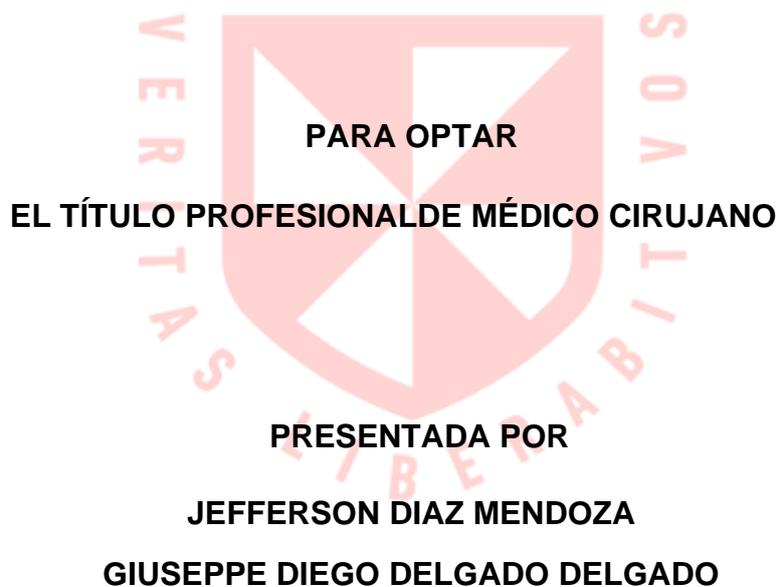


**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL  
CARLOS LAN FRANCO LA HOZ ABRIL 2023-  
ENERO 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**



**ASESOR**

**SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA**

**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**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL  
HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO LA HOZ  
ABRIL 2023- ENERO 2024**

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

**PRESENTADO POR  
JEFFERSON DIAZ MENDOZA  
GIUSEPPE DIEGO DELGADO DELGADO**

**ASESOR  
DRA. SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA**

**LIMA, PERÚ**

**2024**

## **JURADO**

**Presidente: DR. Fernando Herrera Huaranga**

**Miembro: DR. Johandi Delgado Quispe**

**Miembro: DR. César Aguilera Herrera**

## **DEDICATORIA**

A Dios y a nuestras madres, por guiarnos y comprendernos en todos los tropiezos que hemos tenido; a nuestra familia por siempre darnos aliento para seguir.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestras familias, por ser nuestro apoyo incondicional en las decisiones que hemos tomado, a nuestros médicos, asistente y residentes, por haber inculcado todos sus conocimientos en nosotros y, finalmente, a los pacientes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, por haber sido parte de nuestro aprendizaje, muchos de ellos con algunas sonrisas y palabras de aliento que nos inspiraban a seguir ejerciendo esta profesión tan noble.

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE .....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I : TRAYECTO PROFESIONAL.....	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA .....	10
CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL .....	12
CAPÍTULO IV REFLEXION A LA CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	19
CONCLUSIONES.....	21
RECOEMNDACIONES .....	22
FUENTE INFORMACIÓN.....	23
ANEXOS.....	26
ANEXO 01.....	26
ANEXO 02.....	26
ANEXO 03.....	27
ANEXO 04.....	27
ANEXO 05.....	28
ANEXO 06.....	28
ANEXO 07.....	29

## RESUMEN

El internado médico es una de las etapas donde se pone en práctica todos los conocimientos obtenidos durante siete años de estudio; el presente trabajo realizado en el mes de abril del año 2023 es un informe completo de todo lo ejecutado en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de abril 2023 a enero 2024; así como una descripción de casos clínicos que se presentaron en las áreas de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna. **Objetivo:** Describir lo más importante en los aspectos teóricos y prácticos adquiridos durante el internado médico 2023-2024. **Materiales y métodos:** La población de estudio fueron pacientes que acudían al Hospital mencionado. **Resultados:** Pacientes -mujer de 20 años, con infección de tracto urinario, varón de 15 años con absceso de mano derecha y celulitis en mano derecha, varón de 20 años con dolor en cuadrante superior derecho por colecistitis crónica calculosa, paciente de 39 años con síndrome doloroso abdominal por apendicitis aguda, femenino, 22 años, presión arterial alta, preeclampsia severa, mujer de 36 años, con infección del tracto urinario, varón de 5 meses, con tos seca por síndrome obstructivo bronquial agudo, mujer de 5 años con tos, fiebre, vómitos y dificultad respiratoria por Crisis asmática moderada-. **Conclusiones:** La vivencia de un estudiante de medicina humana durante el internado médico es una etapa crucial, donde se ponen en práctica los conocimientos teóricos adquiridos durante la etapa universitaria, cada rotación fue importante para completar las habilidades y desarrollo profesional del autor.

**Palabras clave:** Internado médico, Cirugía general, Medicina, Ginecología y Obstetricia, Pediatría.

## ABSTRACT

The medical internship is one of the stages where all the knowledge obtained during seven years of study is put into practice; This work carried out in the month of April 2023 is a complete report of everything carried out at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital during the period from April 2023 to January 2024; as well as a description of clinical cases that were presented in the areas of Pediatrics, Gynecology and Obstetrics, General Surgery and Internal Medicine.

**Objective:** Describe the most important theoretical and practical aspects acquired during the 2023-2024 medical internship.

**Materials and methods:** The study population was patients who attended the aforementioned Hospital.

**Results:** Patients - 20-year-old woman with urinary tract infection, 15-year-old man with right hand abscess and cellulitis in the right hand, 20-year-old man with pain in the right upper quadrant due to chronic calculous cholecystitis, 39-year-old patient with abdominal pain syndrome due to acute appendicitis, female, 22 years old, high blood pressure, severe preeclampsia, 36-year-old woman, with urinary tract infection, 5-month-old male, with dry cough due to acute bronchial obstructive syndrome, 5-year-old woman with cough , fever, vomiting and respiratory distress due to moderate asthmatic crisis.

**Conclusions:** The experience of a human medicine student during the medical internship is a crucial stage, where the theoretical knowledge acquired during the university stage is put into practice, each rotation was important to complete the author's skills and professional development.

**Keywords:** Medical internship, General surgery, Medicine, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics.

## NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN  
EL HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO  
LA HOZ ABRIL 2023- ENERO 2024

## AUTOR

DIAZ MENDOZA, JEFFERSON

## RECUENTO DE PALABRAS

8443 Words

## RECUENTO DE CARACTERES

46281 Characters

## RECUENTO DE PÁGINAS

38 Pages

## TAMAÑO DEL ARCHIVO

568.4KB

## FECHA DE ENTREGA

Feb 27, 2024 11:03 AM GMT-5

## FECHA DEL INFORME

Feb 27, 2024 11:03 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
- 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
- bibliográfico Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material
- Material citado

  
 Dra. SHIRLEY R. QUISPE PANTA  
 MÉDICO INTERNISTA  
 CMP N° 5037 TMS N° 38577

**DRA. SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA**  
 Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9170-2805>  
 DNI: 45253636

## INTRODUCCIÓN

La etapa final de los estudios de la carrera médica es el Internado Médico que se desarrolla a nivel hospitalario y en diferentes niveles de atención. El estudiante del último año realiza sus prácticas directamente con los pacientes, en esta etapa es donde se aplica los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante 7 años de estudios previos (1).

