



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA Y HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL
INTERNADO 2020-2021**

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

**PRESENTADA POR
ANA LUZ BAEZ AYALA**

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

**LIMA, PERÚ
2021**



**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 MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA Y HOSPITAL SERGIO E. BERNALES
DURANTE EL INTERNADO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANA LUZ BAEZ AYALA**

**ASESOR
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Pediatría y Neonatología	1
1.2 Rotación de Cirugía General	4
1.3 Rotación de Medicina Interna	8
1.4 Rotación de Ginecología-Obstetricia	12
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	17
2.1 Hospital Nacional Arzobispo Loayza	17
2.2 Hospital Nacional Sergio E. Bernales	20
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	23
3.1 Rotación de Pediatría y Neonatología	23
3.2 Rotación de Cirugía General	25
3.3 Rotación de Medicina Interna	26
3.4 Rotación de Ginecología-Obstetricia	28
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	37
1. Organigrama estructural del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	38
2. Organigrama estructural del Hospital Nacional Sergio E. Bernales	39

RESUMEN

El Internado es el último año de los estudios de pregrado, en donde se realizan prácticas pre profesionales. En este periodo se consolidan los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la carrera. Estas actividades las desarrollan en las unidades hospitalarias denominadas “áreas de rotación” que incluyen: medicina interna, cirugía general, ginecología – obstetricia y pediatría, donde se desarrollan habilidades y destrezas, conocimientos y aptitudes en las distintas actividades médico-quirúrgicas y humanísticas para la atención al paciente afianzando en el estudiante sus estrategias y tácticas para la elaboración de su propio conocimiento.

Se describen los hospitales donde se realizó el internado, los servicios que ofrecen, las patologías más frecuentes que se ven tanto en emergencia como en hospitalización. Asimismo, se presentan los principales casos vistos en cada una de las rotaciones, donde se aplica los conocimientos y competencias médicas adquiridas durante pregrado, haciendo uso del razonamiento clínico y de las diferentes guías de práctica clínica.

Por último, se hace una reflexión sobre los cambios que se dieron debido a la pandemia, el cambio de sede, así como las dificultades que se presentaron.

ABSTRACT

The Internship is the last year of undergraduate study, where pre-professional internships are carried out. In this period, the theoretical and practical knowledge acquired during the career is consolidated. These activities are carried out in the hospital units called "rotation areas" that include: internal medicine, general surgery, gynecology - obstetrics and pediatrics, where skills and abilities, knowledge and aptitudes are developed in the different medical-surgical and humanistic activities for the patient care, consolidating in the student their strategies and tactics for the elaboration of their own knowledge. The hospitals where the internship was carried out, the services they offer, the most frequent pathologies seen both in emergencies and in hospitalization are described. Likewise, the main cases seen in each of the rotations are presented, where the medical knowledge and skills acquired during undergraduate are applied, making use of clinical reasoning and the different clinical practice guidelines.

Finally, a reflection is made on the changes that occurred due to the pandemic, the change of headquarters, as well as the difficulties that arose.

INTRODUCCIÓN

El Internado corresponde a las prácticas pre profesionales del último año de los estudios de pregrado, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio, con tutoría de la universidad. (1) En este periodo se consolidan los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la carrera. Estas actividades las desarrollan en las unidades hospitalarias denominadas “áreas de rotación” que incluyen: medicina interna, cirugía general, ginecología – obstetricia y pediatría, donde se desarrollan habilidades y destrezas, conocimientos y aptitudes en las distintas actividades médico-quirúrgicas y humanísticas para la atención al paciente afianzando en el estudiante sus estrategias y tácticas para la elaboración de su propio conocimiento. (2)

Dentro de las actividades del interno se encuentra la realización de Historias clínicas en los diferentes ambientes (Hospitalización y Emergencia) dentro de las 4 rotaciones, toma de funciones vitales, seguimiento de la evolución de los pacientes, etc.; así como los distintos procedimientos médico-quirúrgicos propios de cada rotación.

Para el inicio del Internado 2020 se realizó un Curso de Inducción el 20 de diciembre del 2019 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Donde se abordaron temas como: Reglamento del Internado, Medidas básicas para control de Infecciones hospitalarias, Accidentes punzocortantes como Riesgo Ocupacional en el HNAL, etc.; además se brindó un taller sobre la toma de Análisis de Gases Arteriales.

Las rotaciones de Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna (mitad de rotación) se realizaron en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Las rotaciones de Medicina Interna y Ginecología-Obstetricia se realizaron en el

Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es un hospital de alta especialización y de referencia tanto en el ámbito local como nacional, cuenta con la categoría Nivel III-1, ya que ofrece servicios complejos y promueve la docencia e investigación en salud. (3)

Dentro de los servicios brindados por el Hospital se encuentran:

- Consulta externa
- Atenciones en las Estrategias Sanitarias-Programas Estratégicos
- Intervenciones Quirúrgicas
- Atenciones de Emergencia
- Atenciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Generales
- Atenciones en la Unidad de Cuidados Coronarios
- Procedimientos médicos
- Exámenes de Laboratorio
- Radiografías con sistema Digital
- Hospitalizaciones en Medicina Interna, Cirugía General, Especialidades Médicas, Especialidades Quirúrgicas, Ginecología-Obstetricia, Pediatría, Neonatología (UCI Neonatal), Atención de Partos normal y/o de Alto Riesgo, Central de Inmunizaciones, Tratamiento con quimioterapia. (3)

Dentro de los objetivos funcionales generales del hospital están:

1. Lograr la recuperación de la salud y rehabilitación de las capacidades de los pacientes en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad e integralidad, en Consulta Externa.
2. Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
3. Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la Salud.
4. Mejorar el desempeño y el desarrollo de los recursos humanos generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y entorno familiar.
5. Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos materiales, económicos y financieros.
6. Asegurar el adecuado financiamiento del hospital. (3)

El Hospital Sergio E. Bernales es un órgano descentralizado de la Dirección de Salud V-Lima Ciudad, cuenta con la categoría Nivel III-1, y según su nivel de Complejidad es un EE.SS con UPSS especializadas de alta capacidad resolutive. Cuenta con los Departamentos de:

- Medicina
- Cirugía
- Ginecología-Obstetricia
- Pediatría
- Odonto-Estomatología
- Consulta Externa y Hospitalización
- Emergencia y Cuidados Críticos
- Medicina Física y Rehabilitación
- Enfermería
- Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Patología Clínica y Anatomía Patológica
- Diagnóstico por Imágenes
- Nutrición y Dietética
- Psicología
- Farmacia
- Servicio Social (4)

Internado durante la pandemia por Sars-Cov2

Para el retorno al Internado durante la pandemia del Sars-Cov2 se tomaron en cuenta los lineamientos de la RM 622-2020.

Entre los requisitos para la reanudación progresiva de actividades de los internos estaban: contar con un seguro de salud y de vida, tener un contrato, capacitación e inducción, estar registrado en el Registro Nacional del Personal de la Salud, ser no reactivo a la prueba rápida de COVID-19, entrega de equipos de Protección personal (EPPs), etc.

