



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR
ANTONIO CRUZ YLLACONZA**

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANTONIO CRUZ YLLACONZA**

**ASESORA
DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E. José Antonio Galarreta Zegarra

Miembro: Dr. Luis Manuel Taxa Rojas

Miembro: Dra. Katherine Iris Gutarra Chuquin

DEDICATORIA:

A mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos. A mis compañeros de estudio, amigos y a mis maestros, que muchos de ellos dieron su vida en la lucha contra esta pandemia. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma. Para todos ellos hago esta dedicatoria.

Antonio Cruz Yllaconza

AGRADECIMIENTOS:

Agradecer en primer lugar a mis padres por darme el apoyo para culminar mi carrera.

También me gustaría agradecer a mis maestros durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

A la universidad SAN MARTIN DE PORRES, por ser la casa de estudio donde se me permitió ser un profesional.

Al hospital Carlos Lanfranco La Hoz por permitir desenvolverme en el campo clínico.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado. Para ellos: Muchas gracias.

Antonio Cruz Yllaconza

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA	14
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	16
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA	21
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
FUENTES DE INFORMACIÓN	25
ANEXOS	26

RESUMEN

Este presente informe está redactado en función al desarrollo del internado médico, el cual representa el último año de formación de la carrera de medicina humana, en el hospital de MINSA: Carlos Lanfranco La hoz, resaltando la importancia de este último año de carrera y las expectativas que se tiene y si estas se llegan a cumplir. Se describe las características del nosocomio, el nivel, descripción de la población dentro de la jurisdicción del hospital, así como las áreas con las cuales se cuenta. Se detalla cuáles son los objetivos a cumplir, las habilidades y destrezas que se desarrollaran en cada rotación del internado médico 2020-2021. Se narra el contexto sanitario donde se realiza el internado médico durante el periodo pre pandemia y pandemia, su organización interna, misión, visión y deberes a seguir como un interno de medicina. Se exponen un total de 8 casos clínicos vividos durante el internado en los departamentos de Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Medicina interna, basadas en las experiencias obtenidas en el área de emergencia de dichos departamentos. Se compara el manejo que los pacientes recibieron en el hospital con diversas guías de prácticas clínicas tanto en el contexto pre pandemia como el de pandemia. Se redacta una apreciación reflexiva sobre la experiencia del internado en general. Por último, se llegan a conclusiones basadas en la experiencia obtenida en el periodo 2020-2021.

ABSTRACT

This present report is written based on the development of the medical internship, which represents the last year of training in the human medicine career, at the MINSA hospital: Carlos Lanfranco La Hoz, highlighting the importance of this last year of career and the expectations that you have and if they are met. It describes the characteristics of the hospital, the level, description of the population within the jurisdiction of the hospital, as well as the areas that are available. The objectives to be met, the skills and abilities that will be developed in each rotation of the 2020-2021 medical internship are detailed. It narrates the health context where the medical internship is carried out during the pre-pandemic and pandemic period, its internal organization, mission, vision and duties to follow as a medicine intern. A total of 8 clinical cases experienced during the internship in the departments of Pediatrics, General Surgery, Gynecology and Internal Medicine are exposed, based on the experiences obtained in the emergency area of said departments. The management that patients received in the hospital is compared with various clinical practice guidelines in both the pre-pandemic and pandemic contexts. A reflective appraisal is written about the boarding school experience in general. Finally, conclusions are reached based on the experience obtained in the 2020-2021 period.

INTRODUCCIÓN

La institución donde se llevó a cabo el internado 2020-2021 es el hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Un hospital de nivel II-2 ubicado en el distrito de Puente de Piedra de la ciudad de Lima.

El hospital recibiría internos de 4 universidades (José Faustino Sánchez Carrión, Ricardo Palma, San Juan Bautista y San Martín de Porres. Las inducciones al internado 2020, pre pandemia, se llevó a cabo en 3 días, del día 26 al 28 de diciembre del 2019, donde se expuso temas de prevención de accidentes laborales, uso racional de antimicrobianos, normas de bioseguridad, función de los internos, derecho de los usuarios, entre otros temas.

El último día de la inducción, 15 internos de distintas universidades fueron asignados al departamento de pediatría donde formaríamos parte durante los primeros 3 meses del año 2020. Se llevó a cabo la inducción al servicio donde se nos presentó a nuestro tutor y los residentes de pediatría, quienes nos mostraron las distintas áreas del servicio, nuestras funciones en cada área y las normas que seguiríamos. Posteriormente se nos dio una inducción académica sobre el manejo de pacientes pediátricos.

El internado continuó sin complicaciones hasta el día 15 de marzo, donde se anunció que cesaríamos nuestras labores como internos hasta nuevo aviso.

Después de 06 meses se retomó el internado en la misma institución hospitalaria de forma voluntaria, con una reducción de aproximadamente el 50% de internos de la universidad San Martín de Porres.

Retomaríamos nuestras labores como internos el 01 de octubre del 2020 en áreas no COVID. 01 día antes se nos hizo pruebas rápidas de COVID 19 y días después se nos entregó equipo de protección personal.

Se nos explicó las estrictas medidas de bioseguridad que seguiríamos y el nuevo horario asignado. Posteriormente fuimos presentados al servicio de cirugía donde nos correspondía continuar y fue explicado el nuevo panorama de la institución frente a la pandemia y la nueva distribución de las áreas.

