

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL INTERNADO MÉDICO DEL  
CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO  
TÁVARA” ABRIL 2023 – ENERO 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
YANIRA ALEXANDRA HUAMANI MAYTA  
DEBORAH LUCERO LEON JUAREZ**

**ASESOR  
ROLANDO MARTÍN VARGAS CHANG**

**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 PROFESIONAL EN EL INTERNADO MÉDICO DEL  
CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO  
TÁVARA” ABRIL 2023 – ENERO 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**YANIRA ALEXANDRA HUAMANI MAYTA  
DEBORAH LUCERO LEON JUAREZ**

**ASESOR  
MC ROLANDO MARTÍN VARGAS CHANG**

**LIMA - PERÚ  
2024**

## **JURADO**

**Presidente: Dr. HECTOR MIGUEL LAMILLA VALDEZ**

**Miembro: Dra. GIOVANNA ITALA AGUILAR OLIVA**

**Miembro: Dr. LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a aquellos pilares fundamentales que nos han guiado a lo largo de nuestra carrera de medicina. En primer lugar, a los pacientes, de quienes cada experiencia y anécdotas han sido nuestra fuente de aprendizaje, recordándonos el propósito de esta carrera tan sacrificada. A Dios, por brindarnos fortaleza, fe y dirección en cada paso de esta etapa.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, mis abuelos en el cielo, mis sobrinos y a mis mascotas que fueron la motivación necesaria en este largo camino que ha sido la carrera de medicina. En especial a mis padres, gratitud infinita por el apoyo incondicional brindado durante mi formación profesional, los amo con toda mi alma.

Y para Antonio que ha sido mi soporte en esta última etapa de la carrera.

A Dios por guiarme, fortalecerme a lo largo de mi carrera, a mis padres y hermanos por su amor incondicional y su apoyo han sido mi motivación para no rendirme, y la persona más importante que es Yosua el cual ha sido mi apoyo, fortaleza y mi motivación.

Agradecemos también a nuestros docentes del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, por habernos brindado con tanta paciencia y ahínco, sus conocimientos a lo largo de todo el internado médico que fue una de las experiencias más gratificantes de nuestra carrera.

## ÍNDICE

<b>JURADO</b>	II
<b>DEDICATORIA</b>	III
<b>AGRADECIMIENTO</b>	IV
<b>ÍNDICE</b>	V
<b>RESUMEN</b>	VI
<b>ABSTRACT</b>	VII
<b>INTRODUCCION</b>	VIII
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	36
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	37
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	45
<b>CONCLUSIONES</b>	46
<b>RECOMENDACIONES</b>	47
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	48

## RESUMEN

Después de la pandemia por COVID-19, hubo un cambio en el desarrollo del internado médico con respecto al tiempo de duración; en el año 2023, se inició en abril y terminó a fines de enero de 2024, trajo con él mucho aprendizaje y conocimientos brindados por cada personal del Centro Médico Naval. En este trabajo de suficiencia profesional el objetivo fue describir experiencias vividas en el internado de 2023 que corresponde al último año de la carrera de Medicina Humana, siendo la última etapa de formación médica en la cual se obtuvieron conocimientos claves y se puso en práctica todo lo aprendido en los 6 primeros años. Este se realizó en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, comprende las siguientes rotaciones: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía General que abarca 2 especialidades adicionales las cuales son Urología y Traumatología. Además, describir los conocimientos y habilidades adquiridas en la formación del internado médico en el Centro Médico Naval durante el periodo de abril del 2023 y enero del 2024. **Metodología:** Se realizó la recopilación de 16 historias clínicas, 4 por cada rotación del servicio de medicina interna, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía general desarrollados durante el periodo del internado médico. **Resultados:** se describen los casos clínicos de los pacientes atendidos en el Centro Médico Naval. **Conclusiones:** El periodo de internado médico representa un componente crucial en nuestra formación académica, ofreciéndonos la oportunidad de ganar experiencia práctica y preparándonos para asumir de manera responsable nuestra futura función como médicos.

**Palabras claves:** Internado médico, casos clínicos, rotaciones, especialidades.



## ABSTRACT

After the COVID-19 pandemic, there was a change in the development of the medical internship regarding the duration; in the year 2023, it began in April and ended at the end of January 2024, it brought with it a lot of learning and knowledge provided by each staff of the Naval Medical Center. In this work of professional proficiency, the objective was to describe experiences lived in the internship of 2023, which corresponds to the last year of the Human Medicine degree, being the last stage of medical training in which key knowledge was obtained and everything was put into practice. learned in the first 6 years. This was carried out at the Naval Medical Center “Cirujano Mayor Santiago Távora”, and includes the following rotations: Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics and General Surgery, which covers 2 additional specialties which are Urology and Traumatology. In addition, describe the knowledge and skills acquired in the training of the medical internship at the Naval Medical Center during the period of April 2023 and January 2024. **Methodology:** 16 medical records were collected, 4 for each rotation of the medicine service. internal medicine, gynecology-obstetrics, pediatrics and general surgery developed during the medical internship period. **Results:** the clinical cases of patients treated at the Naval Medical Center are described. **Conclusions:** The medical internship period represents a crucial component in our academic training, offering us the opportunity to gain practical experience and preparing us to responsibly assume our future role as doctors.

**Keywords:** Medical internship, clinical cases, rotations, specialties.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL IN  
TENDIDO MÉDICO DEL CENTRO MÉDICO N  
AVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁ  
VA**

AUTOR

**YANIRA ALEXANDRA HUAMANI MAYTA**

RECUENTO DE PALABRAS

**11919 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**70332 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**57 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**113.1KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 2, 2024 9:13 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 2, 2024 9:14 AM GMT-5**

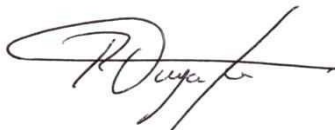
● **18% de similitud general**

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



DNI 10736114

ORCID 0000 000 257613700

Cepitan de Navio SN. (MC)  
Rolando VARGAS Chang  
CIP. 04949985  
CMP. 30902 - RNE. 22011

Resumen

## INTRODUCCIÓN

El internado médico se desarrolla en la etapa final de la carrera de Medicina Humana, una fase fundamental de formación académica para solidificar y afianzar tanto los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas obtenidas durante los años anteriores de estudio. Además, en esta etapa del internado médico es importante sobre el manejo y la terapéutica del paciente en cada especialidad y aplicar todo lo aprendido durante la carrera de medicina.

El Internado Médico en el Hospital Naval del Perú constituye una etapa crucial en la preparación de los estudiantes de Medicina Humana, ofreciéndoles la posibilidad de realizar rotaciones en los cuatro servicios fundamentales: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. La enseñanza durante el Internado Médico va más allá de lo administrativo, brindando una experiencia asistencial integral que permite a los internos adquirir habilidades prácticas directas en el manejo de pacientes.

La supervisión cercana de médicos especialistas, comprometidos con la formación y el desarrollo de los internos, garantiza una educación de calidad que prepara a los futuros médicos para enfrentar los desafíos del campo de la salud con competencia y empatía. Adicionalmente a ello, se realizan actividades en el área de docencia del mismo Centro Médico Naval que incluyen exposiciones de los casos más relevantes de las diferentes rotaciones, debate entre los profesionales de la salud y una serie de charlas informativas para el aprendizaje constante de cada personal.

El presente trabajo tiene como finalidad describir 16 casos clínicos de las 4 rotaciones ya mencionadas que se realizó en el Centro Médico Naval donde se explica de manera detallada el abordaje de cada paciente.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La etapa del internado médico es fundamental porque ofrece la oportunidad de aplicar en la práctica todos los conocimientos adquiridos durante la carrera de medicina.

El primer servicio que rotamos es en medicina interna lo cual nos brindó al interno de medicina la experiencia práctica para el manejo y tratamiento en diversas patologías de cada paciente, también en la parte de consultorio externo donde se aprendió a diferenciar y dar un diagnóstico en cada patología, luego en el servicio de ginecología y obstetricia la experiencia vivida que se aprendió en consultorio externo sobre los controles prenatales, manejo del parto y en la parte de hospitalización sobre procedimientos quirúrgicos ginecológicos que fueron guiados por el especialista del servicio.

Y por último en el servicio de Pediatría y Cirugía donde se tuvo la oportunidad en el Centro Médico Naval de aprender sobre la terapéutica y el manejo en pacientes pediátricos y en la parte de cirugía que se tiene como objetivo adquirir conocimientos en la parte del manejo preoperatorio y post operatorio y que también se consolidó la parte práctica con las actividades académicas brindadas en el Centro Médico Naval.

A continuación, se describen los siguientes casos clínicos ordenados según rotación.

## **1.1 Rotación en Medicina Interna**

### **Caso clínico n.º1**

Paciente masculino de 81 años refiere que el viernes acude a una reunión e ingiere alimentos variados altos en grasas con bebidas alcohólicas. Al día siguiente (sábado) refiere presentar aumento de deposiciones entre 5 a 6 veces que fueron de pastosas a líquidas. Al día siguiente 24/12 por la mañana presenta de 7 a más deposiciones líquidas y por la noche presenta escalofríos. El día de ingreso 25/12 por la mañana presenta 7 a más deposiciones líquidas donde también se le escapa las deposiciones, lo cual ocasiona que ensucie los pantalones, refiere calentura y aumento de los ruidos estomacales. niega náuseas, vómitos, niega fiebre, refiere haber comido normal, pero en menor cantidad. Niega Rams

### **Antecedentes**

- RAMS: niega
- Alergias a alimentos: niega
- Cirugías y hospitalizaciones: niega

**Funciones vitales:** PA:135/72 mmhg FR:17x', FC:80x', T:37.6°C, Sat:97%

### **Al examen físico dirigido**

- Piel: leve deshidratación, mucosas poco hidratadas, signo del pliegue negativo
- Nariz, boca, garganta: orofaringe no congestiva ni eritematosa, úvula central, no se observan exudados ni placas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible, no rales.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos ni ruidos agregados.
- Abdomen: distendido, depresible, blando, ruidos hidroaéreos aumentados, no doloroso, no presencia de masas.
- Neurológico: Glasgow 15, LOTEP.

### **Diagnóstico presuntivo**

-Gastroenteritis aguda infecciosa vs intoxicación alimentaria: probable diagnóstico por las diarreas a repetición y por post ingesta de alimentos variados, es probable que la causa sea por un manejo de salubridad insuficiente.

## **Plan de trabajo**

- Hemograma: para evaluar si hay elevación de leucocitos, lo que indica causa infecciosa
- Electrolitos: por las pérdidas hídricas en las deposiciones, expone al paciente a presentar alteraciones electrolíticas.
- Urea, creatinina: importante evaluar en una probable falla prerrenal por hipovolemia a causa de la deshidratación por las pérdidas.
- Reacción inflamatoria en heces: corroborar presencia de leucocitos en las heces, lo cual su elevación orienta a causa infecciosa bacteriana.
- Coprocultivo: para la identificación del patógeno que generó la diarrea y dar un antibiótico más especificado.

