentes familiares:**

Niega

**Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Hospitalización hace 1 año debido a un diagnóstico de miomatosis uterina

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

**Examen físico:**

T°: 36.6°C      P/A: 110/70      FC: 76x'      FR: 18x'      SAT: 98 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". Signos de palidez (+/+++)

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. Doloroso a la palpación profunda, sobre todo en la zona de FII e hipogastrio. RH+

GU: PPL - y PRU -

TV: Útero con tamaño aumentado, sangrado vaginal no activo, doloroso a la movilización

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Miomatosis uterina

**Plan y evolución:** La paciente ingresa a hospitalización para realizarse una ecografía transvaginal en la cual se observan imágenes anecoicas en la pared posterior que es compatible con adenomiosis uterina, además se observa una tumoración de 50mm x 30mm. Es ingresada a sala de operaciones en donde se realiza una histerectomía abdominal total más una biopsia de tumor endouterino. Evoluciona favorablemente y es dada de alta al quinto día post operatorio.

**Caso 9. Medicina Interna**

**Anamnesis:**

Paciente de sexo masculino de 42 años es traído por su esposa por emergencia donde señala que presenta un dolor desde hace aproximadamente 2 horas a nivel de la "boca del estómago" que se irradia en forma de "cinturón" y con un



EVA de 9/10, además el dolor se encuentra asociado a náuseas. Paciente menciona ser bebedor ocasional.

**Antecedentes familiares:**

Madre con HTA desde hace 7 años, controlada con losartan 20mg.

**Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Niega

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

**Examen físico:**

T°: 36.6°C      P/A: 90/70      FC: 86x'      FR: 18x'      SAT: 98 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de palidez, cianosis e ictericia

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Resistencia a la palpación superficial y profunda. Dolor abdominal difuso con predominio en zona de epigastrio e hipocondrios. RH disminuidos

GU: PPL - y PRU -

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Síndrome doloroso abdominal, se debe descartar abdomen agudo quirúrgico y/o pancreatitis

**Plan y evolución:** Se procede a ingresar al paciente, se le coloca una vía endovenosa para poder hidratarla y se le administra 2gr de metamizol, dimenhidrinato 50mg, omeprazol 40mg y rociverina 20mg, todo por vía EV.

Posteriormente se le solicita un panel de hemograma, enzimas pancreáticas (Amilasa y lipasa), examen completo de orina, urea, creatinina, perfil hepático y ecografía abdominal. Dentro de los resultados se pudo obtener que el paciente tenía un recuento leucocitario de 17000mm<sup>3</sup> con un porcentaje de 4 abastionados, la amilasa tenía un nivel de 2562 y la lipasa de 23568. El resto de

los exámenes se encontraban en rangos normales. En la ecografía se pudo hallar múltiples litos en la vesícula biliar, además de meteorismo intestinal aumentado y una imagen compatible con hígado graso.

Fue trasladado a hospitalización en donde, con el diagnóstico de pancreatitis aguda a causa biliar, se le indicó NPO, hidratación y reposición de electrolitos + glucosa. Además, farmacológicamente se le trató con omeprazol 40mg EV, ceftriaxona 2gr EV c/24hrs, metoclopramida 10mg EV, dimenhidrinato 50mg EV y desketroprofeno 50mg EV. El paciente evoluciona favorablemente por lo que se le brinda el alta previa tolerancia oral.

### **Caso 10. Medicina Interna**

#### **Anamnesis:**

Paciente de sexo masculino de 56 años es traído por su hijo a emergencias debido a que presenta náuseas, vómitos, sensación de alza térmica, dolor abdominal y disuria, desde hace 36 horas aproximadamente.

#### **Antecedentes familiares:**

Niega

#### **Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Diabético desde hace 12 años, tratado con metformina 850mg c/12hrs.

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

#### **Examen físico:**

T°: 36.6°C      P/A: 110/70      FC: 79x'      FR: 17x'      SAT: 99 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de palidez, cianosis e ictericia

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+

GU: PPL + y PRU +

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTE. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Infección de tracto urinario

**Plan y evolución:** Se ingresa al paciente colocándole una vía EV para la administración de suero fisiológico al 0.9 %, tramadol y dimenhidrinato. Se le solicita un hemograma, glucosa, electrolitos, urea, creatinina, examen completo de orina y urocultivo.

En los resultados se pudo observar una leucocitosis en el hemograma, siendo los demás valores normales. El nivel de glucosa se encontró dentro del valor normal; no obstante, en el examen de orina se pudo hallar +50 leucocitos por campo, gérmenes +++/+++ y hematíes de 8 a 10 por campo, se queda internado con el diagnóstico de una ITU complicada por su antecedente de diabetes.

Se le inicia tratamiento para la ITU complicada con ceftriaxona 2gr EV c/24hrs por 7 días, además se le solicita al paciente un hemogluco test seriado cada 8 horas. Evolucionando favorablemente, tres días después se obtienen los resultados de urocultivo compatible a E. Coli sensible a ceftriaxona. Culmina su tratamiento con el antibiótico señalado, posterior a eso se le solicita un hemograma y examen de orina control, donde se obtienen resultados dentro de los parámetros normales, razón por la cual se brinda el alta.

## **Caso 11. Medicina Interna**

### **Anamnesis:**

Paciente de sexo femenino de 74 años, es traída por sus hijos por emergencia debido a que desde aproximadamente 5 días presenta cefalea y sensación de alza térmica, y que en los últimos 2 días se le añadió tos productiva y disnea a medianos esfuerzos.

### **Antecedentes familiares:**

Niega

### **Antecedentes personales:**

**Patológicos:** Diabética desde hace 20 años, controlada con metformina 850mg c/24hrs. Hipertensa desde hace 15 años, controlada con losartan 25mg c/24hrs.

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

**Examen físico:**

T°: 38.2°C      P/A: 140/80      FC: 110x'      FR: 26x'      SAT: 89 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de palidez, cianosis e ictericia

TYP: Amplexación disminuida, no uso de músculos accesorios. MV disminuido en ACP, se auscultan crépitos y roncales en ambas bases pulmonares.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+

GU: PPL - y PRU -

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOSEP. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Neumonía adquirida en la comunidad y/o neumonía por COVID-19

**Plan y evolución:** Se le solicita hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, análisis de gases arteriales, prueba antigénica para COVID-19 y una radiografía de tórax. Se reevalúa con los resultados obtenidos, donde se pudo encontrar una leucocitosis marcada con desviación a la izquierda, resultado negativo para COVID-19 y una radiografía donde se evidencia pequeño foco de opacidades alveolares en ambas bases pulmonares; los demás resultados en rangos normales.