En este año, los internos tienen la oportunidad de estar en contacto permanente con los pacientes en unidades de primer y segundo nivel de atención, bajo la tutoría de los médicos que laboran en esas unidades médicas, a través de ellos se ha propiciado la adquisición de experiencias significativas que permiten al alumno detectar riesgos, aplicar medidas preventivas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los principales problemas de salud de pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía general y primer nivel de atención (2).

Al culminar el año de Internado, estará perfectamente capacitado, para dar solución a todo problema clínico-quirúrgico susceptible de presentársele al Médico General. Estas prácticas están debidamente orientadas por profesores coordinadores de sedes hospitalarias, así como de Tutores, para cada uno de las 4 áreas o Especialidades por las que rotan los Internos por un periodo de 2 meses, integrando en forma efectiva los equipos de salud (1).

Hasta antes de la pandemia, el internado se realizaba en las sedes hospitalarias como el “Ministerio de salud” (Minsa) o “Seguro social de salud” (ESSALUD), en donde se permanecía un periodo de 90 días en cada uno de los 4 servicios especializados Ginecología, Cirugía General, Pediatría y Medicina Interna, cuyo periodo en total era de 12 meses (2).

El objetivo principal del internado médico en el Perú es capacitar a los internos en la realización práctica de procedimientos médicos básicos, que van a realizar como médicos generales. Ya que la mayoría de los médicos recién graduados va a realizar con prontitud el Servicio Rural – Urbano Marginal de Salud (Serums), durante el cual probablemente tengan que laborar en comunidades aisladas y realizar procedimientos médicos sin apoyo (3).

El periodo de formación médica (internado) 2023– 2024 comenzó el 1 de abril del 2023 respetándose la adquisición de las plazas por orden de mérito establecido por los promedios alcanzados, lo que dio la oportunidad de realizar las prácticas en un periodo de 8 meses en un ambiente hospitalario de mayor complejidad y dos meses en un centro de salud del primer nivel de atención, siendo 10 de prácticas preprofesionales en total. Actualmente, he realizado practicas preprofesionales en el primer nivel de atención en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján (I-3) y en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (II-2), al realizar el internado he adquirido las destrezas necesarias para manejar casos como médico cirujano (4).

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El alumno de séptimo año perteneciente a la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, al pasar los años anhelaba el momento final de esta larga y satisfactoria carrera, atravesando cada año con distintos cursos que aumentaron los niveles de complejidad en cuanto a lo académico, lo que cada vez le acercaban más a su sueño de convertirse en médico cirujano y ser de ayuda a la sociedad, viviendo así la etapa del internado médico como una de las mejores etapas para aplicar en práctica la teoría aprendida.

El internado de pregrado es una de las etapas más esperadas por los estudiantes de Medicina Humana, es el último año curricular de los Planes de estudio, previo al Servicio Social Rural. Esta etapa de preparación permite que los alumnos apliquen los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los semestres previos, en un escenario real, en el que se combinan una función educativa, para la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, y una actividad de servicio a los enfermos atendidos en unidades del Sector Salud, donde se ejercita el servicio, el trabajar en equipo, el aspecto afectivo y comunicacional en el trato con los pacientes y el personal de la unidad, la autocrítica y la toma de decisiones en la solución de problemas, experiencias necesarias para la formación personal y sobre todo profesional; siempre bajo la supervisión y asesoría del médico asistente responsable de la institución a la que pertenecemos (4).

Todo lo mencionado se ha desarrollado en las cuatro áreas especializadas y fundamentales para la formación y desarrollo durante el Servicio Rural Urbano (Serums): Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General (4,5).

### **1.1. Medicina Interna**

La primera rotación que cursaron los autores fue de Medicina Interna, incluía el servicio de tópico de emergencias, observación y área de hospitalización. Estaba a cargo de los residentes y asistentes en compañía de los demás internos de Medicina Humana que en esta oportunidad fueron 4. En emergencias, el interno estaba a cargo de realizar la anamnesis y el examen físico; en base a ello, se

llenaba la historia clínica, dando pase a que los médicos asistentes revisen y puedan concluir un tratamiento adecuado, tomando en cuenta opiniones y conocimientos teóricos de los alumnos, dando así un plan de trabajo laboratorial y terapéutico. Los casos más comunes en la especialidad eran las infecciones urinarias y constipación. El área de hospitalización estaba a cargo de los residentes, quienes encargaban a los internos la función de evolucionar diariamente a los pacientes, solicitar interconsultas y exámenes de laboratorio en caso lo necesitase, aproximadamente eran de 15 a 20 camas diarias, cuyas enfermedades más comunes fueron dengue y celulitis.

### **Caso clínico 1**

Se describe el caso de paciente mujer de 22 años que ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con una clínica de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, presentando síntomas como náuseas, vómitos y con sensación de aumento de temperatura, con un tiempo de enfermedad 24 horas. Niega patologías previas o cuadros similares.

En cuanto a la recolección de signos vitales, se encontró: FC:98 X', FR: 15 X', T°: 39 °C, PA: 127/88 mmHg, Sat O2: 98 %. Al examen físico de abdomen: globulosos, blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, doloroso a la palpación superficial y profunda, signo de Mc. Burney (+).

Se le solicita hemograma, PCR, beta HCG, examen de orina y ecografía abdominal. Los resultados del hemograma: Leu: 24.8, Hb: 12.2, Plaq: 326.00. PCR: 7.01. Beta HCG: Negativo. Examen de orina: leu: 25 x campo. En la ecografía, no se encontraron signos ecográficos sugestivos de patología inflamatoria apendicular. Por lo que se decidió su hospitalización en el servicio y se procedió a la colocación de vía endovenosa con NaCl 0.9 % 1000 cc, con el diagnóstico médico:

1. Infección de Tracto Urinario
2. Constipación

En hospitalización se le coloca el Rp: NaCl 0.9 % 1000 cc >> 30 gotas por X', Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas, Hioscina 20 mg EV c/24 horas, con control de funciones vitales, el tiempo de hospitalización fue de 05 días, presentando mejoría y dando así de alta, se le explicó los signos de alarma y se le brindó cita control en 07 días por consultorio externo. (6)

## **Caso clínico 2:**

Acude por emergencia paciente varón de 15 años, sin antecedentes patológicos, con cuadro clínico de dolor en mano derecha con un tiempo de enfermedad de 7 días, durante el examen físico se evidencia aumento de volumen y signos de flogosis y limitación funcional de mano derecha, con signos vitales: Presión Arterial: 110/90 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 83X', FR: 20 X', Temperatura: 37 °C, Saturación: 98 %. Se le realiza interconsulta a Cirugía General para que tenga conocimiento del caso y de sugerencias en cuanto al tratamiento, se le solicitó, además, glucosa, PCR, urea, creatinina, hemograma y ecografía de partes blandas, cuyos resultados fueron Hemograma: Leu: 22.4, Plaq: 448.00, Hb: 13.5, PCR: 1.80, Urea: 25.9 Glucosa: 84.4 Creatinina: 0.78. en la ecografía se concluye que hay una celulitis infecciosa en mano derecha. Cirugía general sugiere iniciar antibioticoterapia, por lo que se procede a su hospitalización con los diagnósticos médicos:

1. Absceso en mano derecha
2. Celulitis en mano derecha

Se le coloca como Rp: Oxacilina 2 gr EV c/4 horas, Clindamicina 600 mg c/8 horas, Tramadol 100 mg c/8 horas, dimenhidrinato 50 mg c/12 horas y control de funciones vitales, estuvo hospitalizado durante 05 días y luego se le completó tratamiento vía oral por dos más, además se le brindó cita por consultorio externo en 07 días. (7)

### **1.2. Cirugía General**

La segunda rotación que cursaron los internos de medicina fue la de cirugía general cuyas áreas que cubría fue hospitalización y tópicos de emergencia. En esta estaban a cargo de médicos residentes y asistentes. En emergencias era frecuente ver pacientes que llegaban con dolor abdominal localizado, heridos por proyectil de arma de fuego, arma blanca, policontusos, entre otros; la función del interno era la toma de funciones vitales y llenar historia clínica sobre todo la anamnesis y examen físico para posteriormente presentarlo a nuestros asistentes quienes tomaban la decisión si operar de emergencia o programar dependiendo a la disponibilidad de salas quirúrgicas. En hospitalización, la función del interno era evolucionar diariamente a sus pacientes a cargo, preoperatorios y postoperatorios,

presentarlos durante cada pase de visita, solicitar interconsultas o exámenes de laboratorio, al terminar se procedía a hacer las curaciones diarias a cada paciente.

