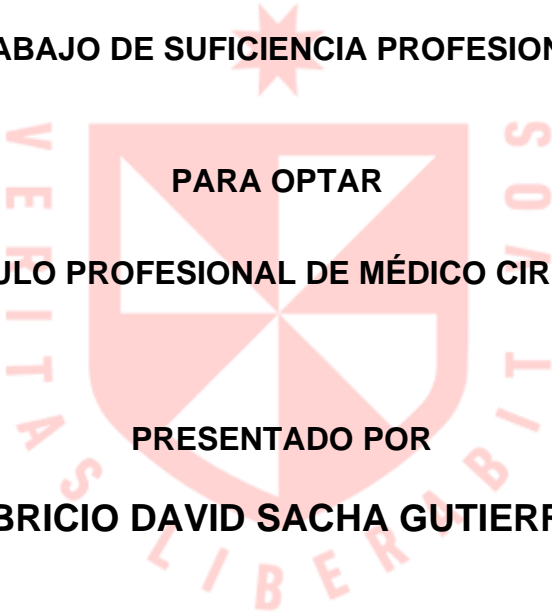


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL CENTRAL DE LA PNP “LUIS N. SÁENZ” MARZO 2023
– DICIEMBRE 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
FABRICIO DAVID SACHA GUTIERREZ**

ASESOR

JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

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
NACIONAL CENTRAL DE LA PNP “LUIS N. SÁENZ” MARZO
2023 – DICIEMBRE 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
FABRICIO DAVID SACHA GUTIERREZ**

**ASESOR
DR. JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ**

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 permitirme la vida y la suerte de tener mi familia con salud, por haber confiado en mí.

A mis padres, Melba Gutiérrez Urquiza y Herbert Sacha Bastidas, quienes admiro de todo corazón por acompañarme y apoyarme siempre.

INDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
Rotación en Cirugía General.....	3
Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	12
Rotación en Medicina Interna.....	18
Rotación en pediatría.....	29
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	37
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	38
CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	41
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	44

RESUMEN

El objetivo del presente artículo enfocado en la suficiencia profesional medica es la formación del Interno de medicina en su funcionalidad y desarrollo como médico en su séptimo año de la carrera universitaria en el Perú. Teniendo como propósito la explicación y equiparación del proceso de un internado medico sin la presencia de una pandemia COVID-19, con el proceso de internado medico en el periodo de pandemia COVID-19. Presentando las limitaciones en los distintos servicios de rotación que constituye el internado medico en un hospital III-1 de la Policía Nacional del Perú.

La elaboración del presente trabajo de suficiencia profesional se realizó en la práctica desarrollado por un interno de medicina, presentando así las historias clínicas diarias de lo que fue participe, en los conocimientos adquiridos en los años previos al internado de la carrera de Medicina Humana.

Finalmente, se demostró que en el periodo de pandemia fue afectado el sector salud en la policía nacional, así como el proceso educativo del interno de medicina, actualmente la experiencia del interno de medicina ha mejorado en la policía nacional ofreciendo diferentes herramientas para las prácticas y destrezas clínicas, quirúrgicas y de emergencias, logrando un desempeño del interno de medicina en la atención primaria, que en la mayoría de las veces es olvidado en el sector de salud.

Palabras clave: Internado Medico, Hospital, práctica clínica, pandemia COVID-

19

ABSTRACT

The objective of this article focused on medical professional proficiency is the training of the Medical Intern in his functionality and development as a doctor in his seventh year of university studies in Peru. Having as its purpose the explanation and comparison of the process of an internship without the presence of a pandemic, with the medical internship process in the pandemic period. Presenting the limitations in the different rotation services that constitute the medical internship in a III-1 hospital of the National Police of Peru.

The preparation of this work of professional proficiency was carried out through the practice treated by a medical intern, thus presenting the daily clinical histories of those who participated, achieving the solidification of knowledge acquired in the years prior to the internship of the Medicine degree. Human.

Finally, we demonstrate that during the pandemic period the health sector in the national olos was affected, as well as the educational process of the medical intern. Currently, the experience of the medical intern has improved in the national olos by offering different olos for practices and skills. Clinical, surgical and emergencies; benefiting the performance of the medical intern in primary care, who is most often forgotten in the health sector.

Keywords: Medical internship, Hospital, clinical practice, COVID-19 pandemic

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL CENTRAL D
E LA PNP "LUIS N. SÁENZ" MARZO 20**

AUTOR

FABRICIO DAVID SACHA GUTIERREZ

RECUENTO DE PALABRAS

7918 Words

RECUENTO DE CARACTERES

46925 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

84.0KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 10, 2024 2:02 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 10, 2024 2:02 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 20% 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

INTRODUCCION

El actual Informe tiene por objetivo presentar el proceso de internado medico en el periodo 2023.

En el Perú, ser profesional en Medicina Humana, siendo la principal en el área de la salud; implica vocación, empeño y dedicación que adquieren los internos de medicina en el séptimo año de la carrera profesional. Esencialmente el último año, el internado de médico proporciona aplicar las bases teóricas añadiendo los conocimientos aprendidos en el alma mater, la “Universidad San Martín de Porres”, conformando un periodo fundamental y decisivo para el desarrollo de habilidades en la consumación de la carrera profesional de un médico cirujano.

La función del interno de medicina está enfocado en mejorar la ejecución, procurando que el estudiante se desarrolle frente a situaciones diversas y aplicar en los casos reales todos los conocimientos para optar por decisiones preventivas, diagnosticas perfeccionando la buena realización de historia clínica acompañado de la aplicación de un buen examen físico completo, identificando los síntomas y signos principales, con ello diferenciar los síndromes presentes en cada caso clínico después decidir por el diagnóstico principal y posterior brindar el tratamiento y rehabilitación en los principales patologías de salud en nuestro país, consiguiendo buena relación médico paciente en sentido ético y humanista. Así conseguir destreza al enfrentarse de manera inmediata a situaciones recurrentes del paciente.

Actualmente la función de los internos se aprecia adentro del sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio (SINAPRES), según Decreto Supremo N°021-2005-SA. En esta organización se aplican acuerdos registrados entre los hospitales de todo el Perú para beneficio de los estudiantes que se ejerzan sus actividades profesionales. Posteriormente, en las direcciones de redes de centros de salud se implementa un reglamento con derechos y obligaciones de los internos de medicina, lo cual elabora una normativa diversa en la materia, esto sucede porque no se encuentra regulación general. Al principio del periodo de

internado medico en el 2020 que se distribuye constantemente en hospitales de alta complejidad, los internos de medicina obtienen una capacitación de cada institución hospitalaria, en el caso del autor que su sede fue de fuerzas policiales, se percibió una capacitación respecto al funcionamiento del “Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz, convenios, tecnología de nuevos implementos médicos y grados que reciben las fuerzas policiales. Además, como es lo apropiado en cada sede se compromete de elaborar un examen físico antes del ingreso a una sede hospitalaria, donde se aplica exámenes de laboratorio, así como psicológicos.