Se hospitaliza, se le brinda apoyo oxigenatorio más antibioticoterapia (Ceftriaxona 2gr c/24hrs + clindamicina 500mg c/12hrs, además se brinda paracetamol 1gr condicional a una temperatura mayor a 38°C. Evoluciona favorablemente, termina su tratamiento de antibiótico y fue dada de alta de forma satisfactoria.

## Caso 12. Medicina Interna

### Anamnesis:

Paciente de sexo masculino de 25 años ingresa al hospital por emergencia debido a una hemoptisis moderada desde aproximadamente 18 días, refiere haber estado de campaña en la ciudad de Tingo María. No brinda más información, ya que es traído por su superior.

### Antecedentes familiares:

Padre y madre con tuberculosis sensible hace 13 años, tratados con esquema completo.

### Antecedentes personales:

**Patológicos:** Curso con un cuadro de tuberculosis sensible hace 13 años tratado con esquema completo

**Quirúrgicos:** Niega

**Alergias:** Niega

### Examen físico:

T°: 37.2°C      P/A: 120/80      FC: 108x'      FR: 25x'      SAT: 90 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de palidez, cianosis e ictericia

TYP: MV disminuido en hemitórax superior izquierdo, no presenta RA, ni tirajes. A nivel del HTI superior se encuentra hipersonoridad a la percusión.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+

GU: PPL - y PRU -

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTE. Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica:** Reactivación de tuberculosis, a descartar complicaciones asociadas.

**Plan y evolución:** Se interna al paciente para poder realizarle ciertos análisis complementarios, se le solicita un hemograma, PCR, urea, creatinina, serología para VIH y VHB, además de una radiografía de tórax. El hemograma arroja un resultado alterado compatible con una leucocitosis, mientras que la serología para VIH y VHB son negativas, en la radiografía de tórax se pudo observar una cavidad en la zona superior izquierda con pérdida de volumen, a la que se suma un desplazamiento de la tráquea y el mediastino hacia la izquierda, siendo estos hallazgos más la correlación clínica y epidemiológica con un cuadro de aspergiloma pulmonar; por lo que al paciente se le administra ceftriaxona 1gr c/24hrs, salbutamol en relación de 4 puffs cada 8hrs y oxígeno por cánula binasal a razón de 2L/min. Va evolucionando favorablemente, por lo que es dado de alta al acabar con su tratamiento.

### **Caso 13. Pediatría**

#### **Anamnesis:**

Varón de un mes y medio de nacido ingresa al hospital por emergencia, la madre menciona que 3 días antes del ingreso presentó tos, congestión nasal, rinorrea, anorexia y malestar general; además menciona que se le agrego fiebre (Cuantificada por la madre de 38.3°C) y dificultad respiratoria por lo que es traído al nosocomio.

**Antecedentes prenatales:** La madre menciona que presentó 8 CPN en una institución pública, el parto fue eutócico, el RN pesó 3.245gr, con un APGAR de 9 al primer minuto según cartilla, contando con las vacunas de acuerdo a la edad del menor.

#### **Examen físico:**

T°: 38.3°C      P/A: NP      FC: 128x'      FR: 52x'      SAT: 93 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de palidez, cianosis e ictericia

TYP: MV disminuido en ambas bases pulmonares, se auscultan ruidos agregados (Subcrepitantes y sibilantes). Presencia de tirajes subcostales e intercostales

CV: RCR. BI. No RA.  
ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+  
SNC: Reactivo a estímulos.

**Impresión diagnóstica:** Bronquiolitis

**Plan y evolución:** Se hospitaliza al lactante solicitándole un hemograma completo, PCR y radiografía de tórax. En los cuales se halla  $18500\text{mm}^3$  leucocitos, un PCR de  $5\text{mg/dL}$ , y en la radiografía de tórax se observan los espacios intercostales aumentados. Por lo señalado, se le nebuliza con suero fisiológico, se mantiene un buen estado de hidratación y se procura mantener permeable la vía aérea. A las 60 horas el paciente evoluciona favorablemente, desaparecen los tirajes y los ruidos agregados. Al tolerar la vía oral se brinda el alta.

**Caso 14. Pediatría**

**Anamnesis:**

Paciente de sexo femenino de 7 años ingresa al servicio de pediatría por emergencia debido a que presenta desde hace 3 días un número excesivo de estornudos y una gran congestión nasal, un día antes de su ingreso se le agregó un cuadro de tos productiva, además la madre comenta que se oían como “silbidos” al momento que la niña respira.

**Antecedentes prenatales:** Madre menciona que la niña presenta todos los controles al día, del mismo modo menciona que se cuenta al día con todas las vacunas. No menciona antecedentes de importancia.

**Antecedentes familiares:** Hermano mayor de 16 años asmático.

**Examen físico:**

T°:  $37.3^{\circ}\text{C}$       P/A: 100/70      FC: 138x'      FR: 47x'      SAT: 97 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2”. No presenta signos de palidez, cianosis e ictericia

TYP: Se evidencian tirajes subcostales e intercostales. MV pasa en ACP. Se auscultan sibilancias al momento de la inspiración y expiración.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+

SNC: Reactivo a estímulos.

**Impresión diagnóstica:** Crisis asmática

**Plan y evolución:** El paciente ingresa a observación con el diagnóstico de crisis asmática, por lo que se le solicita un hemograma, una prueba antigénica para COVID-19, panel viral para influenza y VSR, por último se le solicita una radiografía de tórax.

Se observa una leucocitosis ( $17568\text{mm}^3$ ), negativo para los paneles virales y la prueba antigénica de COVI-19, en la radiografía se observa un aumento de la trama broncovascular a predominio izquierdo, patrón intersticial sin signos de consolidación. Por lo que se llega a hospitalizar con la indicación de salbutamol 8 puff c/20min, bromuro de ipatropio 4 puff c/20min y prednisona 25mg VO. Posteriormente, en la interconsulta con inmunología se le solicita un dosaje de IgE obteniendo un resultado fuera de rango normales.

Cinco días después del inicio de la crisis, muestra una evolución favorable por lo que es dada de alta con salbutamol 4 puff c/8hrs, prednisona 15mL VO dos veces al día, además de estar pendiente del control de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Se instruye a la madre sobre los signos de alarma y se brinda el alta.

## **Caso 15. Pediatría**

### **Anamnesis:**

Paciente de sexo masculino de 13 años acude a consultorio externo con sus padres debido a que presenta desde hace 2 semanas un dolor en el miembro inferior derecho de intensidad moderada. Niega antecedentes traumáticos y menciona que el dolor no cede a analgésicos. Ampliando la historia clínica el padre menciona que el dolor ha tenido cuadros repetitivos, además que en



ocasiones se acompaña de cansancio y en los últimos 3 meses una pérdida de peso de 5kg.