Durante la emergencia sanitaria, el internado se realiza durante 15 días de asistencia continua al EE.SS asignado, en áreas no-COVID, seguidos de 15 días de descanso.

El horario es de lunes a sábado de 7:00 am a 13:00 pm, con un máximo de 2 guardias diurnas en áreas no-COVID. (5)

Previo a la reanudación del internado se realizó una capacitación virtual, donde se abordaron temas como:

- Mecanismo de transmisión
- Sintomatología característica
- Signos de alarma
- Finalidad de aislamiento domiciliario
- Uso correcto de EPP por nivel de riesgo
- Estrés laboral en el contexto de la pandemia
- Lavado de manos (6)

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Pediatría y Neonatología

Se desarrolló las siguientes unidades de aprendizaje:

1. Problemas del recién nacido
2. Problemas de salud del niño y del adolescente
3. Urgencias y emergencias en pediatría

En donde se aplicaban los principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo del recién nacido, niño y adolescente, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes, promoviendo la prevención. (7)

Caso Clínico 1

Madre refiere que su hija de 3 años cursa desde hace 3 días con resfrío y tos con secreciones para lo cual la madre administra paracetamol y cetirizina, a lo cual presenta una aparente adecuada respuesta.

Hace 2 días presenta cuadro con dificultad respiratoria (respira rápido y se le hunde el pecho) para lo cual la madre administra prednisona y salbutamol pero sin adecuada respuesta.

El día del ingreso la paciente cursa con mayor intensidad de dificultad respiratoria por lo cual acude a Emergencia.

Antecedentes Patológicos: Asma (nebulizaciones más de 4 veces)

RAM: Niega

Alergias: Polvo, ácaros, mascotas

Hospitalizaciones: Hace 1 año, por asma

Covid 19: Niega

Funciones Vitales: T°: 36.4 °C FR: 58x' FC: 130x' Sat O2: 92% PA: 110/60 mmHg Peso: 15 kg

Al examen:

- Piel: Pálida (+/+++), no impresiona cianosis, ventila espontáneamente, llenado capilar <2", mucosa oral parcialmente seca, frialdad distal
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en AHT, a predominio de HTD. Se auscultan sibilantes en ambos campos pulmonares asociado a subcrepitantes. Tiraje Subcostal, Intercostal y supraesternal.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos adecuados
- Abd: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas
- SNC: Despierta, colaboradora, moviliza extremidades, no impresiona focalización

Impresión Diagnostica:

1. Crisis Asmática severa
2. Asma bronquial no controlada
3. D/C Neumonía sobreagregada
4. D/C Covid

Plan:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc 45 gotas por minuto en 8 horas
3. Metilprednisolona 30mg EV STAT. Luego 7.5 mg EV cada 12 horas
4. Ranitidina 15 mg EV cada 8 horas
5. Metamizol 300mg EV PRN T°>38 °C
6. O2 húmedo por MR (10 litros) para Sat O2>95%
7. Cabecera 30°

8. CFV+OSA
9. Se solicita: Hemograma, PCR, Glucosa, Urea, Creatinina, Radiografía de tórax frontal y lateral (post terapia de rescate), se solicita hisopado
10. Pasa a observación pediátrica
11. Salbutamol 100 µg 8 puff cada 20 minutos por 3 repeticiones, luego 2 puff cada 2 horas
12. Bromuro de ipratropio 4 puff cada 20 minutos por 3 repeticiones, luego 4 puff cada 4 horas
13. Budesonida 200µg 1 puff cada 12 horas

Ex. Auxiliares:

Radiografía de tórax: Aumento de trama bronquial, 9 EIC, patrón intersticial.

Hemograma: Leucocitos 11100, Hb: 11.1, Plaquetas: 374000, Segmentados: 89%, Abastionados: 0%, PCR: 0.08%

Caso Clínico 2

Madre refiere que su menor hijo hace 2 días presenta sensación de alza térmica no cuantificada concomitante a aumento de volumen a nivel de rodilla derecha. Refiere que hace 10 horas presenta aumento de volumen y se agrega inmovilidad para caminar "cojera".

Antecedentes:

- Hospitalizaciones previas: Hace 1 año por fisura craneal
- RAMS: Niega
- Nebulizaciones: Hace 2 años
- Uso de inhalador: Niega

FV: T°: 37°C FR: 20x' FC: 106x' Sat O2: 98% Peso: 17 kg

Al examen físico:

- Piel y Faneras: Mucosas hidratadas, llenado capilar <2". No cianosis, no palidez, se observa a nivel de la articulación de rodilla derecha aumento de volumen de aproximadamente 3 cm, con signos de flogosis, piel caliente, dolor a la palpación.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales, no tirajes
- Abd: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas
- SNC: Despierta, colaboradora, moviliza extremidades, no signos meníngeos, no signos de focalización
- Rango articular disminuido en rodilla derecha, diámetro de rodilla derecha: 24 cm, diámetro de rodilla izquierda: 20 cm

Impresión diagnóstica: Celulitis de rodilla derecha

Rp:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Oxacilina 850 mg EV cada 6 horas
3. Clindamicina 170 mg EV cada 6 horas
4. Metamizol 340 mg EV PRN T > o = 38 °C
5. Control de funciones vitales más observación de signos de alarma
6. Se solicita Hemograma, PCR, VSG
7. Se hospitaliza

Hemograma: Leucocitos: 9100 Abastados: 0% Plaquetas: 326000Hb: 12.1
PCR: 3.61 VSG: 18

1.2 Rotación de Cirugía General

Se desarrolló las siguientes unidades de aprendizaje:

- Hernias de pared abdominal: Epigástrica, umbilical, inguinal (directa e indirecta), crural.
- Perforación gastrointestinal - Obstrucción intestinal (alta y baja)
- Problemas inflamatorios agudos del abdomen: Apendicitis aguda; pancreatitis aguda, diverticulitis.
- Enfermedad litiásica biliar: litiasis vesicular, colecistitis crónica y aguda; coledocolitiasis; fístulas biliodigestivas, íleo biliar.
- Hemorroides, fisura anal; abscesos y fístulas perianales.
- Neoplasias más frecuentes del aparato digestivo.