Este trabajo tiene como finalidad: enseñar el manejo medico en el ámbito clínico quirúrgico cursado en la experiencia de internado en los presentes casos seleccionados. Detallar el desarrollo en la actualidad de un establecimiento de salud III-3: Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz. Analizar el H N PNP L. N. Sáenz como sede para la realización de internado médico, concluyendo sobre la importancia de la culminación de la carrera profesional de medicina Humana.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Rotación en Cirugía General

Caso clínico N °1

Anamnesis

Paciente mujer de 56 años, con tiempo de enfermedad de 11 años presenta cuadro caracterizado alteraciones en el hábito defecatorio(2-3 deposiciones al día) altera a 1 deposición al día aspecto acintado con presencia de sangrado escaso rojo rutilante y dolor durante deposiciones, además de presencia de prolapso por canal vaginal, paciente asocia dichas molestias al habito defecatorio motivo por el cual acude a evaluaciones por ginecología donde le diagnosticaron disfunción del piso pélvico en el 2014 y le realizan histerectomía total también pasa evaluación por gastroenterología quienes indican presencia de tumor benigno en recto inferior operada en el 2023.

En el 2016 es intervenida quirúrgicamente cistocele y rectocele. En octubre del 2022 post radioterapia y Quimioterapia, Paciente refiere no presentar alteraciones en el hábito defecatorio no hematoquecia, recuperación de peso habitual.

Antecedentes

Personales: Niega, transfusiones: niega, RAMS: niega.

Fisiológicos: Nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas completas.

Patológicos:

- Disfunción de suelo pélvico (2014)

Quirúrgicos:

- Bloqueo tubárico bilateral (2002)

- Tumor benigno del recto inferior (2014)
- Histerectomía total (2014)
- Rectocele (2017) y cistocele (2016)
- Cesárea (2001) y (2002)
- Artroscopia rodilla derecha por meniscopatia (2022)
- Desprendimiento de retina (2022)

Examen Físico

Funciones Vitales: FC: 80 lpm. FR: 18 rpm. PA: 120/70 mmhg Temperatura: 36.5°C. Peso: 60kg. Talla: 1.65 Cm

Ectoscopia: Paciente despierto en decúbito dorsal, en regular estado General, regular estado nutrición, regular estado hidratación, ventilando espontáneamente.

Piel y anexos: Tibia, hidratada, laxa, llenado capilar menor 2 segundos, ictericia no cianosis, no palidez.

TCSC: no edema.

Linfadenopatía: no adenopatías.

Cabeza: Normocéfalo, implantación adecuada, simétricos, no lesiones, no secreciones, fosas nasales permeables, tabique nasal central, oídos simétricos, boca apertura conservada.

Cuello: simétrico, móvil, tiroides no palpables.

Aparato respiratorio:

- Inspección: amplexación, No tiraje, simétrico, no cicatrices.
- Palpación: buena elasticidad, no masas, no adenopatías supraclaviculares.
- Percusión: timpánico.
- Auscultación: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular:

- Inspección: No se evidencia choque de punta.
- Palpación: choque de punta en el 5to espacio intercostal a nivel de la línea media clavicular izquierda. No impulsos ventriculares ni frotos.
- Percusión: Matidez cardiaca conservada.
- Auscultación: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Pulsos periféricos: Pulsos pedios conservados.

Abdomen:

- Inspección: Globuloso, no circulación colateral, región suprapúbica cicatriz operatoria pfanestiel.
- Auscultación: Ruidos hidroaéreos positivos
- Palpación: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Percusión: Timpanismo.

Neurológico: Despierto, Lucido orientado en tiempo espacio y persona, Escala de Glasgow: 15/15, activa, tono y fuerza conservado. ROT conservados.

Genitourinario: Genitales masculinos conservados.

Puño percusión lumbar (-) Punto reno ureteral (-)

Impresión diagnóstica

- NM Recto Distal

Exámenes Auxiliares

Hemograma (2/11/23)

Leucocitos: 3.83

Hemoglobina: 10.2

Plaquetas: 362

Neutrofilos: 70.9%

Inmunobioquímica

Glucosa: 92

Urea: 36.4

Creatina: 0.57

Fosfatasa alcalina: 165

Marcadores tumorales (2/11/23): CEA: 7.3

Colonoscopia de recto (15/06/22): lesión proliferativa de aspecto mamelonado que compromete de forma circunferencial el recto distal hasta los 5 cm del MA. Dura y friable a la toma de biopsia, con compromiso de canal anal no permitiendo diferenciar la línea pectínea.

Biopsia de recto (27/06/22): adenoma tubular con displasia de bajo grado asociado a tejido de granulación, clasificación de Vienna 3

Colonoscopia de recto (23/03/23): trasponiendo margen anal hasta aproximadamente 10 cm se aprecia lesión proliferativa mamelonada que ocupa casi el 60% de la circunferencia. Canal anal: evidencia paquetes venosos internos congestivos, que no sobrepasan la línea pectínea a la maniobra de Valsalva.

Biopsia (01/04/23): mucosa colónica que muestra displasia túbulo vellosa de bajo grado asociado a necrosis y tejido de granulación.

Rm de pelvis con contraste (01/12/23): el recto se encuentra rodeado de gran pániculo adiposo en la región presacra y entre la vagina y pared anterior del recto, pero la mucosa rectal se encuentra colapsada, engrosada y captación irregular

de la sustancia de contraste, no hay evidencia de ganglio patológico en el espacio peri rectal.

Videoproctoscopia (15/12/23): canal anal inmediatamente por encima de la línea pectínea, presencia de lesión proliferativa distribuida en parches que se extienden de forma circunferencial intercalado con áreas cicatriciales. Sin ocasionar estenosis y progresa hasta los 5 cm por encima del margen anal la cual se verifica con proctoscopio rígido de mucosa rectal normal.

Plan de trabajo

- Interconsulta para cardiología (riesgo cardiológico)
- Solicitar electrocardiograma
- Interconsulta para neumología (riesgo neumológico)
- Solicitar radiografía de tórax
- Solicitar exámenes de laboratorio
- Interconsulta a anestesiología
- Programar para SOP
- Reestadiaje

Caso clínico N °2

Anamnesis Indirecta, paciente en casa de reposo

Paciente varón de 62 años, familiar refiere que hace 1 mes paciente presento cuadro caracterizado de dolor abdominal tipo cólico (EVA 5/10) en mesogastrio asociado a sensación de llenura precoz, náuseas y vómitos “marrones” en varias oportunidades, además refiere hiporexia y baja de peso aproximadamente 8-10 kilos e intolerancia a alimentos sólidos y líquidos; motivo por el cual acude al hospital PNP por emergencia.

Antecedentes

Personales: Niega, transfusiones: niega, RAMS: niega.

Fisiológicos: nacimiento: Eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas completas.

Medicación habitual:

- Olanzapina 10 mg 1 tableta mañana y tarde.
- Fluoxetina 20 mg 2 tabletas en la mañana y 1 tableta en la tarde.
- Valproato sódico 500mg 1 tableta en la noche.
- Clonazepam 2 mg 1 tableta cada 24 horas.
- Clomipramina 25 mg 1 tableta en la mañana y en la tarde.
- Metformina 850 1 tableta cada 24 horas.

Patológicos:

- Esquizofrenia
- *Diabetes mellitus II*

Quirúrgicos:

- Niega

Examen Físico

Funciones Vitales: FC: 90 lpm. FR: 15 rpm. PA: 110/60 mmhg Temperatura: 36.5°C. Peso: 60kg. Talla: 1.60 Cm Imc: 23.43

Ectoscopia: Paciente despierto en decúbito dorsal, en regular estado General, regular estado nutrición, regular estado hidratación, ventilando espontáneamente.