**Antecedentes prenatales:** Niño cumplió con todos sus controles y esta al día con sus vacunas. Niegan historia de algún tipo de patología.

**Examen físico:**

T°: 36.3°C      P/A: 120/70      FC: 98x'      FR: 18x'      SAT: 99 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de palidez, cianosis e ictericia. No se palpan masas, ni ganglios prominentes.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+

SNC: LOTEPE. Glasgow 15/15.

**Impresión diagnóstica:** A descartar proceso oncológico

**Plan y evolución:** Se le solicita al paciente un hemograma, PCR, DHL, serológicos para VIH.

Se observa en los resultados una hemoglobina de 8.0gr/dL, leucocitos de 5760mm<sup>3</sup> con blastos 2%, segmentados 23 % y linfocitos 75 %, plaquetas en 109000. PCR en 1.59 y DHL en 749. Los serológicos negativos. Se hospitaliza al paciente para realizar otros tipos de estudios y realiza una interconsulta al servicio de hematología, debido a la bicitopenia, planteándose el diagnóstico de síndrome proliferativo y/o leucemia linfocítica aguda.

Hematología solicita un frotis de sangre periférica, donde observan 15 % de blastos, además de distintas células atípicas y precursores mieloides, planteándose como primer diagnóstico una leucemia aguda. Al realizar un aspirado de médula ósea, obtienen una celularidad al 100 %, la presencia de blastos alcanza el 90 % entre pequeños, medianos y grandes, con una relación desproporcional entre núcleo y citoplasma. La médula ósea presenta una alta infiltración de blastos, lo que es compatible con leucemia aguda linfoblástica, por lo que se decide referir al paciente al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, debido a una mayor especialización.

## Caso 16. Pediatría

### Anamnesis:

Paciente de sexo femenino de 8 años es traída al tópico de medicina por su madre. La madre refiere que hace 4 días aproximadamente, la niña sufrió de un ataque por parte de su mascota (Gato), dos días antes del ingreso, se aquejaba de un bulto que presentaba en la zona axilar derecha de consistencia blanda lo que le dificultaba la movilización adecuada de este miembro.

**Antecedentes prenatales:** Niña cumplió con todos sus controles y esta al día con sus vacunas. Niegan historia de algún tipo de patología.

### Examen físico:

T°: 37.3°C      P/A: NP      FC: 68x'      FR: 16x'      SAT: 99 %

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". Presenta escuriaciones en ambas manos, presenta tumoración en la axila derecha de aproximadamente 4cm x 5cm, es de consistencia blanda, está flogótica.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: RCR. BI. No RA.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda. RH+

SNC: LOTE. Glasgow 15/15.

**Impresión diagnóstica:** Bartonelosis

**Plan y evolución:** Se le solicita a la paciente un hemograma, pruebas serológicas, ecografía, PCR, prueba antigénica para COVID-19 y PCR.

Dentro de los valores anormales se pudo observar una leucocitosis y anemia leve. En la ecografía se pudo notar una lesión de márgenes irregulares con contenido sólido hipogénico de aproximadamente 35mm x 30mm asociado a cambios inflamatorios.

La prueba serológica brinda un resultado positivo para bartonelosis IgM e IgG, por lo que se brinda tratamiento con oxacilina de 1gr EV c/6hrs, clindamicina 200mg EV c/6hrs y cetirizina 5mg VO c/24hrs. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EL INTERNADO**

El Hospital Central PNP. Luis N Saenz, que se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María, Lima; viene a ser el de mayor complejidad y de referencia nacional de las fuerzas policiales, esto quiere decir que los casos más complejos suscitados en el personal policial y/o familiares de primer grado acuden a este nosocomio, por eso que de ahí parte la gran variedad de ESTOS de diversa complejidad que se presentan.

En la actualidad, es catalogado con una complejidad de III-1 y brinda atención en las diversas áreas y/o especialidades con las que cuenta tales como cirugía general, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de tórax, cirugía pediátrica, cirugía plástica, neurocirugía, emergencia, dermatología, endocrinología, gastroenterología, neumología, cardiología, nefrología, reumatología, infectología, medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, neurología, traumatología, oftalmología, otorrinología, radiología, urología, entre otras especialidades y áreas relacionadas a la salud.

Los internos pudimos rotar en las CUATRO (4) áreas de la medicina que vienen a ser, medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía general y pediatría. Dentro del área de cirugía se pudo hacer rotaciones en la sala de varones, de mujeres, críticos, emergencia y consultorio externo. Para el servicio de medicina interna se contaban con 30 camas que estaban a cargo de los internos designados, además de la rotación en emergencia. En el servicio de Ginecología y Obstetricia se contaba con el área de obstetricia hospitalizadas, ginecología hospitalizadas, de emergencia, de consultorio externo, de ecografía y de planificación familiar. Por último, en la de Pediatría, el interno pudo desenvolverse en neonatología, pediatría hospitalizados, cirugía pediátrica hospitalizados, consultorio externo y emergencia.

Finalmente, se debe tener en cuenta que es un hospital de corte docente, debido a que también ocurre en sus instalaciones la formación de médicos residentes, esto es muy beneficioso para los internos, ya que de esta manera pueden compartir y/o adquirir enseñanzas de sus superiores. En el ámbito de la preparación, se debe tener en cuenta que realiza charlas previas al internado sobre tema de bioseguridad y del mismo modo son reforzadas durante este. Los

internos presentados en el hospital requerían tener sus vacunas al día y además eran administrados de material de protección individual para el adecuado desarrollo de sus actividades diarias.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### Caso clínico 1: Apendicitis aguda

**1. Definición:** La apendicitis aguda viene a ser la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente del mundo. Es una inflamación del apéndice vermiforme vestigial que ocurre a causa de la obstrucción de su luz (4).

**2. Patogénesis:** Dentro de la patogénesis, se encuentra una inflamación de la pared apendicular, que es seguida por una isquemia, perforación e infección generalizada. Se debe tener en cuenta que la obstrucción de la luz es la principal causa del desarrollo de esta patología. Esta obstrucción puede deberse a fecalitos, cálculos, hiperplasia linfoide, proceso infeccioso, etc (5).

**3. Diagnóstico:** El diagnóstico es predominantemente clínico, siendo la anamnesis y la evaluación física aspectos de clave importancia en esta patología (6). Suele hacerse uso de la Escala de Alvarado para poder determinar si amerita cirugía, observación y/o se descarta el cuadro de apendicitis (7). También se puede hacer uso de un hemograma completo, ecografía y/o en lugares con mayor complejidad y accesibilidad de una tomografía (8).