Donde se aplicó los principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes de cirugía general, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención. (8)

Caso Clínico 1

Paciente mujer de 32 años (ingresa el 02/11/20 a las 21:47) refiere que hace 3 días cursa con dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho, que no calma con analgésicos, asociado a náuseas y vómitos. No SAT

Antecedente: colelitiasis hace 2 años

Niega antecedentes quirúrgicos

FV: FC: 98x' FR: 19 T°: 37°C PA: 120/80 mmHg Sat O2: 98%

- Paciente despierta, ventilando espontáneamente
- Piel y Faneras: T/H/E. Llenado capilar <2", leve palidez +/-, ictericia +/-+. Mucosa oral seca
- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: B/D. RHA (+), masa palpable en HCD, Murphy (+). Doloroso a la palpación en HCD y epigastrio. No rebote.
- GU: PPL (-) PRU (-)
- SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos de focalización

Impresión diagnóstica:

- Colecistitis Aguda calculosa
- D/C Coledocolitiasis

Plan: Pre quirúrgicos, perfil hepático, ecografía abdominal

Resultados:

- Hto: 39.4 Hb: 13

- Hgma: Leucocitos: 13680 Abastionados 3% Segmentados 74% Linfocitos 76% Plaquetas 244000 PCR: 11.1
- Glucosa: 90 Urea: 28 Creatinina: 0.65 BT: 0.55 BD: 0.24 TGO: 15 TGP: 14 FA: 97
- G y F: B+, INR: 0.92

Ecografía abdominal:

- Hígado: De tamaño normal, contornos regulares, parénquima homogéneo
- Vías biliares intrahepáticas no dilatadas
- Vesícula: Distendida, paredes delgadas. Se evidencia múltiples litiasis en su interior menores de 10mm
- Colédoco dilatado de 9mm con litiasis de 9mm en su porción proximal visible
- Conclusión: Colecistitis aguda calculosa, colédoco dilatado+coledocolitiasis

Rp

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc: I, II, III/2
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas
- Ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas
- CFV+BHE
- Se solicita ColangioRMN

IC Gastroenterología: CPRE

Hallazgos: Tercio proximal de 12mm, se aprecia una imagen sugestiva de lito de 8mm. Se procede a ingresar con catéter balón y canastilla de Dormia no logrando capturar dicho cálculo debido a la dilatación distal. Procedimiento sin complicaciones inmediatas

Conclusión:

1. Litiasis coledociana
2. No signos endoscópicos de colangitis

Sugerencias: Tratamiento quirúrgico

Plan: Completar riesgo quirúrgico, programar SOE

Cirugía realizada: Colectomía incisional +EVB+DK+DPR por CAC +Coledocolitiasis

Hallazgos: Vesícula biliar de 9x4cm, paredes gruesas con múltiples cálculos en su interior, colédoco con calculo en su interior de 9mm.

Caso Clínico 2

Paciente mujer de 54 años (ingresa el 24/11/20 a las 15:40), refiere que 1 día antes del ingreso cursa con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio asociado a náuseas y vómitos en 1 oportunidad. El día del ingreso refiere dolor de mayor intensidad que migra a FID. Niega SAT. Por la persistencia de síntomas acude a emergencia.

Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos.

FV: FC: 108x', T°: 37°C PA: 120/80mmHg FR: 19x' SatO2: 98%

- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2". Palidez +/-+++
- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Plano, no distendido, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación en FID, McBurney (+). No signos peritoneales
- SNC: LOTEP, EG: 15/15

Impresión Diagnóstica: SDA: D/C Apendicitis Aguda

Plan: Prequirúrgicos, ecografía abdominal

Ecografía Abdominal:

- En FID se observa imagen tubular de fondo ciego de 33 x 7.2mm, dolor a la ecopresión, se asocia a cambios inflamatorios del plano graso mesentérico. No líquido libre
- Conclusión: Hallazgos sugerentes de apendicitis aguda

Exámenes Auxiliares: Hb: 12.7 Leucocitos: 7050 Abastados: 2% INR: 0.95
Plaquetas: 269000 Creat: 0.61 Glucosa: 89 Urea: 20

Cirugía realizada: Apendicectomía incisional por apendicitis aguda supurada: Incisión transversa en FID y disección por planos hasta cavidad abdominal. Abierta la cavidad, se evidencia apéndice cecal retrocecal de +- 7x1.5cm supurada en toda su extensión. Se realiza apendicectomía a muñón libre previa ligadura de mesoapendicular. Revisión de hemostasia. Cierre de peritoneo parietal con vicryl. Cierre de piel.

1.3 Rotación de Medicina Interna

Se desarrolló las siguientes unidades de aprendizaje:

1. Problemas infecciosos, respiratorio, cardiovascular y digestivo
2. Problemas del sistema nervioso, metabólico, hormonal, articular y mental
3. Problemas renales, de piel, de la sangre y coagulación; ética y medicina legal.

En donde se aplicaban los principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes con problemas infecciosos, problemas del aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, problemas del sistema nervioso, hormonales, metabólicos, articulares, de salud mental, problemas renales, de piel y faneras, de la sangre; con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes, promoviendo la prevención. (2)

Caso Clínico 1

Paciente mujer de 79 años refiere que 7 días antes del ingreso presentó cefalea de moderada intensidad y malestar general. Además de disminución del apetito, que se mantiene por 4 días.

3 dai presentó nauseas asociado a vómitos de contenido alimentario (2 veces al día). Por lo que acude a emergencia, donde le realizan analítica laboratoril,

prueba covid e imágenes; los resultados son normales, la paciente se encuentra estable por lo que es dada de alta.

1 dai presentó disnea a moderados esfuerzos, cansancio, no tolera vía oral, debilidad muscular, tos productiva y cefalea, por lo que acude a emergencia.

Antecedentes Patológicos:

- Neumonía bacteriana hace 19 años
- Epistaxis hace 1 año, con tto de cauterización
- RAMS: Niega

FV: T°: 37°C, PA: 120/80mmHg, FR: 22x', FC: 92x|, Sat O2:88%

Al examen físico:

- Piel y Faneras: T/H/E. Llenado capilar<2 seg. Palidez (+/+++). No edemas, no ictericia.
- T y P: Murmullo vesicular pasan disminuido en 2/3 inferiores de ACP, presencia de crépitos en 2/3 inferiores de ACP
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abd: RHA positivos, blando y depresible, no dolor a la palpación, no masas
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: LOTEP, pupilas isocóricas fotorreactivas, ECG: 15/15, no signos de focalización, sensibilidad conservada

Impresión Diagnóstica:

1. Neumonía
 - a. D/C Covid 19

Se solicita TEM tórax, prueba molecular COVID 19

TEM tórax: opacidades en patrón en vidrio deslustrado y reticular, con áreas de condensación parenquimal 2/3 inferiores de ACP sugerente de Covid.

Por lo que pasa al área de sospechosos Covid. Al llegar la prueba molecular con resultado negativo es transferida al servicio de Medicina. Aga de control sin alteraciones, con hemograma sin leucocitosis ni desviación izquierda (Leu: 9900, linfocitos 1.24), con anemia leve (Hb: 11), con perfil de coagulación sin

alteraciones y examen de orina del ingreso patológico: 25 a 30 leucocitos por campo. Glucosa: 97, Urea: 34, Creatinina: 0.7, Albúmina: 3.9

Impresión diagnóstica:

1. Compromiso pulmonar
 - a. Neumonía
 - b. D/c Pulmón secuelar por SARS-Cov2
 - c. D/c TBC pulmonar
 - d. D/c NM pulmonar
2. ITU en TTO
3. Anemia leve

PLAN DE TRABAJO:

1. Antibioticoterapia sistémica
2. Interconsulta Neumología: se solicita BK en esputo, marcadores tumorales
3. O2 suplementario para Sat O2 >92%

Rp:

- Dieta Blanda y líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Ceftazidima 2gr cada 8 horas EV
- Amikacina 1gr cada 24 horas EV
- Paracetamol 500mg cada 8 horas VO
- Metamizol 1gr PRN T°>38 °C
- O2 Suplementario si Sat O2 <92%
- N acetilcisteina 600mg cada 12 horas VO

Caso Clínico 2

Paciente varón de 74 años refiere que 1 día antes del ingreso presentar en 4 oportunidades hematoquezia, cada una de aproximadamente 100cc, 2 en la mañana y 2 en la noche, niega sensación de desvanecimiento. Refiere ritmo evacuatorio cada 15 días.