Piel y anexos: tibia, hidratada, laxa, llenado capilar menor 2 segundos, no ictericia no cianosis, no palidez.

TCSC: no edema.

Linfadenopatía: no adenopatías.

Cabeza: Normocéfalo, implantación adecuada, simétricos, no lesiones, no secreciones, fosas nasales permeable, tabique nasal central, oídos simétricos, boca apertura conservada.

Cuello: simétrico, móvil, tiroides no palpables.

Aparato respiratorio:

- Inspección: amplexación, No tiraje, simétrico, no cicatrices.
- Palpación: buena elasticidad, no masas, no adenopatías supraclaviculares.
- Percusión: timpánico.
- Auscultación: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular:

- Inspección: No se evidencia choque de punta.
- Palpación: No choque de punta, No impulsos ventriculares ni frotos.
- Percusión: matidez cardiaca conservada.
- Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Pulsos periféricos: pulsos pedios conservados.

Abdomen:

- Inspección: no distendido, simétrico, no circulación colateral.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos positivos, frecuencia 12 por minuto.
- Palpación: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Percusión: matidez hepática conservada.

Neurológico: despierto, Lucido orientado en tiempo espacio y persona, Escala de Glasgow: 15/15, activa, tono y fuerza conservado. ROT conservados.

Genitourinario: genitales masculinos conservados.

Puño percusión lumbar (-) Punto reno ureteral (-)

Impresión diagnóstica

- NM Gástrico antro-píloro CIE 10 C16.3
- *Diabetes mellitus II* por historia clínica CIE 10 E11.9
- Esquizofrenia por historia clínica CIE 10 F20.9

Exámenes Auxiliares

Hemograma (21/11/23)

Leucocitos: 8.15

Hemoglobina: 8.2

Plaquetas: 266000

Inmunobioquímica

Glucosa: 64

Urea: 40.2

Creatina: 0.7

Alfa feto proteína (AFP): 0.7 ng/ml

Antígenocarcino embrionario (CEA): 2.22 ng/ml

CA 125 ovario (automatizado): 34.7 U/ml

CA 19.9 (auomizado): 3.78 U/ml

Videoendoscopía Digestiva Alta (VEDA)

Antro se evidencia hacia región de incisura lesión proliferativa intercalada de áreas infiltrativas de aproximadamente de 7 cm de bordes irregulares friable al roce que se extienden hacia canal pilórico estenosado la luz parcialmente.

Diagnostico endoscópico:

- NM Gástrico: Bormann II
- Esofagitis erosiva los ángeles b.
- Cardias incompetentes Hill II.
- Colocación de sonda nasoyeyunal.

Estadaje: T3 N2 MO

Plan de trabajo

Operación Realizada: laparoscopia exploratoria + conversión + gastrectomía subtotal+ anastomosis gastro-yeyunal laterolateral + reconstrucción en Y de roux + colocación de dren JP.

Hallazgos:

- Tumoración de aproximadamente: 7x5 cm, localizada a nivel antro pilórico – curvatura menor condicionando dilatación proximal, indurada, poco móvil adherida a páncreas y pedículo hepático.
- Múltiples ganglios peritumorales y a nivel de 1er porción de duodeno.
- No liquido libre, no implantes tumorales.

Terapéutica

- 6 medidas de nutriente enteral + 2 unidades de modulo proteico + 300 cc de H2O
- Dextrosa 5% 1000cc + Nacl 20% (2 ampollas) + Kcl 20% (2 ampollas)
- Metamizol 1 ampolla endovenoso si presenta dolor
- Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas
- Metoclopramida 10g 1 ampolla endovenoso cada 8 horas.
- Nacl 0.9% 1000cc endovenoso a 60 gotas
- Valproato sódico 500g 1 tableta en la noche por sonda nasogástrica.
- Clonazepam 2g 1 tableta a las 7 a.m. – 7p.m. por sonda nasogástrica.
- Clomipramina 25 mg 1 tableta en la mañana y en la tarde.

- Fluoxetina 20 mg 2 tabletas en la mañana y 1 tableta en la tarde.
- Olanzapina 10 mg 1 tableta vía oral cada 24 horas por sonda nasogástrica 12 a.m. – 12 p.m.
- Insulina cristalina : 3UI - 4UI - 5UI vía subcutánea

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico N °3

Anamnesis

Paciente gestante de 10 semanas G2 P1001 de 37 años, acude a emergencia por dolor en hipogastrio, pélvico tipo cólico y sangrado vaginal en gran cantidad.

Antecedentes

Personales: Alcohol ocasional, tabaco: ocasional, RAMS: Ciprofloxacino

Fisiológicos: Nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas completas, menarquia a los 13 años RC: 3/30, FUR: no recuerda, inicio de relaciones sexuales: a los 19 años, No MAC.

Patológicos: Niega alergias. Niega enfermedades crónicas

- Fractura de tobillo izquierdo

Familiares: Niega

Examen Físico

-Funciones vitales: FC: 96 lpm. FR: 20 rpm. PA: 90/60 mmHg y después de cuatro horas 176/90 mmHg. Temperatura: 36.4 °C. Peso: 65.8 kg, talla: 1.60 m.

-Apreciación general: Gestante, aparente estado general, de hidratación y nutrición. Fascie dolorosa

- Piel: Tibia, seca, laxa, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia.
- TCSC: Buena distribución corporal.
- Sistema Linfático: No se palpan adenopatías
- Sistema Osteomioarticular: Curvaturas columnares conservadas. Fuerza y tono muscular adecuados para la edad Rangos articulares conservados.
- Extremidades: Dificultad en movilizar extremidades inferiores. Reflejos
- Osteotendinosos presentes
- Cabeza: simétrica, cabello fino, con adecuada implantación, central
- Cráneo: Normocéfalo mesaticefalo
- Ojos: Simétricos, móviles, pupilas isocóricas normo reactivas. Conjuntiva palpebral pálida, escaleras limpias
- Oídos: Pabellones auriculares simétrico, CAE permeable
- Nariz: No rinorrea, fosas nasales permeables
- Boca: Labios móviles, No lesiones mucosa oral
- Orofaringe: No eritematosa, no congestiva, no se evidencias placas
- Maxilofacial: Apertura oral conservada
- Cuello: Simétrico, cilíndrico, no se palpan adenopatías
- Tórax: Simétrico, no uso de musculatura accesoria, amplexación conservada
- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en Ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Ap. Cardiovascular: no se observa choque de punta, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Leve distención, RHA disminuidos, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda, no reacción peritoneal
- Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)
- Especuloscopia: no lesiones, se evidencia manchas de secreción hemática marrón oscuro en canal vaginal.
- Tacto Vaginal: Cérvix posterior, OCI: cerrado antecubierto.
- Sistema nervioso central: Despierto, reactivo, colaborador, no signos meninges

Impresión diagnóstica

Aborto Incompleto

CIE 10 003.4

Exámenes auxiliares

Hemograma

Hemoglobina: 12 mg/dL

Hematocrito: 35.1

Leucocitos: 8.57/mm³

Plaquetas: 164

Grupo sanguíneo: A

Factor Rh: (+)

RPR: No reactivo

Ecografía obstétrica: imágenes compatibles con Aborto Incompleto

Plan de trabajo

- Profilaxis antibiótica
- Aspiración uterina
- Manejo del dolor

Terapéutica

- ibuprofeno 30 minutos antes
- Doxiciclina 200mg vía oral 1 tableta en 1 hora.
- Metronidazol 500mg vía oral 1 tableta en 1 hora.