### **Caso clínico 3**

Ingresa por consultorio externo paciente varón de 20 años, con cuadro clínico de dolor abdominal a predominio de hipocondrio derecho, con un tiempo de enfermedad de siete meses, cuenta con ecografía abdominal donde se evidencia cálculos en la vesícula, cuyos signos vitales fueron PA: 120/60 mmHg, FC: 80X', FR: 16 X', Temperatura oral: 36.5°C, saturación: 98 %. Acude para ser evaluada y programada para una colecistectomía. Refiere que su último cólico fue hace 07 días, niega patología, antecedentes de importancia, RAM's y hospitalizaciones anteriores. A la inspección se encuentra un abdomen globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación profunda ni superficial, Mc Burney (-). Se decide tomar un plan de trabajo preoperatorio completando sus análisis de laboratorio, cuyos resultados fueron hemograma: Leu: 9.5 Hb: 15.60, PlaQ: 232.00, tiempo de coagulación 6 min., tiempo de sangría: 2 min., glucosa: 92, urea: 34, creatinina: 1.0, bilirrubina total: 0.47, bilirrubina directa: 0.13, fosfatasa alcalina: 244, TGO: 16, TGP: 24, examen de orina: negativo, además se le solicitó ecografía abdominal donde se evidencia cálculos de aproximadamente 16 mm con un colédoco de 6 mm,, donde impresiona un diagnóstico de litiasis vesicular. En la hospitalización, se comienza plan terapéutico indicando que la paciente esté en NPO, se le coloque una vía para rehidratarla y ponerle Cefazolina de 1gr por la vía antes de ingresar a sala de operaciones (8), durante el acto quirúrgico se le hizo asepsia, antisepsia, colocación de trócares hasta encontrar los hallazgos, extirpándose una vesícula de aproximadamente 5x4 cm con paredes delgadas, bilis en contenido fluido y múltiples cálculos en su interior de más de 16 mm, se revisó la hemostasia y se procedió al retiro de trócares, se cerraron las incisiones de la pared abdominal. El diagnóstico pre y postoperatorio fue colecistitis crónica calculosa. Paciente sale de sala e ingresa a zona de recuperación para posteriormente pasar a hospitalización, ser evaluada dos días más, se le dio de alta indicándoles los signos de alarma y programando una consulta médica por el área de cirugía en 07 días para el retiro de puntos.

#### **Caso clínico 4**

Ingresa por el servicio de emergencia paciente mujer de 39 años, por dolor abdominal tipo cólicos difusos, acompañado de 03 episodios de vómitos de contenido alimenticio y anorexia, en el examen físico se encuentra un abdomen blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación a predominio de fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney (+), Blumberg (+), sus signos vitales fueron PA: 110/90 mmHg, FC: 101X', FR: 16 X', T°: 36 °C, Sat: 99 %. Se le solicita exámenes de laboratorio cuyos resultados fueron hemograma: Leu: 12.00, Hb: 11.00, Plaq: 225.00, Examen de orina: negativo, albúmina: 3.7, bilirrubina total: 0.60, bilirrubina directa: 0.28, fosfatasa alcalina: 116, TGO:10, se le solicita una ecografía abdominal donde se evidencia un apéndice cecal engrosado y líquido libre en fosa iliaca derecha, por lo que se confirma diagnóstico de apendicitis aguda, se queda la paciente en emergencia en NPO, a la espera de apertura de sala de operaciones, se le colocó vía endovenosa cefazolina 1 gr. (9). Posteriormente ingresa a sala para realizarle apendicectomía abierta donde se encontró apéndice cecal de 11x2 cm perforada en su tercio proximal con una posición pélvica y base indemne, se precedió a secar la cavidad, revisión de hemostasia y cierre de pared por planos, luego pasa a unidad de recuperación para luego ser llevada a hospitalización con diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda perforada más peritonitis generalizada, se decide darle de alta al paciente al siguiente día por tener una evolución favorable, se le indicó los signos de alarma y se le brindó cita control en 7 días para retiro de puntos.

#### **1.3. Ginecología y Obstetricia**

Fue la tercera rotación que cursaron los internos de medicina, estaba a cargo de las áreas de centro obstétrico, alojamiento conjunto, sala de operaciones y emergencia. En horas académicas se realizaban exposiciones programadas por los residentes, quienes encargaban distintos temas a todos los estudiantes. Durante el servicio de emergencia, los médicos asistentes estaban a cargo y tomaban en consideración los conocimientos y opiniones de los médicos en formación quienes en este caso son los internos de medicina en el área de alojamiento conjunto estaban a cargo de los médicos residentes y compartían funciones con las internas de obstetricia, sus funciones durante ese periodo fue la toma de funciones vitales y evolucionar diariamente a las pacientes. En centro

obstétrico, fueron los internos los encargados de atender los partos vaginales en compañía y orientación constante de los médicos asistentes. En el área de emergencia el interno era encargado de recolectar la información de los pacientes y plasmarlo en la historia clínica y la toma de funciones vitales, para finalmente dar sus opiniones en cuanto a los diagnósticos y podían entrar a las cirugías para instrumentar.

### **Caso clínico 5**

Se trata de una paciente de sexo femenino de 22 años, quien llega referida de un centro materno infantil, ingresa al servicio de emergencia por presentar plaquetopenia y estar en fase activa de trabajo de parto. Al examen físico: Presión arterial de 160/100 mmHg, FC: 66 lpm, FR: 19 por min y T°: 36,7 °C. La paciente se encontraba colaboradora a las preguntas realizadas para completar su historia clínica.

Como antecedentes patológicos y familiares niega, fórmula obstétrica: G1P000, FUR: 10/02/2023. En la evaluación obstétrica: Altura uterina de 33 cm, dinámica uterina: 2/10, latidos cardiacos fetales: 143 por minuto. Gestante percibe movimientos fetales. En el tacto vaginal: 6 cm, líquido amniótico: Claro, PPR (-), SNC: LOTEPE con una escala de Glasgow 15/15. en los exámenes de laboratorio se encontró: DHL: 265, TGO: 24, TGP: 12, ácido úrico 4.4, BT: 0.65, BD: 0.18, BI: 0.47, ASS: + 3, LEU. 4,15, HB: 11.5 y PLAQ: 138000.