Antecedentes:

- HTA hace 3 meses en tratamiento con captopril cada 12 horas.
- Cirugías anteriores: Colectomía laparoscópica hace 2 años
- Antecedentes familiares: Madre falleció por infarto. Padre: Ca de colon
- Niega alcohol, tabaco y drogas
- Covid 19 hace 2 meses

FV: FC: 109x' T°: 36.7 °C, PA: 110/80 mmHg FR: 19x' Sat O2: 97%

Examen físico

- Piel y Faneras: T/H/E. Llenado capilar <2 seg. Palidez (+/+++). No edemas, no ictericia. Mucosas hidratadas
- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en AHT
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abd: RHA positivos, blando y depresible, no dolor a la palpación, no masas
- Tacto rectal: no se palpan hemorroides externas, no evidencia de sangrado
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: LOtep, pupilas isocóricas fotorreactivas, ECG: 15/15, no signos de focalización, sensibilidad conservada

Exámenes laboratoriales:

- Ig G Reactivo a covid
- Leucocitos: 8800 abastados: 0%
- Plaquetas 220000
- INR:1 TP: 11.8
- Hto: 39.2 Hb:13.1
- Glucosa: 100, creatinina: 1 Urea: 20

Impresión Diagnóstica:

1. Hemorragia Digestiva Baja
 - a. D/C NM de colon

Plan: Colonoscopia: se evidencian hemorroides internas.

1.4 Rotación de Ginecología-Obstetricia

Se desarrolla las siguientes unidades de aprendizaje:

1. Problemas ginecológicos
2. Problemas en obstetricia
3. Ética, prevención y promoción en ginecobstetricia.

En donde se aplican los principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de las pacientes ginecológicas, pacientes obstétricas, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención. (9)

Caso Clínico 1

Paciente mujer de 23 años, acude a emergencia por presentar sangrado vaginal desde hace 4 días, con prueba de embarazo en orina +.

Con funciones vitales al ingreso: T°: 38.4 °C, PA: 110/60 mmHg, FR: 20 x', FC: 109x', Sat O2: 98%

Antecedentes patológicos: Niega

Cirugías previas: Niega

RAM: Niega

G4 P2012 G1 (parto vaginal), G2 (parto vaginal), G3: Aborto, G4: Actual

Al examen físico:

- Piel y Faneras: T/H/E LI. cap <2". No palidez
- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abd: Leve dolor a la palpación a nivel de hipogastrio, rebote negativo.
- TV: Cérvix posterior sin cambios, escaso sangrado vaginal con discreto mal olor.

Dx:

- Sangrado uterino anormal

- D/C Aborto incompleto
- Sd. Febril

Plan:

- Observación
- Ecografía transvaginal
- Hemograma completo
- Examen de orina
- β HCG cuantitativa

Se reevalúa en 1 hora

PA: 110/60mmHg FC: 98 x' FR: 20 x' T°: 38 °C SatO2: 98%

- AREG, AREH, AREN
- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2"
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+), leve dolor a la palpación en hipogastrio
- TV: Cérvix posterior, consistencia blanda, no doloroso a la movilización, OCE y OCI cerrado, discreto mal olor. Útero de posición anterior 10 cm, consistencia blanda, de 10 cm

DX:

- Aborto incompleto infectado
- Sd. Febril

Plan: Queda en observación para tratamiento antibiótico y legrado uterino

- DB +LAV
- NaCl 0.9% 1000 cc →Vía
- Clindamincina 600 mg EV cada 8 horas
- Ceftriaxona 2gr EV c/24 horas
- CFV+CSA
- Misoprostol 400 microgramos SL STAT

Resultados de laboratorio:

- Hgma: Leucocitos 9×10^3 Hb: 11.5 Hcto: 34.6 Plaquetas 238000 Abastoados 2%

- Examen de orina: Nitritos negativo, leucocitos aislados 18-20 por campo Cilindros negativo, cilindros epiteliales negativo, gérmenes positivos.
- β HCG: 3160 mIU/ml (5-6 semanas: 861-88 769)
- Tiempo de protrombina: 13. 3, INR: 0.93
- Glucosa: 90 Urea: 27 Creatinina: 0.58
- Grupo y Facto: A+

Se le realiza AMEU

Rp. Post AMEU

- DC+LAV
- NaCl 0.9% 1000cc por vía
- Metamizol 1g IM PRN T°>38 °C
- Clindamicina 600mg EV c/8 horas
- Ceftriaxona 2g EV c/24 horas
- Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas
- Ergometrina 0.2 g VO c/8 horas

Caso Clínico 2

Paciente mujer de 22 años, ingresa el 19/04/21 a las 17: 11 pm, referida de C.S Laura Rodríguez, presenta dolor abdominal tipo contracciones uterinas de forma esporádica desde hace 6 horas, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal.

Antecedentes obstétricos: G2 P0010

- G1: aborto
- G2: Actual
- FUR: 20/07/20
- FPP: 27/04/21

Niega antecedentes patológicos, niega cirugías previas, Niega RAM

FV: T°: 37 °C, PA: 170/90mmHg, FR: 18x', FC: 78x', SatO2: 98%

Al examen:

- Piel y Faneras: Edemas en miembros inferiores con fóvea. Llenado capilar <2”
- T y P: MV pasa bien en ambos hemitórax
- CV: RCR de BI. No soplos
- Abdomen: AU: 33 cm, SPP: LCD, LCF: 144 x’, DU (-), MF ++/+++
- TV: cérvix posterior, permeable un dedo. AP: -3 Membranas integra, pelvis ginecoide
- SNC: LOTEPE. EG: 15/15

Impresión Diagnóstica:

1. G2 38 semanas 6/7 por Ecografía 1er Trimestre
2. Pródromo de trabajo de parto
3. HIE: Preclampsia con criterios de severidad
4. ARO: CPN insuficiente

Plan: Se programa cesárea de emergencia

Se solicita: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, ecografía obstétrica, Tiempo de coagulación y sangría, Grupo y Factor, Perfil hepático, DHL, prueba covid.

Rp:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc
3. NaCl 0.9% 100cc + Sulfato de magnesio 5 Ampollas → 40cc en 20 minutos, 10cc por hora hasta completar 24 horas
4. Nifedipino 10mg VO PRN PA > o = 160/110mg
5. Monitoreo estricto de presión arterial, diuresis, FC, FR, EG
6. Cefazolina 2gr EV STAT
7. CFV
8. Sonda Foley Permeable

Resultados:

- Examen de orina: Leucocitos: 0.5 por campo, nitritos-, gérmenes-

- Hgma: Leucocitos: 7700 Abastionados: 0 Hb: 9.4 Hcto: 30
Plaquetas:237000
- Glucosa: 89 urea: 17 creatinina: 0.6 albumina: 3.0
- Bilirrubina total: 0.02
- Bilirrubina directa: 0.03
- Bilirrubina indirecta: 0.01
- TGO: 29 TGP: 18 GGT: 17
- G y F: O+

Se realiza cesárea

Hallazgos: RN vivo en cefálico, líquido amniótico claro

Puerperio 8 horas

FV: FC: 96 x' PA: 148/96mmHg FR: 19x' SatO2: 98% T°: 37°C.