Continuamos con nuestras labores por los siguientes 07 meses respetando las medidas de bioseguridad. Posteriormente se hablaba de una segunda ola de contagios, de nuevas cepas del COVID. Las áreas del nosocomio volvían a adaptarse a la situación, personal médico y cercano caían enfermos ante la enfermedad y como internos seguíamos con nuestras labores junto a todo el personal del hospital.

Las nuevas medidas de bioseguridad se siguieron hasta el final del internado.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La importancia del internado medico radica en aplicar todo lo aprendido en los años de carrera en personas con la orientación y supervisión de médicos de vasta experiencia.

El interno es quien recibe a los pacientes, realizando un interrogatorio y posteriormente proceder al examen físico, este papel que desempeña puede catalogarse entre el nexo entre el paciente y los médicos asistentes o residentes para posteriormente cumplir el esquema de trabajo propuesto. En el último año de carrera se pone en práctica procedimientos que se ha ido aprendiendo en los años de carrera con la supervisión de los médicos asistentes y residentes. Procedimientos que incluye curación y sutura de heridas; colocación de sonda Foley; asistencia en procedimientos quirúrgicos; colocación de férulas; toma de muestra de gases arteriales; atención de partos; entre otros.

Por la naturaleza del internado y el contacto directo con los pacientes, el interno desarrolla una empatía con ellos, creando una motivación para dar el máximo esfuerzo en pro de la mejoría del paciente.

Muchos cambios ocurrieron debido a la pandemia, pero el compromiso con nuestros maestros y pacientes no se vio mermado.

1.1 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

El departamento de pediatría y neonatología se subdividía en los servicios de emergencia, observación, hospitalización para pediatría y los servicios de atención inmediata, alojamiento, cuidados intermedios y unidad de cuidados intensivos para neonatología.

El servicio contaba con 15 internos de medicina; 3 residentes de primer año, 1 de segundo y 2 de tercero; personal médico nombrado; y personal técnico de enfermería.

El primer mes de rotación se dividió el grupo de internos en las áreas de pediatría y neonatología.

La primera rotación del internado empezó con una guardia nocturna en el área de emergencia, un área que consistía en un consultorio con 2 escritorios para atender 2 pacientes en simultáneo, una camilla. En las guardias normalmente se contaba con la presencia de 1 médico asistente pediatra, un residente y 2 internos.

La carga de pacientes oscilaba entre 20 a 40 pacientes por guardia. La dinámica era recibir a los pacientes por orden de prioridad, realizar el examen físico y redactar la historia clínica de emergencia para posteriormente presentar el caso al médico residente para plantear el diagnóstico y aplicar un tratamiento.

Los casos más comunes que se presentaban en la emergencia eran síndromes febriles, neumonías, crisis asmáticas, diarreas, intoxicaciones, por nombrar algunas.

El área de observación contaba con 6 camas y hasta se tenía que ampliar con camas en los pasadizos por la alta demanda.

En el área de hospitalización de pediatría se contaba con aproximadamente 10 camas donde usualmente teníamos de 4 a 6 pacientes.

Atención inmediata consistía en acompañar al residente a recibir neonatos de partos distócicos y en menor número a partos eutócicos ya que contábamos con personal de obstetricia.

Alojamiento era un área de corta estancia para neonatos hasta que las progenitoras fueran dadas de alta. Usualmente permanecían 01 día, luego de examinar a los neonatos en la mayoría de casos se les daba de alta junto a la madre.

Unidad de cuidados intermedios y la unidad de cuidados intensivos estaba destinado a neonatos que nacieron con alguna complicación, usualmente para neonatos prematuros.

Las expectativas para servicio de pediatría era el manejo de emergencias, obtener la experiencia para tratar con niños y trabajar comprendiendo que la realidad de cada paciente es diferente.

Las expectativas se cumplieron, se logró conseguir la experiencia para posteriormente poder manejar el servicio de emergencia por uno mismo siempre con la supervisión de nuestros maestros. Tanto los residentes como los doctores se mostraban muy activos para el apoyo de nuestra formación, siempre dispuestos a responder nuestras dudas y compartir su conocimiento. Se nos asignaba exposiciones para discutir tópicos importantes de pediatría. El ambiente laboral era muy agradable y abierto a responder nuestras dudas.

CASO N° 1

Llega a emergencia paciente varón de 03 años, acompañado de su madre, presentando alteración del estado de conciencia, dificultad respiratoria, náusea y diaforesis desde hace aproximadamente 20 minutos. Madre refiere que encontró al menor presentando vómitos y confuso motivo por el cuál acude al servicio de emergencia de pediatría.

El paciente presentado esta sintomatología, inmediatamente se le pregunta a la madre si el menor estaba expuesto a algún tipo de sustancia nociva, la madre inmediatamente recuerda que el menor pudo haber tomado un conocido insecticida chica verano, sustancia inodora, insabora y que se mezcla con agua.

El menor es llevado al área de trauma shock donde se le administra atropina y se le realiza un lavado gástrico.

Una vez que las funciones vitales del paciente se estabilizaron, se nos envía a observar al paciente cada 5 minutos y completar la hoja de monitorización. De acuerdo al monitoreo se evaluaba si se le seguiría aplicando atropina.

Se le aplicó 2 bolos más de atropina hasta que el paciente mostrara signos de la aplicación de anti muscarínicos que en palabras de nuestro maestro intoxicarlo con atropina hasta que este caliente, rojo, loco como una cabra, seco como una pasa y presente midriasis.

El paciente pasó al área de observación donde después de un par de días fue dado de alta.