## **Resultados**

-Leucocitos:9920, Segmentados:83, Linfocitos:28, Monocitos:9, Hb:15, Hto:46.4, Plaquetas: 239 000, Electrolitos: Na+:141 mEq/L, K+:3.96mEq/L, Cl:110.1mEq/L, reacción inflamatoria: leucocitos en heces: 30- 40 x campo, hematíes en heces: 1- 3 /campo, proteína C reactiva: 7.42

## **Diagnóstico**

Gastroenteritis aguda infecciosa

## **Tratamiento**

- NaCl 0.9 %x1000cc→55ccxmin
- Ciprofloxacino 200 mg ev cada 12h
- Dimenhidrinato 50 mg ev c/12h
- Hioscina 20 mg ev PRN a dolor abdominal

## **Caso clínico n.º2**

Paciente masculino de 47 años indica que hace 10 días aproximadamente inició con tos seca, la cual progresó a tos con expectoración, la cual contenía rasgos sanguinolentos; asociado a esto, apareció cefalea temporal de tipo opresiva, intensidad 7/10. Consumió paracetamol 1gr vía oral la cual les dio mejoría parcial a sus síntomas. Hace 7 días se le asocia diaforesis nocturna y cuantifica una pérdida de peso de 6kg en estos 10 días. Ante la persistencia de estos síntomas acude a emergencia.

## **Antecedentes**

Hábitos nocivos:

- Alcohol: consumidor social
- Tabaco: fumador pesado (1 cajetilla diaria), último cigarrillo hace 10 días
- Drogas (-)

Patológicos:

- Diabetes *mellitus* tipo 2 no controlada (hace 8 años)
- Síndrome isquémico coronario agudo (2011)

Quirúrgicos: Angioplastia + colocación de stent en arteria descendente anterior (2011)

Medicamentos de uso frecuente:

- Productos naturales: Yacón 1 tab mañana y noche
- Hasta 2011: Bisoprolol, atorvastatina, clopidogrel, aspirina (no precisa dosis)

Familiares:

- Madre: aparentemente sana
- Padre: Diabetes *mellitus* 2 (fallecido)
- Hermanos: aparentemente sanos

**Funciones vitales:** FC: 90x' FR: 24 x' T °: 38°C PA: 120/60 mmHg

### **Al examen físico dirigido**

-Tórax y pulmones: tórax de morfología normal, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa disminuido en 1/3 medio de hemitórax derecho. No existencia de ruidos agregados.

-Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular, no choque de punta.

-Abdomen: blando, depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, leve timpanismo, a la inspección sin alteraciones.

-Sistema nervioso: paciente despierto, LOTEPE, funciones mentales superiores conservadas, no disartria, no signos meníngeos ni de focalización.

## **Diagnósticos presuntivos**

-Síndrome consuntivo

-Síndrome febril

-Síndrome respiratorio: Infección de vías respiratorias bajas: D/C TBC, D/C Neumonía atípica D/C infección por gérmenes comunes.

## **Plan de trabajo**

-Antibioticoterapia

-Control de la glicemia

-Ampliación de exámenes para determinar etiología: Hemograma, PCR, serológicos, BK en esputo, examen directo KOH en esputo, cultivo de otros gérmenes en esputo.

-Radiografía de tórax, TEM tórax, fibrobroncoscopia.

## **Resultados**

-Hemoglobina: 13.4 g/dL, Hematocrito: 39.6%, Leucocitos: 22.7 10<sup>3</sup>xmm<sup>3</sup>, Plaquetas: 619 10<sup>3</sup>xmm<sup>3</sup>, glucosa: 628 g/dL, hemoglobina glicosilada 15.63%, PCR: 139.82

Frotis de gérmenes comunes en esputo: Células 28-30 o Leucocitos >100, gérmenes: Bacilos Gram negativos, regular cantidad.

Examen directo (Hongo KOH) en esputo: células: regular cantidad, hifas: no se observan, levaduras: escasas

Cultivo de otros gérmenes en esputo: células 28-30, leucocitos >100, hematíes no se observan, levaduras no se observan, gérmenes Bacilos Gram negativos en regular cantidad, se aisló: *Acinetobacter Baumanii complex/haemoly*

-Radiografía de tórax: cavidad + infiltrado alveolar en lóbulo medio y língula

-TEM tórax: Evidencia de infiltrado cavitario en lóbulo superior derecho e izquierdo

-Fibrobroncoscopía: biopsia de bronquio: estructura morfológica de aspergiloma, citología de broncoaspirado: células respiratorias con cambios reactivos, infiltrado inflamatorio agudo a predominio de neutrófilos y escasas estructuras de hongos.

## **Diagnósticos**

-Infiltrado cavitario:

TBC pulmonar

Infección por *Acinetobacter Baumanii*



Aspergilosis pulmonar a d/c Aspergilosis invasiva

-Tumoración endobronquial x Broncofibroscopia

-Diabetes *mellitus* tipo 2 por antecedente

-Hiponatremia leve

-Hipoalbuminemia

### **Tratamiento**

#### **Tratamiento no farmacológico**

-Hospitalización

-Control de funciones vitales

-Observación de signos de alarma

-Balance hidroelectrolítico

-Cuantificación de hemoptisis en riñonera

-HGT 30' antes de desayuno, almuerzo y cena

-Cabecera 30°

-Módulo proteico

#### **Tratamiento farmacológico**

- Dosis fijas combinadas de tratamiento anti-TBC:

-Rifampicina 150 mg vo c/24h

-Isoniacida 75 mg vo c/24h

-Pirazinamida 400 mg vo c/24h

-Etambutol 275 mg vo c/24h

- Ampicilina/Sulbactam 3 gr ev c/8h en infusión lenta

- Omeprazol 40 mg ev c/24h

- Insulina NPH 13 UI SC 7 am y 10 UI SC 9pm

- Insulina R 3 UI SC 30' antes de desayuno, almuerzo y cena

-Insulina R 2 UI si HGT  $\geq$  180 mg/dl

- Codeína 60 mg 1/2 amp + NaCl 0.9% 100 cc ev PRN hemoptisis franca

-Paracetamol 500mg vo 2tab PRN T° $\geq$ 38°C

- Dextrometorfano 10 cc vo c/8h

### **Caso clínico n.º3**

Familiar de la paciente refiere que hace 3 días mientras la paciente se encontraba sentada en su cama, cuando de manera brusca cae al suelo, perdiendo la consciencia y tomando una posición de rigidez y experimentando movimientos involuntarios con duración aproximada de 4 minutos. Luego de 10 minutos aproximadamente tiene recuperación total de la consciencia, y aparece debilidad generalizada, por lo que es llevada a emergencia. Durante su estancia en emergencia presenta un segundo episodio. Como antecedente, 10 días antes la paciente presentó fiebre, dolor lumbar, malestar general, cansancio.

### **Antecedentes**

Gineco-obstétricos:

- Menarquia 11 años
- FUR: 14/05
- RC: irregular, duración 7 días
- 1ra RS: niega

Método anticonceptivo: nunca usado

Formula obstétrica: G0 P0000

Datos adicionales de historia obstétrica: no refiere

Patológicos:

- Anemia (hace 3 años)

Quirúrgicos: Niega

Medicamentos de uso frecuente: Niega

Familiares:

- Madre: sana
- Padre: sano
- Hermana: sano
- Abuela materna: LES, Fibromialgia, Fibrosis pulmonar, Diabetes *mellitus*

**Funciones vitales:** FC: 100x', FR: 18 x', T °: 36°C, PA: 100/70 mmHg

### **Al examen físico dirigido**

-Cabeza: Facie no dolorosa, normocéfala, ojos simétricos, fosas nasales permeables, boca hidratada, dentadura completa aparentemente sin alteraciones.

-Tórax y pulmones: tórax de morfología normal, amplexación conservada,

sonoridad conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, frémito vocal conservado en ambos campos pulmonares.

-Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular, no choque de punta.

-Abdomen: blando, depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, leve timpanismo, a la inspección sin alteraciones.

-Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

-SOMA: moviliza 4 extremidades, tono muscular adecuado, no fasciculaciones, no temores, dolor en articulaciones interfalángicas de manos, hiperlaxitud de articulaciones (muñecas).

-Sistema nervioso: paciente despierto, LOTEPE, funciones mentales superiores conservadas. No signos meníngeos ni de focalización. Funciones superiores conservadas, pares craneales conservados. No presenta alteraciones de marcha ni equilibrio, fuerza muscular daniels 5.

### **Diagnósticos presuntivos**

-Síndrome convulsivo: D/C etiología infecciosa VS anatómica

-D/C enfermedad de tejido conectivo: probable LES

-Anemia por antecedente

### **Plan de trabajo**

-Hidratación

-Ampliación de estudios, a determinar etiología: Hemograma, sedimento urinario, perfil hepático, perfil USNA, punción lumbar, Anti DNA/ ANA, autoanticuerpos, electrolitos séricos.

-TAC cerebral, electroencefalograma, ecocardiograma.

-Interconsulta neurología y reumatología

-Monitoreo neurológico

### **Resultados**

-Hemoglobina: 10.2 g/dl, hematocrito 32.4%, plaquetas: 320 103xmm<sup>3</sup>, leucocitos 13.7 103xmm<sup>3</sup>.

-sedimento urinario: leucocitos 2-5 x campo, hematíes 2 x campo

-Cloro: 108.0 mmol/L, potasio: 3.56 mmol/L, sodio: 138.3 mmol/L, urea: 10.4 mg/dl, creatinina: 0.52 mg/dl, glucosa basal: 90 mg/dl, PCR: 52.3mg/dl,

proteínas totales: 7.4 g/dl, albúmina sérica: 4.75 g/dl, globulina sérica: 2.6 g/dl,  
TGO: 12.3 U/L, TGP: 8.2 U/L

-Punción lumbar citoquímico: leucocitos: 1 mm<sup>3</sup>, glucosa 57.9, proteínas 13.6

-Anti DNA 28.7 U/ml

-Anti ANA: positivo, patrón moteado, título 1/320

-Autoanticuerpos SMITH <2 UR/mL, complemento sérico c3: 102.2 mg/dl,  
complemento sérico c4: 19.5 mg/dl

TAC cerebral: no muestra alteración estructural.

Ecocardiograma: no se muestra alteración

### **Diagnósticos presuntivos**

- Crisis epiléptica
- Encefalitis multifactorial
- D/C neuro lupus eritematoso sistémico
- Anemia leve

### **Tratamiento**

#### **Tratamiento no farmacológico**

- Hospitalización
- Control de funciones vitales
- Observación de signos de alarma
- Monitoreo neurológico
- Control de marcadores reumatológicos

#### **Tratamiento farmacológico**

- Fenitoína 100 mg vo c/12h
- Levetiracetam 500 mg vo c/12h
- Dexametasona 4 mg ev c/12h
- Diazepam 5 mg ev PRN ansiedad
- Tiamina 100 mg vo c/24h
- Quetiapina 50 mg vo c/12h
- Omeprazol 40 mg ev c/24h
- Clonazepam 0.5 mg vo c/12h
- Paracetamol 500mg 2tab vo PRN T°≥38°C
- Omeprazol 40 mg ev c/24h

#### **Caso clínico n.º4**

Paciente femenino de 73 años refiere no poder realizar deposiciones hace 15 días, asociado a dolor abdominal, náuseas. Además, no tolera la vía oral por persistencia de náuseas y vómitos; además, se añade sensación de alza térmica cuantificada en 39°C e incremento del dolor abdominal a intensidad 10/10 por lo que acude a emergencia.