Paciente refiere cefalea, dolor en herida operatoria.

Rp:

1. DL→Dieta blanda por la tarde
2. NaCl 0.9% 1000cc→ 45 gotas
3. NaCl 0.9% 100cc+Sulfato de Magnesio 5 Ampollas→Pasar 10cc por hora por 24 horas
4. Metildopa 500mg VO cada 12 horas
5. Nifedipino 10 mg VO PRN Presión arterial > o = 160/110mmHg
6. Tramadol 100 mg SC PRN dolor intenso
7. Ranitidina 50mg EV cada 8 horas
8. Monitoreo de PA cada hora en hoja aparte
9. Sonda Foley Permeable +BHE
10. Masaje uterino
11. CFV+CSA
12. Proteinuria en orina de 24 horas
13. Se solicita hematocrito control

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Nacional Arzobispo Loayza

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza está ubicado en el distrito de Lima Cercado en la Avenida Alfonso Ugarte N°848. No cuenta con población de referencia, porque acuden pacientes de diferentes lugares de Lima y de todo el País. Los distritos de mayor procedencia son: Lima Cercado, Breña, SJL, SMP, Comas, Los Olivos, Rímac, Ate, Callao, Puente Piedra, Independencia, La Victoria, Chorrillos, etc. (3)

Es un establecimiento de Salud de Atención General Categoría III-1. Cuenta con los Departamentos de:

- Medicina Interna
- Especialidades Médicas: Servicio de Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriatria, Onco-Hematología Clínica, Inmunoreumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Nefrología, Neumología, Neurología, Salud Mental, Infectología
- Cirugía General-Aparato Digestivo y Pared Abdominal
- Especialidades Quirúrgicas: Servicio de Cabeza y Cuello, Cirugía Plástica y Quemados, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Urología, Cirugía Torácica y Cardiovascular, Cirugía Vascular Periférico y Angiología
- Ginecología y Obstetricia: Servicio de Obstetricia, Ginecología, Reproducción Humana, Oncología Ginecológica y Mamas, Obstetricas
- Pediatría: Servicio de Pediatría y Neonatología
- Estomatología: Servicio de Estomatología Clínica y Quirúrgica

- Enfermería
- Anestesia y Centro Quirúrgico
- Patología Clínica y Banco de Sangre: Servicio de Bioquímica, Hematología, Inmunoserología, Microbiología, Banco de Sangre
- Anatomía Patológica
- Diagnóstico por Imágenes: Servicio de Radiología, Ecografía y Medicina Nuclear
- Nutrición y Dietética
- Servicio Social
- Farmacia
- Consulta Externa y Hospitalización
- Emergencia y Cuidados críticos (3)

En el 2019 se realizaron 460 602 atenciones en consulta externa. Las morbilidades más frecuentes atendidas en consulta externa son: La Hipertensión arterial primaria, Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, Lumbago no especificado, Asma de aparición tardía, Gonartrosis no especificada, etc. Como promedio diario 1535 atenciones médicas diarias, siendo Psiquiatría (74 pacientes por día) el de mayor atención, seguido de Endocrinología (73 pacientes por día) y Gastroenterología (71 pacientes por día). (3)

Cuenta con 789 camas hospitalarias, de las cuales medicina interna concentra el 31.94%, seguido de cirugía general 14. 20%, Especialidades quirúrgicas 11, 03%, Obstetricia 10.14% y Ginecología 7.6%. (3)

La morbilidad en Hospitalización Cirugía General más frecuente fue:

- Apendicitis aguda
- Apendicitis aguda con absceso peritoneal
- Colecistitis aguda
- Hernia inguinal unilateral no especificada
- Cálculo de conducto Biliar sin colangitis
- Apendicitis aguda con peritonitis generalizada (3)

La morbilidad en Hospitalización Ginecología más frecuente fue:

- Leiomioma del útero

- Pólipo del cuerpo del útero
- Otros quistes ováricos
- Prolapso útero vaginal completo
- Prolapso útero vaginal incompleto
- Tumor maligno de la mama

La morbilidad en Hospitalización Obstetricia más frecuente fue:

- Parto único espontáneo
- Parto por cesárea
- Complicación relacionada con el embarazo
- Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo
- Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas
- Infección del riñón en el embarazo

La morbilidad en Hospitalización Medicina más frecuente fue:

- Pancreatitis Aguda
- Infección de las vías urinarias
- Insuficiencia Renal crónica
- Diabetes Mellitus no insulino dependiente
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Neumonía

La morbilidad en Hospitalización Neonatología más frecuente fue:

- Recién nacido pretérmino
- Ictericia Neonatal
- Sepsis bacteriana del recién nacido
- Incompatibilidad ABO del feto
- Taquipnea transitoria del recién nacido
- Dificultad respiratoria del recién nacido

La morbilidad en Hospitalización Pediatría más frecuente fue:

- Asma no especificada
- Infección de vías urinarias
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Bronquiolitis
- Apendicitis aguda

- Intoxicación alimentaria bacteriana

En cuanto a la morbilidad general en emergencia, las más frecuentes fueron: Otros dolores abdominales, Rinofaringitis, Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, Fiebre no especificada, Asma no especificado, Infecciones de vías urinarias, Cefalea, Abdomen agudo, Trabajo de parto prolongado no especificado, entre otros. (3)

2.2 Hospital Nacional Sergio E. Bernales

El El Hospital Sergio E. Bernales está ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la avenida Túpac Amaru, en las faldas y explanada de la Huaca de “Los Kollis”; en el distrito de Comas. Tiene un área de terreno inicial de 606285,52 m² y un área construida de 16 833,33 m². (4)

La población directa comprende a los residentes de los distritos de Carabayllo, Comas e Independencia de la provincia de Lima. Población total: 1054401 habitantes. La población indirecta son los residentes de la provincia de Huaral y Canta pertenecientes a la provincia de la Región Lima que tienen acceso al hospital por dos de los cinco corredores viales y sociales. También, el hospital es referencia de la poblaciones residentes en las Regiones San Martín y Huánuco. (4)

Está categorizado como Nivel III-1. Dentro de la cartera de servicios, se cuentan con las siguientes especialidades médicas:

- Medicina: Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Neurología, Psiquiatría, Geriatria y Reumatología.
- Cirugía: Cirugía General, Cabeza y Cuello, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía Tórax y Cardiovascular, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Oncología, Traumatología y Ortopedia, Urología.
- Gineco-Obstetricia: Alto Riesgo, Colposcopia, Climaterio, Infertilidad, Ginecología, Planificación familiar, Control pre-natal.
- Otras Especialidades: Medicina en Rehabilitación, Psicología, Odontología, Terapia Física, ocupacional y de lenguaje, Terapia del

dolor y Estrategias Sanitarias

- Pediatría: Pediatría, Neonatología, Neuropediatría y Nefrología. (4)