Se procedió a darle tratamiento NaCl 0.9 % a 30 gotas por minuto, sulfato de magnesio 5 ampollas diluida en NaCl 0.9 % a 400 cc en 20 minutos, Nifedipino 10 mg VO STAT control de funciones vital y presión arterial en una hoja aparte. Se decidió programarla para sala de operaciones de emergencia, con el diagnóstico de

1. Gestante de 40 ss por ecografía de primer trimestre
2. Fase activa de trabajo de parto
3. THE: Preeclampsia severa
4. Pelvis estrecha

Paciente sale de operación y pasa al área de recuperación para tres días después darle el alta médica con indicaciones: Clindamicina 500 mg VO c/8 horas por cinco

días, Metildopa 500 mg VO C/8 horas por 10 días, Captopril 25 mg VO c/12 horas por 10 días, Tramadol 50 mg VO c/ 8 horas por 3, Sulfato Ferroso 30 mg VO c/24 horas por 30 días.

## Caso clínico 6

Paciente mujer de 36 años procedente del distrito de Carabayllo, ingresa al servicio de emergencia refiriendo T° 38°C desde hace 3 días, asociado a leve dolor a nivel lumbar, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico. Como antecedentes patológicos fue hospitalizada por ITU hace 4 meses, antecedentes familiares niega, en los antecedentes gineco-obstétricos: G1P000, FUR: 01/09/2021. Las funciones vitales que presentó: PA: 90/50, FC: 91x', FR: 21x', T: 38.1°C. En el examen físico: Paciente en AREG, AREN, AREH, Piel: T/H/E. Llenado capilar < 2seg. No palidez, TyP: MV pasa bien, no ruidos agregados, CV: RCR. No soplos, Mamas: blandas, no dolorosas.

El plan de trabajo fue hospitalizar y programar para cesárea, el diagnóstico de ingreso fue

1. Gestante de 39 ss por ecografía de segundo trimestre.
2. No trabajo de parto.
3. Síndrome febril: D/C Infección del tracto urinario.
4. Edad materna avanzada.

Se solicita análisis cuyos resultados fueron Hb: 10.4, leu: 1700, Plaq: 162 mil, T.C: 6.00, T.S.: 3.00, Grupo y factor: O+, Glucosa: 98.9, Creatinina: 0.78, Urea: 26.5, PCR: 10.9. En el examen de orina: Leu: >100 por campo, Hematíes: 4-6, Gérmenes: +, Nitritos: +. Por lo que se agrega al diagnóstico: pielonefritis aguda, iniciando tratamiento con: NaCl 9 % 1000 cc; 500 cc a chorro luego 30 gotas por minuto, Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas, monitoreo fetal y control de funciones vitales.

Ingresa a sala de operaciones y pasa a la de recuperación donde anestesiología informa que refiere leve dificultad respiratoria. Al examen: Ap. Resp: MV pasa en disminuido a predominio de bases, crépitos bibasales a predominio hemitórax izquierdo, paciente hemodinámicamente estable ingresa con SatO2 90% a Fio2 ambiental, con tendencia a la hipertensión. Plan: Oxígeno por cánula binasal para SatO2 >0= 93%. A las 2 horas se le vuelve a evaluar presentando incremento de

dificultad respiratoria de forma progresiva, taquicardia, taquipnea, con mal patrón ventilatorio.

- Rx de Tórax impresiona patrón consolidado más cardiomegalia.
- AGA y electrolitos: PH 7.28, PCO<sub>2</sub> 29.5, PO<sub>2</sub> 73.9, K 3.9, Na 140, Lactato 200, HCO<sub>3</sub> 15 y PAFI 194.
- PLAN: O<sub>2</sub> x MR para SatO<sub>2</sub> > 92 %- 15 LT por minuto
- Bicarbonato de Sodio 8.4% 5 amp EV pasar en 15´.
- Continuar con protocolo de sulfato de magnesio según indicación de GO

La paciente se presenta con evolución tórpida y pronóstico reservado. Intensivista comunica que no cuenta con ventilador mecánico disponible al momento por lo que se realiza junta médica y se decide hacer la referencia a un hospital con mayor resolución como es el San Bartolomé, por lo que se inició los papeles para el traslado.

#### **1.4. Pediatría**

La cuarta rotación por la cual rotó el interno fue pediatría, rotando en los servicios de hospitalización estando a cargo de los médicos residentes donde se evoluciona diariamente y se tomaban las funciones vitales, para posteriormente pasar visita médico con los asistentes de turno, también fue en el servicio de Emergencia donde estaba a cargo de los médicos asistentes, los internos en esta área se encargaban de hacer las historias clínicas, el examen físico y la toma de funciones vitales, si era necesario completar los papeles para hospitalización, también rotó por el servicio de Neonatología donde pasó por atención inmediata del recién nacido, hospitalización de cuidados intermedios y alojamiento conjunto. De lunes a sábado hubo presentaciones continuas de temas brindados por los médicos residentes.

#### **Caso clínico 7**

Ingresa por el servicio de emergencia paciente varón de 5 meses de edad donde madre refiere que hace 2 días presenta tos seca y luego inicia la tos con flema, además de asociarse a la agitación. Las funciones vitales: T: 36°C, Fr: 51 x minuto, Fc: 140 x minuto, Sat: 95%. Al examen físico: Piel y anexos: Tibia, hidratada, blanda, con mucosas orales húmedas, TYP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan roncales en ambos hemitórax con tirajes subcostales

leves, CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Madre no refiere antecedentes patológicos ni familiares, niega complicaciones durante el parto.

Diagnóstico médico: síndrome obstructivo bronquial agudo, se inicia tratamiento médico con dexametasona 2 mg IM STAT y nebulización con salbutamol 5 gotas + 4 cc de Suero Fisiológico cada 20 minutos por tres veces, el paciente presentó mejoría por lo que se le dió de alta con salbutamol en inhalador 2 puff C/4 horas por 5 días y luego a 2 puff c/6 horas por 5 más y reevaluación por consultorio externo de pediatría en 7.

### **Caso clínico 8**

Paciente mujer de 5 años, ingresa a tópico de emergencia acompañada de madre quien refiere que menor de edad presenta fiebre cuantificada 39°C, vómitos y dificultad respiratoria desde hace 04 días. Niega antecedentes familiares y patológicos. Con respecto a sus funciones vitales fueron: T°: 37.5°C, FR: 28 x', FC: 130 x' y Sat: 95 %. En el examen físico: Piel y fascia: T/H/E, elástica con llenado capilar menor de dos segundos, TYP: MV paso disminuido en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes inspiratorios y espiratorios con presencia de tirajes subcostales. Se diagnostica a la paciente como una Crisis asmática moderada. Se le solicita radiografía de tórax y se inicia tratamiento: Nebulización de salbutamol en 4 cc de suero fisiológico, 10 gotas c/20 min por tres veces y Dexametasona 8 mg IM STAT. Paciente presenta mejoría a la reevaluación en 2 horas posteriores al tratamiento, subiendo la saturación a 99 %, se transfiere al área de observación para evaluarlo durante 24 horas, en el transcurso se recibe la radiografía de tórax donde se evidencia pulmones ligeramente hiperinsuflados y levemente se manifiesta un aumento de las marcas lineales de la región parahiliar, por lo que se decide esperar a que cumpla las 24 horas y dar alta con prescripciones médicas.

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

La experiencia fue realizada en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que está ubicado al Norte de Lima en el kilómetro 31. Fue inaugurado en el año 1971, iniciando la atención en especialidades como Medicina, Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Cirugía y Odonto-Estomatología.

El hospital contó con una alta demanda de pacientes hace 05 años aproximadamente por lo que se agregó, ampliando tres pabellones más: centro obstétrico, hospitalización y neonatología.