**4. Tratamiento:** El mejor manejo es la realización de una intervención quirúrgica por medio de laparoscopia, siendo este método menos invasivo y con una recuperación rápida (7), sin embargo, en casos complicados se hace referencia a la intervención mediante una laparotomía con posterior colocación de dren (9). Entre el tratamiento profiláctico de antibiótico se prefiere hacer uso de la cefoxitina (2gr EV) y/o cefalozina (2gr EV) más metronidazol (500mg IV) (10).

**5. Discusión:** En el presente caso, se observó un caso típico de apendicitis aguda en una mujer de 25 años, debemos tener en cuenta que esta población tiene una mayor prevalencia (11), el cuadro siguió su historia natural, siendo intervenida exitosamente con una evolución favorable.

### Caso clínico 2: Torsión testicular

**1. Definición:** La afectación aguda del escroto o también denominada torsión testicular, viene a ser una afectación que debe tener un diagnóstico y abordaje inmediato, con la finalidad de poder evitar la orquidectomía. El dolor de la torsión testicular es de inicio repentino.

**2. Etiología:** El dolor que presentan los pacientes es de rápida evolución, generalmente menor de 12 horas de duración. La torsión testicular resulta de la fijación inadecuada del testículo a la túnica vaginal a través del gubernaculum testis.

**3. Diagnóstico:** Se puede realizar por medio de la clínica; se debe consultar al paciente sobre la duración y el tipo de comienzo del dolor, además de la concomitancia con síntomas vegetativos y ausencia del reflejo cremastérico (12). Para mayor certeza en el diagnóstico se puede hacer uso de una ecografía Doppler en la cual se observará la ausencia de flujo hacia el testículo afectado (13).

**4. Tratamiento:** El manejo se realiza mediante cirugía, si el testículo aún tiene viabilidad se puede realizar una detorsión quirúrgica más fijación (Orquidopexia); sin embargo, si el testículo se encuentra no viable se pasa a retirarlo mediante la (Orquidectomía) (14).

**5. Discusión:** En el presente caso, se observó a un adolescente afectado con una torsión testicular, sin embargo, debido al gran tiempo de enfermedad transcurrida el paciente ya había perdido la irrigación a este testículo siendo afectado irremediablemente, por lo que se tuvo que realizar una orquidectomía del testículo afectado, esta cirugía no llega afectar a su vida sexual en los próximos años.

### **Caso clínico 3: Obstrucción intestinal**

**1. Definición:** Viene a ser un síndrome de oclusión causado por la detención incompleta o completa de gases y heces en cualquier ubicación del intestino, constituyendo así aproximadamente 1/3 de todas las causas quirúrgicas de índole abdominal (15).

**2. Etiología:** Se presume que todo inicia por la vía refleja de un peristaltismo en lucha que además se acompañará de un dolor tipo cólico. En una fase posterior se suma vómitos en caso de tratarse de una obstrucción de vía alta (16).

**3. Diagnóstico:** Se realiza por medio de una buena anamnesis y una adecuada evaluación física, sin embargo, el examen auxiliar con mayor importancia viene

a ser la radiografía, donde por los niveles aéreos se puede dar con el diagnóstico de la patología (15).

**4. Tratamiento:** La cirugía es la de elección, sin embargo, se debe procurar los abordajes conservadores, evitando de esta manera la resección de grandes longitudes de intestino afectado. Entre las indicaciones para la cirugía se encuentra la obstrucción mecánica completa con implicación del mesenterio, sospecha de neoplasia, distensión del ciego, íleo paralítico, abscesos intestinales y peritonitis (17).

**5. Discusión:** En el presente caso la paciente presentaba un estrangulamiento del borde mesentérico debido a una hernia crural; por lo que se procedió a realizar una intervención conservadora, del mismo modo se tuvo que reseca una parte del intestino debido a su compromiso necrótico, el tiempo de la operación fue adecuada, debido a que si pasaba más tiempo este compromiso necrótico pudo haber quedado expuesto complicando aún más el tiempo de recuperación y/o la vida de la paciente.

#### **Caso clínico 4: Quemadura de 2.º grado superficial**

**1. Definición:** Las quemaduras vienen a ser el resultado de lesiones traumáticas en la piel u otros tejidos que son causados principalmente por exposiciones térmicas u otras exposiciones agudas.

**2. Etiología:** Existen diversos materiales por el cual se produce una quemadura, en este caso fue por una fuente de calor, en estos casos la profundidad de la lesión térmica se vera relacionado con la temperatura del contacto, la duración del contacto y el grosor de la piel (18).

**3. Diagnóstico:** Es evidente al realizar la exploración física y para determinar la etiología se realiza una adecuada anamnesis.

**4. Tratamiento:** Dependerá del tipo de quemadura que se produzca, en este caso el tratamiento inicial es retirar la ropa y desechos a enfriar, se debe realizar una limpieza simple y vendar adecuadamente, además de controlar el dolor y las posibles infecciones a ocurrir (18).

**5. Discusión:** En el presente caso, nos encontramos con una quemadura de segundo grado, sin embargo, la evolución se ve favorable y no necesita otro tipo

de intervención, se debe tener en cuenta que la profilaxis con antibiótico es de suma importancia para evitar así posibles infecciones, del mismo modo es importante la analgesia del paciente y su hidratación.

### **Caso clínico 5: Enfermedad pélvica inflamatoria**

**1. Definición:** La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) hace referencia a la infección aguda y subclínica del tracto genital superior en las mujeres. Debemos tener en cuenta que esta patología puede afectar a una parte o la totalidad del útero, trompas de Falopio y ovarios (19).

**2. Etiología:** Llega a ser una infección polimicrobiana ascendente causada por diversos microorganismos cervicales, además de la microflora vaginal incluyendo a los organismos anaerobios, bacilos gramnegativos entéricos, entre otros (20).

**3. Diagnóstico:** El diagnóstico presuntivo de la EPI se realiza en aquellas mujeres sexualmente activas, especialmente aquellas que se encuentran en riesgo de poder contraer la enfermedad, siendo los factores de riesgo más importante las múltiples parejas sexuales y las relaciones sexuales sin uso de preservativo. La presencia del dolor pélvico o abdominal bajo, además del dolor al movimiento cervical son índices claros de que la paciente presenta un cuadro de EPI (21).

**4. Tratamiento:** Puede darse con la combinación de diferentes antibióticos tales como ceftriaxona, doxiciclina y metronidazol, que vienen a ser los más usados. La mayoría de EPI puede ser tratada de forma segura ambulatoriamente, sin embargo, existen casos en los cuales se debe hospitalizar a la paciente, estos son cuando la paciente presenta una clínica grave, EPI complicada con absceso pélvico, embarazo, falta de respuesta y/o tolerancia a los medicamentos, entre otros (22).