Cuenta con 49 consultorios, en dos turnos de 8:00 a 14:00 horas y tarde de 14:00 a 17:00 horas de lunes a sábado; que por motivos de pandemia no están atendiendo. (4)

Se cuenta con 336 camas en pabellones de hospitalización, 61 camas en Emergencia y Unidades de Cuidados Críticos y 11 camas en sala de operaciones. (4)

Dentro de los principales diagnósticos de la consulta de emergencia según etapa de vida fueron:

Niño

- Faringitis Aguda
- Rinofaringitis aguda
- Fiebre de origen desconocido
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Asma
- Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores

Adolescente

- Dolor abdominal y pélvico
- Supervisión de embarazo normal
- Herida de la cabeza
- Infecciones agudas de las vías aéreas superiores
- Faringitis aguda
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

Joven

- Dolor abdominal y pélvico
- Supervisión de Embarazo normal
- Herida de la cabeza
- Traumatismos múltiples
- Falso trabajo de parto
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

Adulto

- Dolor abdominal y pélvico

- Herida de la cabeza
- Supervisión de embarazo normal
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Traumatismos múltiples
- Herida de la muñeca y de la mano

Adulto Mayor

- Dolor abdominal y pélvico
- Hipertensión primaria
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Herida de la cabeza
- Insuficiencia respiratoria
- Traumatismos múltiples (4)

Los diagnósticos de hospitalización según etapa de vida fueron:

- Niño: Los más frecuentes son las enfermedades infecciosas (45.7%) como la sepsis bacteriana del recién nacido, neumonía, diarrea; y las no transmisibles como asma.
- Adolescente: Las enfermedades infecciosas son las causas más frecuente de hospitalización (58.3%) y las no transmisibles, traumatismos y envenenamiento suman el 14.4%.
- Joven: Las hospitalizaciones son más frecuentes en el género femenino relacionadas a enfermedades infecciosas, enfermedades maternas y del RN (84.7%).
- Adulto: Igual que en la etapa de vida anterior es más frecuente en las mujeres, los principales diagnósticos son: Parto único espontáneo, parto por cesárea, aborto no especificado, apendicitis aguda, colecistitis, leiomioma del útero, complicación relacionada con el embarazo.
- Adulto mayor: Las enfermedades no transmisibles son las causas más frecuente de hospitalización (29.6%), las infecciosas y los traumatismos, envenenamientos son el 20%. Según orden de frecuencia: Hiperplasia de próstata, hernia inguinal unilateral, trastorno del sistema urinario, colecistitis, infarto cerebral, septicemia, etc. (4)

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Pediatría y Neonatología

Caso Clínico 1

La mayoría de los pacientes con una exacerbación grave del asma pueden tratarse con éxito con el uso intensivo de agonistas beta, anticolinérgicos, glucocorticoides y otros medicamentos.

Los objetivos de la terapia para una exacerbación aguda del asma incluyen:

- Reversión rápida de la obstrucción del flujo de aire
- Corrección de hipoxemia y / o hipercapnia severa, si está presente
- Reducción de la probabilidad de hospitalización y recurrencia después del alta

Una exacerbación grave se caracteriza por la incapacidad para repetir una frase corta, taquipnea extrema, sibilancias inspiratorias y espiratorias, una relación inspiratoria-espiratoria superior a 1: 2, muy mala aireación, uso significativo de los músculos accesorios y una saturación de oxígeno que es típicamente <92%. Los signos de insuficiencia respiratoria inminente incluyen cianosis, incapacidad para mantener el esfuerzo respiratorio (la frecuencia respiratoria puede ser inapropiadamente normal o baja), estado mental deprimido (letargo o agitación), saturación de oxígeno <90% y acidosis respiratoria (aumento parcial presión de dióxido de carbono observada en una muestra de gas en sangre venosa, arterial o capilar). También se puede emplear el Pulmonary Index Score para ver la gravedad de la crisis asmática.

El tratamiento consiste en:

- Manejo de la hipoxemia y la hipercapnia: Administración de oxígeno humidificado suplementario según sea necesario para mantener una saturación de oxígeno $\geq 92\%$, generalmente a una velocidad de flujo de 6 a 8 L / min.
- Manejo del broncoespasmo: los broncodilatadores adicionales utilizados en niños con asma moderada o grave pueden incluir sulfato de magnesio intravenoso y beta-agonista parenteral como terbutalina o epinefrina.
- Agonistas beta-2 inhalados de acción corta: los agonistas beta-2 inhalados de acción corta (beta-agonistas o SABA), en particular albuterol (salbutamol), son el tratamiento emergente estándar para las exacerbaciones agudas del asma.
- Bromuro de ipratropio es un agente anticolinérgico que proporciona broncodilatación través de la relajación del músculo liso. Se recomienda tratar a los niños con una exacerbación del asma de moderada a grave con bromuro de ipratropio además de un beta-agonista. Se prefiere la forma nebulizada (250 microgramos por dosis para niños que pesan < 20 kg; 500 microgramos por dosis para niños que pesan ≥ 20 kg). Administramos bromuro de ipratropio con cada uno de los tres primeros tratamientos con albuterol. (10)

Caso Clínico 2

La celulitis, el absceso o ambos se encuentran entre las infecciones cutáneas y de tejidos blandos más frecuentes. La celulitis se manifiesta como un área de eritema, edema y calor de la piel; se desarrolla como resultado de la entrada de bacterias a través de brechas en la barrera cutánea.

Para niños hemodinámicamente estables con celulitis típica y sin factores de riesgo de MRSA proporcionamos cobertura inicial tanto para Streptococcus beta-hemolítico como para MSSA. Ampliamos la cobertura para incluir MRSA si la terapia inicial no tiene éxito.

Las cefalosporinas de primera generación (p. Ej., Cefalexina, cefadroxil), cefalosporinas de segunda generación (p. Ej., Cefuroxima), cloxacilina y dicloxacilina son opciones para la terapia oral. Entre estos, preferimos la

cefalexina debido a su espectro estrecho y dos o tres veces al día. La cefazolina, la clindamicina, la nafcilina y la oxacilina son opciones para la terapia parenteral. Como en el caso de la paciente que se usó la combinación de oxacilina más clindamicina. (11)

3.2 Rotación de Cirugía General

Caso Clínico 1

La coledocolitiasis secundaria es el resultado del paso de cálculos biliares desde la vesícula biliar al conducto colédoco. Los pacientes con coledocolitiasis suelen presentar dolor de tipo biliar y pruebas de laboratorio que revelan un patrón colestásico de anomalías en las pruebas hepáticas (es decir, bilirrubina elevada y fosfatasa alcalina). Los pacientes con coledocolitiasis no complicada suelen estar afebriles y tienen un hemograma completo y concentraciones de enzimas pancreáticas normales.

La CPRE puede diagnosticar y eliminar cálculos de CBD. Se estima que la sensibilidad de la CPRE para la coledocolitiasis es del 80 al 93 por ciento, con una especificidad del 99 al 100 por ciento. Es el examen de elección.