Conforme iba creciendo la tasa de habitantes en la zona, el hospital también fue aumentando los servicios que ofrecía como, por ejemplo: entorno para observación de Pediatría, Obstetricia, Cirugía y Medicina, incluida la unidad de cuidado intensivos (UCI), trauma shock, radiología. Además, cuenta con ambulancias funcionales, equipos de laparoscopia y endoscopia.

El hospital no solo brinda atención a los habitantes de Puente Piedra donde está ubicado, sino también a sus alrededores, cuenta con una población aproximada de 600 000 habitantes, cuenta con 200 camas para hospitalización, una unidad de shock trauma, 40 consultorios externos, UCI para adultos y cuidados intermedios para pacientes pediátricos y neonatos, también cuenta con tres salas quirúrgicas electivas (6).

Es considerado como la sede para realizar internado médico de muchas universidades, entre nacionales y particulares, una de ellas es la San Martín de Porres, ya que al ser también un hospital de referencia a nivel nacional es considerado una buena sede docente para realizar las prácticas médicas. Es categoría II-2.

Al haber aumento de pacientes con COVID y TBC se utilizó el área de estacionamiento para atender a quienes hayan dado positivo a dichas enfermedades y así estén aislados a los otros ambientes.

En el servicio de Pediatría y Neonatología encontramos cuatro sectores: intermedio, emergencia, observación y hospitalización. En intermedios están los pacientes que necesitan monitoreo constante y vigilancia. La función del interno era examinar diariamente a los pacientes, acudía con equipo de protección personal, en el servicio de emergencia era la primera línea de atención, donde se decidía si se quedaba en observación o a qué servicio debía acudir.

En Ginecología y Obstetricia se solicitaba principalmente cubrir el área de emergencia ya que había mucha afluencia, se ubicaba al ingreso del hospital para mejor acceso al paciente que podría venir con una emergencia.

El sector donde se encuentra una cancha de fútbol tuvo que ser modificado para atender a pacientes hospitalizados con diagnóstico de TBC resistente. El interno estaba prohibido a acercarse a esa zona.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En esta parte buscamos plasmar y ejecutar el manejo médico mediante las guías, bibliografías, artículos, normas técnicas respecto a lo enseñado dentro del hospital.

### 3.1 Medicina interna

El primer caso mencionado en el capítulo I es una infección del tracto urinario que se caracteriza por una infección por la presencia de microorganismo en el tracto urinario con o sin síntomas. Se asocia con más frecuencia con el sexo femenino; es importante que la mujer embarazada lo trate, porque puede dificultar el embarazo. Las infecciones del tracto urinario se asocian con bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda. La etiología de esta patología se encuentra en las bacterias en la mayoría de los casos y la más común es la *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, se asocia en factores riesgo como historia familiar de ITU. Malformaciones urogenitales, infecciones de transmisión sexual, inmunosupresión. La bacteriuria asintomática no causa signos y/o síntomas. El diagnóstico se realiza en la toma de un urocultivo, se considera positivo si se detectan >100,000 unidades formadoras de colonias después de dos muestras consecutivas; no se tratan en excepto en mujeres embarazadas, se inicia tratamiento empírico con nitrofurantoína, cefalexina, amoxicilina o ampicilina se deben evitar el uso de fluoroquinolonas (anexo 01). El diagnóstico se realiza con un urocultivo de >100000 unidades formadoras de colonias, mediante un chorro medio previa asepsia (10). Si la paciente no tolera la vía oral se hospitaliza y se le realiza tratamiento empírico con cefazolina, ceftriaxona, ciprofloxacino o amikacina por vía intravenosa (7,8). En el caso presentado, los signos y síntomas sugirieron una infección del tracto urinario superior no complicada; en el hospital se utilizan las guías de Minsa.

El segundo caso hace referencia a una celulitis. Se define como una infección cutánea bacteriana y de sumo cuidado. Por lo general puede afectar rostro, brazos, mano y otras zonas esto ocurre cuando hay una apertura donde ingresan bacterias está muy relacionado con hinchazón, dolor, sensación de calor, una área irritada de la piel, fiebre, malestar general (anexo 02). La etiología más relacionada con la celulitis infecciosa ocurre cuando las bacterias, más comúnmente los estreptococos y estafilococos, ingresan en la piel a través de una grieta. Se refiere a factores relacionado con ruptura o descamación de la piel entre los dedos de los pies. Historia de enfermedad vascular periférica. Lesión o traumatismo con daño cutáneo, antecedentes de celulitis previa, el diagnosticar mediante un examen clínico basado en la presencia de dolor, eritema, hinchazón anormal, drenaje o limitación del movimiento. El manejo del tratamiento es con medicamentos antiinflamatorios como AINES: ibuprofeno 400 mg cada 6h por 5 días, corticoides (prednisolona) , antibióticos como la penicilina como tratamiento estándar se debe observa mejoría clínica dentro de 24 a 72 horas iniciado el tratamiento .los antibiótico parenterales se recomienda en paciente con signos de toxicidad sistémica, frecuentemente en celulitis periorbitaria y orbitaria Los recién nacidos y los niños menores de 5 años, que con mayor frecuencia padecen de celulitis periorbitaria y orbitaria, suele requerir hospitalización y terapia intravenosa. La clasificación utilizada por Eron tiene en cuenta la gravedad de los síntomas y signos locales, y sistémicas y síntomas de infección, así como la presencia de inestabilidad clínica y de comorbilidades. Esta clasificación ayuda a tomar decisiones para evaluar hospitalización, tratamiento antibiótico y su vía de administración (9).

### **3.2Cirugía General**

El tercer caso es de un paciente con colecistitis crónica calculosa. Se define La colecistitis crónica calculosa es una condición en la que la vesícula biliar, un órgano ubicado debajo del hígado, se inflama de manera persistente debido a la presencia de cálculos biliares. Los cálculos biliares son depósitos sólidos que se forman en la vesícula biliar y pueden bloquear el flujo normal de la bilis. Esta obstrucción puede causar inflamación e irritación de la vesícula biliar, lo que lleva a la colecistitis crónica. En el país hay un gran sector es portador asintomático de litiasis vesicular y se observa con mayor frecuencia en mujeres, en relación de los factores de riesgo son la edad,

obesidad, embarazo (10), en relación con la clínica es asintomática, pero suele presentar en diversos casos con mayor frecuencia dolor en hipocondrio derecho, que se irradia a la zona lumbar y puede estar acompañado por fiebre, náusea y vómitos, en relación con el examen físico se encuentra el signo de Murphy positivo, para diagnosticar un paciente es un criterio de colecistitis aguda que son los de las guías de Tokio (anexo 03), donde un signo el inflamatorio local y sistémico se considera sospecha diagnóstica y un signo local de inflamación más sistémico más imágenes se considera diagnóstico definitivo. También contamos con pruebas adicionales como un hemograma completo, PCR y un perfil hepático; donde una leucocitosis y el PCR elevada son diagnósticos de colecistitis aguda. si se sospecha, recomienda realizar una ecografía abdominal que es la primera opción. El tratamiento consiste en hospitalización, dieta, fluidoterapia, antibióticos y analgesia Si es grado I leve se realizará una colecistectomía temprana o de emergencia, si es moderada de grado II moderado se evalúa mediante los criterios de ASA y el grado se determina sumando el índice de comorbilidad del paciente y se planifica colecistectomía temprana o tardía, si es severa de grado III se recomienda una colecistectomía percutánea. El tratamiento quirúrgico definitivo es una colecistectomía laparoscópica; sino se cuenta con los insumos, equipo y personal calificado se procede a realizar una abierta (10).