**5. Discusión:** En el presente caso clínico, la paciente se presentaba en una edad sexualmente activa, además esta paciente tenía factores de riesgo de alta importancia tales como la múltiples parejas sexuales y las relaciones sexuales sin preservativo, al haberse presentado el cuadro de una forma leve, se le brinda



un tratamiento de corte ambulatorio, por lo que evoluciona favorablemente la paciente.

### **Caso clínico 6: ITU alta, pielonefritis en gestante**

**1. Definición:** Las infecciones que se dan en las gestantes son comunes, sin embargo, se debe tener en cuenta que en las primeras semanas de gestación estas infecciones de tracto urinario funcionan como un agente para un posible aborto, por lo que es importante tratarlas a tiempo y con fármacos que no pongan en riesgo al feto.

**2. Etiología:** La *E. coli* es el uropatógeno predominante que se encuentra infestando. Se debe tener en cuenta que en los últimos años las bacterias de espectro BLEE han ido en aumento por lo que hay mayor resistencia. Por otra parte, el aislamiento de ciertas bacterias como el *Lactobacillus* o *Cutibacterium* pueden llegar a indicar que es una muestra contaminada por flora vaginal o cutánea (23).

**3. Diagnóstico:** Se realiza de forma clínica y se confirma con el urocultivo. La clínica más sugestiva incluye presencia de dolor en la zona lumbar, sensación de alza térmica, náuseas, vómitos, entre otros. Para las gestantes que presentan estos síntomas se realiza un urocultivo, mientras se esperan los resultados de este urocultivo se empieza a dar tratamiento mediante un esquema empírico para esta patología (24).

**4. Tratamiento:** Se brinda una terapia antibiótica de forma empírica que llegue a cubrir los patógenos que se aíslan con mayor frecuencia. Las gestantes empiezan a sentir una mejora dentro de las 24 a 48 horas siguientes del diagnóstico. Las opciones orales se limitan en betaláctamicos o si se encuentra en el 2° trimestre se puede hacer uso de trimetropina-sulfametoxazol (25).

**5. Discusión:** En este caso la gestante cursaba con un cuadro de pielonefritis, luego de ser internado por su estado de gestación y por el resultado muy alterado que arrojó su prueba de orina, fue tratada con ceftriaxona, evolucionando adecuadamente por lo que fue dada de alta.

### **Caso clínico 7: Aborto incompleto**

**1. Definición:** El aborto se define como la expulsión o extracción de un feto que pesa menos de 500gr u otro producto no viable de cualquier peso o edad gestacional. El aborto incompleto se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción, encontrándose de esta manera al orificio cervical abierto (26).

**2. Etiología:** Puede ser múltiples, desde infecciones, malformaciones del producto e inclusive iatrogénicas.

**3. Diagnóstico:** El diagnóstico ecográfico de un aborto incompleto es compatible con un grosor de la línea media uterina  $>15\text{mm}$ , esta medición se realiza con una sonda vaginal (27).

**4. Tratamiento:** Puede ser médico/farmacológico o quirúrgico, esto dependerá del estado actual de la madre, si hay compromiso hemodinámico y/o la cantidad de restos que pueden haber quedado en la cavidad uterina (26).

**5. Discusión:** En el presente caso, se observó a una gran multípara que presentaba un cuadro clínico compatible con un aborto, tener en cuenta que los sangrados en el primer trimestre son mayormente compatibles con un aborto espontáneo, en este caso la paciente paso a SOP donde se le realizo un legrado, evolucionando favorablemente.

### **Caso clínico 8: Miomatosis uterina**

**1. Definición:** Viene a ser la anormalidad uterina benigna con mayor frecuencia en las mujeres, además se debe precisar que su transformación a una entidad maligna es excepcional. La prevalencia va a depender de la edad y la raza pudiendo llegar a alcanzar un 65%, por lo que se convierte en una patología principal de consulta externa (28).

**2. Etiología:** Entre los factores de la fisiopatología de los miomas, se han encontrado involucrados factores genéticos, epigenéticos, hormonales y componentes de las membranas extracelulares. Uno de los factores de riesgo más importantes para ver si una mujer puede llegar a padecer de un mioma son los antecedentes familiares, debido a que este antecedente aumenta en 2.5 la probabilidad de que la mujer padezca esta patología (29).

**3. Diagnóstico:** Se establece con el hallazgo del aumento de tamaño del útero, además de una movilidad limitada, contornos irregulares, y en muchos casos causa principal de infertilidad. La ecografía abdominal o TV es un examen de imagen de corte inicial que se debe utilizar, debido a que es de fácil acceso y tiene una sensibilidad de hasta el 90% en miomas de 3cm a más (28).

**4. Tratamiento:** Existe uno farmacológico por el cual se busca aliviar los síntomas y evitar las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas. El tratamiento farmacológico de primera línea incluye la combinación de medicamentos de estrógenos y progestinas, esta opción conlleva a la paciente a una atrofia endometrial y a su estabilización ante el crecimiento de los miomas; no obstante, este tratamiento no reduce el tamaño del mioma. Entre las otras opciones se encuentran a los anticonceptivos orales y mifepristona. El tratamiento quirúrgico es aquel en donde se corta de raíz al mioma mediante la histerectomía ya sea parcial o total, en este caso las mujeres llegan a quedar en un estado infértil.

**5. Discusión:** En el presente, la paciente presentaba un nuevo caso de miomatosis, ya que como se puede ver en sus antecedentes ya había presentado esta patología años atrás, por lo que se optó por una histerectomía radical, debido a la gran clínica que presentaba la paciente.

### **Caso clínico 9: Pancreatitis aguda**

**1. Definición:** Viene a ser un trastorno intracelular del calcio en las células pancreáticas, constituyendo finalmente una vía común de múltiples estímulos etiopatogénicos, desencadenando en cambios necroinflamatorios locales, efectos sistémicos y posible compromiso a órganos distales (30).

**2. Etiología:** La causa más común viene a ser la obstrucción a causa de litos o barro biliar, seguido del alcoholismo crónico y siendo menos frecuentes a causa de medicamentos y/o procesos médicos (31).

**3. Diagnóstico:** Incluye criterios clínicos caracterizados por el dolor en tipo de cinturón, además se realizan exámenes de imágenes en donde existen patrones de imágenes de acorde al diagnóstico de esta. En una pancreatitis intersticial se va a poder ver una inflamación aguda del parénquima y tejido peripancreático,

pero sin tejido necrótico reconocible. Por otro lado, en la pancreatitis necrotizante, se observará una inflamación marcada con necrosis parenquimatosa (32).