En el caso de la paciente al ser una CPRE frustra se optó por el tratamiento quirúrgico. La colecistectomía laparoscópica con exploración concomitante del conducto biliar tiene la ventaja de ser un procedimiento de una sola etapa que extrae la vesícula biliar y limpia los conductos biliares, pero debido a la pandemia del Sars Cov2 no se realizan cirugías laparoscópicas, por lo que se realizó una Exploración de vías biliares más colecistectomía incisional. (12)

Caso Clínico 2

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más común en el mundo, con un riesgo de por vida del 8,6 por ciento en los hombres y del 6,9 por ciento en las mujeres.

La apendicitis no perforada, también conocida como apendicitis simple o apendicitis no complicada, se refiere a la apendicitis aguda que se presenta

sin signos clínicos o radiográficos de perforación (p. Ej., Masa inflamatoria, flemón o absceso).

La mayoría de los casos de apendicitis no se perforan en el momento de la presentación. El tratamiento estándar actual para la apendicitis es la apendicectomía oportuna, que puede realizarse abierta o laparoscópicamente. En el caso de la paciente se realizó una apendicectomía abierta debido a la pandemia del Sars Cov2.

Los antibióticos profilácticos son importantes para prevenir la infección de la herida y el absceso intraabdominal después de la apendicectomía. La flora del apéndice refleja la del colon e incluye aerobios y anaerobios gramnegativos.

Los pacientes que proceden directamente de la sala de urgencias al quirófano para la apendicectomía sin más demora deben recibir antibióticos profilácticos dentro de una "ventana" de 60 minutos antes de la incisión inicial. En general, es adecuada una sola dosis de antibiótico preoperatorio para la profilaxis de heridas quirúrgicas. Las pautas establecidas por Medical Letter y el Surgical Care Improvement Project sugieren las siguientes opciones para la apendicectomía: una dosis única de cefoxitina (2 g IV) o cefotetan (2 g IV), o la combinación de cefazolina (2 g si <120 kg o 3 g si ≥120 kg IV) MÁS metronidazol (500 mg IV) o, en pacientes alérgicos a penicilinas y cefalosporinas, clindamicina más uno de los siguientes: ciprofloxacina, levofloxacina, gentamicina o aztreonam. (13)

3.3 Rotación de Medicina Interna

Caso Clínico 1

En el caso de la paciente en un inicio se sospechó de una Neumonía por Sars Cov2, luego del resultado de la prueba molecular negativa, este diagnóstico se descartó.

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de morbi-mortalidad en todo el mundo. Su presentación clínica varía desde una neumonía leve caracterizada por fiebre y tos productiva hasta una neumonía

grave caracterizada por dificultad respiratoria y sepsis. Para la mayoría de los pacientes con NAC, la etiología se desconoce en el momento del diagnóstico y es apropiado el tratamiento empírico, dirigido a los patógenos más probables.

Los regímenes antibióticos empíricos están diseñados para tratar *S. aureus*, bacilos entéricos gramnegativos (p. Ej., *Klebsiella pneumoniae*) además de patógenos típicos (p. Ej., *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. catarrhalis*) y patógenos atípicos (p. ej., *Legionella pneumophila*, *M. pneumoniae* y *C. pneumoniae*).

En el caso de la paciente, al tener una hospitalización reciente con el uso de antibióticos por vía intravenosa o sospecha de infección por *Pseudomona*, según Up to Date usamos terapia combinada con un betalactámico antipseudomonas (p. Ej., Piperacilina-tazobactam, cefepima, ceftazidima, meropenem o imipenem) más una fluoroquinolona antipseudomonal (p. ej., ciprofloxacina o levofloxacina). La selección de regímenes empíricos también debe basarse en el patrón de susceptibilidad de los aislados previos. En el caso de la paciente se usó: ceftazidima y amikacina. (14)

Caso Clínico 2

La hemorragia aguda del tracto gastrointestinal bajo se refiere a la pérdida de sangre de aparición reciente que se origina en el colon. Las causas de hemorragia digestiva baja aguda se agrupan en: anatómicas (diverticulosis), vasculares (angiodisplasia, isquémica, inducida por radiación), inflamatorias (infecciosas, enfermedad inflamatoria intestinal) y neoplásicas.

Los pacientes con hemorragia digestiva baja aguda usualmente presentan hematoquecia. En el 85% de pacientes el sangrado se autolimita.

La colonoscopia es el examen inicial de elección para el diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva baja aguda.

Las ventajas de la colonoscopia en comparación con otras pruebas para la hemorragia digestiva baja incluyen su potencial para localizar con precisión el sitio de la hemorragia independientemente de la etiología o tasa de hemorragia, la capacidad de recolectar muestras patológicas y la posibilidad

de una intervención terapéutica. Dentro de las desventajas está la necesidad de preparación intestinal, visualización deficiente en un colon no preparado o mal preparado y los riesgos de sedación en un paciente con hemorragia aguda.

En el caso del paciente, se encontró hemorroides internas grado 1. El manejo es conservador: modificación de la dieta y cambio de estilos de vida:

- Los pacientes deben ingerir de 20 a 30 g de fibra insoluble por día y beber mucha agua (1,5 a 2 litros por día). Ambos son necesarios para producir heces blandas y regulares, que reducen el esfuerzo al defecar.
- Los pacientes deben hacer ejercicio físico con regularidad.

Los baños de asiento son un tratamiento tópico para los brotes agudos de hemorroides para reducir la inflamación y el edema y relajar los músculos del esfínter, ya que en los pacientes con enfermedad hemorroidal el tono del esfínter está elevado. Los baños de asiento pueden aliviar la irritación y el prurito, así como el espasmo de los músculos del esfínter anal. Deben usarse con agua tibia, en lugar de fría, dos o tres veces al día. (15)

3.4 Rotación de Ginecología-Obstetricia

Caso Clínico 1

El aborto es causa del 6% de las muertes maternas, siendo la mayoría por aborto séptico, que es una complicación infecciosa grave del aborto que se agrava con un cuadro de sepsis, shock séptico y falla orgánica múltiple.

Según la Guía de Práctica Clínica y procedimientos en Obstetricia del INMP, los objetivos terapéuticos que se buscan en un aborto séptico son: mantener la estabilidad hemodinámica y ventilo-oxigenoterapia, controlar la infección, erradicar foco infeccioso: legrado uterino o laparotomía exploratoria, y prevenir complicaciones.

Se canaliza vía periférica y se inicia fluidoterapia con NaCl 0.9% 1 litro, tratamiento antibiótico con Clindamicina y Ceftriaxona, aunque la guía recomienda: amikacina, clindamicina y ceftriaxona.

Se procede a desfocalizar a la paciente mediante el AMEU, ya que el nivel de β HCG se correlaciona con una gestación menor a 12 semanas y la paciente se encuentra estable. (16)

Caso Clínico 2

La preclampsia es una de las complicaciones más frecuentes y graves en el embarazo, su incidencia es de 5 a 7% de todos los embarazos, siendo en muchos establecimientos de salud una de las principales causas de muerte materna.