CASO N° 2

Paciente de 03 años acompañado de madre acude al servicio de emergencia, presentando fiebre, vómitos y múltiples episodios de deposiciones líquidas desde hace 02 días.

Al examen físico se aprecia que es un niño sin una buena higiene, situación que es una constante en el distrito. El paciente mostraba signos de irritabilidad, se apreciaban ojos hundidos, pocas lágrimas y avidez por líquidos.

Según el nivel de deshidratación, se decidió tratar al paciente observación del servicio dentro del nosocomio.

Se empezó pidiendo una prueba de reacción inflamatoria en heces y probar si el paciente tolera hidratación vía oral con sales de rehidratación 5 cc cada 10 minutos x 30 minutos, si toleraba esto se procedía a dar 10 cc cada 5 minutos por otros 30 minutos.

Luego de una hora de monitoreo, el paciente toleró la vía oral y a su vez descartamos que la causa de las deposiciones líquidas fuera por un agente bacteriano con los resultados de la prueba de reacción inflamatoria.

Se le dio de alta al paciente con el tratamiento de hidratación vía oral en casa y sobre todo dar recomendaciones para evitar que este cuadro vuelva a ocurrir.

Sin embargo, este tipo de casos tan comunes nos sirve para comprender que no solo el manejo médico es necesario, sino la educación. Entender que, si no se educa al paciente, a la población seguiremos viendo este tipo de casos y otros, una y otra vez cuando podría fácilmente prevenirse.

1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Se inició la rotación en el mes de octubre del 2020, luego que el internado se detuviera en la quincena del mes de marzo de ese mismo año. En esta

nueva etapa ya eran 15 el número de internos, sino que se redujo a 6 el número.

Luego de adoptar las correspondientes medidas de bioseguridad se nos presentó el área de cirugía, área que, así como los otros departamentos, tuvieron que adaptarse al nuevo contexto que es la pandemia. El área tuvo que reducirse para ampliar otras, destinadas a la atención de pacientes COVID. Lo que anteriormente era un amplio espacio destinado a emergencia de cirugía, era ahora un ex consultorio de otorrinolaringología. Habían días de la semana donde la emergencia se compartía con otras áreas tales como urología, otorrinolaringología, oftalmología, neurocirugía y cirugía plástica.

El área de observación era ahora un pasadizo con camillas.

Hospitalización contaba con aproximadamente 15 camas, las cuales se compartían con los departamentos de pediatría y traumatología de acuerdo a las necesidades. Debido a la nueva coyuntura del COVID, el servicio solo admitiría a sala de operaciones a emergencias, dejando de lado a cirugías electivas.

Se contaba con un área de cirugía exclusivamente para pacientes COVID, área en la cual no estaba entre nuestras funciones trabajar.

Como internos rotábamos entre el área de emergencia y hospitalización y una vez por semana al área de traumatología que, así como cirugía, la nueva área se vio reducido a un ex consultorio.

En emergencia el flujo de pacientes era alto aproximadamente 30 por guardia. Entre los que usualmente se presentaban pacientes poli contusos por accidentes de tránsito, accidentes laborales; síndromes dolorosos abdominales; mordidas caninas, etc. Era tan alta la afluencia de pacientes y tan poca la cantidad de personal que en muchas ocasiones se permanecía en los servicios hasta altas horas de la noche.

Dentro de nuestras labores no se incluía trabajar en áreas COVID, sin embargo, cuando se trabaja en el servicio de emergencia, no se puede diferenciar si el paciente es COVID positivo o no, ya que se atiende la emergencia, se estabiliza al paciente, para posteriormente hacer la prueba de descarté, y muchas veces se ha estado expuesto a pacientes que fueron reactivos a la prueba COVID.

En esta nueva etapa del internado nos encontramos frente a un servicio que debido a las restricciones del examen de residentado, no se contaba con la presencia de residentes de 1er año, sino con una residente de 3er año y 3 residentes de 2do año, sumado a que solo se contaba con la presencia de 6 internos la carga de trabajo fue exponencialmente mayor comparado con el periodo pre pandemia, sumando todo esto el temor de estar constantemente expuestos a pacientes cuyo resultado de prueba COVID eran una incógnita.

Las expectativas que se tenía del servicio era pulir las técnicas de sutura que aprendimos en la universidad, el correcto diagnóstico de pacientes que ameritaban entrar a una sala de operaciones. Las expectativas se cumplieron debido a la alta afluencia de pacientes que el servicio manejaba a diario. El ambiente laboral era muy ajetreado por la alta demanda de pacientes, oportunidad que se aprovechó para desarrollar nuestras habilidades.

CASO N°3

Llega a la emergencia paciente mujer de 27 años, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, con hiporexia, fiebre, dolor abdominal tipo cólico desde hace 01 día.

Se realiza el interrogatorio a la paciente donde detalla que el dolor comenzó en región de mesogastrio para posteriormente migrar a fosa iliaca derecha, al examen físico, se evidencia McBurney y Blumberg positivo.

Se ordenan exámenes auxiliares de ecografía abdominal, hemograma, examen de orina, perfil de coagulación, electrocardiograma y a pedido del servicio de medicina que se encarga de hacer el riesgo quirúrgico se solicita rutinariamente a pacientes que potencialmente entrarán a sala de operaciones una radiografía de tórax.

Con el resultado de los exámenes auxiliares se evidencia una dilatación de apéndice >6cm en la ecografía, se evidenció un examen de orina no patológico. Se realiza el score de Alvarado donde la paciente tuvo una puntuación de 8 puntos.

