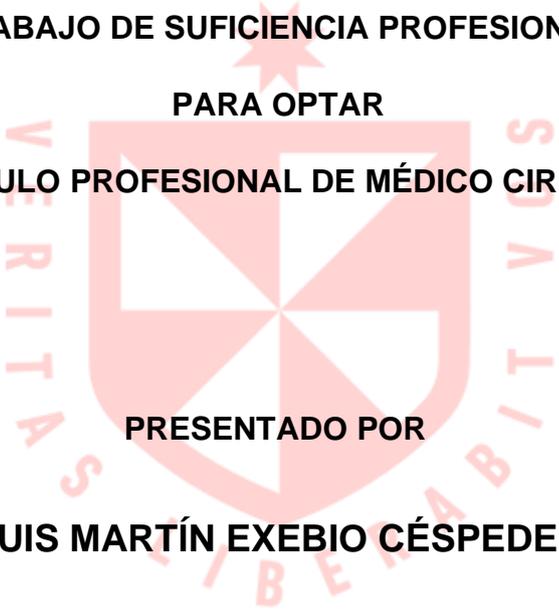


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
LUIS MARTÍN EXEBIO CÉSPEDES**



ASESORA

KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILO

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

LUIS MARTÍN EXEBIO CÉSPEDES

ASESORA

MAG. KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILO

LIMA-PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mis padres por el apoyo incondicional durante todos los años de la carrera en especial los momentos donde ellos me brindaron todas las comodidades y facilidades para la realización de mis estudios.

Agradecer también a cada uno de los docentes que dejaron una enseñanza de vida durante los distintos años de mi formación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I. TRAYECYORIA PERSONAL	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	25
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
IV.CONCLUSIONES	33
V.RECOMENDACIONES	34
VI.FUENTES DE INFORMACIÓN	35

RESUMEN

Objetivos: Explicar los saberes y vivencias obtenidas en el internado a través de la descripción de casos clínicos con un adecuado análisis y plan de acción el cual se realizó durante el período de internado médico.

Métodos: El presente trabajo consta de 8 casos clínicos divididos en 2 casos clínicos por rotación según el orden por el cual se roto en dicho servicio, explicando los casos más recurrentes y de interés que se presentaron por especialidad

Resultados: Este trabajo de suficiencia se realizó durante el internado medico en el Hospital San Juan de Lurigancho, que se realizó durante las fechas de inicio de internado el 1 de abril del 2023 hasta su culminación el día 31 de enero del 2024.

Conclusiones: Se concluyo que el conocimiento adquirido sobre enfermedades, procedimientos y manejo de enfermedades durante el internado medico son parte fundamental de la formación como médico cirujano al brindar la información necesaria para un correcto desempeño al frente de los problemas de salud.

Palabras clave: Hospital San Juan de Lurigancho”, internado médico, ginecología, pediatría, medicina, cirugía, casos clínicos.

ABSTRACT

Objectives: Explain the knowledge and experiences that I got in my internship through the description of clinical cases and a proper analysis of them, and what plan of action was used.

Methods: This work consist of 8 clinical cases, which are divided in 2 cases per rotation in order of the medical specialties that I experience, explaining the most interesting and common pathologies of each rotation

Results: The present works of sufficiency was made during the medical internship in the hospital San Juan de Lurigancho between April 01, 2023, till the end on 31 January 2024.

Conclusions: It was concluded that the knowledge acquired about diseases, procedures and disease management during medical internship are a fundamental part of training as a doctor by providing the necessary information for correct performance in dealing with health problems.

Keywords: Medical internship, Gynecology, Pediatrics, Medicine, Surgery, clinical cases.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2023-2024**

AUTOR

LUIS MARTIN EXEBIO CESPEDES

RECUENTO DE PALABRAS

8036 Words

RECUENTO DE CARACTERES

45737 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

44 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

126.9KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 27, 2024 11:06 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 27, 2024 11:07 AM GMT-5

● **11% de similitud general**

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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


MINISTERIO DE SALUD
 Dirección de Radiología y Diagnóstico por Imágenes
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO


DRA. KARÍN E. GÁLVEZ CARRILLO
 CIRUJANO GENERAL
 C.M.P. 34025 - R.N.E. 19152

DNI: 10191487

ORCID: 0009-0005-1174-3146

<https://orcid.org/0009-0005-1174-3146>

INTRODUCCIÓN

El internado medico termina siendo la culminación de los años académicos de la carrera de medicina humana, siendo este llevado durante 1 año en su normalidad, pero por la reestructuración del plan por la pandemia se redujo en 2 meses

En esta oportunidad se realizó en un plazo de 10 meses por los cuales se roto por las siguientes especialidades de Ginecología, Cirugía General, Medicina Interna y Pediatría.

Se realizo en el Hospital San Juan de Lurigancho, el cual está ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima.

El internado actual por motivos de pandemia por COVID-19 empezó el día 1 de abril hasta la fecha de culminación que fue el 31 de enero del 20 24, es realizado en su totalidad en un tiempo de 10 meses con 5 rotaciones de 2 meses, siendo 4 de estas realizadas en hospital y 1 en primer nivel de salud.

El presente informe presenta mis experiencias y conocimientos adquiridos durante estas 4 rotaciones por los distintos servicios, mostrando algunos de los casos más comunes presentados.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1 Rotación en Ginecología

Caso clínico N°1

Paciente femenina de 68 años, que refiere desde hace 4 años sensación de bulto a nivel de genitales externos, dolor intenso al movimiento pélvico, refiere que al toser se le escapa la orina, las cuales aún aumentado en episodios este último año. Niega dolores en región abdominal, niega vómitos, niega otro tipo de molestias. Por lo cual es preparada para sala de operaciones.

Antecedentes

Fisiológicos:

- Menarquia a los 14 años con ciclos de cantidad media, en su mayoría indolora
- Edad de inicio de vida sexual: 18 años, 3 parejas sexuales
- G3P3003
- G1: Parto vaginal sin complicaciones
- G2: Parto vaginal, desgarro de primer grado
- G3: Parto vaginal, sin complicaciones
- Inicio de menopausia: A los 40 años
- RAM: Niega
- Enfermedades patológicas: niega
- Medicación habitual: Niega

Familiares:

- Madre: no refiere
- Padre: no refiere

Quirúrgicos:

- Tiroidectomía en el 2020

- Flebectomía en el 2022

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.7°C
- Saturación: 97%
- Frecuencia respiratoria: 16 por minuto
- Frecuencia cardíaca: 70 por minuto
- Presión arterial: 100/60 mmHg
- FiO2: 0.21