En el cuarto caso, fue un paciente con apendicitis aguda. Se define como una condición médica en la cual el apéndice, un pequeño órgano con forma de tubo ubicado en el lado derecho del abdomen, se inflama. Este daño puede ser causado por una obstrucción del apéndice, ya sea por heces, un cuerpo extraño u otros factores. Esta es una emergencia médica que requiere atención inmediata y, por lo general, se trata con cirugía para extirpar el apéndice. El apéndice mayormente se presenta mayormente en jóvenes y adultos y mujeres embarazadas en el segundo trimestre, en adultos la etiología más importante son los coprolitos y en niños son inflamación de los folículos de Roux. Los síntomas suele ser un dolor abdominal difuso que irradia al cuadrante inferior derecho con náuseas a anorexia, vómitos y fiebre. El diagnóstico es exclusivamente clínico y laboratorial (anexo 04) y se establece con un examen físico donde las funciones se pueden ver alteradas como taquicardia, taquipnea y fiebre y en relación con el examen abdominal se puede encontrar el signo de Mc Burney positivo y los signos también como el de Rovsing, el de Blumberg, esto puede ocasionar irritación peritoneal que nos puede indicar peritonitis. Dentro de los

exámenes laboratoriales se piden con más frecuencia el hemograma completo y PCR, donde los leucocitos  $>10,000/\text{mm}^3$  y desviación a la izquierda con una PCR  $>1.5 \text{ mg/l}$  se consideran indicadores para apendicitis aguda, se utiliza con muy frecuencia la escala de Alvarado donde un puntaje de 7 a 10 me hace referencia a un alto riesgo y se va requerir una apendicectomía; de 4 a 6 es un riesgo intermedio y es indicador de hospitalización y de 1 a 3 riesgo bajo se le indica al paciente si quiere quedarse para que sea observado(13). Se puede utilizar como ayuda al diagnóstico imágenes en paciente con alta probabilidad de presentar un diagnóstico definitivo con una ecografía abdominal y quien está en duda del diagnóstico se usa una tomografía computarizada o una resonancia magnética abdominal; en las gestantes se sugiere realizar una RMN debido a que tiene una mayor sensibilidad y especificidad (14). En apendicitis aguda no complicada, se recomienda apendicectomía laparoscópica; pero cuando no se encuentra con los insumos, el equipo y los médicos con experiencia en cirugía laparoscópica no se dispone con esta y se considera la cirugía abierta. En cuanto a la antibioticoterapia en apendicitis aguda simple no se indicará antibióticos como el quinto caso expuesto del paciente; pero en la complicada se debe indicar ciprofloxacino y metronidazol durante 5 a 7 días depende del estado del paciente. (11,12)

### **3.3Ginecología y Obstetricia**

El quinto caso es un paciente con preeclampsia que está incluido en el trastorno hipertensivo de la gestante. Se define la preeclampsia es un trastorno hipertensivo específico del embarazo que afecta a algunas mujeres después de las 20 semanas de gestación o inmediatamente después del parto. Es una afección seria que implica el aumento repentino de la presión arterial y daño a varios órganos, generalmente al hígado y los riñones. Puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el feto. La clínica de preeclampsia (anexo 05) se relaciona con una presión arterial de  $>140/90 \text{ mmHg}$  y una proteinuria  $>300 \text{ mg}/24\text{hr}$ . Otros síntomas y signos pueden incluir edema (hinchazón), especialmente en las manos y la cara, dolores de cabeza persistentes, visión borrosa, dolor abdominal superior y disminución de la producción de orina. Tiene como criterios gravedad como es la presión arterial  $>160/110 \text{ mmHg}$ , proteinuria en 24 horas de  $>5\text{gr}/\text{dl}$ , creatinina  $>1.2\text{mg}$ , oligoanuria  $<400\text{cc}/24 \text{ horas}$  o  $<30\text{cc}/\text{hora}$ , índice proteína creatinina  $<0.3$ . La etiología es de

origen desconocido, en relación con los factores que predispone va desde antecedentes hipertensivos familiares, antecedentes de hipertensión en un embarazo anterior, edades extremas, raza negra, sobrepeso, diabetes mellitus. Las pruebas de laboratorio requeridas son perfil de coagulación, hemograma, proteinuria en 24 horas, perfil renal y hepático estas pruebas nos ayudan a descartar el síndrome de HELLP que es una complicación de la preclamsia donde podemos encontrar una anemia hemolítica microangiopática, en el frotis sanguíneo se observan esquistocitos o bilirrubina indirecta  $>1.2$  gr/dl, aumento de la TGO y/o TGP  $>70$  UI o DHL  $>600$  UI, acompañado de plaquetas  $<100.000$  por ml; se debe agregar pruebas de bienestar fetal. Se colocaba una vía periférica con ClNa 9% y se inicia la administración de sulfato de magnesio con el protocolo Sibai de 6 gr por vía periférica en bolo y luego 2 gr por hora o Zuspan de 4 gr por vía periférica en bolo y luego 1 gr por hora, para evitar la eclampsia que es otra complicación aguda de la preeclampsia donde el paciente presenta tiene convulsiones generalizadas; debemos estar atentos a los signos y síntomas que indiquen una intoxicación por sulfato de magnesio. El embarazo finaliza dentro de las 34-37 semanas, dependiendo el estado de la madre; antes se debe hacer la maduración pulmonar con betametasona o dexametasona y a las 48 horas se culmina la gestación por vía alta. Si hay evidencia de daño de órgano blanco o convulsiones se culmina la gestación por vía alta (13).

El sexto caso hace referencia a una gestante con infección de tracto urinario. Se definen infecciones que afectan cualquier parte del sistema urinario, que incluye la vejiga, los riñones, los uréteres y la uretra. La mayoría de las infecciones del tracto urinario involucran la vejiga y la uretra, y son comunes en mujeres embarazadas. Los factores de riesgo (anexo 06) nos menciona que tanto en mujeres embarazadas como en no embarazadas presentan la misma relación respecto a la bacteriuria, generalmente ocurre durante la primera etapa del embarazo dentro de los factores de riesgo como mayor prevalencia es antecedente de infección urinaria previa, diabetes *mellitus*, nivel socioeconómico bajo, se ha visto que la bacteriuria que no es tratada se ha relacionado con mayor riesgo de parto pretérmino también tiene relación a tener bajo peso al nacer y mortalidad Perinatal. La etiología que causa ITU en embarazadas *Escherichia coli*. El diagnóstico es de urocultivo positivo y la clínica del paciente. El tratamiento se realiza con betalactámicos, nitrofurantoína y fosfomicina (14).