La paciente ingresa a sala de operaciones, para posteriormente ser hospitalizada para monitorizar que no haya alguna complicación.

La evolución de la paciente fue favorable por lo que fue dada de alta 48 horas después de haber sido hospitalizada, con indicación de analgésicos y retiro de puntos 07 días después del alta.

CASO N°4

Llega al servicio de emergencia paciente sin antecedentes patológicos, con herida en mano por accidente laboral hace aproximadamente 20 minutos. Se evidencia solución de continuidad de aproximadamente 3 cm en 3er y 4to dedo, con sangrado activo en mano derecha y limitación funcional en 4to dedo.

Se limpia la herida y se pide una interconsulta a traumatología para descartar lesión de tendones. Traumatología examina al paciente y descarta lesión de tendón por lo que se continua a hacer la curación y sutura de herida del paciente.

Se comienza aplicando anestesia local para continuar con la limpieza utilizando yodo en espuma, agua oxigenada y cloruro para posteriormente realizar la sutura.

Se hace 3 puntos de sutura en 3er y 4to dedo del paciente. Se le da de alta con indicaciones de analgésicos, antibióticos y retiro de puntos en posta en 07 días.

Cabe resaltar que, para estos procedimientos de emergencia, los pacientes no son descartados con una prueba de COVID, por lo que se ignora si se estuvo en contacto con pacientes COVID, por lo que nuestra principal defensa es usar adecuadamente los equipos de protección personal y el lavado de manos.

La rotación duró hasta el mes de diciembre, mes en el cual se añadió al equipo de trabajo los nuevos residentes de cirugía. Durante ese mes se apoyó a los nuevos residentes a familiarizarse con el servicio y la carga laboral se alivió gracias al aumento de personal.

1.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

El mes de enero se empezó la rotación en el servicio. Así como en los servicios de pediatría, cirugía y medicina, contábamos con los nuevos residentes del servicio. El servicio contaba con 1 residente de 3er año, 3 residentes de 2do año y los 3 nuevos residentes de primer año.

El departamento contaba con las áreas de emergencia, sala de partos, hospitalización de puérperas y hospitalización de post operadas. Debido a la pandemia el servicio también se adaptó, reduciendo el espacio con el que contaban pre pandemia, y agregando un área de hospitalización para pacientes COVID.

El grupo de internos se dividía en las 3 áreas. Debido a la coyuntura solo se admitían cesáreas de emergencia, no se programaban cesáreas ni cirugías electivas, por lo que el área de post operadas solo incluía a pacientes post cesareadas.

La carga de pacientes se vio disminuida a diferencia del periodo pre pandemia, donde se podía ver una alta cantidad de pacientes en camillas a lo largo de los pasillos de ginecología.

A la mitad de nuestra rotación se confirmaba que el país pasaba por la denominada segunda ola, donde podíamos apreciar en primera persona como la demanda por atención aumentaba, demanda que se tradujo en una nueva reducción de áreas que el servicio de ginecología contaba, por lo que el área de post operadas paso para los pacientes COVID, y las pacientes compartirían camas en el servicio de hospitalización.

La llegada de esta segunda ola de COVID repercutió en el servicio, no solo por la reducción de áreas donde se llevaba a cabo la rotación del internado, sino también porque la enfermedad afectó gravemente a nuestro maestro, quien dio su vida luchando contra la pandemia, maestros cuyas enseñanzas nos marcaron en nuestro desarrollo como profesionales.

A diferencia de los servicios de pediatría y cirugía, nuestra labor como internos estaba más orientado a la atención de pacientes hospitalizados, solo teniendo turnos en el área de emergencia una vez por semana.

En emergencia solíamos recibir pacientes con sangrado anormal, enfermedades inflamatorias pélvicas, gestantes en riesgo de aborto, pre eclampsias, etc.

A diferencia de los servicios por los que rotamos, donde teníamos la libertad de atender pacientes, examinarlos, sugerir diagnósticos y tratamientos; en emergencia de ginecología nos veíamos limitados, ya que toda paciente era examinada por médicos residentes y era elección de ellos permitirnos hacerlo, por lo que se sintió un cambio en la dinámica de trabajo que habíamos mantenido en servicios anteriores.

Se encontró dificultades en la atención de partos, en primer lugar, porque la afluencia de pacientes era menor que en el periodo pre pandemia ya que no se preparaban cesáreas ni cirugías electivas, los partos eutócicos se llevaban a cabo en centros maternos infantiles dentro de la jurisdicción del distrito, los partos tenían dividirse entre los 3 nuevos residentes, los internos de obstetricia y los de medicina. Los internos de medicina éramos los últimos en ser llamados y solo después haber culminado con los pendientes de las evoluciones de pacientes y visita médica. En muchas ocasiones solo se atendían los alumbramientos, por lo que las expectativas de realizar partos no se satisficieron, sin embargo, en las áreas académicas los residentes se mostraban muy dispuestos a enseñarnos los manejos de pacientes, nos impartían clases orientadas al examen nacional de medicina y el ambiente laboral era muy agradable.

CASO N°5

Paciente mujer primigesta de 35 semanas con antecedentes familiares de pre eclampsia en madre, acude a la emergencia por presentar epigastralgia, cefalea, tinnitus y edemas de miembros inferiores.

En la anamnesis notamos que la paciente solo contaba con 2 controles prenatales, la paciente refería que este bajo número de controles se debía al temor de verse expuesta al COVID.