Examen físico

- TALLA: 1.55CM. PESO ACTUAL: 76KG.
- Estado general: Aparente regular estado general, regular estado nutricional
- Piel: Tibia, semi-aspera, poco elástica, sin presencia de ictericia ni cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Mucosas: Semi-pálidas
- Cabeza: Normocéfala, no presencia de lesiones
- Cuello: Cicatriz de 7cm por tiroidectomía
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos agregados, no choque de punta.
- Pulmones: En ambos campos pulmonares el murmullo vesicular pasa bien, no ruidos agregados.
- Mamas: Forma simétricas en ambos lados, no se palpan masas, pezones homogéneos.
- Abdomen: Blanda, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, indoloro a la palpación profunda y superficial
- Miembros inferiores: Moviliza bien extremidades inferiores, sensibilidad conservada
- Genitales externos: No lesiones presentes
Exploración con especulo: cérvix epitelizado, no sangrado transvaginal, no flujo vaginal,

Tracto vaginal: Útero AVF DE +/- 6CM, cérvix posterior, cerrada, no dolor a la lateralización, anexos libres

POP-Q: 0 0 -5

5 4 7

-2 -2 -6

Exámenes auxiliares

Laboratorios: 20-03-2023

- Hemoglobina: 13.5
- Hematocrito: 41
- Plaquetas: 230000
- Abastados: 0
- Leucocitos: 7.24
- Bilirrubina Tot: 0.75
- Bilirrubina Dir: 0.34
- Bilirrubina Ind: 0.41
- Glucosa: 75
- Urea: 22.5
- Creatinina: 0.61
- Grupo Sanguíneo: O
- Factor Rh: +
- HIV: No reactivo
- Hepatitis B: No reactivo
- Rpr: No reactivo

Diagnóstico

1. DISTOPIA GENITAL IIBa CIE 10: N81.9
2. HIPOTIROIDISMO CIE 10: E89.0
3. INCONTINENCIA URINARIA CIE 10: R32.X

Plan de trabajo

1. Se programa para LAP x Histerectomía
2. Se hospitaliza en el área de hospitalización de ginecología
3. NPO
4. Se deja tratamiento pre SOP
5. Se indica vendaje pre SOP
6. SE indica vendeja muslo pedio pre SOP

Indicaciones pre SOP:

1. Ceftriaxona 2gr EV 30min pre SOP
2. Alprazolam 0.5mg VO 22:00 del día anterior a la cirugía
3. Levotiroxina 100mg VO c/24h por las mañanas

Evolución

- Posterior a cirugía paciente en PO1 por LAP por HISTEROCTOMIA por DISTOPIA GENITAL IIBa, con buena recuperación, con exámenes de laboratorio control en rangos normales, Hemoglobina: 11.5, Hematocrito: 35, Plaquetas: 185000, Abastoadados: 0, Leucocitos: 6.74.

Indicaciones para tratamiento en estancia hospitalaria

- DB + LAV
- NaCl 0.9% x 1000cc - XXXgts/min
- Ceftriaxona 2gr EV c/24horas
- Metamizol 2gr EV c/8horas
- Tramadol :100mg SC condicional a dolor intenso
- CFV + CSV
- Colocación de sonda Foley permeable

Evolución favorable, refiere dolor en zona operatoria, que reduce tras uso de analgésico indicado, paciente en primer día hospitalario con buena recuperación sin complicaciones, queda hospitalizada hasta tercer día posterior a cirugía, en los cuales paciente presenta una evolución favorable por lo cual se decide dar alta

médica con indicaciones y control por consultorio de ginecología y pediatría en 7 días

Caso clínico N° 2

Paciente femenina de 26 años primeriza, gestante de 39 3/7 semanas por ecografía de I trimestre + trabajo de parto en fase activa acude a emergencia por presentar contracciones uterinas de 3/10 35ss, refiere no pérdida de sangre, no pérdida de líquidos, refiere que contracciones empezaron hacer más de 3 horas, no signos de preeclampsia. Paciente trae ficha de control prenatal en las cuales se observa serológicos negativos para sífilis y VIH. Cuenta con 8 controles prenatales donde se observa una evolución favorable durante el embarazo.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega
- RAM: Niega
- Quirúrgicos: Niega

Laboratorio de ingreso:

- Hemoglobina: 13.7 gr/dl
- Hematocrito: 40.1%
- Leucocitos: 9.46
- Plaquetas: 172000
- Abastados: 01%
- RPR: No reactivo
- VIH: No reactivo

Al examen físico de emergencia:

AREG, LOTEPE

- Piel y mucosas: Tibia, húmedas, e hidratadas, no signo de cianosis ni ictericia
- Mamas: Simétricos en ambos lados, no bultos
- Abdomen: AU:31 cm. FCF: 145 lpm LCI MF: ++ DU: 3/10 35SS ++
- Genitales Externos: SV (-). PLA (-)

- Tacto vaginal: D: 4cm I:85%. AP: -2 MO: Integras

Diagnóstico

- Parto único espontaneo, sin especificaciones. CIE 10: O80.9

Plan de trabajo

- Evolución espontanea de trabajo de parto
- Monitoreo materno fetal
- CFV
- Pase a centro obstétrico

Evolución

Al encontrarse en trabajo de parto en fase activa se indica pase a centro obstétrico para monitoreo de trabajo de parto, donde por durante 3 horas es monitorizada hasta llegar a 10cm de dilatación, AP: 0, y aumento de contracciones e intensidad, por lo cual el ginecólogo encargado del área refiere que se la pase a centro obstétrico para el parto, donde se tiene un parto espontaneo eutócico bebe en presentación cefálica, líquido amniótico sanguinolento, no circular de cordón, sin alteraciones. Se presenta leve complicación durante el parto por dificultad de salida de cabeza del recién nacido por lo cual se realiza una episiotomía grado 2. Pérdida de sangre de alrededor de 300ml durante trabajo de parto, bien afrontada, por lo cual se realiza contacto directo entre madre e hijo, se deja por indicación del médico a cargo control de signos vitales de la madre durante 2 horas en sala de parto, y pase a hospitalización posterior a eso con las siguientes indicaciones:

- DB-LAV
- Paracetamol 500mg VO cada 8horas
- CFV + CSV + OSA
- Hemoglobina + Hematocrito control

Evolución Hospitalaria

Paciente femenina G1P001 puérpera inmediata por parto vaginal, en primer día hospitalario, evolución favorable, refiere leve dolor en hipogastrio, afebril, tolera bien vía oral, hemo dinámicamente estable

Funciones vitales

- Temperatura: 36.6
- Frecuencia respiratoria: 23x min
- Frecuencia cardiaca: 80lpm
- Saturación: 99%
- Presión arterial 100/60

Laboratorio Control

- Hemoglobina: 12.5 gr/dl
- Hematocrito: 37%

Examen físico

- LOTEPE, AREG, AREN
- Piel: Llenado capilar menor a 2 segundos, tibia, húmedas, elásticas sin signos de ictericia ni cianosis
- Tórax: En ambos campos pulmonares pasa bien el murmullo vesicular no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos de Buena intensidad, IY (-), No soplos
- Mamas: Buena secreción de calostros, turgentes, no masas palpables
- Abdomen: Blando, depresible. Útero contraído a 1cm debajo de cicatriz umbilical
- Genitourinario: Presencia de loquios hemáticos, no mal olor, episiotomía bien afrontada.
- Sistema nervioso: Glasgow 15/15