#### **Antecedentes**

Gineco-obstétricos:

-FUR: hace aproximadamente 25 años

-1ra RS: 16 años

Método anticonceptivo: nunca usado

Fórmula obstétrica: G4 P4004

Datos adicionales de historia obstétrica: no refiere

Patológicos:

-Hipertensión arterial (2021)

-Esguince de rodilla izquierda (hace 2 años)

-Diabetes *mellitus* (2021)

Quirúrgicos:

-Quistectomía de ovario derecho (1986)

-Colecistectomía abierta (2008)

Medicamentos de uso frecuente:

-Losartan 50 mg cC/12h

-Hidroclorotiazida 25 mg c/24h

-Metformina 850 mg c/24h

Familiares:

-Madre: cáncer uterino, fallecida

-Padre: sano

-Hermano: sano

**Funciones vitales:** FC: 70x', FR: 19 x', T °: 36.2°C, PA: 100/60 mmHg

#### **Al examen físico dirigido**

-Tórax y pulmones: tórax de morfología normal, amplexación conservada, sonoridad conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, frémito vocal conservado en ambos campos pulmonares.

-Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular, no choque de punta.

-Abdomen: blando, depresible con ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en hemiabdomen superior, a predominio de hipocondrio y flanco derecho, no se palpan masas. Murphy (-) Rebote (-).

-Sistema nervioso: paciente despierto, LOTEPE, funciones mentales superiores conservadas, no disartria, no signos meníngeos ni de focalización.

### **Diagnósticos sindrómicos**

-Síndrome febril

-Síndrome doloroso abdominal

-Síndrome emético

### **Plan de trabajo**

-Hidratación

-Cobertura antibiótica

-Analgesia

-Rx de abdomen simple

-Ampliación de exámenes: TEM abdomen completo c/contraste, Biopsia de lesión hepática, ecocardiograma, TEM tórax, endoscopia digestiva alta, colonoscopia.

-Interconsulta a medicina física, gastroenterología, hematología

### **Resultados**

Hemoglobina 7.8 g/dl, plaquetas 329 103x $\mu$ m<sup>3</sup>, leucocitos 10.71 103x $\mu$ m<sup>3</sup> - bilirrubina total 0.39 mg/dl, bilirrubina directa 0.22 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.17 mg/dl, urea 27.5 mg/dl, creatinina 0.62 mg/dl, proteínas totales 5.5 g/dl, albúmina sérica 3.1 g/dl

-TEM Abdomen completo c/contraste: Lesión hepática sugestiva de absceso, trombosis extensa de rama portal derecha con edema periportal, retardo del flujo del lóbulo derecho.

-Biopsia de lesión hepática: depósito de material fibrino leucocitario, detritus celular consistente con absceso.

-Ecocardiograma: Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, FEVI 60%, esclerocalcificación aórtica con insuficiencia moderada.

-TEM tórax: áreas multifocales con atenuación en vidrio esmerilado consistentes en proceso inflamatorio en instauración, moderada efusión pleural

bilateral, atelectasias subsegmentarias en lóbulo superior derecho. Endoscopia digestiva alta: Gastritis endoscópica eritematosa leve de antro

-Colonoscopia: Enfermedad diverticular de sigmoides, enfermedad hemorroidal.

### **Diagnósticos**

- Absceso hepático
- Sepsis punto de partida abdominal
- Trombosis de rama derecha portal
- Anemia moderada
- Meniscopatia de rodilla izquierda por antecedente
- Condromalacia grado IV por antecedente
- Hipertensión arterial por antecedente

### **Tratamiento**

#### **Tratamiento no farmacológico**

- Hospitalización
- Control de funciones vitales
- Suplemento vitamínico

#### **Tratamiento farmacológico**

- Omeprazol 20 mg vo c/24h
- Ceftriaxona 2 gr ev c/24h
- Metronidazol 500 mg ev c/24h
- Losartán 50 mg vo c/12h
- Hidroclorotiazida 25 mg vo c/24h
- Simeticona 80 mg 2 tab vo c/24h
- Paracetamol 500 mg 2 tab PRN dolor o fiebre
- Metamizol 1 gr ev PRN dolor intenso
- Enoxaparina 40 mg SC c/12h

## **1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente femenina de 31 años de edad quien indica que desde hace una semana aproximadamente presenta dolor abdominal en hipogastrio tipo cólico, de intensidad 6/10. Hace 5 días se agrega sangrado vaginal color rojo oscuro de cantidad escasa. Como los síntomas no remiten, acude a EMG de CEMENA.

## **Antecedentes**

Personales: Niega

Quirúrgicos: Niega

Fisiológicos:

-Menarquia a los 13 años aproximadamente, ciclos menstruales regulares sin hemorragias intermenstruales.

-FUR: 05/06/2023. G3P2012

Patológicos: Niega

Familiares: Niega

## **Funciones vitales**

FC: 88 lpm, FR: 17 rpm, T: 36.4 C, PA: 120/70 mmHg, SatO2: 98%

Peso: 6 kg Talla: 1.65 m IMC: 23.9

## **Al examen físico dirigido**

-Mamas: Simétricas, secretoras de calostro. No dolorosas a la palpación. No se palpan masas.

-Abdomen: Globuloso a expensas de útero sin gestación, con altura de fondo uterino de 21 cm, sin latidos cardíacos fetales. Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. No doloroso a la palpación.

-Genito-urinario: PPL (-), PRU (-).

-Examen bimanual: Útero reblandecido, aumentado de volumen en situación indiferente de 21 x 19 x 18 cm. Orificio cervical externo cerrado. Sangrado vaginal de color oscuro sin anexos palpables.

## **Diagnósticos presuntivos**

-Síndrome hemorrágico de la primera mitad del embarazo

-A descartar: amenaza de aborto, aborto, embarazo molar, embarazo ectópico

## **Plan de trabajo**

-Laboratorio: hemograma, grupo sanguíneo y factor, perfil de coagulación, glucosa, creatinina, examen completo de orina, dosaje de beta-hCG

-Imagen: ecografía transvaginal

-Reevaluación de examen bimanual

## **Resultados**

-Hb 10.3g/dL, Hto 31% (anemia leve), PlaQ 419,000, leucocitos 10.200, abastionados 0, Segmentados 0.3, linfocitos 1.07, Grupo y factor O+, glucosa 97 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL.



- Perfil de coagulación dentro del rango normal.
- Examen completo de orina dentro de los rangos normales a excepción de hematíes 2-3xC.
- Beta-hCG: 2116 mUI/mL.
- Ecografía transvaginal: se observan cambios vesiculares difusos, en patrón de panal de abeja con ausencia de saco gestacional.
- Reevaluación de examen bimanual: Útero en anteversoflexión de 20 x 15 x 15 cm, orificio cervical externo abierto, cuello permeable a un dedo del explorador.

### **Diagnóstico**

- Mola hidatiforme

### **Tratamiento no farmacológico**

- Hospitalización
- Manejo expectante
- Legrado instrumental uterino → Histeretrometría de 15 cm → retiro de restos de aspecto tipo ovular con pinza Winter, obteniéndose aproximadamente 200 g y abundante cantidad de vesículas

### **Tratamiento farmacológico**

- Misoprostol intravaginal 1200-1400 ug
- Hidratación IV NaCl 0.9% 2060 ml/día
- Control de dolor:
  - Leve a moderado: Paracetamol VO 500-1000 mg/8 h
  - Moderado a severo: Tramadol VO 50 mg/4-6 h condicional a dolor.

### **Caso clínico n.º2**

Paciente mujer de 23 años refiere que desde hace un mes presenta sensación de alza térmica no cuantificada y dolor abdominal en hipogastrio de intensidad 5/10. En la última semana se agrega disuria, tenesmo vesical y polaquiuria, por lo que acude a EMG de CEMENA.

### **Antecedentes**

Personales: Niega

Quirúrgicos: Niega

Fisiológicos:

- Menarquia a los 11 años, ciclos menstruales regulares sin hemorragias intermenstruales.

-Inicio de relaciones sexuales a los 16 años.

-RC: 4/29 días.

-FUR: 20/02/2023. G1P000.

Patológicos: Niega

Familiares: Madre con HTA

### **Funciones vitales**

FC: 86 lpm, FR: 16 rpm, T: 38.1 C, PA: 120/80 mmHg, SatO2: 98%

### **Al examen físico dirigido**

-Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. No doloroso a la palpación. Altura uterina: 21 cm. Latidos cardíacos fetales: 139 lpm.

-Genito-urinario: PPL (+), PRU (-).

### **Diagnósticos presuntivos**

-Síndrome febril

-Infección del tracto urinario: descartar pielonefritis y cistitis

### **Plan de trabajo**

-Laboratorio: hemograma, serología (sífilis, toxoplasma, VIH, VHB, rubéola), urocultivo con antibiograma

-Monitorización fetal

-Ecografía transvaginal

### **Resultados**

-Hb 12.6g/dL, Hto 43%, Pla<sub>q</sub> 419000, Leucocitos 24560(elevado), abastionados 0, segmentados 11.1 (elevado), eosinófilos 0.14, linfocitos 1.07.

-Exámenes serológicos negativos.

-Urocultivo: se aisló *Acinetobacter baumannii*

-Monitorización fetal: no se observa dinámica uterina.

-Ecografía transvaginal: Embarazo con feto único, vivo de 22 semanas y 4 días de gestación con índice de líquido amniótico de 15 mm y sin anomalías en la biometría fetal.

### **Diagnóstico**

-Infección del tracto urinario

-Gestante de 22 semanas 4 días por Ecografía del 1er trimestre

### **Tratamiento no farmacológico**

-Hospitalización

- Control de funciones vitales
- Observación de signos de alarma
- Balance hidroelectrolítico
- Control de funciones fetales

### **Tratamiento farmacológico**

- Tratamiento antibiótico empírico: Hasta que se tengan los resultados del urocultivo: Ceftriaxona EV 1 g/24 h.
- Específico: para *Acinetobacter baumannii*: Ampicilina/Sulbactam EV 3 g/6 h/2 sem.

### **Caso clínico n.º3**

Paciente femenina de 33 años acude a consulta refiriendo hace 2 semanas ausencia de menstruación hace 6 meses. Así mismo, refiere dolor al miccionar y dolor en bajo vientre hace dos semanas. Además, refiere flujo con mal olor, intenso prurito en los labios vaginales y dispareunia.

### **Antecedentes**

Fisiológicos:

- FUR: 11/22
- Menarquia: 11 años
- G3 P3003
- N parejas: 2
- Inicio de relaciones: 19 años
- Papanicolau: Negativo hace 4 años. 2023 pendiente
- Métodos anticonceptivos: niega

Antecedentes personales patológicos: niega

Medicación actual: niega

Intervenciones quirúrgicas: 3 cesáreas

Alergias: niegas

Antecedentes familiares: niega

### **Funciones vitales**

FC: 97x', FR:18x', T°:36.5, PA:100/60mmHg, SatO2:96%

Peso: 68 kg

### **Al examen físico dirigido**

-Apreciación general: AREG, AREN, AREH

-Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

-Genitales: Cérvix en fresa con flujo blanquecino espumoso mal oliente. No doloroso al tacto vaginal. Anexos no masa no dolor.