Se le controla la presión arterial de la paciente encontrando una presión de 140/100. Se hace el examen físico con las maniobras de Leopold, se mide la altura uterina, un eco doppler para cuantificar los latidos fetales y se hace un tacto vaginal para ver si hay presencia de dilatación cervical teniendo a una paciente en no trabajo de parto. Se le administra anti hipertensivos y sulfato de magnesio mientras se está a la espera de los exámenes

auxiliares como el hemograma, perfil hepático, examen de orina, electrocardiograma, ecografía de bienestar fetal.

En los exámenes auxiliares se encontró con plaquetas en 200.000, compromiso hepático por elevación de transaminasas y una relación proteína/creatinina >0.3 .

Con estos resultados la paciente es diagnosticada con una pre eclampsia severa por lo que se programa a la paciente a una cesárea de emergencia. Luego del procedimiento quirúrgico la paciente es hospitalizada y el recién nacido es llevado al área de alojamiento.

La paciente presentó una evolución favorable y fue dada de alta 2 días después con una cita para control de herida operatoria y retiro de puntos.

Cabe resaltar en este caso la importancia de los controles prenatales, afortunadamente en este caso no se comprometió la vida de la gestante ni del neonato pero esta patología está asociado a complicaciones para el feto como restricción del crecimiento intrauterino, nacimiento prematuro, desprendimiento de placenta, etc.

CASO N°6

Acude a la emergencia paciente mujer, nulípara de 24 años presentando sangrado vaginal desde hace 3 días, refiere que el día que acude a emergencia presentó abundante sangrado que notó no era un sangrado normal asociado a su periodo menstrual, refiere presentar dolor que se intensifica al pasar de los días.

Se hace una especuloscopia donde se aprecia restos de coágulos, cérvix permeable por lo que se sospecha de un aborto en curso. La paciente refiere no utilizar métodos anticonceptivos. A La paciente se le coloca una vía endovenosa para estabilizarla hemodinámicamente ya que presentaba una presión de 80/50.

La paciente es estabilizada, hospitalizada y se le programa una aspiración manual endouterina ya que cumplía con tener una altura uterina <12 cm, una gestación de <12 semanas por fecha de ultima regla.

Luego del procedimiento, la paciente permanece hospitalizada por 72 horas y luego es dada de alta con tratamiento antibiótico, analgésico, hematinico y control por consultorio una semana después.

Se le sugirió con el apoyo de personal de obstetricia un método anticonceptivo, siendo importante fomentar la salud reproductiva de las pacientes. Cabe resaltar la importancia de buscar estrategias para dar seguridad a las pacientes para el cumplimiento de los controles prenatales dentro de esta coyuntura del COVID.

1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

El mes de marzo se empezó con la última rotación en el servicio de medicina interna. Servicio que cuenta con las áreas de emergencia, observación, hospitalización y hospitalización para pacientes COVID.

En el servicio se cuenta con la presencia de 2 residentes de 1er año, 1 de 2do y 2 de 3ro; residentes del área de gastroenterología y psiquiatría.

Se contaba con la presencia de 6 internos que se dividían entre las áreas de emergencia, observación y hospitalización.

Así como en el departamento de ginecología, el servicio de medicina interna muy orientado a las áreas de hospitalización y observación, pero la diferencia era que la afluencia de pacientes permanecía alta.

El área de hospitalización contaba con 12 camas y se tenían ocupadas entre 9 a 12 camas diariamente, se contaba con la presencia de un residente por algunas horas de la mañana para la elaboración de las indicaciones y el pase de visita. Luego de esto el servicio solo contaba con la presencia de internos y personal de enfermería.

En el área de observación se contaba con 8 camas que se compartía con el servicio de cirugía general. Usualmente se contaba con la presencia de entre 3 a 8 pacientes.

El área de emergencia contaba con la presencia de un médico asistente y un residente. Usualmente llegaban pacientes con crisis hipertensivas, trastornos metabólicos, dificultad respiratoria, dolor abdominal, etc.

Las expectativas fueron conocer y dominar el manejo de emergencias, por lo que generalmente se contaba con la presencia de pacientes para poder aplicar los conocimientos.

CASO N°7

Acude a la emergencia una paciente mujer de 37 años, con antecedentes de litiasis vesicular y pancreatitis, presentando dolor tipo cólico en hemiabdomen superior que se irradia a región dorsal desde hace 01 día.

En la anamnesis la paciente indica que es la 2da vez que pasa por un cuadro similar, ocurriendo este episodio hace un año.

Con la característica del dolor y por los antecedentes, se solicita a la paciente una serie exámenes auxiliares de prueba COVID, amilasa y lipasa para posteriormente recibir tratamiento analgésico por vía endovenosa.

Una vez obtenido los resultados de laboratorio, se aprecia que los niveles de las enzimas se encuentran elevadas y la prueba de COVID no reactiva, el paciente es trasladado al área de observación donde permanecerá hospitalizado para el manejo del dolor.

Ya en hospitalización, se le solicitan exámenes auxiliares adicionales para estadificar el riesgo de mortalidad del paciente con el score apache, por lo que se solicita una ecografía abdominal, hemograma, pcr, urea, creatinina, factores de coagulación, perfil hepático y un análisis de gases arteriales.

El score apache nos da como resultado un paciente con riesgo de mortalidad del 5%. El paciente permanece en npo en el área de observación para monitorizar su evolución.