Plan de Trabajo

- Alta médica al cumplirse las 24 horas con indicaciones medicas

Tratamiento

- Paracetamol 500mg VO cada 8 horas por 5días
- Control en centro de salud en 7 días
- Se explican signos de alarma
- Lactancia materna exclusiva

I.II ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso Clínico N° 1

Paciente varón de 18 años con iniciales SSR, llega a emergencia del hospital san juan de Lurigancho por presentar episodios de dolor en fosa iliaca derecha de más de 2 días de duración, intensidad 8/10 que según paciente inicia de forma brusca con evolución progresiva de los síntomas, asociados a fiebre, a falta de apetito, náuseas, sensación de vómitos, no tolera vía oral, paciente refiere que no puede caminar debido al dolor. EA: 7

Antecedentes

Personales:

- RAM: Niega reacciones alérgicas
- Niega padecer alguna enfermedad
- Niega algún tipo de medicación

Quirúrgicos: Niega

Familiares:

- Madre: Diabetes mellitus tipo 2
- Padre: Niega

Funciones Vitales

- Temperatura: 38.2°C
- Frecuencia cardiaca: 85x min
- Frecuencia respiratoria: 25x min
- Saturación: 98%
- Presión arterial: 125/70 mmHg

Examen físico

- AREG AREN AREH
- Piel: Tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar menor a 2seg
- Tórax y pulmones: En ambos campos pulmonares pasan bien en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, IY (-), no soplos
- Abdomen: RHA (+) blando, doloroso a la presión superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo de Blumberg (+),
- SOMA: Moviliza bien extremidades superiores e inferiores
- Sistema nervioso central: LOTEP, EG:15/15

Exámenes Auxiliares

Ecografía abdominal:

Hallazgo de apéndice cecal de 7 x 2 cm,

Laboratorio

- Hemoglobina: 14.2
- Hematocrito: 44%
- Urea: 37.8
- Creatinina: 0.71
- Glucosa: 95
- Plaquetas:199000
- Leucocitos: 12.16
- Abastionados: 0%

- Examen de orina: sin alteraciones
- Grupo y factor: O +

Impresión Diagnóstica

1. Apendicitis aguda

Plan

1. Evaluación por servicio de medicina interna para riesgo quirúrgico
2. Evaluación por servicio de anestesiología
3. Pase a sala de operaciones para laparotomía exploratoria

Indicaciones previas a ingreso a sala de operaciones:

1. NPO
2. VS
3. Cefazolina 2g EV previo a ingreso a SOP
4. CFV
5. Vendeja muslo pedio previo ingreso a SOP

Informe Operatorio

- Diagnostico preoperatorio: Apendicitis aguda complicada
- Diagnostico post operatorio: PG x apendicitis aguda complicada
- Operación programada: Laparotomía exploratoria
- Operación realizada: LE + apendicetomía + LCA + DPR
- Tiempo operatorio: 120 min
- Muestra patológica: Apéndice cecal
- Hallazgos: Apéndice cecal de + 9 x 2 cm, plastronado por epiplón necrosado en toda su extensión, perforado en base. Presencia abundante de fibrina en plastrón, ciego eritematoso y base necrosada, secreción purulenta de aproximadamente 400cc. Epiplón carnificado

Indicaciones Post Operatorias

- NPO, iniciar tolerancia oral a las 6 horas de ingreso a hospitalización

- Metamizol 2g IM condicional a Temperatura mayor de 38.3
- Curación de herida operatoria 8pm
- Tramadol 100mg SC condicional a dolor intenso
- CFV

Evolución

Paciente masculino de 18 años en primer día post operatorio x LE + apendicetomía + LCA + colocación de DPR, con evolución favorable, tolera vía oral, hemo dinámicamente estable, ventila espontáneamente, si flatos, realiza deposiciones.

Al examen físico en primer día hospitalario se aprecia en abdomen: Herida incisional mediana bien afrontada sin signos de flogosis, DPR: 20cc de secreción sanguinolenta.

En días continuos se tiene una evolución favorable por lo cual se da el alta médica al tercer día hospitalario con indicaciones médicas, y consulta por consultorio de cirugía general en 7 días.

Caso clínico N°2

Paciente femenino de iniciales T.R.A de 34 años que llega a emergencia por presentar dolor a nivel de cuadrante superior derecho de hace más de tres días de duración con intensidad 7/10, fiebre de hace más de 3 días, no nauseas, no vómitos.

Examen físico

- AREG AREN AREH
- Piel: Tibias, húmeda, elástica. Llenado capilar menor a 2seg
- Tórax y pulmones: En ambos campos pulmonares pasan bien en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Abdomen: RHA (+) blando, doloroso a la presión en región en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+)
- SOMA: Moviliza bien extremidades superiores e inferiores
- Sistema nervioso central: LOTEPE, EG:14/15

Laboratorio:

- Hemoglobina: 12.2
- Hematocrito: 37%
- Leucocitos: 15.22
- Plaquetas: 300000
- Abastionados: 0%
- Urea: 22
- Creatinina: 0.68
- PCR: 8.2
- Glucosa: 80
- Grupo: O
- Factor: +

Exámenes auxiliares:

Ecografía abdominal:

- Presencia de barro biliar y litiasis vesicular
- Vesicular biliar de 10x5cm
- Engrosamiento de pared vesicular 7mm

Informe Operatorio

- Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis aguda
- Diagnostico post operatorio: Colecistitis aguda
- Operación programada: COLELAP
- Operación realizada: COLELAP + DPR
- Tiempo operatorio: 2 HORAS
- Hallazgos: Vesícula biliar 12x6cm, paredes gruesas, firmemente adherida a lecho hepático, cubierta por epiplón y fibrina. Se evidencia perforación encara anterior de aproximadamente 0.5 x 0.5cm con salida de bilis purulenta y contenido múltiples cálculos de aproximadamente 0.6cm. Se identifico conducto cístico corto de 4mm de ancho, arteria cística única.

I.III ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

Paciente masculino de 48 años de iniciales A.C.R llega a emergencia por presentar aumento de volumen en mano derecha con visibles signos de flogosis, que empezó según el refiere después de una mordedura de gato hace 7 días, se realiza glucometría en triaje dando resultado de 380, por lo cual se consulta a paciente sobre antecedentes de diabetes el cual refiere no padecer, por lo cual el médico tratante le solicita una glucosa en sangre con resultado de 450.