**4. Tratamiento:** Requiere una reanimación y manejo de fluidos, analgesia y estado de NPO para el paciente, de esta manera habrá una reducción de las enzimas pancreáticas en el cuadro y este irá cediendo paulatinamente.

**5. Discusión:** En el presente caso, se observa a un paciente de sexo masculino que tiene como antecedente ser bebedor social u ocasional, este es un factor de riesgo para el desarrollo de la pancreatitis, el manejo que se realizó con el paciente fue el adecuado teniendo en cuenta los vértices del tratamiento siendo estos el estado de NPO, la analgesia y la reposición de fluidos.

#### **Caso clínico 10: Infección de tracto urinario**

**1. Definición:** Son comunes, sin embargo, se debe tener en cuenta que los pacientes con factores de riesgo tales como una enfermedad adyacente o la gestación son propensas a desarrollar mayores complicaciones.

**2. Etiología:** La *E.coli* es el uropatógeno predominante que se encuentra infestando. Se debe tener en cuenta que en los últimos años las bacterias de espectro BLEE han ido en aumento por lo que hay mayor resistencia. Por otra parte, el aislamiento de ciertas bacterias como el *Lactobacillus* o *Cutibacterium* pueden llegar a indicar que es una muestra contaminada por flora vaginal o cutánea.

**3. Diagnóstico:** Se realiza de forma clínica y se confirma con el urocultivo. La clínica más sugestiva incluye presencia de dolor en la zona lumbar, sensación de alza térmica, náuseas, vómitos, entre otros. Para las gestantes que presentan estos síntomas se realiza un urocultivo, mientras se esperan los resultados de este urocultivo se empieza a dar tratamiento mediante un esquema empírico para esta patología.

**4. Tratamiento:** Se brinda terapia antibiótica, en este caso se debe internar a la paciente debido a su cuadro de inmunosupresión que padece, se le da como antibioticoterapia ceftriaxona por 7 días.

**5. Discusión:** En el presente caso, encontramos a una paciente con una enfermedad que la compromete a poder desarrollar un cuadro más catastrófico por lo que se toma la decisión de poder hospitalizarla para un manejo más adecuado de esta.

### **Caso clínico 11: Neumonía adquirida en la comunidad**

**1. Definición:** Viene a ser un proceso infeccioso inflamatorio que afecta al parénquima pulmonar, es causado por diversos microorganismos ya sean bacterias, virus y hongos. El proceso infeccioso genera un infiltrado celular inflamatorio del espacio alveolar que se denomina consolidación alterando así el intercambio gaseoso (33).

**2. Etiología:** El microorganismo más frecuente que afecta causando la neumonía es el *Streptococcus pneumoniae*, seguido por el *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*. Existen múltiples factores y condiciones que van a incrementar el riesgo de padecer esta patología (34).

**3. Diagnóstico:** Se procede a realizar de acuerdo con los datos obtenidos durante la anamnesis y la exploración física; además para apoyar el diagnóstico se pueden solicitar diferentes exámenes auxiliares siendo el más importante la radiografía de tórax, en donde se hallarán infiltrados alveolares, intersticiales segmentarios o de cualquier tipo en uno o más lóbulos pulmonares (33).

**4. Tratamiento:** El tratamiento inicial de la neumonía adquirida en la comunidad viene a ser empírico debido a que no se conoce con exactitud qué tipo de microorganismo ataca a la persona, sin embargo, lo que se recomienda es la suplencia de oxígeno, antibioticoterapia y monitorización.

**5. Discusión:** En el presente caso, se observó una paciente con una enfermedad que la inmunocompromete por lo que se recomienda la hospitalización de la paciente, se le administra apoyo oxigenatorio más un esquema de antibiótico empírico con lo que se logra estabilizar a la paciente y por lo consiguiente se consigue una evolución favorable.

### **Caso clínico 12: Aspergiloma pulmonar**

**1. Definición:** Es una entidad clínica que se adquiere en la naturaleza y la inhalación de conidias es un fenómeno habitual; sin embargo, se llega a

desarrollar la enfermedad en aquellas personas que se encuentran inmunocomprometidas (35).

**2. Etiología:** Es causado por diferentes especies del *Aspergillus* p. En la actualidad se ha podido obtener con certeza que el causante viene a ser la especie *fumigatus-complex* (35)

**3. Diagnóstico:** Es dificultoso esto debido al riesgo que existe de la colonización y contaminación, además del bajo valor predictivo de las muestras de esputo. Se puede llegar a diagnosticar mediante parámetros clínicos tales como los antecedentes del paciente sumado a la compatibilidad de diferentes pruebas auxiliares que se solicitan.

**4. Tratamiento:** Se da con anfotericina B, itraconazol, posaconazol, entre otros, debido a su gran sensibilidad frente a estos fármacos.

5. Discusión: En el presente caso, se observa como un paciente con antecedente de TBC pulmonar contrae esta enfermedad, debido a que se expone a una zona de alta prevalencia del *aspergillus*; sin embargo, al diagnosticar oportunamente y al aplicar el tratamiento de forma correcta el paciente evoluciona favorablemente.

### **Caso clínico 13: Bronquiolitis**

**1. Definición:** Viene a ser la afectación respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente y común en niños menores de 1 año. Para poder definir claramente un cuadro de bronquiolitis debemos tener en cuenta que esta debe cursar con sibilancias en un niño menor de 24 años, existencia de pródromos catarrales y disnea.

**2. Etiología:** El virus con mayor relación a este cuadro patológico es el VSR, seguido del bocavirus, rinovirus y adenovirus.

**3. Diagnóstico:** Se realiza mediante una buena historia clínica. En la exploración física se van a auscultar sibilantes y el paciente se encontrará disneico, los cuales son parámetros concomitantes con este cuadro patológico.

**4. Tratamiento:** Tiene una base fundamental en las medidas de apoyo o soporte, no se requiere el uso de fármacos en primera instancia.

**5. Discusión:** En el presente caso, lo que llamó la atención fue la leucocitosis del paciente por lo que se pudo sospechar de una infección sobreagregada, sin embargo, al ver un mejoramiento favorable con el soporte de nebulizaciones se decide no agregar terapia farmacológica.

#### **Caso clínico 14: Crisis asmática**

**1. Definición:** Viene a ser una entidad clínica que se caracteriza por la inflamación de la vía aérea, esta inflamación va a producir en el paciente un cuadro de disnea, sibilantes, sensación de opresión torácica y tos. En ciertas ocasiones esta inflamación se convierte en crónica llevando así una remodelación irreversible de la vía aérea.