Dentro de los parámetros que nos indica una buena evolución es un control de PCR, que la paciente presente apetito, que al examen físico la paciente presente ruidos hidroaéreos y que manifieste una disminución del dolor.

Ya con estos parámetros clínicos el paciente empieza con una dieta blanda. Una vez el paciente ya es estabilizado se le da el alta médica.

Sin embargo, solo se atendió este episodio de pancreatitis, no se atendió la patología de fondo que en el futuro volverá a desencadenar cuadros de pancreatitis, que es la litiasis vesicular, debido a las restricciones por la

pandemia, no se puede contar con una cirugía electiva para que el paciente solucione el problema de fondo que son los cálculos vesiculares.

CASO N° 8

Paciente femenino de 52 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 10 años, sin control de tratamiento, acude a la emergencia refiriendo dolor abdominal asociado a náuseas desde hace 01 día.

Lo primero ante un dolor abdominal asociado a náuseas es descartar alguna patología quirúrgica o infecciosa. Debido al antecedente de no seguir un estricto control de tratamiento para la diabetes, se le realiza una prueba de hemoglucotest.

Al examen físico no se evidencia dolor a la palpación en el punto de McBurney y los datos obtenidos del relato clínico, no contribuyen con el posible diagnóstico de Apendicitis. A la prueba de hemoglucotest se evidencia una glucosa de 450 por lo que sumado a la información la historia clínica se orienta al diagnóstico de cetoacidosis diabética, una complicación aguda de la diabetes mellitus.

Se inicia hidratando a la paciente con cloruro de sodio al 9%. Se le realiza un análisis de gases arteriales donde se aprecia una acidosis metabólica, sin alteración de sodio y potasio, por lo que horas después se agrega un bolo de insulina.

La paciente permaneció aproximadamente un día en el servicio hasta que los niveles de glucosa descendieron por debajo de 250.

Se le dio el alta con una interconsulta a endocrinología, ya que en el servicio se atendió la emergencia, pero la paciente necesita una evaluación para descartar complicaciones tardías de la diabetes y sobre todo seguir un régimen controlado y responsable.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se encuentra ubicado en el km 31 de la Panamericana Norte en el distrito de Puente Piedra, cuenta con 1167 trabajadores entre asistenciales y administrativos. Es un nosocomio categorizado como un hospital de nivel II-2 de mediana complejidad, como tal es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población en su ámbito de referencia, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud de la población. Como hospital de referencia de los establecimientos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, ejerce competencia sanitaria sobre los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y parte de los distritos de Ventanilla y Carabaylo.

La misión del hospital es la siguiente: El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz brinda servicios de salud en el marco del Modelo de Atención Integral, en forma solidaria responsable y oportuna, con responsabilidad social y participación de la comunidad y promocionando estilos de vida saludables en la población, contribuyendo en el desarrollo de la comunidad.

La visión es lo siguiente: Ser un hospital líder del cono norte, con capacidad resolutiva adecuada que permita brindar una atención de calidad en forma solidaria. Identificado y comprometido con las necesidades de salud de la población.

El hospital cuenta con los siguientes departamentos:

CIRUGÍA: Cirugía General, Cirugía Torácica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Neurocirugía, Traumatología y Ortopedia.

GINECOLOGÍA: Servicio de Ginecología y Obstetricia.

MEDICINA INTERNA: Servicio de Medicina Interna, Gastroenterología, Cardiología, Neurología, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Dermatología, Endocrinología Y Neumología.

PEDIATRÍA: Servicio de Pediatría y neonatología.

EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS: Servicio de Emergencia, Cuidados Intensivos, Trauma Shock, Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios Neonatales.

ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO: Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, Recuperación Post Anestésica y Reanimación, Cirugía Ambulatoria.

El nosocomio cuenta con los servicios de emergencia de Cirugía general, ginecología, medicina interna, pediatría las 24 horas. Pacientes que necesitan atención de emergencia de otras especialidades, son referidos a centros hospitalarios de mayor complejidad que cuente con el servicio de emergencia de dichas especialidades.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Como profesional de la salud en la aplicación de métodos, se explora la realidad del caso del paciente y en conjunto con el conocimiento previo se genera una hipótesis, que se van relacionando hasta llegar a un diagnóstico, limitación y circunstancias del problema. La práctica en el campo de la salud es intrínsecamente compleja porque se toma en consideración todas las dimensiones del paciente para la toma de decisiones.

El proceso de la atención del paciente que acude a emergencia inicia desde la llegada al centro hospitalario y la orientación hacia el servicio le corresponde acudir.

El paciente al llegar al servicio que corresponde manejar la emergencia, se categoriza de acuerdo al nivel prioridad del nivel 1 al 5, siendo el 1 una emergencia que requiere atención inmediata porque la vida del paciente está en riesgo, el nivel 2 siendo de emergencias que necesitan ser atendidos en menos de 30 minutos, el nivel 3 son casos de urgencia que pueden esperar por una atención hasta en 2 horas, el nivel 4 para urgencias menores en la que se puede esperar hasta 4 horas y el nivel 5 de casos no urgentes que puede tomar hasta 5 horas para la atención.

En este nuevo contexto de pandemia, si el paciente presenta sintomatología propia del COVID como dificultad respiratoria, fiebre, cefaleas o diarreas; deberá acudir en primera instancia al área de triaje de COVID, donde un profesional de la salud adoptando todas las medidas de bioseguridad buscará descartar que la sintomatología del paciente sea causada por el coronavirus mediante las pruebas que el centro hospitalario tenga disponible, como las pruebas rápidas, antigénicas y moleculares.