- Azitromicina 500 mg vía oral 1 tableta en 1 hora.

Caso clínico N °4

Anamnesis

Paciente mujer de 60 años, refiere sangrado vaginal desde hace 5 meses que cede al reposo y se exacerba al deambular, cuenta con ecografía transvaginal 07/11/ 23 donde indica presencia de tumoración solida endometrial a descartar mioma submucoso a descartar neoplasia de endometrio.

Antecedentes

Personales: alcohol ocasional, tabaco: ocasional, RAMS: niega

Fisiológicos: nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas completas, menarquia a los 15 años RC: 7 días, irregular, FUR: hace 4 años, inicio de relaciones sexuales: a los 29 años, No MAC.

Patológicos: niega enfermedades crónicas.

- Papera y varicela a los 15 años

Intervenciones quirúrgicas:

- Amigdalectomía 1989
- Traumatismo de mano 2013
- Meniscos 2020 por accidente automovilístico

Familiares: Mamá (IMA) Papá(diabético, HTA)

Examen Físico

- Funciones vitales: FC: 70 lpm. FR: 17 rpm. PA: 100/60 mmHg, Temperatura: 36.8 °C. Peso: 79 kg, talla: 1.60 mt.
- Apreciación general: Aparente estado general, de hidratación y nutrición.

- Piel: tibia, seca, laxa, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia.
- TCSC: buena distribución corporal.
- Sistema Linfático: No se palpan adenopatías
- Sistema Osteomioarticular: Curvaturas columnares conservadas. Fuerza y tono muscular adecuados para la edad Rangos articulares conservados.
- Extremidades: Dificultad para movilizar extremidades inferiores. Reflejos
- Osteotendinosos presentes
- Cabeza: simétrica, cabello fino, con adecuada implantación, central
- Cráneo: Normocéfalo
- Ojos: Simétricos, móviles, pupilas isocóricas normo reactivas. Conjuntiva palpebral pálida, escaleras limpias
- Oídos: Pabellones auriculares simétrico, orificio auditivo externo permeable
- Nariz: Pirámide nasal céntrica, fosas nasales permeables
- Boca: Labios móviles, No lesiones mucosas oral
- Orofaringe: No eritematosa, no congestiva, no se evidencias placas
- Maxilofacial: Apertura oral conservada
- Cuello: Simétrico, cilíndrico, no se palpan adenopatías
- Tórax: Simétrico, no uso de musculatura accesoria, amplexación conservada
- Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en Ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- Sistema Cardiovascular: no se observa choque de punta, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Leve distención, RHA disminuidos, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda, no reacción peritoneal
- Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)
- Sistema nervioso central: Despierto, reactivo, colaborador, no signos meninges.

Impresión diagnóstica

Miomatosis Uterina

CIE-10 D25.9

Descartar cáncer endometrial

CIE-10 C54.0

Exámenes auxiliares

Ecografía transvaginal

Múltiples miomas 5 cm por debajo de la capa mucosa

Hemograma

Hemoglobina: 13.1 mg/dL

Hematocrito: 41.2

Leucocitos: 6890/mm³

Plaquetas: 277000

Grupo sanguíneo: A

Factor Rh: (+)

Inmunobiquímica

Glucosa: 102

Urea: 44.9 mg/dl

Albumina: 2.9

Nitrógeno Ureico (BUN): 20.98 mg/dl

Creatina: 0.59 mg/dl

Hepatitis B antígeno de superficie (HBsAG): <0.10 RPR: No reactivo

Perfil de coagulación

Tiempo de protrombina: 12.1 segundos

Tiempo parcial de tromboplastina activada: 32.5 segundos

INR: 0.9

Tiempo de trombina: 17.7

Fibrinógeno: 445 mg/dL

Urocultivo y Antibiograma

Resultado: Negativo

Examen de Orina

Resultado: Negativo para infección

Plan de trabajo

Actualización de exámenes de prequirúrgicos

Riesgo Neumológico

Solicitar radiografía de Tórax

Riesgo cardiológico

Solicitar EKG

Interconsulta a Anestesiología

Terapéutica

Histerectomía

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico N° 5

Anamnesis

Paciente Varón de 74 años, refiere que desde el 2019 presenta herida en Región plantar debido a que pisó un tornillo, al no sentir dolor, la herida progresa hasta úlcera profunda supurativa el cual no fue atendida en el hospital por la pandemia,

sin embargo, ante empeoramiento de la lesión decide acudir por consultorio particular. Debido a la falta de sensibilidad en MMII, camina apoyándose sobre la lesión sin permitir su correcta cicatrización. En el 2023 se hospitaliza por lesión en 1er orjejo de pie derecho el cual progresa hasta hueso por lo que parte del dedo es amputado, hospitalizándose 46 días.

Hace 5 días, acude a clínica para continuar con programa de Hemodiálisis, durante procedimiento, presenta fiebre, por lo cual la indicación médica es acudir por emergencia, sin embargo, no acude por temas económicos, niega volver a presentar episodio de fiebre por lo que decide acudir a su centro de hemodiálisis donde vuelve a presentar fiebre, decidiendo acudir por emergencia al hospital Nacional PNP L.N.S.

Antecedentes

Personales: alcohol ocasional, transfusiones: si, no reacciones adversas, RAMS: niega.

Fisiológicos: nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas completas.

Patológicos:

- diabetes mellitus: (desde el 2009)
- Hipertensión Arterial:(desde el 2001) Sin tratamiento actual, antes uso de insulina.
- Enfermedad Renal Crónica:(desde el 2018) con tratamiento de hemodiálisis
- Hospitalización por pie diabético (dedo de pie derecho): mayo a junio del 2023.

Quirúrgicos:

- Amputación de mano izquierda (04/11/1983)
- TEC (hematoma) craniectomía descompresiva (2012)

Examen Físico

Funciones Vitales: FC: 75 lpm. FR: 18 rpm. PA: 115/85 mmhg Temperatura: 38.8°C. Peso: 74kg. Talla: 1.71 Cm

Ectoscopia: Paciente en Aparente regular estado General, Aparente regular estado nutrición, Aparente regular estado hidratación, ventilando espontáneamente.

Piel y anexos: tibia, hidratada, laxa, llenado capilar menor 2 segundos, no cianosis, no palidez.

TCSC: edema +/-+++ en pie derecho.

Cabeza: Normocéfalo, implantación adecuada, simétricos, no lesiones, no secreciones, presencia de pterigión, fosas nasales permeables, tabique nasal central, oídos simétricos, boca apertura conservada.

Cuello: simétrico, móvil, tiroides no palpables.

Aparato respiratorio:

- Inspección: No tiraje, simétrico, no cicatrices.
- Palpación: amplexación simétrica, no masas, no adenopatías supraclaviculares.
- Percusión: sonoridad conservada
- Auscultación: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, subcrepitos en bases pulmonares.

Aparato Cardiovascular:

- Inspección: No se evidencia choque de punta.
- Palpación: no se palpa choque de punta.
- Percusión: sonoridad conservada.
- Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen:

- Inspección: no distendido, no cicatrices
- Auscultación: ruidos hidroaéreos positivos

- Palpación: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Percusión: sonoridad conservada.