**2. Etiología:** Existen diferentes factores que pueden predisponer a que un menor sea asmático entre ellos se puede tener en cuenta la exposición a ciertos agentes nocivos, alérgenos y/o infecciones virales.

**3. Diagnóstico:** Se realiza clínicamente, debido a que el paciente presentará un cuadro muy marcado de disnea. Al auscultar se podrá oír sibilantes y además el paciente se quejará de una sensación de opresión y presentará tos.

**4. Tratamiento:** En emergencia, este radica en la reversión rápidamente del broncoespasmo que llega a causar esta patología por lo que se necesita de agonistas b adrenérgicos de acción corta, posteriormente también se requiere un apoyo oxigenatorio al paciente (36).

**5. Discusión:** En el presente caso, el paciente está debutando su cuadro de asma con una crisis, esta presentación es común en la edad pediátrica, el manejo que se le brinda al paciente es el adecuado, por lo que se busca una reversión rápida del broncoespasmo, además al salir de alta se le deja una terapia ambulatoria.

#### **Caso clínico 13: Leucemia aguda**

**1. Definición:** Representa alrededor del 30% de las neoplasias en niños menores de 14 años. Este es el cáncer más frecuente de la infancia.

**2. Etiología:** Viene a ser la consecuencia de la transformación maligna de una célula progenitora linfóide inmadura que tiene la capacidad de poder expandirse

de manera que forma un clan de células progenitoras idénticas y que se bloquean en un punto de su diferenciación.

**3. Diagnóstico:** La confirmación diagnóstica de esta patología se brinda a través del estudio morfológico, molecular y citogénético del aspirado de la médula ósea. También es muy importante tener en cuenta los signos de alarma que puede presentar esta patología como los dolores recurrente sobre todo en los huesos largos.

**4. Tratamiento:** Está adaptado al riesgo del paciente y debe comprender tres fases básicas de este que viene a ser la inducción, intensificación y mantenimiento. La duración del tratamiento puede pasar más allá de los 2 años.

**5. Discusión:** En el presente caso, se observa como un paciente pediátrico debuta con esta patología debido a los constantes dolores que presentaba en los huesos largos, estos dolores carecían de una etiología traumática, por lo que los padres fueron alertados y el menor fue llevado al nosocomio, tener en cuenta que se solicitó su referencia a un instituto especializado en enfermedades oncológicas.

#### **Caso clínico 14: Bartonelosis**

**1. Definición:** La enfermedad denominada arañazo de gato se caracteriza típicamente por la aparición de adenopatías regionales dolorosas y estas persisten durante varios días e incluso semanas. Mayormente es una enfermedad de corte benigna que se asocia a un contacto con el gato.

**2. Etiología:** Se da debido a un traumatismo causado por un animal donde trasmite la bacteria causante que viene a ser la bartonella.

**3. Diagnóstico:** Se realiza mediante pruebas complementarias donde se puede ubicar al agente causal, ya sea mediante IgG e IgM.

**4. Tratamiento:** Mayormente esta patología resuelve espontáneamente, sin embargo, en otros casos causa una gran malestar por lo que se decide brindar un tratamiento farmacológico.



**5. Discusión:** En el presente caso, se observan muy claro los desencadenantes que llevaron a provocar esta patología, sin embargo, de acuerdo con la adecuada intervención la menor pudo evolucionar favorablemente.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado viene a ser la última etapa del alumno de Medicina Humana en el pregrado, posterior a ello ya hay una mayor responsabilidad frente a las actividades médicas a ejercer. Por lo que es de suma importancia que esta etapa se desarrolle de una manera plena y nutritiva, académicamente hablando, el interno debe desenvolver un papel importante durante las rotaciones y no solo realizar tareas administrativas, ya que eso frena su aprendizaje.

En la presente sede hospitalaria, se ha dado cabida a que los internos puedan tener un gran desenvolvimiento por lo que hubo una gran oportunidad de aprendizaje y sobre todo de fijación de conocimientos. Del mismo modo, se pudo observar que también es valorado en tal punto que tiene tiempos para poder prepararse para el examen más importante de la carrera que viene a ser el Examen Nacional de Medicina (ENAM), el cual permite que pueda tener una opción adecuada para poder realizar el Servicio Rural Urbano Marginal.

Entre las principales amenazas que existe en las distintas sedes hospitalarias, es que aún concurre el llamado trato jerarquizado, lo que conlleva a un ambiente áspero de trabajo y a un miedo injustificado, lo que no permite que el interno se desenvuelva de una manera adecuada por el miedo de errar y ser posteriormente castigado; no obstante, esta problemática ya viene a ser mínima por la diversas corrientes que están cambiando las actitudes del personal médico.

## CONCLUSIONES

El internado médico es la etapa en la cual el estudiante de medicina debe ampliar y afianzar sus conocimientos, la participación supervisada del interno en las diferentes intervenciones y/o procedimientos es primordial para la formación del futuro médico cirujano, por lo que la presente sede hospitalaria cumple un rol fundamental.

La constante práctica hospitalaria ayuda al interno a estar en constante repaso de los diferentes temas, lo que es beneficioso para un buen desenvolvimiento en el ENAM.

Al ser un hospital docente ayuda a que puedan recibir exposiciones, charlas, clases y/o seminarios de sus médicos asistentes y/o residentes lo que conlleva a una dinámica positiva para el aprendizaje y el desarrollo profesional.

El cuidado del interno por parte de su sede hospitalaria debe ser primordial, ya que ello conlleva a que tenga una adecuada bioseguridad, alimentación y cuidado de salud, siendo beneficioso para evitar distintos malestares.

Se ha logrado cumplir con el objetivo y las expectativas del internado médico, ya que el interno se desarrolla en un escenario en el cual, con las herramientas brindadas por su sede hospitalaria y de la mano de sus residentes, asistentes y/o tutores, logre resolver casos clínicos, poner en práctica la teoría adquirida por su centro de estudios y desarrollar una buena relación médico-paciente

## RECOMENDACIONES

Se debe proponer distintas medidas de prevención y promoción para la salud mental de los internos, debido a que mucho de ellos tienen un estrés por la carga laboral lo que conlleva a un deterioro emocional y mental.

Se le debe concientizar de que las actividades que realiza en el centro hospitalario le ayudarán a tener un mejor desenvolvimiento ya sea en el Serums o en su futura vida profesional.

Se deben impartir sesiones académicas con mayor frecuencia, donde el interno tome el protagonismo ya sea realizando exposiciones, charlas, discusión de artículos médicos actualizados, seminarios y/o *feedback*.