Funciones vitales al ingreso

- Presión arterial: 130/80
- Frecuencia cardíaca: 90
- Frecuencia respiratoria: 22
- Temperatura: 37
- Saturación: 97

Antecedentes:

- RAM: Niega
- Personales: Niega
- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega

Examen físico de ingreso:

- Aparente regular esta general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación
- Piel: signos de flogosis en mano derecha, aumento de volumen de ++, caliente al tacto
- Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax
- Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, ruidos hidroaéreos presentes

- Neurológico: lucido orientando en tiempo y espacio, no focalización

Laboratorio:

- Hemoglobina: 14.2
- Hematocrito: 43%
- Abastionados: 01%
- Leucocitos: 20 000
- Plaquetas: 180000

Impresión diagnóstica:

1. Celulitis. CIE 10: L03.1
2. Diabetes Mellitus tipo 2 CIE 10: E11.8

Plan:

- Pase a observación de emergencia para después traslado a hospitalización de medicina interna a disponibilidad de cama
- Inicio de cobertura antibiótica
- Interconsulta a servicio de traumatología
- Control de glucosa 6am 3pm 11pm
- Insulina NPH 15UI Stat

Tratamiento:

- Dieta hipoglucida, líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Ciprofloxacino 500mg EV cada 12 horas
- Clindamicina 600mg EV cada 8 horas
- Tramadol 100mg condicional a dolor
- Metamizol 1Gr EV condicional a fiebre mayor de 38.3 °C

- Insulina NPH 15UI stat, luego 7UI SC 8am
- Metformina 850mg VO después del almuerzo
- Glucometría cada 6am 3pm 11pm
- Captopril 25mg VO condicional a presiona mayor de 140/90mmHg

Evolución

Paciente fue trasladado a hospitalización 3 horas posteriores a ingreso, servicio de traumatología responde interconsulta en estancia hospitalaria solicitando una ecografía de partes blandas para ver magnitud de daño, la cual se realiza 2 días después y se vuelve a mandar la interconsulta para posibilidad de limpieza quirúrgica, traumatólogo responde que se realicen las coordinaciones para limpieza quirúrgica y se prepare el paciente para cirugía a las 3 de la tarde del día 04/11/2023, la cual se realiza con éxito, teniendo indicaciones post operatorias de manejo por servicio de medicina interna, 2 curaciones diarias, y mandar interconsulta cada 5 días a servicio de traumatología para reevaluación. Completa 7 días con tratamiento antibiótico indicado, teniendo una evolución estacionaria por lo cual se decide ampliar tratamiento por 7 días más, posterior a esto la evolución es lenta favorable por lo cual al completar los 14 días de tratamiento se cambia cobertura a Meropenem 1gr EV cada 8 horas durante 10 días. Se agrega losartan 50mg vía oral al cuarto día de estancia hospitalaria cada 12 horas por control de presiones indicativas de presión arterial alta, la cual en los días próximos de tratamiento se mantiene en rangos normales, glucometría se mantiene en rangos normales hasta alta médica. Se cambia dosis de insulina NPH 10UI 8 am y 5UI 8pm. Se da alta médica en día 24 de hospitalización, con indicaciones de control por consultorio de medicina interna en 7 días.

Caso clínico N°2

Paciente varón de 24 años de iniciales B.A.A con antecedente de tuberculosis meníngea con los diagnósticos planteados de tuberculosis meníngea, HIV sin

tratamiento, postrado crónico, úlceras por presión en espalda y extremidades, anemia severa normocítica normocrómica. Llega a servicio de emergencia por dolor intenso en úlceras, familiar refiere que, a presentado episodios de fiebre, y lo siente menos activo.

Funciones Vitales :

Presión arterial: 90/60

Frecuencia cardíaca: 86x min

Frecuencia respiratoria: 20x min

Temperatura: 37.2

Saturación: 97%

Examen físico

Aparente regular estado general. mal estado de nutrición e hidratación. ventila espontáneamente. portador de sonda nasogástrica

Piel: tibia húmeda, elástica, llenado capilar <2" mucosas secas moderada palidez en mucosas ++/+++ , múltiples úlceras por presión: en región sacra grado

IV, en región dorsal grado IV, en región trocantérica bilateral grado IV, en pierna derecha grado III, en talón grado III

Tejido Celular Subcutáneo: edemas en miembros inferiores ++/+++

Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax. no estertores

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes. blando, depresible. no doloroso a la Palpación no signos peritoneales

Genitourinario: puño percusión lumbar negativo. puntos renoureterales negativos.

Sistema Nervioso: despierta escala de Glasgow: 10/15 (apertura ocular: 3; respuesta verbal:1; respuesta motora). signos meníngeos (+), rigidez de nuca (+)

Impresión diagnóstica:

1. Tuberculosis Meníngeo. CIE-10: A17.1

2. Anemia. CIE 10: D64.9
3. Ulcera de decúbito, estadio IV CIE 10: L89.3
4. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH. CIE10: B24.X

Plan:

- Iniciar tratamiento antibiótico
- Curación de ulcera por presión
- Esquema de tratamiento para la tuberculosis
- Se solicita análisis de gases arteriales y electrolitos
- Interconsulta a infectología
- Interconsulta a cirugía general
- Tele interconsulta a neurocirugía
- Realizar referencia a hospital de mayor complejidad
- Colocación de sonda Foley
- Tomografía cerebral sin contraste

Interconsultas:

- Neurología (24/10): Examen físico: SNC: somnolienta escala de Glasgow: apertura ocular: 4 respuesta verbal: 1 respuesta motora: 5 = 10/15 puntos. Asimetría facial derecha moderada. Signos meníngeos (+) rigidez de nuca (+). hipotrofia muscular en 4 extremidades. cuadriplejia 3/5 predominio hemicuerpo izquierdo. TEM cerebral sin contraste: con 2 lesiones tipo granulomatosas con bordes hiperdensos en anillo en región frontoparietal izquierda con extensa imagen hipodensa que compromete hemisferio izquierdo y región frontal derecha compatible con edema vasogénico
- Infectología (24/10). Refiere iniciar tratamiento TARGA y TBC según esquemas.

Tratamiento:

1. Dieta blanda volumen total: 1000, hiperproteica e hipercalórica.
2. Vía salinizada
3. Clindamicina 600 mg EV c/ 8 horas
4. Tramadol 50 mg EV c/ 12 horas
5. Levetiracetam 1gr VO cada 8 horas
6. Esquema de tratamiento para la tuberculosis
 - a. Etambutol: 1200 mg 3 tabletas VO cada 24 horas
 - b. Amikacina: 1000 mg 1 ampolla EV cada 24 horas
 - c. Levofloxacino 750 mg 1 tableta y media VO cada 24 horas
7. Piridoxina 50 mg 1 tableta VO cada 24 horas
8. Diazepam 10 mg EV condicional a convulsiones
9. Metamizol 1 gr E condicional a $T > 38.5^{\circ}\text{C}$
10. Dexametasona 8mg EV cada 8 horas
11. Curación de úlceras por presión 2 veces al día con sulfadiazina de plata y lidocaína gel
12. Movilización cada 2 horas
13. Cabecera a 45 grados
14. Control de funciones vitales y balance hídrico

Evolución

Paciente varón de 24 años en día hospitalario número 10 con antecedente de tuberculosis meníngea con los diagnósticos planteados de tuberculosis meníngea, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana sin tratamiento antirretroviral, postrado crónico, úlceras por presión en espalda y extremidades, anemia severa

normocítica normocrómica, hipopotasemia leve, edema vasogénico evidenciado en tomografía cerebral sin contraste. Actualmente en su décimo día de cobertura antibiótica con clindamicina y décimo día con dexametazona. Interconsulta con infectología 28/10 refiere lesiones cerebrales muy sugestivas de toxoplasmosis cerebral, mas no de granulomas tuberculosos, paciente con VH en estadio de sida no hace formas granulomatosas de TB debido a la ausencia de respuesta inflamatoria, excepto en contexto de reconstitución inmune. Se había indicada punción lumbar para apoyo diagnóstico, pero no se realiza la punción lumbar indicada días previos por presencia de UPP en dicha zona. paciente actualmente hemodinámicamente estable, afebril, tolera vía oral, aun cuenta con sonda Foley y catéter venoso central con evolución estacionaria pronóstico reservado. Hospital de mayor complejidad acepta referencia por lo cual es preparado para traslado por ambulancia, el cual se realiza satisfactoriamente.