### 3.4 Pediatría

El séptimo caso está en relación con un síndrome obstructivo bronquial agudo. Se define como inflamación de las pequeñas vías aéreas propias de niños <2 años. La etiología del virus es sincitial también se encuentra de forma esporádica son adenovirus de tipo 3, 7 y 21, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, influenza parainfluenza tipo I y III, rinovirus, enterovirus. que tiene clínica de tos, rinorrea y sibilancias presenta disnea respiratoria de comienzo agudo, edad  $\leq$  24 meses, síntomas de enfermedad respiratoria viral, primeros episodios. Factores asociados son bajo nivel socioeconómico, el hacinamiento, el tabaquismo en hogar, posiblemente historia de familiar con asma y atopia. En relación con el diagnóstico es clínica y edad del niño. Se pueden solicitar exámenes como radiografía, hemograma. Con relación al tratamiento. En generales es adecuado administrar salbutamol inhalado en la primera etapa, bromuro de ipratropio está sugerido en menores con cardiopatías congénitas o miastenia grave. En las formas leves (anexo 07) puede efectuarse los siguientes tratamientos ambulatorios: hidratación adecuada evitando los irritantes bronquiales como el humo del cigarro estando en un ambiente descontaminado y tranquilo, antitérmicos, posición de cubito supino, lavados nasales con suero fisiológico y aspiración suave de secreciones. En estos casos deben vigilarse los signos de empeoramiento realizando controles clínicos a las 24-48 h (15).

El octavo caso está relacionado a un paciente con asma. Se define como enfermedad crónica de las vías respiratorias caracterizada por la inflamación de los conductos bronquiales, dando clínica de tos persistente con disnea, que afecta en el día en paciente como a la familia. La etiología del asma tiene factores genéticos, estilo de vida y ambientales, afecta el 1 % a 18 % de la población en el mundo tiene una alta prevalencia que causa mortalidad y mortalidad. Los síntomas son tos, sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica. Estos síntomas ocurren más de noche y el amanecer. Se clasifica según la gravedad del asma, según la clínica antes del tratamiento en cuatro niveles. El diagnóstico en menos de cinco años es por historia clínica y por exámenes físico, donde se observa episodios frecuentes de obstrucción, donde encontramos sibilancias espiratorias, tos persistente y teniendo en cuenta el índice predictivo de asma (IPA) Modificado tendremos la presencia de criterios mayores (sensibilización de algún alergeno , diagnóstico médico de eccema atópico y

antecedentes de padres con asma), criterios menores (alergia a leche, huevo o frutos secos, presencia de rinitis alérgica diagnosticado por un médico a los 2-3 años, sibilancia no relacionadas con catarros y eosinofilia en sangre periférica mayor a 4 %).En relación a los examen auxiliares podemos contar con radiografía de tórax, hemograma ,PPD ,Bk en esputo la flujometría en niño menor de 5 años no recomendable. En relación con el tratamiento es altamente variable; el médico hará un plan de acuerdo a las necesidades y circunstancia individuales del paciente. La terapia inhalatoria en mayores de 5 años beta 2 agonista de acción corta: Salbutamol se indica 2 puff de acuerdo a los síntomas, Beclometasona de 50 y 250 mg disparo puff, se indica en asma persistente leve:100-200mcg, moderada 200-400mcg severa 400-800 mcg por día, Budesonida de 100 Y 200 mcg/d se indica en asma persistente leve :100-200 mcg/dia, moderada: 200-400 mcg/d severa más de 400-800 mcg/d(16).

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

En la carrera de medicina, se cursa en el séptimo año, la etapa más importante, donde se aplica todos los conocimientos teóricos en la práctica, absorbiendo a la vez los conocimientos de los médicos asistentes y residentes, donde se obtienen las técnicas de aprendizaje brindadas, estando en contacto con los pacientes y donde se pasa la mayoría del día en el hospital, se cursa por diversas rotaciones como Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría, rotando en las diferentes áreas que existen, 02 meses fue la duración y se manejaron diversas patologías en cada especialidad que se realizó.

El internado médico se realizó en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz que se ubica en el distrito de Puente Piedra desde el mes de abril 2023 hasta enero 2024, se redujo a 10 meses, este hospital cuenta las especialidades mencionadas.

Los médicos asistentes y residentes del hospital estaban a cargo de las exposiciones de los alumnos, fueron muy exigentes en cuanto a su cumplimiento; de ello, las evoluciones debían estar bien hechas antes de cada pase de visita, en algunos servicios pasaban la previsita con los médicos residentes para verificar que todos los exámenes de laboratorio estén completos, durante el pase se hacía la ronda de preguntas y se explicaban algunas enfermedades y tratamientos, fue de gran apoyo en nuestro aprendizaje ya que se adquirieron conocimiento de las exposiciones más las rondas de preguntas donde solicitaban dar una opinión a cada interno con respecto a la enfermedad, mejorando así la atención holística de cada paciente.

La primera rotación que cursaron los internos fue en medicina interna en los meses de abril y mayo en donde el horario era flexible y no se podía hacer guardias nocturnas, hubo distintas patologías dando diferentes enfoques en cuanto al tratamiento en cada pase de visita, terminando las funciones en hospitalización los médicos residentes dan a cargo el tema a exponer de la patología del paciente.

La rotación de cirugía general fue la segunda, los horarios eran más agotadores y exigentes, pero no se realizaban guardias nocturnas, en esta rotación se podía suturar

heridas, tratar quemaduras, se realizaba bajo supervisión y guía de los residentes y algunos casos con los tutores. Como en las otras rotaciones se realizan exposiciones con cada tutor. Los internos podían entrar a sala cuando se solicitaba, se pudo estar en consultorio donde se podía realizar algunas intervenciones ambulatorias a cargo de los médicos asistentes de turno.

La tercera rotación fue de ginecología y obstetricia los turnos eran de 6 horas, se pudo observar distintas patologías, algunos médicos asistentes sobre todo los tutores, les dieron la oportunidad a los internos de atender partos vaginales bajo supervisión estricta, además de tener la ayuda de los médicos residentes, también solicitaban instrumentar en sala de operaciones y se realizaban exposiciones a cargo de los médicos residentes sobre las patologías tratadas en el día.

La última rotación fue en pediatría, los horarios fueron más flexibles, el contacto con el paciente era directo para hacer un buen examen físico, en el servicio de Neonatología se realizó la atención inmediata del neonato, se podía evaluar al paciente, también rotaron en alojamiento conjunto, y se realizaban también exposiciones a cargo de los internos.

## **CONCLUSIONES**

El internado es una fase de gran importancia para el estudiante de medicina humana tanto profesional como ser humano ya que es el tiempo en que se comparte con los pacientes tratando de darle solución a sus males; se es, además, supervisado por los residentes y asistentes.

La rotación que existe dentro de un hospital a diferencia de un centro de primer nivel se llegó a las conclusiones que se adquirió más conocimientos en un hospital; ya que en el hospital encontramos mayor cantidad de pacientes y diversas patologías sin embargo no tenemos que minimizar la importancia de un centro de salud; puesto que, en el Serums, se observará la realidad nacional y las carencia que posee un centro de salud de primer nivel.

En cuanto a la duración del internado, en ambos establecimientos tanto en centro de salud como en hospitales hemos adquirido los conocimientos necesarios para poder aplicarlos en la práctica médica. Las actividades académicas fueron de mucho provecho ya que en todo este proceso hemos estado acompañados de nuestros tutores que la universidad colocó en cada área antes mencionadas, y así es como nos calificaban diariamente.

## **RECOMENDACIONES**

Una de las grandes recomendaciones es que los horarios sean más extensos para así ayudar a la formación académica; de este modo, tanto los asistentes como residentes tengan más disposición a enseñar al interno, ya que se encuentra en formación, así como mayor participación en los procedimientos.

Es muy importante que se implemente y se mejore en la infraestructura en todas las rotaciones, puesto que se logra evidenciar el desorden y la dejadez plasmados en paredes despintadas, falta de señalizaciones, equipos desactualizados, falta de implementos tan importantes como sillas, esparadrapos, gasas, hilos de sutura. Se conoce en el rubro de la medicina que esto sucede más en el sector Minsa, pero siempre es buen momento para mejorar desde las pequeñas falencias hasta las más complejas.