De acuerdo al diagnóstico del profesional de la salud, el paciente recibe las indicaciones para el tratamiento del COVID, caso contrario si la sintomatología del paciente no es provocada por el coronavirus, será admitido al servicio de emergencia que le corresponda.

Una vez que se ha categorizado al paciente junto con la toma de funciones vitales se procede a la atención del paciente mediante un interrogatorio dirigido hacia la causa de la emergencia plasmado en un documento médico legal que es la historia clínica.

Una vez concluido el interrogatorio al paciente se le realiza un examen físico, así como la anamnesis, dirigido a la causa de la emergencia. El examen físico se hace respetando la integridad del paciente y explicando las maniobras que se aplicaran para dicha exploración. Una vez concluido el relato y el examen físico se proponen posibles diagnósticos y es posible apoyarlo con la ayuda de exámenes auxiliares.

Ya con la anamnesis y exámenes auxiliares se inicia un razonamiento clínico, tomando toda la información y hacer una unidad clínica.

Una vez llegado a un diagnóstico se propone un tratamiento de acuerdo a la patología que presente el paciente. Se le explica al paciente sobre las conclusiones llegadas y proponer las opciones terapéuticas disponibles, estando el paciente en la libertad de seguirlas.

Tanto los diagnósticos como tratamientos están basados en los conocimientos del personal médico obtenidos en años de estudios y prácticas profesionales, pero sobre todo la aplicación de la medicina basada en evidencias, para lo cual el perfil del médico exige constantemente estar actualizado en esta materia.

Si la emergencia es resuelta, se da de alta al paciente con indicaciones que debe seguir en casa y el correspondiente control por consultorio. Caso contrario si el paciente no está en condiciones de alta, queda hospitalizado en el área de observación por un breve periodo de estancia hasta estar estable para el alta.

En pacientes los cuales necesitan más tiempo para estabilizarse, en aquellos a los cuales no se ha determinado la etiología de la patología y que necesiten de atención médica o en pacientes cuyo tratamiento solo

puede ser administrado dentro de un nosocomio, son trasladados al área de hospitalización.

En pacientes de especialidades quirúrgicas de la misma manera se cuenta con un área de post operados para el monitoreo estricto de la estabilidad del paciente así la preparación para eventuales complicaciones propias de los procedimientos quirúrgicos.

Bajo este nuevo contexto de pandemia, todo paciente cuya estancia no será corta, es sometida a pruebas de descarte de COVID antes de ser admitido a las áreas comunes de observación u hospitalización, si el paciente es reactivo a estas pruebas, será admitido a áreas exclusivamente dirigidos a pacientes COVID.

En el caso número 01 se estaba frente a una intoxicación por órgano fosforados, el manejo en el hospital fue un lavado gástrico, en la cual guías clínicas no lo sugieren con el riesgo de aspiración en pacientes con alguna alteración del sensorio (1).

El paciente recibió atropina como tratamiento, que compite con la acetilcolina a los receptores muscarínicos, previniendo un estado colinérgico. Las dosis recomendadas en pacientes pediátricos son de 0.05 mg/kg EV. Si no hay una reversión de los signos muscarínicos, la dosis debe duplicarse cada 3-5 minutos hasta conseguir la reversión de estos signos. El uso de oxígeno no es necesario darlo antes del inicio de tratamiento con atropina (2).

Para el caso número 2, un paciente con deshidratación, según las guías clínicas de rehidratación se categoriza al paciente de acuerdo a los signos y síntomas que presente. El paciente fue correctamente clasificado como una deshidratación moderada por lo que luego de comprobar que el paciente tolera vía oral, se le administró sales de rehidratación oral (mOsm <270). Dado de alta con la recomendación de consumir líquidos preparados mediante cocción de cereales en grano o molidos (arroz) y cocinados en agua. Agua, siempre y cuando, se combine con la dieta habitual, que incluya alimentos con almidón (papa, yuca maíz), preparados de preferencia con sal (3).

Para el caso número 3, paciente diagnosticada con apendicitis se hizo uso la escala de Alvarado, cuyo resultado fue de 8, que de acuerdo a la escala era de una alta probabilidad de estar frente a un caso de apendicitis (4).

Paciente fue ingresada a sala donde se realizó una apendicetomía laparoscópica donde el diagnóstico post operatorio fue de apendicitis aguda necrosada. Los hallazgos fueron un apéndice cecal de 11x1 cm, necrosado en 2/3 distales, base indemne, subseroso en 2/3 proximales, plastronados por asas intestinales.

La paciente es hospitalizada y las indicaciones fueron: Ceftriaxona 1 g c/ 12 horas, Metronidazol 500 mg c/8 horas, Metamizol 1g c/8 horas, dexketoprofeno c/8 horas. Las guías sugieren el uso de antibióticos en casos de apendicitis perforadas (5).

Luego de 48 horas la paciente evolucionó favorablemente por lo que fue dada de alta con Dexketoprofeno y completar el tratamiento antibiótico en casa por vía oral.

En el caso número 05, paciente gestante con el diagnóstico de preeclampsia severa. Se tomó en cuenta los criterios como para el diagnóstico como son la presión sistólica >140, diastólica >90 más la presencia de uno de las siguientes situaciones: Proteinuria >0.3, plaquetas <100.000, creatinina sérica >1.1, transaminasas el doble del valor basal, edema pulmonar, cefaleas y síntomas visuales como escotomas (6).