-Sistema Nervioso Central: LOTEP, Glasgow 15/15.

### **Diagnósticos presuntivos**

-Amenorrea secundaria: d/c Síndrome de ovario poliquístico

-Síndrome de flujo vaginal: d7c tricomoniasis, vulvovaginitis por candida

-Infección del tracto urinario

### **Plan de trabajo**

-Hemograma

-Examen de orina

-Ecografía transvaginal

### **Resultados**

-Hb 15.1 g/dl Leucocitos 11mil (leucocitosis)

-Uroanálisis: color amarillo claro, aspecto turbio, pH ácido, densidad 1025, nitritos positivos, leucocitos 100x<sup>C</sup>, hematíes no se observa, cel epiteliales escasas, Gérmenes +++ hifas de candida Albicans.

-Ecografía TV: quistes en racimos de uvas.

### **Diagnósticos**

- Tricomoniasis

-Vulvovaginitis por candida

-Infección de tracto urinario

### **Tratamiento**

-Metronidazol 500mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 7 días.

-Clotrimazol 500mg 1 ovulo vía vaginal cada 48 horas por 3 días

-Ciprofloxacino 500mg 2 tableta vía oral cada 12 horas por 7 días

-Píldoras anticonceptivas (drospirenona 3mg + etinilestradiol 0.030mg) 1 tableta vía oral cada 24 horas por 28 días.

-Cita por consultorio en 2 semanas por ginecología

### **Caso clínico n. 04**

Paciente mujer de 41 años quien refiere 36 semanas de gestación, acude a consulta por leve dolor de cabeza. No había tenido complicaciones en el

embarazo hasta hace 7 días, que acudió por dolor de cabeza y le tomaron una PA de 140/80 mmHg. No encontraron proteinuria aquella vez. Actualmente niega otra molestia aparte del dolor de cabeza leve y niega sangrado vaginal ni siente contracciones.

### **Antecedentes**

Personales: Niega

Quirúrgicos: Niega

Fisiológicos:

- FUR hace 36 semanas, ciclos menstruales regulares

- G2 P0010, hace 2 años aborto espontáneo a las 12 semanas de gestación.

- Niega uso de preservativo ni otro MAC.

- Niega ITS. 3 parejas sexuales en su vida, heterosexual

Patológicos: Niega RAMS, niega antecedentes patológicos

Familiares:

- Padres: HTA

### **Funciones vitales**

PA 148/88 mmHg, FC 92/min, FR 18/min, T° 36.6°C. Peso: 67kg. Talla: 1.64

### **Al examen físico dirigido**

-Abdomen: ocupado por útero grávido. AU 32cm. DU (-). SPP: LCI. LCF: 145/min

-Genitales externos: sin sangrado vaginal ni pérdida de líquido.

-Tacto vaginal y especuloscopia: sin alteración, cérvix cerrado. Bishop 0. Resto sin alteración.

### **Diagnósticos presuntivos**

- Preeclampsia severa

- D/C síndrome de HELLP

### **Plan de trabajo**

- Laboratorio: hemograma completo, perfil hepático, glucosa, urea, creatinina.

- Test no estresante

- Perfil biofísico

### **Resultados**

- Hemograma completo: Hb 12.5 g/dL / Leucocitos 6,541 mm<sup>3</sup> / Plaquetas 95,550 mm<sup>3</sup>

- Perfil hepático: BT 0.7 mg/dL / TGO 72 U/L / TGP 33 U/L / Albúmina 4.1 g/dL /

FA 89 g/dL / LDH 820 U/L

-Se confirma preeclampsia con signos de severidad y síndrome de HELLP, dada la evidencia de plaquetopenia y enzimas hepáticas elevadas.

-Glucosa 82 mg/dL / Urea 10 mg/dL / Creatinina 0.9 mg/dL

-Test no estresante 9/10 el bienestar del feto se encuentra conservado

-Perfil biofísico 9/10

### **Diagnóstico**

-Gestación de 36 semanas

-Preeclampsia con signos de severidad y síndrome de HELLP

### **Tratamiento Farmacológico**

-Sulfato de magnesio 10% 4-6 gr EV pasar en 15-20 min, luego infusión continua 1-2 gr/h.

-Inducción del parto: Misoprostol 25 mcg vía vaginal c/3-6h hasta Bishop >6 → Oxitocina 0.5-1 mU/min, aumentar gradualmente la dosis en incrementos de 1-2 mU/min c/30-60 min.

### **Tratamiento no farmacológico**

-Prevención y promoción de la salud: Ejercicio y alimentación balanceada, en próxima gestación profilaxis con aspirina a dosis bajas.

## **1.3 Rotación en Pediatría**

### **Caso clínico n.º 1**

Madre del preescolar de 3 años, con tiempo de enfermedad 2 horas, refiere que el paciente al despertar estaba irritable y con arcadas. Refiere que el paciente convulsionó y no respondía a estímulos verbales, por lo que es traído a EMG. En el hospital convulsionó 4 veces más donde se observó movimiento bucolinguales y movimientos tónico-clónicos en miembros inferiores. Se administra midazolam y convulsiones ceden.

### **Antecedentes**

Prenatales: CPN = 7. G2P2002.

Natales: EG = 39 ss. Parto eutócico. Peso 2795 kg. Talla 48 cm. PC 36 cm.

Complicaciones del RN: niega.

Postnatales: LME hasta los 6 meses. Ablactancia desde los 6 meses.

Inmunizaciones completas.

Quirúrgicos: Niega.

Patológicos: Hidrocefalia congénita sin tratamiento.

Familiares: Padre y madre aparentemente sanos.

### **Funciones vitales**

FC: 134 lpm, FR: 29 rpm, T: 38.5 C, SatO2: 99%

Peso: 12 kg. Talla: 102 cm.

### **Examen físico**

-Aspecto general: AREG, AREN, AREH

-Piel, anexos TCSC: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2". TCSC sin alteraciones. No edemas, palidez y cianosis.

-Linfáticos: No se palpan linfadenopatías.

-Cabeza: Macrocefalia, fosas nasales permeables, boca hidratada, dentadura completa aparentemente sin alteraciones.

-Cuello: Cilíndrico, tráquea centrada, no se palpa tiroides, no se palpan adenopatías cervicales.

-Tórax y pulmones: Tórax simétrico. Murmullo vesicular pasa disminuido en ambas bases pulmonares. Se auscultan roncales y subcrépitos difusos

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de muy buena intensidad. No soplos, no ingurgitación yugular. Taquicardia.

-Abdomen: blando, depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, leve timpanismo, a la inspección sin alteraciones.

-Genito-urinario: PPL (-), PRU (-). Adecuado para sexo y edad.

-Aparato locomotor: Moviliza cuatro extremidades. Fuerza y tono disminuidos. -

Sistema nervioso: Pupilas midriáticas, convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

### **Diagnóstico presuntivo**

-Status convulsivo: d/c epilepsia estructural

### **Plan de trabajo**

-Manejo en trauma-shock

-Administración de fenitoína

-Laboratorio: hemograma, grupo sanguíneo, perfil de coagulación, perfil hepático,

PCR, AGA

-Imágenes: tomografía cerebral

## **Resultados**

-Hb 11.9g/dL, Hto 35.8% (anemia), Plaq 498000 (aumentado), Leucocitos 18000 (leucocitosis), bastonados 0, segmentados 11.32.

-Grupo y factor O+

-Perfil de coagulación dentro del rango normal

-Perfil hepático: FA 207 U/l, TGO 32,95 (aumentados), TGP 25,67.

-AGA: pH 7.28, pO<sub>2</sub> 202 mmHg, pCO<sub>2</sub> 41,3 mmHg Acidosis metabólica descompensada

-Electrolitos: Na<sup>+</sup>: 137 mmol/L, K<sup>+</sup>: 4,1 mmol/L, Ca<sup>++</sup>: 1,09 mmol/L, Cl<sup>-</sup>: 109 mmol/L

-Glucosa 156 mg/dL, lactato 1,45 mmol/L

-Reacción inflamatoria negativa.

## **Diagnóstico**

-Hidrocefalia

-Epilepsia secundaria

## **Tratamiento**

### **Tratamiento no farmacológico**

-NPO

-O<sub>2</sub> suplementario para mantener SatO<sub>2</sub> >92%

-Metamizol 300 mg EV PRN

### **Tratamiento farmacológico**

-NaCl 0.9% 30 cc/h

-Fenitoína 240 mg + NaCl 0.9% 50 cc→ pasar en 20 minutos, luego

-Fenitoína 30 mg EV c/8 h

-Metamizol 300 mg EV PRN

## **Caso clínico n.º2**

Madre refiere que paciente cursó con fiebre 2 días antes del ingreso, alcanzando 38.5°C. Agrega que se le dio paracetamol, no refiere dosis, con lo que normaliza la temperatura. Señala que 1 día antes del ingreso, al despertar, evidencia gáseo con arrastre de MMII izquierdo, conservando la movilidad del pie. Agrega que se asocia con rigidez no dolorosa de dicha pierna, que no compromete consciencia. Se suma tos no productiva, niega recurrencia de fiebre. Por la noche, debido a persistencia de síntomas, la paciente es llevada a centro de salud local, cuyo



médico de turno sugiere que sea evaluada en hospital de mayor complejidad. El día del ingreso, la menor cursa con movilización de secreciones y persistencia de rigidez en MMII izquierdo, con las mismas características, que se acentúa con deambulación, por lo que es traída por emergencia.

### **Antecedentes**

Personales:

- Vivienda: propia, de material noble, con todos los servicios básicos
- Mascotas: 1 gato (vacunado)
- Contacto TBC niega
- Alimentación: LME 6 meses, ablactación con arroz, hígado, huevo, papa a partir de los 6 meses.
- Viajes: Huánuco 1 semana antes del ingreso

Fisiológicos:

- Controles prenatales: 6
- Parto eutócico intrahospitalario, a las 39ss, niega complicaciones neonatales.

Peso 2,300gr, talla 49 cm.

Desarrollo psicomotor

- Sostiene cabeza 4 meses
- Sentarse 6 meses
- Primeros pasos con apoyo 1 año 3 meses
- Gatea 1 año
- Primeras palabras 1 año
- Bipedestación sin apoyo NO alcanzada
- Vacunación completa para la edad.

Patológicos:

- Niega alergias a medicamentos
- Hiperlaxitud en terapia
- Bronquiolitis al 1 año 3 meses

Quirúrgicos: Niega

Medicamentos de uso frecuente: Niega

Antecedentes familiares

- Mamá y papá aparentemente sanos.
- Hermanos aparentemente sanos

### **Funciones vitales**

FC- 97x FR: 20 x' T ° 36 4 Sat02: 98%

Peso 10.6kg. Talla 77cm

### **Examen físico**

-Apreciación general: ABEG, AREN, ABEH

-Piel y TCSC: Tibia, elástica e hidratada. No cianosis, no palidez. Llenado de capilar < 2".