Como ex internos de medicina recomendamos que el internado debería realizarse con la misma oportunidad y el tiempo adecuado se tenía antes de la pandemia para mejorar aún más la educación de los internos.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Martínez-Vernaza S, Soto Chávez MJ, Mckinley E, Gualtero Trujillo S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Univ. Médica [Internet]. 2018 [citado el 5 de abril de 2023];59(4):1–10. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S201108392018000400093](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S201108392018000400093).
2. Tapia Villanueva Rosa M, Núñez Tapia Rosa M, Syr Salas Perea Ramón, Rodríguez-Orozco Alain R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super [Internet]. 2007 Dic [citado 2024 febrero 18]; 21( 4 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es).
3. Valadez-Nava S, Heshiki-Nakandakari L, Osornio-Castillo L, Domínguez-Álvarez E, Tagle Herrera RS. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. Investig educ médica [Internet]. 2014;3(12):193–7. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/332>
4. Valenzuela-Leal EA-CA. Salud mental durante el internado de medicina. Reflexiones en tiempos de pandemia. Revista chilena de neuro [Internet]. 2022 Sep;60. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272022000300361>
5. Alvarado-Carrasco E, Valenzuela-Leal A. Salud mental durante el internado de medicina. Reflexiones en tiempos de pandemia. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2022 [citado el 20 de febrero de 2024];60(3):361–4. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272022000300361](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000300361)
6. Alvarado-Carrasco, E. y Valenzuela-Leal, A. (2022). Salud mental durante el internado de medicina. Reflexiones en tiempos de pandemia. *Revista Chilena*

de *Neuro-Psiquiatría*, 60 (3), 361–364. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272022000300361>

7. Manzella JP. Quinupristina-dalfopristina: un nuevo antibiótico para infecciones graves por grampositivos. *Soy un médico familiar*. 2001;64(11):1863-1866.
8. Ficha técnica cefazolina normon 1 g polvo y disolvente para solución inyectable intramuscular efg [Internet]. Aemps.es. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/64848/FT\\_64848.html](https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/64848/FT_64848.html)
9. Yamaguchi H, Kobayashi H, Nagasaki K. Celulitis de la pared abdominal en el abdomen agudo. *Interno Medicina* 2020; 59:595.
10. Thistle JL, Longstreth GF, Romero Y, et al. Factores que predicen el alivio del dolor abdominal superior después de la colecistectomía. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011; 9:891.
11. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir Gen* [Internet]. 2019 [citado el 19 de febrero de 2024];41(1):33–8. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000100033](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033)
12. Restrepo-Castro OI, Granados-Casallas N, Usta-Stavoli CP, Castillo-Zamora MF. Diagnóstico de apendicitis en el tercer semestre de la gestación: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2018;69(2):124. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n2/es\\_2463-0225-rcog-69-02-00124.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n2/es_2463-0225-rcog-69-02-00124.pdf)
13. de Obstetricia Y Ginecología Obstetricia Y Ginecología Spdesp. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. Gob.pe. [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417214/-196508726332994689320191106-32001-1n0pbz.pdf?v=1573076989>

14. Olson RP, Harrell LJ, Kaye KS. Antibiotic resistance in urinary isolates of *Escherichia coli* from college women with urinary tract infections. *Antimicrob Agents Chemother* 2019; 53:1285.
15. Raz R, Chazan B, Kennes Y, et al. Uso empírico de trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) en el tratamiento de mujeres con infecciones del tracto urinario no complicadas, en un área geográfica con alta prevalencia de uropatógenos resistentes a TMP-SMX. *Clin Infect Dis* 2022; 34:1165.
16. Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE). Asma: diagnóstico, seguimiento y manejo del asma crónica. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng80> (Consultado el 19 de febrero de 2024).

## ANEXOS

### ANEXO 01

**Tabla 3. Antimicrobianos frecuentemente utilizados en la terapia empírica de la ITU**

Agente	Dosis	Duración
Amoxicilina + ácido clavulánico	500/125 mg/8 h	3 días
Norfloxacin	400 mg/12 h	3 días
Ofloxacin	200 mg/12 h	3 días
	400 mg/12 h	3 días
Ciprofloxacino	250 mg/12 h	3 días
	500 mg/12 h	3 días
Cotrimoxazol	160/800 mg/12 h	3 días
Fosfocina-trometamol	3 g	Dosis única
Cefradoxilo	1g/12 h	5 días

### ANEXO 02

Criterios mayores	Temperatura 39,4° (3 puntos) Sospecha clínica de endocarditis (3 puntos) Portador de cateter vascular (2 puntos)
Criterios menores (1 punto)	Temperatura 38,3° - 39,3° Edad =65 años Escalofríos Vómitos Hipotensión (sistólica = 90 mm Hg) Neutrofilia (48%) Leucocitos 18000 Porcentaje en cayado = 5% Trombopenia = 150000 mm <sup>3</sup> Creatinina =2
Riesgo	Alto: = 5 puntos (hemocultivos positivos 15 - 25%) Moderado: 2 - 5 puntos (hemocultivos positivos 7 - 9%) Bajo: 0 - 1 punto (hemocultivos positivos 1%)

## ANEXO 03

### Criterios de Tokio 2013

#### A. Signos locales de inflamación

**A-1. Signo de Murphy**

**A-2. Masa/Dolor/Hipersensibilidad en CSD**

#### B. Signos sistémicos de inflamación

**B-1. Fiebre > 38°C**

**B-2. PCR > 3 mg/dL**

**B-3 Glóbulos blancos > 10,000**

#### C. Imágenes: USG

**C-1. Hallazgos ultrasonográficos de colecistitis aguda**

**Sospecha diagnóstica: Un ítem en A + Un ítem en B**

**Diagnóstico definitivo: Un ítem de A, B y C**

## ANEXO 04

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación Izquierda	1
Total de puntos		10

## ANEXO 05

<b>Preeclampsia severa</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• PA <math>\geq</math> 160/110 mmHg</li><li>• Proteinuria de 2g/dl en 24 hr o <math>\geq</math> 2+ en tira reactiva</li><li>• Creatinina sérica <math>&gt;</math> 1.2 mg/dl</li><li>• Plaquetas <math>&lt;</math> 100,000/ml</li><li>• Hemolisis microangiopática</li><li>• Aumento de DHL <math>&gt;</math> 600 UL</li><li>• Elevación de transaminasa sérica: AST o ALT</li><li>• Cefalea persistente u otro trastorno cerebral o visual</li><li>• Epigastralgia</li></ul>
<b>Eclampsia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Convulsiones que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con preeclampsia.</li></ul>

## ANEXO 06

<b>Factores que influyen en el desarrollo de IVU en el embarazo</b>		
<b>Motivos</b>	<b>Comentarios</b>	<b>Referencias</b>
Fisiológicos	Glucosuria, aminoaciduria.	(4)
Mecánicos	Compresión de la vía urinaria, hidronefrosis.	(8)
Hormonales	Progesterona.	(10)
Cambios renales	Aumento del pH, incremento de la filtración glomerular y de la producción de orina, aumento del reflujó vesicoureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y ambiente hipertónico de la médula renal.	(11)
		(12)
Otros	Multiparidad, aumento de frecuencia de actividad sexual, bajo ingreso económico, diabetes mellitus, IVU previas.	(3)

## ANEXO 07