Neurológico: despierto, Lucido orientado en tiempo espacio y persona, Escala de Glasgow: 15/15, activa, tono y fuerza conservado. ROT conservados.

Genitourinario: genitales masculinos conservados.

Impresión diagnóstica

- Síndrome Febril D/C infección de catéter venoso central CIE-10 A27.8
- Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones tardías CIE-10 E11.5
Pie diabético infectado Texas IIB
- Enfermedad Renal Crónica estadio V en hemodiálisis CIE-10 N18.0
- hipertensión Arterial por antecedente CIE-10 I10.x
- Retinopatía diabética CIE-10 H35.1

Exámenes Auxiliares

Hemograma

Hemoglobina: 11.3 mg/dL

Hematocrito: 35.9

Leucocitos: 17000/mm³

Plaquetas: 377

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: (+)

Inmunobiquímica

Glucosa: 80

Urea: 64.2 mg/dl

Albumina: 2.9

Nitrógeno Ureico (BUN): 30 mg/dl

Creatina: 6.65 mg/dl

TGO: 89 U/L

TGP: 87 U/L

GGTP: 568

LDH: 174

PCR: 30.2

Procalcitonina: 5.9 ng/ml

Bilirrubina total: 0.4 mg/dL

Indirecta: 0.2 mg/dL

Directa: 0.2 mg/dL

Perfil de coagulación

Tiempo de protrombina: 16.3 segundos

Tiempo parcial de tromboplastina activada: 47.3 segundos

INR: 1.2

Tiempo de trombina: 21.2

Fibrinógeno: 999 mg/dL

Dímero D: 7

Gases Arteriales

PH: 7.442

Pco2: 48.5 mmhg

Po2: 56 mmhg

Hco3: 32.6 mmol/L

Be: 8.5 mmol/L

Thb:10.2 g/dL

Fo2hb: 89.9 %

Fcohb: 0.1 %

Fmethb: 0.0 %

O2SAT: 90.0 %

Ca⁺⁺: 0.94 mmol/L

Lac: 1.4 mmol/L

Temperatura: 37 °C

F102: 21%

Glu: 86 mg/dL

Na⁺: 136.4 mmol/L

K⁺: 3.71 mmol/L

Cl⁻: 96.8 mmol/L

Plan de trabajo

- Interconsulta a nefrología respondió Seguir con sus sesiones de diálisis programadas
- Eco doopler arterial en MMII

- Hemocultivo
- Radiografía de pie derecho
- Curaciones diarias de Herida (Clorhexidina y cloruro de sodio al 0.9%) para proceso de desgranulación de tejido.

Tratamiento farmacológico

Meropenem 500mg Endovenoso 1 ampolla cada 24 horas

Vancomicina 1g Endovenoso cada 48 horas en diálisis

Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg PRN a dolor

Insulina R escala móvil

Metamizol 1g Endovenoso PRN T > 38 C°

Enoxaparina 60 mg subcutáneo cada 24 horas

Caso clínico N °6

Anamnesis

Paciente varón de 59 años refiere iniciar con cuadro caracterizado con tiempo de enfermedad de 3 semanas aproximadamente, por orinas coluricas progresivas, y leve dolor abdominal en epigastrio esporádico, además se agrega nauseas, que no llegan al vomito.

Hace 4 días del ingreso, presenta coloración amarillenta en piel y escleras, Además prurito de cuerpo, por lo cual acude a su policlínico más cercano, donde le realizan exámenes de laboratorio, por tal motivo es referido a emergencia de este nosocomio. Durante su estancia en emergencia paciente presenta exámenes de laboratorio con perfil hepático con patrón colestásico.

Paciente actualmente hemodinámicamente estable, se hospitaliza para continuar manejo médico y complementar estudios.

Antecedentes

Personales: alcohol ocasional, transfusiones: Niega, RAMS: Niega.

Fisiológicos: nacimiento: eutócico, desarrollo psicomotor: adecuado, vacunas completas.

Patológicos:

- Hipertensión arterial
- Hiperplasia benigna de próstata
- Cáncer de colon +QT (2004)

Quirúrgicos:

- Colectomía (1997)
- Cáncer de colon (2004)

Examen Físico

Funciones Vitales: FC: 75 lpm. FR: 18 rpm. PA: 110/70 mmhg Temperatura: 36.5°C. Peso: 74kg. Talla: 1.71 Cm

Ectoscopia: Paciente en decúbito dorsal, en regular estado General, regular estado nutrición, regular estado hidratación, ventilando espontáneamente.

Piel y anexos: tibia, hidratada, laxa, llenado capilar menor 2 segundos, ictericia no cianosis, no palidez.

TCSC: no edema.

Linfadenopatía: no adenopatías.

Cabeza: Normocéfalo, implantación adecuada, simétricos, no lesiones, no secreciones, fosas nasales permeables, tabique nasal central, oídos simétricos, boca apertura conservada.

Cuello: simétrico, móvil, tiroides no palpables.

Aparato respiratorio:

- Inspección: amplexación, No tiraje, simétrico, no cicatrices.
- Palpación: buena elasticidad, no masas, no adenopatías supraclaviculares.
- Percusión: timpánico.
- Auscultación: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular:

- Inspección: No se evidencia choque de punta.
- Palpación: choque de punta en el 5to espacio intercostal a nivel de la línea media clavicular izquierda. No impulsos ventriculares ni frotos.
- Percusión: matidez cardiaca conservada.
- Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Pulsos periféricos: pulsos pedios conservados.

Abdomen:

- Inspección: Globuloso, no circulación colateral, cicatriz mediana en buen estado.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos positivos
- Palpación: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Percusión: timpanismo.

Neurológico: despierto, Lucido orientado en tiempo espacio y persona, Escala de Glasgow: 15/15, activa, tono y fuerza conservado. ROT conservados.

Genitourinario: genitales masculinos conservados.

Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)

Impresión diagnóstica

- Síndrome icterico Obstructivo
- Descartar NM de vías biliares
- NM de colon operado – QT
- Colectectomizado

Exámenes auxiliares

Hemograma

Hemoglobina: 13.3 mg/dL

Hematocrito: 42.3

Leucocitos: 7.200/mm³

Plaquetas: 226

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: (+)

INMUNOBIQUIMICA

Glucosa: 85 mg/dl

Urea: 33.2 mg/dl

Albumina: 2.9

Nitrógeno Ureico (BUN): 15.51 mg/dl

Creatina: 0.95 mg/dl

Fosfatasa alcalina: 795 U/l

TGO: 202 U/l

TGP: 353 U/l

GGTP: 1620 U/l

PCR: 3.9

Bilirrubina total: 8.2 mg/dL

Bilirrubina Indirecta: 2.8 mg/dL

Bilirrubina Directa: 5.4 mg/dL

Diagnostico definitivo

- Daño hepático inducido por fármacos CIE 10 K71.0

Plan de trabajo

- Examen de laboratorio control
- Interconsulta a Gastroenterología respondió Seguir con terapéutica
- Ecografía abdominal: Colectomizado
- Tomografía abdominal: sin patología definida
- Anticuerpos mitocondriales; inmunofluorescencia indirecta: Negativo

Tratamiento farmacológico

- Dieta líquida
- Tamsulosina 0.4 mg vía oral cada 24 horas

- Enalapril 20 mg vía oral cada 24 horas
- Control de funciones vitales

Rotación en pediatría

Caso clínico N°7

Anamnesis

Paciente varón de 13 años, procedente de carabayllo, dos meses antes del ingreso sufre una caída golpeándose la cadera derecha presento dolor y aumento de volumen por lo que le administran paracetamol, el dolor cede levemente. Dolor de cadera persistió de manera insidiosa, hace un mes el dolor se intensifica por lo que madre lo lleva de forma particular donde le realizaron una ecografía evidenciando un proceso inflamatorio asociado a colección (síndrome de Morel Lavallee), le suministraron paracetamol, ibuprofeno, Crema tópica Hirudoid, dolor intenso en cadera derecha y persiste dolor en cadera izquierda. Por lo que acude al hospital Luis Saenz PNP.