I.IV ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N°1

Paciente femenino de 13 años de iniciales G.C.L, llega a emergencia con dificultad respiratoria de 2 días de duración, 1 día antes refiere rinorrea que exacerba por lo cual se dirige a un centro médico privado donde le inician tratamiento de hidrocortisona 100mg y salbutamol 6 puff según relato de la madre que acompaña a menor, pasada las horas regresa a casa, pero durante la noche nota que síntomas vuelven por lo que decide traerla a emergencias del hospital. Madre refiere que en lo que va del año es su 5to episodio.

Funciones vitales:

Presión arterial: 130/80

Saturación: 96%

Frecuencia respiratoria: 42

Frecuencia cardiaca: 77

Temperatura: 36.5

Antecedentes:

RAM: Niega

Personales: Asma desde los 5 años, uso de b2a, no uso de corticoides, 5to episodio de asma en lo que va el año

Patológicas: Niega

Quirúrgicos: Niega

Examen físico de emergencia:

REG, REH, REN

Piel: Tibia, áspera, poco elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Respiratorio: Orofaringe: levemente congestiva, tiraje en 2PQ, supraesternal intermitente. Murmullo vesicular pasa disminuido en ápice derecho, sibilantes en ambos tiempos. PRAM: 7

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda.

Genitourinario: Diferido

Locomotor: Moviliza las 4 extremidades adecuadamente

Neurológico: Tono y fuerza muscular conservado

Impresión Diagnóstica :

- Asma, no especifica. CIE-10: J45.9

Plan:

- Oxigenoterapia
- B2A

- Se inicia Bromuro de Ipatropio
- Corticoides inhaladores
- Corticoides sistémico

Tratamiento:

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000cc
NaCl 20%
KCl 20%.... 80cc/h
3. Metilprednisolona 45mg EV cada 6 horas
4. Nebulización con salbutamol 5mg/ml: 20 gotas + 5cc de suero fisiológico cada 20min por 1 hora luego 20 gotas cada 2 horas
5. Bromuro de ipratropio 8puff con aerocámara cada 20min por 1 hora, luego 8 puff cada 4 horas
6. Budesónida con aerocámara cada 12 horas
7. O2 POR CBN 2lt para mantener saturación mayor a 94%
8. Posición semisentada
9. CFV + OSA + BEH

Evolución

Paciente queda en observación de emergencia cumpliendo tratamiento indicado bajo supervisión de enfermería, volviéndola a evaluar terminando tratamiento de emergencia presentando mejoría. PRAM 3 por lo cual se le indica continuar con tratamiento por unas horas más. Al cabo de 2 horas más se indica alta médica por encontrar evolución favorable. Se indica tratamiento ambulatorio y se indica a la madre sacar referencia para neumología.

Caso Clínico N°2

Paciente masculino de 6 años con inicias G.R.L, es traído por madre al servicio de emergencia de pediatría por presentar agitación intensa de más de 7 horas, es administrado con ½ tableta de prednisona, pero no ve mejoría por lo cual es traído. Actualmente con tratamiento para el asma por pediatra neumólogo del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Antecedentes:

RAM: Niega

Personales: Paro cardio respiratorio al mes de vida

Hospitalarios: 10 ingresos hospitalarios por neumonía desde los primeros meses de vida refiere madre. Refiere que año pasado solo tuvo un ingreso.

Quirúrgicos: Niega

Funciones Vitales:

Temperatura: 36.6

Frecuencia cardiaca: 122xmin

Frecuencia respiratoria: 53xmin

Saturación: 93%

Presión arterial: 130/80

Examen Físico:

REG, REH, REN

Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Respiratorio: Tirajes supraclaviculares, murmullo vesicular disminuido en 1/3 superior de ambos campos pulmonares, presencia de crépitos en bases bibasales

PRAM: 5

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. RHA (+)

Genitourinario: Adecuado para la edad

Locomotor: Moviliza las 4 extremidades adecuadamente

Neurológico: Despierto, tono y fuerza conservado

Impresión Diagnóstica:

1. Asma CIE 10: J45.9

2. Neumonía CIE 10: J18.9

Plan:

- Se solicita hemograma
- Se solicita PCR
- Se solicita radiografía de tórax, 2 incidencias frontal y lateral
- Iniciar tratamiento inhalatorio de rescate
- Pasa a observación de pediatría

Tratamiento

1. NPO, Luego de tratamiento de rescate tratar tolerancia oral
2. NBZ Salbutamol 14 gotas + NaCl 0.9% 5cc cada 20min por 1h luego cada 2h
3. Bromuro de Ipratropio 6 puff cada 20min por 1h con aerocámara, luego 6 puff cada 3 horas
4. Metilprednisolona 44mg EV STAT, luego metilprednisolona 22mg EV cada 6 horas
5. Salmeterol + Fluticasona 1 puff cada 12 horas con aerocámara
6. Paracetamol 120mg/5ml 330mg VO condicional a temperatura mayor a 38
7. Cabecera a 30

8. Vigilar patrón respiratorio

9. CFV + OSA

Evolución

Después de terapia de rescate y con resultados de laboratorio: Leucocitos: 9.87, Neutrófilos: 9.44, atelectasias en base derecha, se decide paso de paciente a hospitalización donde se continuo tratamiento indicado, donde queda hospitalizado por 2 días con evolución favorable, tolera vía oral, hemodinámicamente estable, afebril. Por lo cual familiar pide retiro voluntario para continuar con tratamiento en el INSN refiriendo que es donde ha llevado anteriores hospitalizaciones.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital San Juan de Lurigancho es un establecimiento medico Nivel 2 que se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, este fue fundado el día 22 de febrero del año 1976, pertenece al MINSA en la jurisdicción de Lima Este IV, pero este previamente era un centro de salud no fue sino hasta el año 2005 donde es elevado de categorización

El director del hospital es el Dr. Juan Carlos Becerra Flores el cual estuvo a cargo del hospital durante la totalidad del presente internado médico, así mismo las tutoras encargadas, la Dra. Gálvez y Mercado, docentes de la USMP que nos guiaron a través de este largo año.