Así mismo es importante realizar charlas sobre salud mental, compañerismo, empatía entre todas las áreas ya que el trabajo en equipo, la repartición de tareas y la asignación de funciones es fundamental para un ambiente laboral óptimo, lo que conlleva a que los implicados gozen de los mismos beneficios.

Los tutores de la universidad en las distintas sedes hospitalarias, son el vínculo entre los internos y las autoridades de nuestro internado, por lo cual es importante mantener una buena comunicación entre los tutores e internos, para así poder solucionar las dificultades que se presenten en esta etapa de nuestra formación.

Debido a que el internado es la etapa de mayor desenvolvimiento para el estudiante de medicina humana, ya que no solo se pone a prueba los conocimientos teóricos sino también los prácticos, una recomendación de suma importancia sería el reimplantar el internado con duración de 12 meses, el cual fue cambiado debido a la pandemia del Covid-19.

Finalmente, tener en cuenta a las subespecialidades, en las que sería recomendable que el interno tenga participación ya que no solo serviría para ampliar sus conocimientos teóricos-prácticos sino también en la toma de decisión de su futura especialidad.

### **FUENTES DE INFORMACIÓN**

1. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2020;37(3):504-9.
2. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An Fac Med. enero de 2016;77(1):31-8.
3. Cossio Medina JA. Implementación de un sistema integrado de gestión de monitoreo del circuito consultorio-farmacia-logística en la atención ambulatoria del Hospital Central PNP. LUIS N SAENZ de la Dirección de Sanidad PNP, en la ciudad de Lima. 2020.
4. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen. marzo de 2019;41(1):33-8.
5. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet Lond Engl. 26 de septiembre de 2015;386(10000):1278-87.
6. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 1 de julio de 2018;98(1):25-33.

7. Moris D, Paulson EK, Pappas TN. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. *JAMA*. 14 de diciembre de 2021;326(22):2299-311.
8. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet Lond Engl*. 26 de septiembre de 2015;386(10000):1278-87.
9. Walter K. Acute Appendicitis. *JAMA*. 14 de diciembre de 2021;326(22):2339.
10. Wagner M, Tubre DJ, Asensio JA. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. *Surg Clin North Am*. octubre de 2018;98(5):1005-23.
11. Körner H, Söndena K, Söreide JA, Andersen E, Nysted A, Lende TH, et al. Incidence of acute nonperforated and perforated appendicitis: age-specific and sex-specific analysis. *World J Surg*. 1997;21(3):313-7.
12. Sheth KR, Keays M, Grimsby GM, Granberg CF, Menon VS, DaJusta DG, et al. Diagnosing Testicular Torsion before Urological Consultation and Imaging: Validation of the TWIST Score. *J Urol*. junio de 2016;195(6):1870-6.
13. Frohlich LC, Paydar-Darian N, Cilento BG, Lee LK. Prospective Validation of Clinical Score for Males Presenting With an Acute Scrotum. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. diciembre de 2017;24(12):1474-82.
14. Mellick LB, Sinex JE, Gibson RW, Mears K. A Systematic Review of Testicle Survival Time After a Torsion Event. *Pediatr Emerg Care*. diciembre de 2019;35(12):821-5.
15. Gil Romea I, Moreno Mirallas MJ, Deus Fombellida J, Mozota Duarte J, Garrido Calvo A, Rivas Jiménez M. Obstrucción intestinal. *Med Integral*. 15 de junio de 2001;38(2):52-6.
16. Tarchouli M, Ait Idir B, Soufi M, Bounaim A. Incomplete intestinal obstruction. *Acta Gastro-Enterol Belg*. 2020;83(2):357-8.

17. Krouse RS. Malignant bowel obstruction. *J Surg Oncol*. julio de 2019;120(1):74-7.
18. Greenhalgh DG. Management of Burns. *N Engl J Med*. 13 de junio de 2019;380(24):2349-59.
19. Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician*. 1 de marzo de 2006;73(5):859-64.
20. Gradison M. Pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician*. 15 de abril de 2012;85(8):791-6.
21. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*. 15 de septiembre de 2019;100(6):357-64.
22. Dewey K, Wittrock C. Acute Pelvic Pain. *Emerg Med Clin North Am*. mayo de 2019;37(2):207-18.
23. Bertoni G, Pessacq P, Guerrini MG, Calmaggi A, Barberis F, Jorge L, et al. Etiología y resistencia a antimicrobianos de la infección no complicada del tracto urinario. *Med B Aires*. agosto de 2017;77(4):304-8.
24. Grette K, Cassity S, Holliday N, Rimawi BH. Acute pyelonephritis during pregnancy: a systematic review of the aetiology, timing, and reported adverse perinatal risks during pregnancy. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. agosto de 2020;40(6):739-48.
25. Ansaldi Y, Martinez de Tejada Weber B. Urinary tract infections in pregnancy. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*. 27 de agosto de 2022;S1198-743X(22)00431-1.
26. Dimitriadis E, Menkhorst E, Saito S, Kutteh WH, Brosens JJ. Recurrent pregnancy loss. *Nat Rev Dis Primer*. 10 de diciembre de 2020;6(1):98.
27. Deng T, Liao X, Zhu S. Recent Advances in Treatment of Recurrent Spontaneous Abortion. *Obstet Gynecol Surv*. junio de 2022;77(6):355-66.

28. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM, Hernández-Valencia M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol Obstet México*. 2017;85(9):611-33.
29. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause. *Clin Obstet Gynecol*. marzo de 2016;59(1):2-24.
30. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT, Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Médica Costarric*. marzo de 2019;61(1):13-21.
31. van Dijk SM, Hallensleben NDL, van Santvoort HC, Fockens P, van Goor H, Bruno MJ, et al. Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials. *Gut*. noviembre de 2017;66(11):2024-32.
32. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. enero de 2013;62(1):102-11.
33. Martínez-Vernaza S, Mckinley E, Soto MJ, Gualtero S, Martínez-Vernaza S, Mckinley E, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. *Univ Medica*. diciembre de 2018;59(4):93-102.
34. Taboada B. LB, Leal Castro AL, Caicedo V. MP, Camargo B. CB, Roa B. JH. Etiología de la neumonía adquirida en la comunidad en un hospital de cuarto nivel en Bogotá: estudio descriptivo de un registro institucional durante los años 2007 a 2012. *Infectio*. 1 de enero de 2015;19(1):10-7.
35. Fortún J, Meije Y, Fresco G, Moreno S. Aspergilosis. Formas clínicas y tratamiento. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de abril de 2012;30(4):201-8.
36. Asensi Monzó M. Crisis de asma. *Pediatría Aten Primaria*. 2017;19:17-25.