Cabeza: Normocéfalo, sin lesiones.

-Ojos: simétricos, pupilas fotoreactivas, no secreciones.

-Nariz: centrada, no secreciones.

-Boca: simétrica, mucosa seca y pálida.

-Orejas: normoinsertadas, CAEs permeables.

-Tórax y pulmones: tórax de morfología normal, amplexación conservada, sonoridad conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, frémito vocal conservado en ambos campos pulmonares.

-Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular, no choque de punta.

-Abdomen: blando, depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, leve timpanismo, a la inspección sin alteraciones.

-Genitourinario: genitales adecuados para la edad y el sexo.

-Sistema nervioso: paciente despierta, reactiva a estímulos, Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización, ROT ++/++++. Fuerza muscular conservada a la evaluación, episodios de hipertonia en MMII Izq.

-SOMA: moviliza 4 extremidades

### **Diagnósticos presuntivos**

-D/C epilepsia focal

-Retraso del desarrollo psicomotor

### **Plan de trabajo**

-I/C Neurología

-SS TEM cerebral

-SS EEG

-SS ecografía de rodilla izquierda

-SS RM de cerebro

## **Resultados**

- Neurología diagnóstica: Epilepsia focal refractaria
- TEM cerebral: Impresiona quiste aracnoideo a nivel de polo temporal izquierdo y cisterna magna. Ventrículos laterales y cisterna preptina incrementados.
- EEG: Paroxismos con indicación de disfunción central izquierda.
- Ecografía rodilla izquierda: Leve bursitis suprapatelar.
- RM de cerebro: Engrosamiento focal de la cortical en los giros descritos. Hallazgos que sugieren displasia cortical se sugiere ampliar con estudio de inversión recuperación en corrección de fase. Hallazgos por rm del encéfalo conservados sin lesiones isquémicas, hemorrágicas, inflamatorias ni expansivas

## **Diagnóstico**

Epilepsia focal refractaria

## **Tratamiento**

- Carbamazepina 5 mg/5 ml 6.5cc VO C/24h
- Levetiracetam 100 mg/ml 2.7cc VO C/12h
- Diazepam 3 mg ex c/12h
- Fenitoína 40 mg ex c/12h

## **Caso clínico n. °3**

Paciente femenina de 4 años quien es traída por su padre quien refiere hace 4 días presencia de vesículas en cara y tronco de contenido líquido claro, asociadas a prurito intenso. Hace 2 días se añade fiebre y odinofagia. Hace 1 día madre nota enrojecimiento del tórax, aumento de cantidad de vesículas, y algunas de ellas empiezan a romperse

## **Antecedentes**

Personales

- Vivienda: departamento propio
- Alimentación: balanceada
- Inmunizaciones: completas para la edad

Fisiológicos

- Parto distócico intrahospitalario, a las 39ss, niega complicaciones neonatales.
- Desarrollo psicomotor adecuado, hitos del desarrollo cumplidos de manera adecuada.

Patológicos:

-ITU hace 2 meses

Niega dexametasona

Quirúrgicos: Niega

Medicamentos de uso frecuente: Niega

Antecedentes familiares: niega

### **Funciones vitales**

FC: 104x FR: 22 x° T °. 38.9

Peso 18 kg, Talla 101cm

### **Al examen físico**

-Apreciación general: AREG, AREN, AREH

-Piel y TCSC: Tibia, elástica e hidratada. No cianosis. Llenado de capilar <2". Se evidencia máculas, pápulas, vesículas tipo umbilicadas de contenido seroso y algunas purulento, y escasas costras. Esto con polimorfismo regional en cara tronco, abdomen y escaso en miembros inferiores. En tórax anterior se observa placa elevada, eritematosa, caliente al tacto, dolorosa a la palpación.

-Cabeza: Normocéfalo, sin lesiones.

-Ojos: presencia de inyección conjuntival leve.

-Nariz: central, presencia de moco escaso.

-Boca: simétrica, mucosa oral hidratada, orofaringe congestiva, pero sin placas.

-Tórax y pulmones: tórax de morfología normal, amplexación conservada, sonoridad conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, frémito vocal conservado en ambos campos pulmonares.

-Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular, no choque de punta.

-Abdomen: blando, depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, leve timpanismo, a la inspección sin alteraciones.

-Genitourinario: genitales externos acorde a edad y sexo, no alteraciones.

-Sistema nervioso: paciente despierto, LOTEP, funciones mentales superiores conservadas, no disartria, no signos meníngeos ni de focalización.

-SOMA: moviliza 4 extremidades, dolor leve a la movilización de la rodilla.

### **Diagnósticos presuntivos**

-Síndrome Febril

-Exantema polimorfo

Celulitis

### **Plan de trabajo**

-Medidas de control de temperatura: antipirético + medios físicos

-Solicitar. Hemograma, PCR, PCT, VSG, urea, creatinina.

### **Resultados**

-Hb12.5 g/dl, hto. 37%, Plaquetas 217000, Leucocitos 9700 (Abastados 0%, Segmentados 65.6%, Linfocitos 25%) VSG 45.02 mm PCR 14.3 mg/L, PCT 0.2 ng/ml

-Urea: 19.0 mg/dl, Creatinina: 0.37 mg/dl.

-TGP 33.3 U/L, TGO 40.5 U/L

### **Diagnóstico**

-Varicela

-Celulitis en tórax anterior

### **Tratamiento**

-Dieta blanda + LAV

-Paracetamol 120 mg/5 ml 11 ml vg c/8h

-Metamizol 250 mg/5 ml 4 ml va si temperatura =39°C o si fiebre no cede con paracetamol

-Amoxicilina + Acido clavulánico 250 + 62.5 mg /5 ml 5 ml c/8h x 7 días

-Clorfenamina 2 mg/5 ml 2,5 ml c/8h x 5 días

### **Caso clínico n.º4**

Paciente varón de 5 meses de edad, sin antecedente de importancia. Madre refiere 1 día antes del ingreso nota aumento de volumen en muslo derecho, con leve calor al palparlo y aparente dolor a la palpación, no fiebre. el día del ingreso mayor aumento de volumen, acude a posta de salud donde le indican acudir a hospital. niega traumatismo previo, inyectable, picaduras aparentes, medicación ninguna, por infección de partes blandas significativa se decide su hospitalización.

### **Antecedentes**

Generales

-Vivienda: Material noble

-Servicio de Luz, agua y desagüe: Sí

- Alimentación: Balanceada
- Viajes realizados: No refiere
- Crianza de animales: Niega
- Hábitos nocivos: Niega

Antecedentes Personales Fisiológicos:

Controles Prenatales: 8

Complicaciones: Ninguna

Parto: Vaginal

Peso al nacer: 3.220

APGAR 1: 9 / 9: 9

Ablactancia: A los 6 meses

Inmunizaciones: Madre no cuenta con tarjeta de vacunación, pero refiere

vacunas completas: m: BCG (si), HVB (si)

2 meses: pentavalente 1° (SI), IPV 1° (SI), rotavirus 1° (SI), neumococo 1° (SI)

4 meses: pentavalente 2° (SI), IPV 2° (SI), rotavirus 2° (SI), neumococo 2° (SI)

### **Funciones vitales**

FC: 140X' FR:45X' T°:36.2C SatO2: 98%

Peso: 7.9 kg Talla:80 cm

### **Al examen físico dirigido**

-Apreciación general: Aparente Moderado Estado General, Aparente Regular Estado Nutrición, Aparente Regular Estado Hidratación, Ventila Espontáneamente.

-Piel: Tibia, semihidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, no palidez. No cianosis. Lesión edematosa de 8 x 10 cm en muslo derecho.

-TCSC: Conservado, uniforme distribuido. No edemas.

-Linfático: No presenta linfedema, no adenopatías.

-Cara: Normocéfalo, sin alteraciones

-Ojos: Pupilas CIRLA

-Oído: Conducto auditivo externo permeable

-Boca y garganta: Mucosa oral húmeda rosada

-Cuello: Cilíndrico simétrico, no masas.

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

-Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Se ausculta ruidos roncales difusos bilaterales. Con uso de musculatura

accesoria.

-Abdomen: blando, depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, leve timpanismo, a la inspección sin alteraciones.

-Sistema Nervioso Central (SNC): LOTEP, ECG: 15 puntos, Pupilas isocóricas fotorreactivas, conserva fuerza motora y sensitiva.

### **Diagnósticos presuntivos**

-Absceso en muslo derecho

### **Plan de trabajo**

-Hemograma completo

-Ecografía de partes blandas

### **Resultados**

-Hb 13 g/dl Leucocitos 15mil (Abastados 0, Segmentados 25%) PCR 80

-Ecografía de partes blandas: colección de 30 ccm aprox

### **Diagnósticos**

-Absceso en muslo derecho

### **Tratamiento**

-Oxacilina 400mg ev cada 6 horas – 200mg/kg/día por 7 días

-Clorfenamina 1mg ev condicional a prurito o molestias dérmicas

-Paracetamol 120mg vo condicional a fiebre o malestar

## **1.4 Rotación en Cirugía General**

### **Caso clínico n."1**

Paciente femenino de 50 años con un tiempo de enfermedad de 8 horas caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 8/10. Refiere presencia de masa abdominal periumbilical dolorosa asociado a náuseas y dos vómitos de contenido alimenticio amarillento.

### **Antecedentes**

-Personales: RAMS negativo

-Patológicos: Defecto de pared abdominal (2010)

-Quirúrgicos: Dos cesáreas (1999 y 2003), hemioplastia

-Personales: Ninguno de importancia

**Funciones vitales:** FC: 86 lpm FR: 23 pm PA: 130/100 mmHg T° 36.5 °C

SatO2:99%

Peso: 71 kg. Talla: 1.51 cm. IMC. 31,1

### **Al examen físico dirigido**

-Abdomen: Distendido, con masa abdominal en región umbilical de 15 x 15 cm y otro en hemiabdomen derecho de 10 x 8 cm, ambos dolorosos a la palpación.

Timpanismo aumentado, ruidos hidroaéreos disminuidos.

-Genito-urinario: PPL (-), PRU (-).

-Aparato locomotor: Moviliza cuatro extremidades. Fuerza y tono conservados.

-Sistema nervioso: Despierto. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Obedece órdenes. No dificultad en la marcha ni en el equilibrio. No signos meníngeos. Escala de Glasgow 15/15.