El hospital cuenta con las 4 especialidades básicas medicas de Cirugía General, Ginecología, Medicina interna y Pediatrías, las 4 rotaciones que conforman el internado médico que fueron llevadas en el mismo establecimiento medico en una duración de 2 meses por rotación.

Las funciones principales que teníamos eran el apoyo en la realización de procedimientos simples con el medico a cargo supervisando, el apoyo en la realización de informes o historias médicas, seguimiento de evolución de pacientes hospitalizados o de emergencia. Estas actividades nos generan una remuneración de 400 nuevos soles mensuales como pago des MINSA

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.I ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA

Caso clínico N°1

Llega a consultorio externo de ginecología una paciente femenina de 68 años en su quinta consulta previa programación de cirugía. Presenta como síntoma principal sensación de bulto a nivel de genitales externos femeninos, que le genera dolor intenso en región pélvica al realizar movimientos de leve esfuerzo, no contiene la orina y cuando tose se le escapa. No presenta sensación de náuseas, ni vómitos. Hemo dinámicamente estable, actualmente no refiere otras molestias previas a consulta médica. Paciente tiene como antecedentes de importancia una menarquia a los 14 años, que si bien tenía una cantidad moderada de sangrado según lo que refiere era indolora. Ha tenido 3 hijos los cuales han sido por parto eutócico, teniendo en la segunda gestación un desgarro leve bien afrontado en su momento que no dejó ningún tipo de problema en su tercera gestación, inicio de menopausia a los 40 años. Paciente con 2 cirugías previas de tiroidectomía ⁽¹⁾ en el año 2020, y flebectomía ⁽²⁾ en el año 2022. Al examen vaginal se encuentra un Útero AVF DE +/- 6CM, cérvix posterior, cerrada, no dolor a la lateralización, anexos libres. Por lo cual se utiliza POP-Q ⁽³⁾, este es un sistema utilizado para clasificar según compartimientos de 3x3 la herniación para determinar grado de prolapso. Esta herniación ve 9 puntos principales que en el caso de la paciente obtenemos al tacto:

POP-Q:

0 0 -5

5 4 7

-2 -2 -6

Lo cual nos indica que nos encontramos una distopia genital IIBa, se hace exámenes de laboratorio previos a ingreso a hospitalización los cuales nos presenta valores normales por los cuales se decide hospitalizarla y prepararla para cirugía el día siguiente, con los diagnósticos de hipotiroidismo por antecedente, y distopia

genital. Se realiza una histerectomía ⁽⁴⁾ mediante laparoscopia, la cual se realiza haciendo incisiones pequeñas en la región abdominal, donde entra el laparoscopio, donde se inyecta CO2 en cavidad abdominal, considerando la edad y recuperación de la paciente.

Paciente post operada refiere dolor en zona operatoria, hemo dinámicamente estable, no refiere otras molestias por lo cual 3 días pasado estancia hospitalaria es dada de alta con indicaciones médicas, y cita en consultorio externo de ginecología en 7 días

Caso clínico N°2

En este caso clínico encontramos una gestante a término de 39 semanas 3 días ⁽⁵⁾ de 26 años que ingresa a emergencias por presentar contracciones de hace más de 3 horas, la paciente no refería perdida de líquidos o sangre, como datos adicionales encontramos en su ficha control, 8 controles prenatales ⁽⁶⁾. Al examen físico encontramos a una paciente hemo dinámicamente estable, en aparente regular estado general, con piel y mucosas húmedas e hidratadas, funciones vitales en rangos normales no signos de preeclampsia ⁽⁷⁾. tiene una altura uterina de 31 cm, frecuencia cardiaca fetal de 145lpm, posición longitudinal cefálico izquierdo, lo cual para edad gestacional se encontraría en rangos adecuados. Al tacto vaginal se palpa dilatación de 4 cm, I:85%, AP: -2. Y MO: integra, por lo cual la paciente se encuentra en trabajo de parto fase activa ⁽⁸⁾. se revisa que cuenta con exámenes de VIH y sífilis negativos de menos de 3 meses de antigüedad por lo cual es llevada a centro obstétrico para realizar partograma, monitoreo materno fetal, control de funciones y signos vitales, donde es controlada por 3 horas con evolución favorable, se repite tacto vaginal encontrándose con 10cm de dilatación por lo cual es trasladada a sala de parto donde se presenta leve complicación en labor de parto por lo cual se decide realizar una episiotomía grado II, bien afrontada en su momento por ginecólogo, teniendo una pérdida de sangre de alrededor de 300ml por lo cual se decide mantener a la paciente en sala de parto durante 2 horas para control de signos vitales, posterior a eso se pasa a estancia hospitalaria donde se le da de alta a las 24 horas con indicaciones médicas, la mayoría de partos eutócicos

no requieren más de 24 horas de estancia hospitalaria a menos que se haya tenido alguna contaminación cruzada al no ser el caso, se deja control en 7 días por consultorio de ginecología.

III.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N°1

En este caso se nos presenta un paciente varón de 18 años con sintomatología característica de apendicitis aguda, la cual se define como la inflamación del apéndice lo que ocasionaría una obstrucción que por consiguiente ocasiona un incremento en la presión intraluminal, esta es considerada la patología quirúrgica más común a nivel mundial ⁽⁹⁾. En este caso utilizamos la Escala de Alvarado ⁽¹⁰⁾. Para ver la posibilidad de una apendicitis aguda, esta consta de 3 divisiones las cuales se dividen en subsegmentos con una puntuación máxima de 10.

Tenemos la primera parte de la escala que vendría a ser los síntomas donde encontramos:

1. Náusea/vómito (1)
2. Anorexia (1)
3. Migración de dolor (1)

La segunda parte de los signos:

1. Dolor en cuadrante inferior derecho (2)
2. Fiebre (1)
3. Rebote positivo (1)

La tercera parte de laboratorio:

1. Leucocitosis (2)
2. Desviación a la izquierda de neutrófilos (1)

Consiguiendo un puntaje de 7 por lo cual nos daría una alta posibilidad de ser apendicitis aguda, dado que el paciente cuenta leucocitosis, rebote positivo, fiebre, dolor en cuadrante inferior derecho y nauseas. Por lo que se decide preparar a paciente de emergencia para laparotomía exploratoria + apendicetomía + LCA + colocación de DPR. Paciente responde favorablemente, hemo dinámicamente estable, tolera vía oral, herida operatoria bien afrontada sin signos de flogosis por lo cual días siguientes se le da de alta con indicaciones médicas y cita en consultorio de cirugía externa en 7 días para control.