En el plan del tratamiento se indica MgSO₄ 10 mg ev, Nifedipino 10 mg via oral cada 4 horas, Metildopa 1 gr via oral cada 12 horas y culminar gestación. Debido a la edad gestacional de 35 semanas, no se requiere de maduración pulmonar (7).

En el caso número 8, un paciente con cetoacidosis diabética el tratamiento empieza con la hidratación del paciente con NaCl 0.45% a 250 cc/hora. Luego tenemos que ver los niveles de potasio del paciente, en este caso el potasio de la paciente se encontró en rango normal, por lo que no fue necesario la administración de este electrolito. Lo siguiente es la aplicación de insulina a dosis de 8 UI (8).

La paciente estabilizó sus niveles de glucosa y fue dada de alta con una semana de tratamiento con metformina de 850 mg 30 minutos después del desayuno, almuerzo y cena.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Lo experimentado en el internado médico dista mucho del periodo pandemia y pre pandemia. Cada servicio tuvo que adaptarse de acuerdo a la realidad presente.

4.1 PEDIATRÍA

Un servicio con alta demanda de atención, se llevó a cabo antes de la pandemia, por lo que se contaba con un mayor número de internos, el trabajo en equipo en esta etapa fue fundamental por tan alta carga de pacientes, el trabajo en equipo permitió que se manejara de forma ordenada a los pacientes y sobre todo desarrollamos una forma dinámica y efectiva de manejar los tiempos en cuanto atención de pacientes. En neonatología se adquirió la destreza de la atención a los recién nacidos y los protocolos a seguir.

4.2 CIRUGÍA

El primer servicio en rotar luego de la pandemia, se desarrolló las destrezas para el manejo y curación de heridas en pacientes que lo requerían, así como identificar rápidamente los posibles diagnósticos de los pacientes porque en este servicio el tiempo no está de nuestro lado.

Se aprendió a manejar la presión ante la presencia de tantas emergencias de forma simultánea y contando con un menor número de compañeros, donde en muchas ocasiones nos encontrábamos por nosotros mismos frente a todo un servicio de emergencia.

4.3 GINECOLOGÍA

Para la dinámica de atención se necesita ser muy minucioso para no dejar ir detalles que puedan posiblemente comprometer la vida de la paciente y del feto. Sobre todo, recalcar la importancia de la comunicación y relación médico paciente para dar la tranquilidad que la paciente requiere en esos momentos de un posible parto.

4.4 MEDICINA INTERNA

Es el servicio donde de forma más amplia puede aplicarse el conocimiento, ya que medicina interna abarca todos los sistemas del paciente. Un servicio donde es muy interesante el razonamiento que se llega hacer para llegar al diagnóstico del paciente.

CONCLUSIONES

1. Lo importante que es la práctica pre profesional para fijar los conocimientos adquiridos durante toda la carrera en personas reales y no simulaciones.
2. Debemos adaptarnos a la realidad del centro hospitalario, las guías clínicas proponen métodos diagnósticos y tratamientos, los cuales no siempre están disponibles.
3. Lo vital que es el trabajo en equipo para un mejor desempeño laboral en pro del beneficio del paciente.
4. Mantener el respeto tanto para tus maestros, compañeros y pacientes.
5. No olvidar que estamos tratando a personas, no enfermedades.

RECOMENDACIONES

- Aprovechar lo que el centro hospitalario pueda ofrecer dentro de sus limitaciones.
- Respetar y seguir los lineamientos en cuanto nuestros deberes y las limitaciones de esta.
- No tener temor a preguntar o sugerir alguna alternativa si esta será en pro del paciente.
- Mantener siempre la compostura frente al paciente.
- Perseverar en la búsqueda de la información más actualizada y hacerlo parte de nuestro hábito.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Eddleston M, Roberts D, Buckley N. Management of severe organophosphorus pesticide poisoning. *Crit Care*. 2002 Jun;6(3):259. doi: 10.1186/cc1499. Epub 2002 Apr 25. PMID: 12133188; PMCID: PMC137450.
2. Konickx LA, Bingham K, Eddleston M. Is oxygen required before atropine administration in organophosphorus or carbamate pesticide poisoning? - A cohort study. *Clin Toxicol (Phila)*. 2014 Jun;52(5):531-7. doi: 10.3109/15563650.2014.915411. Epub 2014 May 8. PMID: 24810796; PMCID: PMC4134047.
3. <http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC-Fluidoterapia-Version-Corta.pdf>
4. De Quesada Suárez, Leopoldo, Milagros Ival Pelayo, and Caridad Lourdes González Meriño. "La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda." *Revista Cubana de Cirugía* 54.2 (2015): 121-128.
5. Frazee RC, Abernathy SW, Isbell CL, Isbell T, Regner JL, Smith RD. Outpatient Laparoscopic Appendectomy: Is It Time to End the Discussion? *J Am Coll Surg*. 2016 Apr;222(4):473-7. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.12.053. Epub 2016 Jan 14. PMID: 26920990.
6. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstet Gynecol*. 2020 Jun;135(6):1492-1495. doi: 10.1097/AOG.0000000000003892. PMID: 32443077.
7. La Rosa, Mauricio, and Jack Ludmir. "Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos.."

8. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 60.4 (2014): 373-378.
9. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care. 2009 Jul;32(7):1335-43. doi: 10.2337/dc09-9032. PMID: 19564476; PMCID: PMC2699725.

ANEXOS



ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