### **Diagnóstico sindrómico**

-Síndrome doloroso abdominal

### **Plan de trabajo**

-Se hospitaliza

-Programación para SOP

Laboratorio: hemograma, grupo sanguíneo y Rh, tiempo de coagulación y sangría, glucosa, urea, creatinina, serológicos (VHB, VIH, COVID-19)

-Imágenes: ecografía abdominal

### **Resultados**

Hemoglobina: 14.2 g/dL, hematocrito: 42.6%, plaquetas: 340 000, leucocitos:12.000, grupo sanguíneo y Rh: O positivo, tiempo de coagulación: 5 min 30 seg, Tiempo de sangría: 1 min 30 seg, glucosa: 128 mg/dL, urea: 19 mg/dL, creatinina: 0.9 mg/dL

-Ecografía abdominal: Litiasis vesicular múltiple, hepatomegalia, no líquido libre en cavidad abdominopélvica al momento del examen

### **Diagnóstico**

-Eventración estrangulada

-Litiasis vesicular

### **Tratamiento**

#### **Tratamiento no farmacológico**

-NPO -CINa 0.9% 1000 cc

-CFV + BHE

-Intervención quirúrgica: Eventroplastia

#### **Tratamiento farmacológico**



- Metamizol 2 g EV - pasar en 100 cc
- Hioscina 20 mg EV +- pasar en 100 cc

### **Caso clínico n.º2**

Paciente de 19 años refiere incidente traumático contuso en región inguinoescrotal derecha dos días antes de la consulta. Posteriormente percibe aumento de volumen y dolor intenso 7/10 de tipo punzante en región testicular derecha, no asociado a cambios en coloración de la piel ni aumento de la temperatura local. Refiere dolor abdominal en zona periumbilical, con adición de náuseas y dos vómitos de contenido alimentario antes del ingreso a urgencias. Niega fiebre y melena.

#### **Antecedentes:**

-Personales: RAMS negativo

Patológicos: Niega

-Quirúrgicos: Niega

Personales: Ninguno de importancia

**Funciones vitales:** FC: 88 lpm FR: 16 rpm PA: 116/80 mmHg T° 36.6°C

SatO2: 98%

Peso: 67 kg. Talla: 1.72 cm. IMC: 22.6

#### **Al examen físico dirigido**

-Abdomen: Globuloso. Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. Dolor difuso a la palpación superficial y profunda en mesogastrio y epigastrio.

Extremidades: Móviles, sin edema.

-Genito-urinario: Gran aumento de volumen en región inguino-escrotal derecha donde se palpa masa dolorosa, levemente caliente al tacto, indurada, no reductible, que aumenta su tamaño con maniobra de Valsalva. Tumorción palpable por maniobra de Edward-Wyllys-Andrews. Meato uretral permeable.

-Aparato locomotor: Moviliza cuatro extremidades. Fuerza y tono conservados.

Sistema nervioso: Despierto. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Obedece órdenes. No dificultad en la marcha ni en el equilibrio. No signos meníngeos. Escala de Glasgow 15/15.

#### **Diagnósticos presuntivos**

-Hernia inguinal derecha indirecta

-Hernia de Littre

## **Plan de trabajo**

Laboratorio: hemograma, glucosa, creatinina, BUN, perfil hepático, serología (VIH, VDRL, VHB), sangre oculta en heces, parasitológico 2. Imágenes: ecotomografía testicular 3. Manejo del dolor

## **Resultados**

-Hemoglobina: 13.5g/dL, hematocrito: 44%, plaquetas: 360 000, leucocitos: 16 400, glucosa: 89 mg/dL, creatinina: 89mg/dL, BUN: 14 mg/dL

-Sangre oculta en heces: positivo

-Parasitológico: negativo

-Ecotomografía testicular: Se observan múltiples asas intestinales que se introducen por el conducto inguinal derecho hacia escroto, desplazando medialmente al testículo ipsilateral.

## **Diagnóstico**

-Hernia de Littre

## **Tratamiento**

### **Intervención quirúrgica:**

-Hernia inguinal derecha indirecta, con discreta dilatación del orificio inguinal profundo y persistencia de conducto peritoneo vaginal, saco herniario que contiene asa de íleon terminal y divertículo de Meckel de 4 cm x 12 cm de longitud.

-No hay sufrimiento vascular del asa intestinal afectada, pero se aprecian zonas equimóticas con eritema y edema de la serosa que mejoran tras la aplicación de compresas calientes, además de un aspecto granulomatoso de la mucosa ileal que no corresponde al patrón normal.

-La cirugía se realizó a través de una incisión oblicua en la región inguinal derecha, siguiendo una línea paralela al ligamento inguinal. Se procedió a disecar cuidadosamente por capas hasta localizar un saco herniario que sobresalía por un orificio inguinal profundo, el cual se encontró ampliado. Se comprobó que la pared posterior del conducto inguinal no presentaba daños Se abrió el saco herniario, que contenía un segmento intestinal específico, incluido un divertículo de Meckel. Se realizó la resección de este segmento y se procedió a una anastomosis primaria de tipo entero-entero T-T utilizando sutura caprofyl 3-0 en dos planos. La hemiorrafía inguinal derecha se llevó a cabo con puntos de sutura de prolene 1, espaciados uniformemente según la técnica de Bassini,

dejando el remanente del saco herniario sin tratar. No se empleó una malla en la reparación debido a la apertura del segmento intestinal.

### **Tratamiento farmacológico**

-Manejo del dolor leve: paracetamol VO 500-1000 mg/8 h, moderado a severo:

-Morfina VO 10 mg/4 h según necesite

### **Caso clínico n.º3**

Paciente masculino de 23 años inicia con aumento de sudoración asociado a dolor a nivel de epigastrio, tipo urente, asociado a náuseas que no llegan al vómito. Refiere que 20 horas antes del ingreso continua con sintomatología, por lo que llaman a médico domiciliario y le receta metamizol (1g ev), hioscina (1 ampolla ev), y dimenhidrinato (50 mg 1 amp stat), con lo cual calma parcialmente el malestar. 12 horas antes del ingreso, paciente refiere que dolor migra a fosa iliaca derecha y el dolor cambia de características (tipo cólico), asociado a náuseas e hiporexia, por lo que toma 1 tab de buscapina vía oral. Pocas horas antes del ingreso paciente cursa febril y persiste con dolor, por lo que acude a emergencia.

### **Antecedentes**

-Generales

Dieta: Vegana hace 5 años

Ejercicio: Bicicleta (3 v/sem)

Hábitos nocivos: Tabaco (-), OH (-), Drogas (-), Café (-)

-Patológicos: RAM:A sulfas.

Enfermedades previas: Fibromialgia (Dx 2021)

Medicación habitual: Amitriptilina 25 mg vía oral 1v/día (Fibromialgia)

Cirugías previas: Niega

Hospitalizaciones anteriores: Niega

-Familiares

Madre: Artritis Reumatoide

Padre: Hipertensión Arterial

### **Funciones vitales**

FC: 90 lpm FR: 20 rpm T°: 38.1°C SatO2: 98% PA: 130/80 mmHg

Talla: 1.65m Peso: 70 kg IMC: 25.7

### **Al examen físico dirigido**

-Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes.

-Abdomen: globuloso, RHA (+), blando/depresible, no masas, no visceromegalia, dolor a la palpación profunda en ambas fosas ilíacas, Mc Burney (+).

-GU. PPL (-) PRU (-), genitales externos masculinos.

-SNC: consciente, LOTEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos, función motora y sensitiva conservada.

### **Diagnóstico presuntivo**

-Apendicitis aguda

### **Plan de trabajo**

-Laboratorio: Hemograma completo, hematocrito, grupo sanguíneo, tiempo de coagulación, glucosa, urea, creatinina, VDRL

-Imágenes:

Ultrasonido abdominal

-Score Alvarado: Síntomas → anorexia, náusea/vómitos (2 puntos)

Examen físico → Fiebre >37.3 °C (1 puntos)

Laboratorio → leucocitosis, desviación izquierda (2 puntos)

-Score final: 5 puntos → Moderado riesgo

### **Resultados**

Hemoglobina: 11.3

Hematocrito: 33.5

Grupo sanguíneo: O+

Tiempo de coagulación: 7'00"

Glucosa: 121

Urea:10

Creatinina:0.4

VDRL: No reactivo

-Imágenes

Ecografía abdomen completo

-Hígado de morfología normal. Bazo de tamaño y morfología normales. Páncreas sin alteraciones en el tamaño o morfología. Ambos riñones de ubicación y características normales. Signos de cuadro apendicular agudo. Escaso líquido libre en cavidad pélvica. Resto de órganos intraabdominales e intrapélvicos se

observan dentro de límites normales.

-Interpretación: Esta imagen permite confirmar la Apendicitis Aguda, y la severidad de la misma. En este caso, como vemos no hay signos de apendicitis purulenta o gangrenosa, además, la clínica del paciente tampoco nos orientaba a estas etapas de la patología

### **Diagnóstico**

-Apendicitis aguda

### **Tratamiento**

Fluidos intravenosos

Analgésicos IV

Antieméticos IV

Antibióticos empíricos: Cefazolina 2g/kg + Metronidazol 500 mg IV

Manejo quirúrgico: Se debe programar dentro de las 24h del diagnóstico

### **Caso clínico n.º4**

Paciente de 20 años refiere que hace 3 horas se cayó al piso sobre su muñeca derecha mientras realizaba ejercicios físicos, por lo que ahora presenta dolor intenso en dicha zona.

### **Antecedentes**

Personales: RAMS negativo

-Patológicos: Ninguno

-Quirúrgicos: Ninguno

-Personales: Ninguno de importancia

**Funciones vitales:** FC: 83 lpm FR: 17 rpm PA: 110/75 mmHg T° 36.7 °C

SatO2: 99%

Peso: 70 kg. Talla: 1.77 cm. IMC: 22.3

### **Al examen físico dirigido**

-Extremidades: Dolor a la palpación y movilización en la muñeca derecha con deformidad en "dorso de tenedor" o "bavoneta" de la articulación de la mano derecha. Limitación funcional total a la realización de movimientos de flexión-extensión de la mano. El paciente se sujeta el brazo afectado con el sano por el antebrazo con ligera inclinación del tronco hacia el lado ipsilateral. Se muestran leves excoriaciones en palma. Se palpa leve tumoración en zona anterior distal del antebrazo cerca a la muñeca dolorosa de color eritematoso y leve aumento de temperatura. No hay signos de exposición de partes blandas y óseas. Resto

de extremidades conservadas y móviles sin alteraciones aparentes. -Genito-urinario: PPL (-), PRU (-).

-Aparato locomotor: Moviliza cuatro extremidades. Fuerza y tono conservados.

-Sistema nervioso: Despierto. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. obedece órdenes. No dificultad en la marcha ni en el equilibrio. No signos meníngeos. Escala de Glasgow 15/15.

### **Diagnóstico presuntivo**

-Fractura de Colles cerrada

### **Plan de trabajo**

-Laboratorio: hemograma, glucosa, urea, creatinina, proteínas totales, albúmina, TP, TPP, serología (VIH, VDRL, VHB)

-Imágenes: radiografía de muñeca derecha

-Manejo del dolor

### **Resultados**

-Hemoglobina: 13.6 g/dL, hematocrito: 45%, plaquetas: 351 000, leucocitos: 4,1000, glucosa: 88 mg/dL, creatinina: 0,93 mg/dL, urea: 18 mg/dL

-Radiografía de mano derecha: Se aprecia pérdida de la solución de continuidad en el tercio distal y articular del radio derecho desplazado.