Caso clínico N°2

En este caso podemos apreciar a una paciente femenina de 34 años que llega a servicio de emergencia presentando sintomatología de colecistitis aguda, la cual se puede definir como la inflamación de la vesícula, adicional a esto en la mayoría de los casos hay presencia de un cálculo en el conducto cístico⁽¹¹⁾, entre los síntomas más comunes y criterios de diagnóstico tenemos el dolor en cuadrante superior derecho de más de 3 días, fiebre de más de 72 horas, signos de Murphy positivo. Según criterios de Tokio⁽¹²⁾, se tendría un diagnóstico sospechoso al cumplir 1 criterio A y un criterio B, para obtener el diagnóstico definitivo necesitamos cumplir un criterio C, por lo cual se le piden exámenes de laboratorio y ecografía abdominal encontrándose así leucocitosis: 15.22 y un PCR elevada con 8.2, en la ecografía se hallan los siguientes hallazgos:

- Presencia de barro biliar y litiasis vesicular
- Vesicular biliar de 10x5cm
- Engrosamiento de pared vesicular 7mm

Al cumplir los 3 criterios de Tokio (A,B,C) se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda por lo cual se programa para COLELAP, en la cual se halla una vesícula biliar de 12x6cm de paredes gruesas, con contenido múltiple de cálculos, con un conducto cístico corto de 4mm. Paciente evoluciona favorablemente, tolera vial oral, hemo dinámicamente estable, afebril en tercer día hospitalaria por lo cual se decide continuar con tratamiento antibiótico en casa, por lo cual se le da alta médica con indicaciones y control en consultorio externo de cirugía en 7 días.

III.3 ROTACIÓN MEDICINA INTERNA

Caso Clínico N°1

En este caso se presenta a un paciente de 48 años que llega al servicio de emergencia presentando un mordedura de gato⁽¹³⁾ en mano derecha la cual presenta signos de flogosis, adicional a eso el paciente presenta fiebre de más de 2 días, como dato adicional tenemos que en el triaje se le realiza una glucometría dando resultado 380, por lo cual se le pide una glucosa en sangre que da como resultado 450 dando , al interrogatorio paciente refiere no padecer enfermedades asociadas, se le pide hemograma encontrándose una leucocitosis de 20.00, según la sintomatología se plantean diagnósticos de celulitis⁽¹⁴⁾, la cual se genera por el ingreso de una bacteria a través de algún tipo de herida u orificio. También una posible diabetes mellitus tipo 2. Se solicitó interconsulta a traumatología pensando en una posible limpieza quirúrgica e inicio de tratamiento con insulina por niveles de glucosa alto, paciente es evaluado por servicio de traumatología siendo este candidato para cirugía la cual se realiza que agregado al tratamiento antibiótico se espera que hubiese mejoría, paciente siguió administrándose con antibiótico por 14 días lo cual mostro una evolución estacionaria por lo cual se decide cambiar a otro dando mejores resultados, se continúa con tratamiento contra la diabetes mellitus tipo II⁽¹⁵⁾ manteniendo rangos de glucosa aceptables, es dado de alta por mejoría de tratamiento, herida operatoria sin secreciones. Se indica control en 7 días por consultorio

Caso Clínico N° 2

En este caso presentamos a un paciente masculino de 24 que llega a emergencia en estado grave, con antecedentes de patologías inmunológicas como HIV, y tuberculosis meníngea, la cual según informa familiar lo dejó postrado, según familiares paciente hizo fiebre, pero al momento de toma no presento, al examen físico podemos observar úlceras por presión⁽¹⁷⁾, las cuales definimos como heridas adquiridas por la falta de movilidad en un periodo de tiempo largo, en este caso a primera revisión se observan diversas úlceras a nivel sacra, en pierna, en talón, en región trocantérea, siendo muchas de estas de grado III Y IV, Por lo cual se ordena

internamiento en hospitalización, se solicita interconsulta con neurología e infectología para tratamiento conjunto, en el cual neurología responde que : Examen físico: SNC: somnoliento escala de Glasgow: apertura ocular: 4 respuesta verbal: 1 respuesta motora: 5 = 10/15 puntos. Asimetría facial derecha moderada. Signos meníngeos (+) rigidez de nuca (+).hipotrofia muscular en 4 extremidades .cuadriplejia 3/5 predominio hemicuerpo izquierdo, por lo cual sugiere una tomografía sin contraste la cual se realiza y se observa 2 lesiones tipo granulomatosas con bordes hiperdensos en anillo en región frontoparietal izquierda con extensa imagen hipodensa que compromete hemisferio izquierdo y región frontal derecha compatible con edema vasogénico, por lo cual se sospecharía de una toxoplasmosis cerebral⁽¹⁸⁾ la cual es muy asociada a paciente con HIV que no reciben tratamiento, mientras que infectología: sugiere iniciar tratamiento TARGA e iniciar tratamiento TBC según esquema. Se indica referencia a hospital de mayor complejidad la cual es aceptada semanas después, por lo cual se conversa con familiares los cuales aceptan.

III.4 ROTACIÓN PEDIATRÍA

Caso clínico N°1

La paciente femenina de 13 años con iniciales G.C.L llegó a emergencia con problemas respiratorios durante dos días. Lo cual es indicativo de un problema a nivel respiratorio, madre menciona un día antes, rinorrea que empeora, por lo que fue llevada a un centro médico privado. Allí, la madre que acompañaba a su hijo le administró hidrocortisona 100mg y salbutamol 6 pufs. Después de regresar a casa, notó que los síntomas regresaron durante la noche, por lo que decidió llevarla. Madre dice que este año es su quinto episodio. Al examen físico se encuentra de relevancia orofaríngea levemente congestiva, tiraje en 2PQ, supraesternal intermitente. Murmullo vesicular pasa disminuido en ápice derecho, sibilantes en ambos tiempos. PRAM: 7, lo cual nos indicaría una sospecha de asma, esta escala nos permite valorar el grado de crisis⁽¹⁹⁾ presentado por la menor la cual en este caso se considera de nivel alto por lo cual se empieza con la terapia de rescate b2a

y corticoides inhalatorios habiendo mejoría por lo cual se decide tenerla en observación y continuar con tratamiento, el cual tiene una evolución favorable, al cabo de una hora presenta un PRAM 3, por lo cual se decide dejarla en observación al cabo de unas horas paciente no presenta síntoma por lo cual se da alta, se indica a madre sacar cita por consultorio externo de pediatría.

Caso clínico N° 2

En este caso se presenta un paciente de 6 años que por historia clínica ha presentado 10 ingresos hospitalarios por sintomatología respiratoria llega a servicio de emergencias presentando agitación de más de 7 horas que no calma al consuma de media tableta de Prednisona, a, examen físico podemos apreciar que tiene un PRAM 7, tiraje supraclaviculares, una saturación de 93% y frecuencia respiratoria de 53, adicional a eso escuchamos crépitos, lo cual nos da a entender que estamos ante un caso de neumonía⁽¹⁷⁾ asociada a un cuadro asmático la cual es la inflamación de los pulmones por agua.

Para el paciente se solicitaron pruebas de laboratorio para comprobar diagnóstico de neumonía que salieron sugestivas de esta, empieza tratamiento empírico + tratamiento de rescate, b2a realizado por enfermería.