Antecedentes

Enfermedades anteriores: Hipertrofia de adenoides (5 años), Asma no especifica (4 años)

Intervenciones Quirúrgicas: cirugía por fractura pulgar de mano derecha (falange proximal) en mayo de 2023.

Alergias / reacciones adversas medicamentos y / o alimentos: Niega.

Transfusiones sanguíneas Niega.

Examen Físico

FC: 116 lpm, FR:21 rpm, PA: 100/ 90 mmhg, Peso:53.8 kg, Talla:130cm, T° axilar :36.4° C SatO₂:99%

- Ectoscopia: Paciente varón de 13 años en posición decúbito supino en aparente regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.
- Piel y faneras: tibia, hidratada, llenado capilar <2 segundos, no cianosis, no palidez, ni signos de pliegue cutáneo.
- Tcsc: conservado
- Sistema Linfático: No se palpan adenopatías
- Sistema Osteomioarticular: Presenta dolor en región de cadera derecha a la deambulación.
- Extremidades: morfología conservada, Reflejos Osteotendinosos presentes
- Cabeza: simétrica, cabello fino, con adecuada implantación, central
- Cráneo: normocéfalo, no se palpan tumoraciones.
- Ojos: Simétricos, móviles, pupilas isocóricas normo reactivas. Conjuntiva palpebral pálida, escaleras limpias
- Oídos: Pabellones auriculares simétrico, conducto auditivo externo permeable
- Nariz: simétrica, piramidales fosas nasales permeables
- Boca: Labios simétricos, comisuras labiales conservadas
- Orofaringe: No eritematosa, no congestiva, no se evidencias placas.
- Maxilofacial: Apertura oral conservada.
- Cuello: Simétrico, cilíndrico, no se palpan adenopatías.
- Tórax: Simétrico, no uso de musculatura accesoria, amplexación conservada.
- Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en Ambos hemitorax, no se auscultan ruidos agregados.
- Sistema Cardiovascular: no se observa choque de punta, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: No distendido, RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda, no reacción peritoneal.
- Región cadera derecha: se evidencia lesión eritematosa, con aumento de temperatura, longitud aproximada 10 x 11 cm, con ligero dolor a la palpación.
- Región de cadera izquierda: tumoración dolorosa 3 x 2 cm.
- Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)

- Sistema nervioso central: Despierto, reactivo, colaborador, no signos meninges.

Impresión diagnóstica

Celulitis región glútea lateral derecha CIE-10: L03.1

Absceso de región glútea lateral derecha CIE-10: L02.3

Exámenes auxiliares

Hemograma

Hemoglobina: 13,6 mg/dL

Hematocrito: 40.7

Leucocitos: 6100/mm³

Plaquetas: 315000

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: (+)

Inmunobiquímica

Glucosa: 100 mg/ dl

Transaminasa oxalacetina (TGO): 26 U/l

Transaminasa pirúvica (TGP): 31 U/l

Plan de trabajo

Antibioticoterapia

Ecografía Región de cadera izquierda: proceso inflamatorio asociado a colección (síndrome de Morel Lavallee)

Ecografía Glúteo Derecho: signos de colección de 5.25 cc con extensión lateralizada de 1.26 cc.

Interconsulta a traumatología: no compromiso óseo, sin signos de osteomielitis.

Interconsulta a cirugía pediátrica: continuar indicaciones médicas, no tributario de drenaje, agregar hirudoid cada 8 horas en zona glútea.

Interconsulta a Infectología: Prueba de aglutinación: positivo para antígeno de brúcela en placa.

Terapéutica

Tratamiento antibiótico: oxacilina 150 mg/kg/día, clindamicina 30 mg/kg/día.

Tratamiento añadido para brucelosis: Doxiciclina 100mg 1 tableta vía oral cada 12 horas, Rifampicina 300 mg 1 tableta vía oral c/12 horas.

Caso clínico N°8

Anamnesis

Paciente varón de 3 años , es traído por su madre, referido de Tacna, refiere que presenta hace 10 días cuadro caracterizado por astenia, agitación y palidez, 4 días antes del ingreso por emergencia se evidencio dolor abdominal difuso y malestar general, madre refiere sensación de alza termina en 3 oportunidades por lo cual un día antes de su ingreso acude a la “clínica la luz” en donde lo medican con “floratil” y “pedialyte”, además se solicita un hemograma en donde se constata pancitopenia, en centro hospitalario se le transfunde dos unidades de sangre y por ese motivo es referido a emergencia del hospital pnp Luis N Sáenz.

Antecedentes

Enfermedades anteriores: niega

Intervenciones Quirúrgicas: niega

Alergias / reacciones adversas medicamentos y / o alimentos: Niega.

Transfusiones sanguíneas: 2 ocasiones (15/10 y 16/10 del 2023)

Examen Físico

Funciones Vitales: FC: 94 lpm. FR: 24 rpm. PA: 120/70 mmhg Temperatura: 37.3°C. Peso: 18. Talla: 118 Cm

Ectoscopia: Paciente despierto en decúbito dorsal, en regular estado General, regular estado nutrición, regular estado hidratación, ventilando espontáneamente.

Piel y anexos: tibia, hidratada, laxa, llenado capilar menor 2 segundos, ictericia no cianosis, se evidencia palidez en rostro.

TCSC: No edema.

Linfadenopatía: se palpan ganglios a nivel submaxilar bilateral, a nivel bilateral y a nivel inguinal bilateral.

Cabeza: Normocéfalo, implantación adecuada, simétricos, no lesiones, no secreciones, fosas nasales permeables, tabique nasal central, oídos simétricos, boca apertura conservada, orofaringe. Congestiva, eritematosa, no placas.

Cuello: simétrico, móvil, tiroides no palpables.

Aparato respiratorio:

- Inspección: amplexación, No tiraje, simétrico, no cicatrices.
- Palpación: buena elasticidad, no masas, no adenopatías supraclaviculares.
- Percusión: timpánico.

- Auscultación: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular:

- Inspección: No se evidencia choque de punta.
- Palpación: choque de punta en el 5to espacio intercostal a nivel de la línea media clavicular izquierda. No impulsos ventriculares ni frotos.
- Percusión: matidez cardiaca conservada.
- Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Pulsos periféricos: pulsos pedios conservados.

Abdomen:

- Inspección: no distendido, se evidencia viceromegalia.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos positivos
- Palpación: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Percusión: timpanismo.

Neurológico: despierto, Lucido orientado en tiempo espacio y persona, Escala de Glasgow: 15/15, activa, tono y fuerza conservado. ROT conservados.

Genitourinario: genitales masculinos conservados.

Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)

Impresión diagnóstica

Síndrome mielodisplásico

CIE 10 D48-9

Pancitopenia

CIE 10 D61.8

Exámenes auxiliares

Hemograma

Vsg: 46

Hematies: 3.29

Hemoglobina: 10.3

Hematocrito: 28.9

Plaquetas: 94

Grupo sanguíneo: O

Fenotipo Rh: +

Perfil de coagulación

Tiempo de protrombina: 16.4 segundos

Tiempo parcial de tromboplastina activada: 37.7 segundos

INR: 1.2

Tiempo de trombina: 18.9

Fibrinógeno: 219 mg/dL

Dímero D: 0.63 mg/dL

Tiempo de sangría: 2 min

Tiempo de coagulación: 7 min

Inmunobioquímica

Glucosa: 103 mg/dl

Urea: 21.3 mg/dl

Nitrógeno úrico (BUN): 9.95 mg/dl

Creatina: 0.33 mg/dl

Transaminasa oxalacetina (TGO): 149 U/L

Transaminasa pirúvica (TGP): 118 U/L

PCR: 0.7 mg/dl

Diagnostico definitivo

- Leucemia CIE 10 C91.0

Plan de trabajo

- Interconsulta a Hematología
- Ecografía abdominal superior: Hepatomegalia
- Junta medica

Tratamiento

- Dieta blanda a tolerancia.
- Monitoreo cardio respiratorio.
- Control de temperatura.
- Paracetamol 120 mg/ 5 ml en casos de temperatura >38°C.
- Haloperidol 10 mg 1 tableta via oral cada 12 horas.
- ClNa 9% 1000cc + Kcl 14.9% 3 ampollas.
- Ranitidina 50 mg/ 2 ml, 0.7 cc endovenosos cada 8 horas.
- Piperacilina + Tazobactam 4 g + 500 mg, 1800 mg endovenoso cada 6 horas.
- Metamizol 1 gr /2cc, 0.9 ml endovenoso, temperatura mayor o igual a 38.5 °C.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz (HCPNLNS), es el hospital de toda la población policial peruana, el establecimiento es nivel III-3, la sanidad policial pertenece al ministerio del interior, ubicado en la av. Brasil en la cuadra 26, distrito de Jesús maría, lima. El hospital fue inaugurado en el año 1929, presenta la mayoría de las especialidades e subespecialidades médicas, es el establecimiento que funciona como primera opción de emergencias y urgencias médicas y quirúrgicas de referencia de los policlínicos en la ciudad de lima y de los policlínicos a nivel nacional (1), la atención es para los titulares que presentan un grado en la institución policial que son asegurados en (Saludpol) además se puede atender a los padres e hijos de cada policía titular(2), además en el contexto COVID-19, HCPNLNS fue el establecimiento especializado en atención en pacientes policiales con la enfermedad mencionada.

En mi experiencia realice todo mi internado en el HCPNLNS donde se realizó las cuatro rotaciones en las mejores condiciones. Presenta persona policial en constante capacitación, el área de docencia e investigación con muy buena logística e infraestructura para la realización de las cuatro rotaciones. Entonces, como sede hospitalaria satisface todas las expectativas en el área de formación clínico- quirúrgico e aprendizaje practico en el periodo de internado.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En absoluto, duro 10 meses en la que se realizó el internado medico (1 marzo 2023 – 31 diciembre 2023) dividido en las especialidades de cirugía general y digestiva, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y neonatología; fue distribuido en 2 meses y 15 días por rotación, se realizó en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz.

Se presentan 8 casos clínicos característicos recordados en el internado medico 2023 en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz.

El caso N.º1 se conoce a una paciente mujer de 56 años que llego a emergencia al servicio de cirugía general y digestiva, por alteración en el ritmo defecatorio y presencia de sangre rojo rutilante, además nos refería dolor intenso al momento de hacer sus deposiciones, refiere tener examen de colonoscopia del recto y biopsia de hace un año indicando un adenoma tubular con displasia de bajo grado y ocupa casi el 60% de la circunferencia, para asegurar el diagnostico se le realizo exámenes complementarios evidenciándose anemia (3), aumento del antígeno carcínogeno embrionario. La paciente mujer angustiada por su diagnóstico como antecedente, el rol del interno ejecuto en ser afirmativo en el mensaje y salvaguardar que la paciente realice las indicaciones terapéuticas mencionadas por el equipo de medico de emergencia. Se entiende muchas causas que están comprometidas en la neoplasia de recto distal, se le realizara un nuevo estadiaje porque es importante mencionar que afecta mucho en la parte emocional causa predominio en la enfermedad (4). Al culminar, se estabilizo y afianzo a la paciente y se le indico que se hospitalizaría para dar seguimiento y tratamiento continuo supervisado y prepararla en sus exámenes prequirúrgicos, así como, explayar los métodos preventivos para su salud.

El caso N.º2 se trata de un paciente varón de 62 años que llegó con su esposa al emergencia al servicio de cirugía general y digestiva, el paciente presenta como antecedente esquizofrenia, la esposa nos refiere por dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio, sensación de llenura precoz y vómitos marrones asociado a comidas, además refiere hiporexia y baja de peso de 10 kilos (5), se le examinó exámenes de laboratorio, el paciente se presentaba intranquilo por su salud se le hizo manejo de los síntomas principales y se le comunicó todo el plan de trabajo que indicó el equipo médico, se le hospitalizó y se le realizó videoendoscopia digestiva alta, en donde salió como diagnóstico Neoplasia gástrica (6), y se le hizo estadaje T3 N2 MO; el paciente se presentaba intranquilo por su salud, el rol del interno ejecuto en ser afirmativo en el mensaje y salvaguardar que la paciente realice las indicaciones terapéuticas mencionadas y promover la relación médico-paciente hasta la fecha de su cirugía programada.

El caso N.º3 se conoce a una gestante de 37 años, llega al servicio Ginecología y Obstetricia, nos refiere sangrado vaginal en gran cantidad y dolor tipo cólico en hipogastrio, se le examinó con exámenes de laboratorio y se le realizó ecografía transvaginal donde nos indica un aborto incompleto (7), la paciente se presentaba intranquila por la gestación que estaba en proceso y por su salud, se le realizó manejo médico se le informó lo que salió en la ecografía, el interno cumplió en ser afirmativo en el mensaje indicado por el equipo de emergencia y salvaguardar que la paciente realice los pasos mencionados y cuidar su estado emocional que puede ser muy perjudicial para ella, se le preparó para aspiración manual endouterina (8), se le informó los métodos preventivos en las semanas posteriores para su mejoría progresiva para su salud y este en condición de alta.

El caso N.º7 se trata de paciente varón de 13 años, 2 meses antes del ingreso sufre caída golpeándose la cadera derecha presentó dolor y aumento de volumen, hace un mes el dolor se intensifica por lo que madre lo lleva de forma particular donde le realizaron una ecografía evidenciando un proceso inflamatorio asociado a colección (9), se ve reflejado proceso inflamatorio en sus exámenes de laboratorio, se le realizó ecografía donde se evidencia colección con extensión

por producto del golpe, el interno y todo el equipo de emergencia le explicaron los hallazgos a los padres e indicaron hospitalización, se preservó la tranquilidad y manejo antibiótico y del dolor al menor (10), se cumplió con informar los métodos preventivos en las días posteriores para la curación y este en condición de alta.