### **Diagnóstico**

-Fractura de Colles cerrada

### **Tratamiento**

#### **Tratamiento no farmacológico**

-Reducción e inmovilización con vendaje de yeso en zona afectada

-Reposo relativo limitando el uso de la extremidad afectada

#### **Tratamiento farmacológico**

-Control del dolor. a. Leve a moderado: Naproxeno 500 mg/12 h/5 días o condicional a dolor.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El internado médico que realizamos en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” se realizó en el mes de abril del 2023 y mes de enero del 2024, durante este periodo el interno de medicina tuvo la oportunidad de interactuar con profesionales de la salud de cada especialidad y haciéndose partícipe en el diagnóstico y tratamiento del paciente siendo guiados por cada especialista del servicio.

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” es una institución prestadora de Servicios de Salud que pertenece a la categoría III-1. La Dirección de Salud de la Marina (DISAMAR) desempeña un papel crucial como la parte normativa y gestión responsable de la estrategia, estructuración, liderazgo y monitoreo de las actividades relacionadas con el Sistema de Salud de la Marina, y está bajo la autoridad de la Dirección General del Personal de la Marina. En su ámbito de competencia se incluyen todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) marítimas a nivel nacional, entre las cuales el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” se destaca significativamente. (1)

Cabe mencionar que el Centro Médico Naval es pionero en trasplante de riñón en el Perú desde 1969. (1)

El periodo del internado médico realizado en el Centro Médico Naval se llevó a cabo en un contexto profesional y equipos médicos de alta tecnología destinados a la preparación para futuros profesionales de la salud, durante el internado médico se organizaron actividades académicas con el objetivo de afianzar los conocimientos y discusión de casos clínicos de cada servicio como Medicina interna, Ginecología- Obstetricia, Pediatría y Cirugía general.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### Rotación en Medicina Interna

#### **-Caso clínico n.º1: Gastroenteritis aguda infecciosa**

La gastroenterocolitis aguda en este caso clínico es importante un abordaje rápido para evitar complicaciones, en este caso el manejo sería la reposición de electrolitos y la hidratación debido a que la paciente ha tenido pérdida debido a deposiciones líquidas y podría conllevar a generarle una hiponatremia severa. Es importante monitorizar y corregir los electrolitos como sodio y potasio ya que esto puede conllevar cambios en el sensorio, y realizarle una evaluación completa en el paciente geriátrico para descartar otras patologías que pueden estar asociadas, incluyendo exámenes como coprocultivo y evaluar la función renal. Luego del tratamiento inicial realizar un seguimiento del paciente geriátrico y evitar complicaciones futuras.

#### **-Caso clínico n.º2: Tuberculosis pulmonar**

El Perú es un país conocidamente endémico de Tuberculosis, no solo pulmonar. El *Mycobacterium tuberculosis* genera una deficiencia del sistema inmunológico sistémico, y propio pulmonar, haciéndolo así propenso a otras infecciones sobreagregadas. Por otro lado, muchos pacientes suelen tener enfermedades coexistentes que pueden sumar a la deficiencia inmunitaria, entre ellas la diabetes *mellitus*, y aquí la importancia de un control adecuado de la glucemia (2).

#### **-Caso clínico n.º3 Crisis epiléptica**

Los pacientes adolescentes, jóvenes y/o adultos jóvenes son un grupo de pacientes que, si bien es cierto, no son aquellos que con más frecuencia presentan enfermedades no comunes como infecciones o traumatismos. El inicio temprano del Lupus eritematoso sistémico no es muy frecuente, sin embargo, es



importante su determinación, ya que suelen debutar con un grado de enfermedad más alto, el cual puede llevar a posibles complicaciones como la presentada en esta paciente de la cual se sospechó neurolupus (3).

#### **-Caso clínico n.º4: Absceso hepático**

El absceso hepático es una patología infecciosa con una mortalidad de hasta 12% y que puede progresar rápidamente a ser foco de sepsis. Es importante no pasar por alto dolores abdominales, a predominio de hipocondrio derecho, sin estudio. La cobertura antibiótica para este tipo de patología es prolongada y debe ser completa para recuperar la esterilidad sanguínea, y el drenaje del absceso ayuda de manera significativa a ello (4).

### **Rotación en Ginecología y Obstetricia**

#### **-Caso clínico n.º1: Mola hidatiforme**

El caso muestra la importancia de un diagnóstico temprano y adecuado para una mola hidatiforme. Los síntomas como el dolor abdominal tipo cólico y el sangrado vaginal oscuro, pueden ser indicativos de una complicación en el embarazo. Por otro lado, la realización de pruebas diagnósticas adecuadas, como la ecografía transvaginal y el dosaje de beta-hCG, permitió llegar al diagnóstico y brindar tratamiento adecuado. Asimismo, el tratamiento de la mola hidatiforme involucra un enfoque multidisciplinario, que incluye la atención médica, así como el apoyo emocional y psicológico para la paciente. La hospitalización y la administración de medicamentos, combinados con el seguimiento de las funciones vitales y el equilibrio hidroelectrolítico, son importantes para una atención integral. Por último, la consejería sobre planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, así como la importancia de los controles prenatales en futuras gestaciones, son aspectos clave para el bienestar reproductivo de la paciente de este caso.

Se realizaron pruebas diagnósticas adecuadas y se decidió realizar el procedimiento del legrado instrumental uterino y el tratamiento farmacológico.

Hubo enfoque multidisciplinario, así como un seguimiento cercano.

Respecto al caso clínico hubiera sido beneficioso incluir preguntas sobre antecedentes obstétricos y ginecológicos de la paciente en la anamnesis, ya que esto podría ayudar a identificar posibles factores de riesgo para complicaciones en el embarazo. Asimismo, es importante asegurar una comunicación clara y efectiva entre el médico y la paciente, explicando el diagnóstico, el plan de tratamiento, así como la importancia del seguimiento, ya que esto ayudaría a reducir la ansiedad y el estrés asociados (5).

### **-Caso clínico n°2: Infección del tracto urinario en gestante**

Se realizó una evaluación clínica completa y adecuada, considerando los síntomas presentados por la paciente y los hallazgos del examen físico para llegar al diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU) en una gestante de 22 semanas y 4 días. La sospecha de ITU en mujeres embarazadas es importante debido a los riesgos potenciales tanto para la madre como para el feto. De la misma manera, se eligió un tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona hasta obtener los resultados del urocultivo y luego se ajustó el tratamiento específico a Ampicilina/Sulbactam para el microorganismo identificado, el cual fue *Acinetobacter baumannii*. El seguimiento de la paciente y la reevaluación del cultivo de orina en dos semanas son importantes para asegurar la efectividad del tratamiento y la resolución de la infección. Por último, se tomaron en cuenta los aspectos fisiológicos y obstétricos durante la atención a la paciente embarazada. La monitorización fetal y la ecografía transvaginal permitieron evaluar la salud del feto y asegurarnos de que no había complicaciones asociadas a la infección (6).

### **-Caso clínico n°3: Tricomoniasis**

La tricomoniasis es la infección genitourinaria con el protozoo *Trichomonas vaginalis* y es considerada una infección de transmisión sexual (ITS) más común. Sin embargo, esta enfermedad puede ser peligrosa en gestantes debido a que produce ruptura prematura de las membranas, el 27% parto prematuro y el parto

de un bebé con bajo peso al nacer.

Por otro lado, en el caso del hombre pueden cursar con uretritis con una secreción mucopurulenta, prurito leve y una sensación de ardor en el pene después de la actividad sexual. Para el diagnóstico definitivo se basa en la prueba de amplificación de ácido nucleico (NAAT) o cultivo de secreciones vaginales. Su tratamiento ideal es el metronidazol 2 gr como dosis única o 500 mg cada 12 horas por 7 días. Como alternativa se encuentra el tinidazol 500mg cada 12 horas por 5 días con menos efectos adversos.

Para su prevención se recomienda el uso correcto de condones y uso de espermicidas como el nonoxinol.

El manejo de vulvovaginitis por candida debe ser de mucho cuidado ya que la mayoría de antifúngicos usados causan daño fetal excepto el clotrimazol 1% 1 vez por 7 a 14 días dependiendo la severidad. Para no gestantes existen dos fármacos que tienen mejor resultado si son usados de forma oral como el fluconazol 1 tableta cada semana por 2 semanas y si es alérgico/resistente al fluconazol se recomienda ibrexafungerp de 150 mg 2 tabletas cada 12 horas por 1 día.

#### **-Caso clínico n.º4: Preeclampsia con signos de severidad y síndrome de HELLP**

Preeclampsia severa es lo más probable debido a que cumple con el criterio de haber tenido la PAS mayor o igual a 140 mmHg en 2 ocasiones y su gestación es mayor a las 20 semanas; el dolor de cabeza es un síntoma premonitorio y criterio de severidad. Además, tiene el factor de riesgo de ser mayor de 40 años. La ausencia de proteinuria no excluye este diagnóstico.

En todo paciente con signos o síntomas de preeclampsia severa debería descartarse síndrome de HELLP.

Este caso nos llevó a la reflexión sobre hasta cuánto tiempo después del parto se debe seguir administrando sulfato de magnesio en una paciente que tiene preeclampsia con signos de severidad. Asimismo, nos llevó a investigar sobre los estados hipertensivos en el embarazo (EHE) y la clave azul. Donde los EHE son la HTA crónica (antes o tras la semana 20), HTA gestacional (después de

la semana 20 sin proteinuria), Preeclampsia/eclampsia (HTA asociada a proteinuria después de las 20 semanas), donde este último se divide en leve y grave que presenta más de un criterio; y la eclampsia sobreañadida a HTA crónica.

## **Rotación en Pediatría**

### **-Caso clínico n.º1: Hidrocefalia**

En este caso, la hidrocefalia se presentó de forma aguda con convulsiones y signos neurológicos, lo que demuestra la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo rápido, como a la hora de administrar midazolam y fenitoína, ya que fue fundamental para controlar las convulsiones y estabilizar al paciente. Asimismo, es esencial que el paciente sea referido a neurocirugía para una evaluación más exhaustiva y la posible colocación de una válvula de derivación para tratar la hidrocefalia. El seguimiento y la coordinación con especialistas son cruciales en casos de hidrocefalia.

### **-Caso clínico n.º2: Epilepsia focal refractaria**

La epilepsia es un trastorno neurológico crónico no tan infrecuente en la infancia, y en algunos casos, como el mostrado, puede llegar a requerir múltiples fármacos debido a su difícil control. Esta epilepsia refractaria, de difícil manejo puede llegar a afectar hasta un 25% de pacientes con epilepsia, y la importancia de poder llegar a controlarla se basa en que esta puede causar un aumento en el riesgo de muerte prematura, traumatismos y una calidad de vida reducida. En este caso se evalúa por el especialista de neurología pediátrica con quien se inicia terapia únicamente con carbamazepina, pero ante persistencia de crisis se incrementa las dosis y agrega múltiples fármacos adicionales, los cuales constituyen la terapia actual, posteriormente se realizará control semanal por el médico especialista para reajuste de las dosis (8).