Paciente presenta una evolución lenta favorable por lo cual es internado en el área de hospitalización donde sigue recibe tratamiento indicado en los siguientes 2 días, mejorando sintomatología respiratoria, hasta la estabilización paciente. Padres refieren retiro voluntario para atención en hospital de mayor complejidad

IV. CONCLUSIONES

1. La relevancia e importancia del internado medico en la formación médica es indispensable para adquirir conocimientos y experiencia en el trato de enfermedades, así mismo permite tener un contacto directo con pacientes y dar atención aquellos casos bajo la supervisión experta de médicos experimentados.
2. El Hospital San Juan de Lurigancho al ser un hospital que cuenta con las especialidades de Ginecología, Medicina interna, Cirugía y Pediatría es un establecimiento de salud que permite experimentar las principales rotaciones de un internado medico en un mismo lugar, en el caso del hospital la ventaja es la localización de este en el distrito más grande de lima por lo cual la cantidad de casos es mayor lo cual presenta la oportunidad de ver una mayor variedad de patologías.
3. Durante el internado medico se realizan diversas actividades académicas realizadas por tutores asignados por la universidad, a la vez como practicas realizadas por jefes de departe o médicos a cargo del interno que permite realizar procedimientos simples.

V. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a futuros colegas médicos ir con conocimientos previos sobre el manejo de las principales enfermedades del Perú para que puedan tener una base sólida de conocimientos que los permita interactuar más en el conversatorio de posibles tratamientos de la enfermedad.
2. Se recomienda llevar todo el equipamiento médico necesario para poder tener las herramientas necesarias para la evaluación de pacientes.
3. Se recomienda la atención tanto en las horas académicas como prácticas para adquirir el conocimiento necesario para afrontar las principales y más comunes enfermedades, hacer esquemas que permiten la pronta atención médica.

VI. FUENTES DE INFORMACION

1. Chávez-Reyes Guillermo, Chirinos-Caraza Sara J. Safenectomía ambulatoria segmentaria. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 mayo [citado 2024 Ago. 19]; 23(2): 56-58. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200002&lng=es.
2. Pardo M Lourdes. Resultados de la tiroidectomía total en el tratamiento del hipertiroidismo. Rev. Otorrinolaringólogo. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2020 Mar [citado 2024 ago. 19]; 80(1): 39-47. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000100039&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000100039>.
3. Busquets C Maritza, Castillo F Felipe, Bravo G Sebastián, Conteras P Domingo. USO DEL SISTEMA POPQ PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS PROLAPSOS: HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO. Rev. chile. obst. gineco. [Internet]. 2009 [citado 2024 ago. 19]; 74(1): 4-10. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000100002>.
4. Schmitt Niño Jeanette Fabiola, Gómez Cardoso Rodrigo. Vías de abordaje quirúrgico de la histerectomía en el tratamiento de la enfermedad benigna del útero en el Hospital Ángeles Pedregal. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2019 sep. [citado 2024 ago. 19]; 17(3): 218-224. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000300218&lng=es. Epub 11-Feb-2022.
5. Méndez Angela, Morales Estefany, Chanduví Willer, Arango-Ochante Pedro M. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Oct [Citado 2024 Ago 19]; 21(4): 758-769. Disponible

- en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000400758&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i4.3924>.
6. Definición de embarazo a término. Rev. Obste Gineco Venez [Internet]. 2013 dic [citado 2024 Ago. 19]; 73(4): 285-286. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000400010&lng=es.
 7. Cabrera Ruilova JD, Pereira Ponton MP, Ollague Armijos RB, Ponce Ventura MM. Factores de riesgo de preeclampsia. RECIAMUC [Internet]. 1abr.2019 [citado 19ago.2024];3(2):1012-3. Available from: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/384>
 8. Moreno-Santillán Armando Alberto, Celis-González Cuauhtémoc, Posadas-Nava Alejandro, Martínez-Adame Leidy Marcela, Villafán-Cedeño Leticia. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. Gineco. obste. Méx. [revista en la Internet]. 2018 [citado 2024 ago. 19]; 86(6): 368-373. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000600368&lng=es. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i6.1572>.
 9. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2024 ago. 19]; 41(1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es. Epub 02-Oct-2020.
 10. De Quesada Suárez Leopoldo, Ival Pelayo Milagros, González Meriño Caridad Lourdes. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev. cubana Cir [Internet]. 2015 jun [citado 2024 ago. 19];54(2):121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es.

11. Enríquez-Sánchez Luis Bernardo, García-Salas José Daniel, Carrillo-Gorena Javier. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. *Cir. gen [revista en la Internet]*. 2018 sep. [citado 2024 ago. 20]; 40(3): 175-178. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000300175&lng=es.
12. Ramos Loza Coral Marina, Mendoza López Videla Jhosep Nilss, Ponce Morales Javier Alejandro. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. *Rev. Méd. La Paz [Internet]*. 2018 [citado 2024 ago. 20]; 24(1): 19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es.
13. Jofré M. Leonor, Perret P. Cecilia, Abarca V. Katia, Solari G. Verónica, Olivares C. Roberto, López Del P. Javier. Recomendaciones para el manejo de mordeduras ocasionadas por animales. *Rev. chile. infecto. [Internet]*. 2006 Mar [citado 2024 ago. 20]; 23(1): 20-34. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182006000100002>.
14. Peralta Ruth, Torres de Taboada Estela. Infecciones de piel y partes blandas. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]*. 2017 Sep. [cited 2024 Aug 20]; 4(2): 19-26. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932017000200019&lng=en. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04\(02\)19-026](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(02)19-026).
15. Garmendia-Lorena Fausto. Situación actual de la prevención de la diabetes mellitus tipo 2. *Acta méd. Perú [Internet]*. 2022 ene [citado 2024 ago. 20]; 39(1): 51-58. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172022000100051&lng=es. E pub 05-Ene-2022. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2022.391.2162>.

16. Cemeli Cano Mercedes, Laliena Aznar Sara, Valiente Lozano José, Martínez Ganuza Berta, Bustillo Alonso Matilde, García Vera César. Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. *Rev. Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2020 Mar [citado 2024 ago. 20]; 22(85): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100005&lng=es. E pub 03-Ago-2020.
17. Machaín Gustavo Miguel, Aldana Celso Augusto, Larroza Wilson, Capdevila Diana, Páez Larissa Inés, Cáceres María Elena. Úlceras por presión en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital de Clínicas en el periodo 2014-2019. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* [Internet]. 2021 Aug [cited 2024 Aug 20]; 54(2): 103-110. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492021000200103&lng=en. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.02.103>.
18. Cajal Calvo Juan Ramón y, Sancho Saldaña Agustín, Gimeno Peribáñez María José. Toxoplasmosis cerebral: paresia del miembro superior única, una manifestación poco usual. *Acta méd. Grupo Ángeles* [revista en la Internet]. 2022 Mar [citado 2024 ago. 20]; 20(1): 79-82. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032022000100079&lng=es. Epub 10Oct2022. <https://doi.org/10.35366/103562>.
19. Navarrete-Rodríguez Elsy, Sienna-Monge Juan José Luis, Pozo-Beltrán César Fireth. Asma en pediatría. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2016 ago. [citado 2024 ago. 20]; 59(4): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000400005&lng=es.