El caso N.º8 se conoce a paciente de 3 años traído por su madre, referido de Tacna, llega al servicio de pediatría en emergencia, nos refiere la madre que presenta hace 10 días cuadro caracterizado por astenia, agitación y palidez, 4 días antes que venga por emergencia se evidencio dolor abdominal difuso y malestar general, lo llevaron a la clínica le brindaron tratamiento y tomaron exámenes de laboratorio donde se constató pancitopenia, lo llevaron al centro hospitalario en Tacna donde le transfundieron 2 unidades de sangre (11), con toda la información recolectada el interno cumplió con el desarrollo de los exámenes de sangre y tramitar las interconsultas y comenzar los documentos para su hospitalización, para tener a la brevedad los resultados y con ello brindar un manejo inmediato salvaguardando la salud del menor, se le estableció un manejo terapéutico en hospitalización, se decidió realizar junta medica Inter especialidades con el instituto nacional del niño, el rol del interno ejecuto en ser afirmativo en el mensaje y en la movilización del menor, se realizó las terapéuticas mencionadas y se presentó el caso en la junta y se promovió buena comunicación con los padres y se promovió la relación médico paciente hasta la fecha que fue trasladado al instituto nacional del niño (12).

CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

La apertura del internado medico 2023 fue distinto para la mayoría de los internos. En cuestión del ministerio del interior, encargado de la sanidad policial, se inició el 1ero de marzo lo que no significo algo perjudicial en el aprendizaje en los 10 meses, sin embargo, el regreso a la práctica presencial en los establecimientos hospitalarios brindo la oportunidad de completar las practicas faltantes y necesarias, que se vieron afectadas por la pandemia de COVID-19.

El conformar parte de un establecimiento emblemático e institución castrense que como objetivo es salvaguardar la salud de los policías de nuestro país mejorando de manera continua y logrando las metas como el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz, se pudo distinguir la realidad del país, y así reconocer las patologías con mayor incidencia que se pueda observar y tratar en la población policial. Por lo tanto, el interno fue beneficiado en la formación de manejo asistencial y practica en los casos más frecuentes en la profesión médica.

Se ha valorado la integridad y bienestar del personal policial que trabaja en el hospital, de igual manera a los pacientes que disfrutaron de la atención de salud. Es vital comunicar de la realidad de la sobrecarga laboral que desafía al personal de salud, no perjudico en la enseñanza.

V. CONCLUSIONES

El Internado médico 2023 se acabó de manera provechosa fortaleciendo primordialmente la aptitud médica, vocación de profesión ejercida, la importancia de relación médico- paciente, el lenguaje accesible y autocontrol, conformando las habilidades indispensables en la formación del médico.

Si fue suficiente el tiempo en el que duro el internado médico, nos brindó múltiples habilidades en el tratamiento y el cuidado con los pacientes, se realizó actividades académicas de manera mensual donde se desarrollaba debate de casos clínicos dirigidas por los tutores de la universidad de cada rotación del internado médico.

No se realizó prácticas en centro de salud en primera atención de salud, el manejo de la primera atención de salud fue desarrollada por los tutores de cada rotación en el Hospital de la policía, en realizar de manera semanal debate de que decisiones debemos optar en caso se presente la patología en un centro de salud, las posibilidades de tratamiento y diferir a un establecimiento de salud de mayor nivel.

Se logro práctica clínica-quirúrgica y fue primordial en la etapa de formación el reingreso a la presencialidad en el ambiente hospitalario y en los consultorios desarrollar las habilidades en atención primaria en salud.

El interno de medicina comprendió la situación y se adaptó de manera satisfactoria y desarrollo su decisión crítica y velocidad en situaciones complejas de emergencia. El terminar el trayecto formativo no significa desentenderse de la realidad que se vivió cada año sin lograr variación importante. Por tanto, tenemos la responsabilidad de considerar y pedir en la medida que en las futuras promociones de internos de medicina se aumente las destrezas en las prácticas y dar posibilidad de conseguir la atención ideal del interno de medicina humana al finalizar su etapa formativa.

VI. RECOMENDACIONES

En la realidad del país donde las patologías más frecuentes tienen manejo ya está establecido, se debe optar por constantes lecturas de artículos y actualización de las necesidades basadas en evidencia.

La finalidad del internado medico es mejorar nuestras habilidades de manejo de las patologías más frecuentes y mejorar en el criterio clínico en cada caso, la única forma es enfocándose en estudiar de manera constante y tener mayor conocimiento de las ultimas actualizaciones terapéuticas es investigando.

Promover la actividad de investigación en el ámbito clínico de manera científica para evidenciar calidad de vida y desarrollar tratamiento enfocados en cada paciente y direccionar en la formación de calidad de los futuros médicos.

Es fundamental realizar prácticas en un centro de salud para poder desarrollar la decisión cuando no podemos tratar una patología y diferir de establecimiento a uno de superior complejidad, también es importante para realizar campañas de promoción y prevención a la salud.

Promover mayor cantidad de debates de los tutores de la universidad con la finalidad de familiarizar la decisión medica en el ámbito crítico y objetivo con las patologías más frecuentes en nuestro país.

Incentivar a la intervención de trabajos de investigaciones científicas para ayudar al desarrollo en calidad de vida de las personas y dirigir el desarrollo de futuros médicos.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital PNP – Hospital Nacional PNP «Luis N. Sáenz» [Internet]. [citado 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://hospitalcentral.policia.gob.pe/>
2. Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú [Internet]. [citado 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>
3. Pretreatment local staging evaluation for rectal cancer - UpToDate [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pretreatment-local-staging-evaluation-for-rectal-cancer?search=c%C3%A1ncer%20de%20recto%20distal&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
4. Lussiez A, Rivard SJ, Hollingsworth K, Abdel-Misih SRZ, Bauer PS, Hrebinko KA, et al. Management and Outcomes of Pathologic Upstaging of Clinical Stage I Rectal Cancers: An Exploratory Analysis. *Dis Colon Rectum*. 1 de abril de 2023;66(4):543-8.
5. Cáncer gástrico: epidemiología, diagnóstico y tratamiento | RECIAMUC [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1233>
6. Gastric antropyloric adenocarcinoma | Radiology Case | Radiopaedia.org [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/cases/gastric-antropyloric-adenocarcinoma>
7. 852_IMP198.pdf [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

8. <https://www.inmp.gob.pe/noticia/ministerio-de-salud-entrega-quince-equipos-de-ameu-al-inmp> [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/ministerio-de-salud-entrega-quince-equipos-de-ameu-al-inmp>
9. Fernández FG, Perera SR, Guerrero AN, Román DS. Lesión de Morel – Lavallée: Un desafío ortopédico: Morel - Lavallée lesion: Orthoplastic Challenge. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades. 12 de julio de 2023;4(2):3120-7.
10. Mattos E, Castillo M, Sana Y, Paterson E. SINDROME DE MOREL LAVALLEE, LESION GRAVE DEL MIEMBRO INFERIOR, REPORTE DE UN CASO. Temas Libr [Internet]. 31 de octubre de 2023 [citado 27 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://trabajoscientificoscongresoaaot.com.ar/index.php/temas-libres/article/view/1069>
11. Síndrome mielodisplásico: aspectos básicos y abordaje diagnóstico | Revista Colombiana de Hematología y Oncología [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revista.acho.info/index.php/acho/article/view/120>
12. Eric Jesus AV, Ivanis Idael CM, Leonel David CV. LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA. En: cibamanz2021 [Internet]. 2021 [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/750>