### **-Caso clínico n.º3: Varicela**

La Varicela es una enfermedad exantemática que es altamente contagiosa. Esta enfermedad puede progresar y generar complicaciones severas que pongan en riesgo la vida. Por ello, es importante tener en cuenta las medidas de aislamiento de la enfermedad a tiempo y de manera adecuada. Así mismo, la importancia de la prevención, iniciando por las vacunas, y cuando ya se cuenta con la enfermedad, evitando ser el agente contagioso con un adecuado aislamiento y precauciones. En este caso se recomienda evitar el rascado, baños de avena, dieta blanda o hipoalergénica (9).

### **-Caso clínico n.º4: Absceso en muslo**

En este caso clínico inicialmente, se administrarían antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa para cubrir una amplia gama de bacterias, incluidas las más comunes en infecciones de piel y tejidos blandos en pediatría, como *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. La elección del antibiótico podría ajustarse según los resultados de los cultivos y la sensibilidad antibiótica.

Tras el tratamiento inicial el niño necesitaría seguimiento en el hospital para asegurarse de que la infección está respondiendo al tratamiento, esto podría implicar hacer ajustes en el tratamiento, guiándose por cómo evoluciona clínicamente el paciente y lo que indiquen los análisis de laboratorio.

Este caso sirvió para detectar que en niños puede haber siempre es necesario poder calmar al familiar sobre todo cuando son muy pequeños y tener mucha empatía con la madre quien cuida de su pequeño. Manejar el caso a la mayor brevedad posible para evitar el riesgo de las complicaciones (10).

## **Rotación en Cirugía general**

### **-Caso clínico n.º1: Eventración estrangulada**

La falta de información sobre los antecedentes médicos importantes como la infección por VIH resalta la importancia de crear un entorno seguro para que los pacientes se sientan cómodos compartiendo información de este tipo. Asimismo, aunque se estableció el diagnóstico de eventración estrangulada, la falta de información sobre el diagnóstico de VIH fue importante en el manejo clínico y podría haber influenciado en la toma de decisiones. A medida que pasaban los días, la paciente presentó complicaciones postoperatorias que podrían haber estado relacionadas con el diagnóstico de VIH y podrían haberse abordado de mejor manera.

Se hubiera podido hacer una evaluación más detallada en la anamnesis inicial, como preguntas específicas sobre antecedentes médicos importantes para evitar sorpresas durante el tratamiento. Por otro lado, se hubiera podido involucrar a un equipo multidisciplinario desde el principio, especialmente cuando hay condiciones de salud complejas como el VIH.

### **-Caso clínico n.º 2: Hernia de litre**

La hernia de Littre es una afección poco común y requiere una evaluación cuidadosa y un enfoque quirúrgico adecuado. Los pacientes jóvenes también pueden desarrollar este tipo de hernia, lo que resalta la importancia de considerarla en el diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de la hernia de Littre se basa en una ecografía testicular y una evaluación clínica adecuada. Se podría considerar la realización de una ecografía testicular antes de la cirugía para confirmar el diagnóstico y evaluar el compromiso vascular testicular. Asimismo, se podría incluir una mayor documentación sobre la técnica quirúrgica utilizada y las razones para no utilizar una malla en el procedimiento, ya que esto podría ser relevante para futuros casos.

La atención brindada en este caso fue adecuada, ya que se ha realizado una

cirugía para corregir la hernia de Littre, y se han proporcionado analgésicos para el manejo del dolor postoperatorio. La documentación clínica es detallada y la evolución del paciente se debe seguir de cerca (11).

### **-Caso Clínico n.º3: Apendicitis aguda**

El presente caso, nos muestra un cuadro de Apendicitis que aparentemente tendría una buena evolución, por tratarse de un paciente joven, sin muchas comorbilidades y con un tiempo de evolución prudente para poder manejarlo. Sin embargo, el paciente en cuestión de horas evidencia una progresión rápida de la enfermedad que lleva a desencadenar una Peritonitis. Esto quiere decir que posiblemente el tiempo de enfermedad que refirió el paciente o los síntomas no fueron tan exactos, lo cual dificultó llegar a un diagnóstico temporal adecuado. Muchos de los pacientes suelen subestimar síntomas o tener un umbral de dolor muy alto, lo que puede enmascarar ciertos signos o ciertas etiologías. Es importante tener en cuenta que ante cualquier patología aguda debemos actuar rápido y con mucha precisión en el tratamiento.

### **-Caso clínico n.º4: Fractura de colles**

La fractura de Colles es una lesión ósea que generalmente ocurre en adultos jóvenes debido a una caída sobre la muñeca, como en este caso. La atención médica debe ser oportuna y eficaz para evaluar la gravedad de la lesión y tomar medidas adecuadas. Asimismo, la comunicación y la observación cuidadosa del paciente son importantes para un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo (12).

Sería importante mejorar la documentación clínica para incluir detalles sobre la descripción de la deformidad en la muñeca, lo que puede ayudar en la evaluación y seguimiento de la lesión. También se podría considerar una evaluación más temprana del paciente, especialmente en casos de fracturas, para tener un diagnóstico más rápido y aliviar el dolor de forma oportuna. Por otro lado, la educación al paciente sobre la importancia del reposo y las precauciones necesarias para evitar actividades peligrosas después del tratamiento también es fundamental.

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

El periodo del internado médico representa una etapa fundamental en el proceso formativo de los futuros médicos, actuando como el enlace entre el aprendizaje teórico adquirido en años previos de la carrera de medicina y la experiencia vivida en la práctica que nos brinda el Centro Médico Naval, en este informe se pretende analizar los aprendizajes brindados y las vivencias del internado médico.

En la parte de la experiencia clínica que nos brindó la oportunidad de trabajar con médicos especializados y también de participar en procedimientos quirúrgicos debidamente asesorados por el médico especialista a cargo, sin embargo, la parte que más influyó durante el periodo del internado médico es la capacidad para adaptarnos a diversos escenarios críticos de la parte de emergencia, desarrollando las habilidades de tomar decisiones bajo presión.

Durante el internado médico una de las cosas que te enseña es trabajar en equipo, la capacidad para organizar y tomar acciones para el manejo terapéutico o quirúrgico de un paciente. Durante todo el periodo del internado se realizó rotaciones por cuatro servicios que fueron Medicina interna, Ginecología-Obstetricia, Pediatría y Cirugía general lo cual cada servicio nos brindó diversos aprendizajes.

La primera rotación de Medicina interna donde se va aprendiendo sobre el manejo médico de cada patología y cómo abordar cierta patología trabajado juntamente con exámenes de laboratorio, auxiliares y realizar una buena anamnesis y examen físico.

Por último, en el servicio de cirugía general donde abarca la parte de los procedimientos quirúrgicos que son fundamentales para el manejo de ciertas patologías, es muy importante para el diagnóstico, tratamiento y el abordaje de enfermedades que requieren cirugía desde un procedimiento mínimamente invasivo hasta procedimientos quirúrgicos que pueden comprometer la vida debido a sus propias comorbilidades o propios de la anestesia.



## CONCLUSIONES

El internado médico representa una parte significativa en la carrera de todo profesional de la salud, durante este período los internos de medicina tenemos la oportunidad de poder rotar por todas las especialidades que nos brinda el Centro Médico Naval y de cada servicio llevándonos consigo nuevos conocimientos y explorando diversas áreas de las rotaciones para así poner en práctica como en la parte de los procedimientos médicos, como realizar un buen diagnóstico y manejo para cada patología. Esta experiencia que nos deja el internado médico en la parte de aprendizajes y crecimiento personal.

Los internos somos partícipes en la parte de la evaluación, monitoreo y un sinfín de experiencias que nos proporciona el hospital para lo cual nos permite desarrollar habilidades, destrezas para toma de decisiones sobre el manejo inicial de un paciente que está en riesgo su vida. Durante el internado médico aprendemos a realizar exámenes físicos, interpretación de exámenes de laboratorio y auxiliares que son guiados y enseñados por médicos especialistas. Por último, el internado médico es una parte esencial en el proceso de formación que nos proporciona una oportunidad para adquirir la experiencia en la parte práctica preparándonos a los internos para asumir con responsabilidad nuestro rol como futuros médicos.

## RECOMENDACIONES

Para los futuros internos de medicina antes de comenzar el internado como principal recomendación es tener claro los conceptos de ciencias básicas, como anatomía, fisiología, bioquímica y farmacología, estos conocimientos servirán como base para la práctica clínica, dado a que el internado médico siendo la etapa más crucial de la carrera de medicina es fundamental para el estudiante de medicina debido a que le permitirá aplicar todo lo aprendido de la carrera, enfrentándose a situaciones diversas y complejas que contribuyen a su desarrollo profesional.

Se aconseja proporcionar formación tanto teórica como práctica a los internos de medicina. Esto no debe limitarse únicamente a entender y analizar los distintos protocolos clínicos para el manejo de enfermedades, sino que también debe incluir la mejora de competencias sociales y técnicas específicas. Es esencial para ellos darse cuenta de que la atención médica trasciende el simple tratamiento de las patologías; la capacidad de comunicarse de manera efectiva con los pacientes y sus seres queridos juega un papel vital en la evolución positiva de estos últimos.

Es importante que los doctores mentores designados por cada institución educativa, junto con los médicos asistentes y residentes responsables de supervisar a los internos durante sus rotaciones, les ofrezcan orientación y en abordar de manera positiva cualquier deficiencia que los internos puedan presentar.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Marina de Guerra del Perú. Nosotros [Internet]. Mil.pe. [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
2. Tiemersma EW, van der Werf MJ, Borgdorff MW, Williams BG, Nagelkerke NJD. Natural history of tuberculosis: duration and fatality of untreated pulmonary tuberculosis in HIV negative patients: a systematic review. PLoS One [Internet]. 2011;6(4):e17601. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0017601>
3. Ortiz B, Lanau S. Non-invasive neuromonitoring in intensive care units in Colombia. Biomedica [Internet]. 2021;41(4):803–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.5990>
4. Czereda T, Moszczynski L, Knast W. Diagnostic difficulties in hepatic abscess of bacterial origin. Pol Tyg Lek [Internet]. 1963 [citado el 4 de junio de 2023];18:822–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14072111/>
5. Espinoza Artavia A, Fernández Vaglio R, Solar del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2019;4(5):44–59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms195e.pdf>
6. Johnson CY, Rocheleau CM, Howley MM, Chiu SK, Arnold KE, Ailes EC. Characteristics of women with urinary tract infection in pregnancy. J Womens Health (Larchmt). 2021; 30: 1556-1564. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8946>
7. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences: Placental abruption, epidemiology. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2011;90(2):140–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x>

8. Wilfong A. Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology and clinical features. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-children-classification-etiology-and-clinical-features?se>
9. Rianza Gómez M, De La M, Espí T, Mencía Bartolomé S, Molina JC, Tamariz-Martel A. Complicaciones de la varicela en niños [Internet]. Aeped.es. [citado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-3-9.pdf>
10. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. Up to Date [Internet]. 2023 Jun. Disponible en: [https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis%20&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
11. Brooks DC. Overview of abdominal wall hernias in adults. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc [citado el 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-wall-hernias-in-adults?se>
12. Petron DJ. Distal radius fractures in adults. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/distal-radius-fractures-in-adults?search=fractura>