Debido a que la paciente tiene una PA de 170/90 mmHg cumple con el criterio para el diagnóstico de Preclampsia con criterios de severidad. Se le solicita hemograma, examen de orina, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, perfil de coagulación.

Según la Guía de Práctica Clínica y procedimientos en Obstetricia del INMP ante una Preclampsia severa se activa la clave azul:

a) Hidratación: abrir una vía venosa periférica con un catéter N° 18 con NaCl 9 ‰, y pasar 1000 cc a chorro en 20 minutos, luego de lo cual se evaluará el estado de hidratación de la paciente; si se evidencia signos de deshidratación (FC > 90 x', diuresis < 30 cc/hora, mucosa oral seca), se continuará la hidratación con reto de fluidos.

b) Prevención de la convulsión: Iniciar por otra vía venosa una infusión de Sulfato de Magnesio: diluir 5 ampollas de SO₄Mg al 20 % en 50 cc de NaCl 9 ‰ y pasar por volutrol, con bomba de infusión, 40 cc (4 g) en 20 minutos y continuar con 10 cc (1 g) por hora hasta 24 horas posparto. En caso de eclampsia se administrará 40 cc (4 g) en 20 minutos y se continuará con 20 cc (2 g) por hora.

c) Metildopa 1 g VO c/12 horas, evaluar PA a los 20 minutos y verificar si hay daño de órganos: Si presión diastólica es mayor de 110 mm Hg dar Nifedipino 10 mg vía oral. En el caso de la paciente se usó nifedipino según la PA.

d) Culminación de gestación en mayores de 34 semanas, como en el caso de la paciente.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Se inició el internado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con aproximadamente 134 internos, de los cuales 23 rotaban en el servicio de Pediatría, el horario era de lunes a domingo de 7:00am a 16:00pm, con 1 a 2 guardias por semana, a diferencia de las demás rotaciones sí se descansaba luego de la guardia. Además, según el Decreto Supremo N°020-2002-EF todos los internos del hospital recibían una compensación remunerativa de 400 soles mensuales. (17)

Antes de la pandemia del Covid 19, la mitad de rotación fue en el servicio de pediatría y la segunda mitad en el servicio de neonatología. La rotación de pediatría se dividía en: Consultorio, Unidad de Monitoreo Pediátrico, Emergencia, Cirugía Pediátrica y Pabellón de Hospitalización. La rotación de neonatología se dividía en Alojamiento Conjunto, Intermedios, UCI neonatal y Atención inmediata del RN. Se realizaban actividades académicas en la mañana y al medio día.

Se reanudó el internado el 1 de octubre del 2020 en el HNAL, con aproximadamente 40 internos, en áreas No covid, en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Ginecología-Obstetricia; ya no hubo campos clínicos en Pediatría. (18) El horario era de lunes a sábado de 7:00 a 13:00, durante los primeros 15 días del mes, ya no se hacían guardias debido al riesgo de contagio de Covid 19, y las actividades académicas fueron virtuales. Se entregó EPPs mensualmente y se realizaba la prueba rápida antes de iniciar las rotaciones. Además, según el Decreto de urgencia N° 090-2020, los internos reciben una remuneración de 930 soles. (19)

La rotación de cirugía general contó con 6 internos, 2 rotaban en UCI-

coronaria y 4 en el pabellón 6-I, que cuenta con 30 camas (previo a la pandemia se rotaba en los pabellones: 6-I, 6-II y 6-III). El número de cirugías disminuyó debido a que se cerró el quirófano principal y se cerraron 2 pabellones de cirugía, ya no se realizaban cirugías laparoscópicas, y los internos ya no realizaban guardias en emergencia.

En la rotación de medicina interna hubo 3 pabellones no-covid (2, 8-I y 10) y contó con 5 internos. En el pabellón 8-I había 24 camas para pacientes varones, de las cuales 1 era de Aislamiento para pacientes con tuberculosis pulmonar, los pacientes pasaban al pabellón con prueba rápida negativa.

Debido a la segunda ola de COVID 19 se suspendió el internado en el HNAL el 15 de enero del 2021. Por lo que la rotación de medicina interna se continuó en el Hospital Sergio E. Bernales, que en lo personal resultó un gran desafío debido a la distancia. La rotación se dividió en Hospitalización mujeres, hospitalización varones, Neumología y Gastroenterología y contaba con 11 internos. Se realizaron 2 guardias diurnas en el Servicio de emergencia, la asistencia era de lunes a domingo. Se realizaban actividades académicas de manera virtual. Durante la rotación, en el área de hospitalización de mujeres: 4 pacientes dieron positivo a la prueba molecular de Sars –Cov 2, además, 3 internas de medicina también se contagiaron con la enfermedad del Covid19, por lo que se cerró temporalmente el área de Medicina-Mujeres.

La rotación de Ginecología- Obstetricia se divide en: Puerperio, UCIM, ARO, Ginecología, además se realiza 2 a 3 guardias por mes; cuenta con 10 internos. No se incluyen áreas covid.

En general, al inicio se cumplió con la mayoría de los lineamientos para la reanudación del internado, había disponibilidad de EPPs y se realizaron las pruebas rápidas. Al cambiar de hospital, se demoró la entrega de EPPs y ya no se realizaron las pruebas de tamizaje a los nuevos internos. Posteriormente, esto se regularizó.

CONCLUSIONES

- 1.** El Internado es el periodo donde se consolidan los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la carrera.
- 2.** Es en este año donde se afianzan las habilidades y destrezas, conocimientos y aptitudes en las distintas actividades médico-quirúrgicas y humanísticas para la atención al paciente afianzando las estrategias y tácticas para la elaboración de su propio conocimiento.
- 3.** Debido a la pandemia del Covid 19, se tuvieron que aplicar distintas medidas para el adecuado retorno de los internos a los establecimientos de salud.

RECOMENDACIONES

- Se deben cumplir los lineamientos para tener un adecuado internado como: tener un seguro de vida y de salud, contar con una prueba rápida no reactiva a Covid 19, así como pasar por una evaluación médica y recibir capacitación sobre las medidas de bioseguridad, previo al inicio del internado.
- Asimismo, el establecimiento de salud debe proveer de EPPs, y las actividades de los internos deben de realizarse en áreas no covid, para disminuir el riesgo de contagio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. ASPEFAM. Reglamento del comité nacional de pregrado de salud del SINAPRESS. Lima; 2020.
2. USMP. Sílabo Medicina Internado. Lima: USMP, Facultad de Medicina Humana; 2020.
3. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental HNAL. Análisis de Situación de Salud 2019. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2020.
4. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis Situacional de Salud 2014. Comas: Hospital Nacional Sergio E. Bernales; 2014.
5. MINSA. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020. Lima: MINSA; 2020.
6. MINSA. Procedimiento para el regreso de los internos de ciencias de la salud post cuarentena social obligatoria. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Oficina del Personal; 2020.
7. USMP. Sílabo Pediatría Internado. Lima: USMP, Facultad de Medicina Humana; 2020.
8. USMP. Sílabo Cirugía Internado. Lima: USMP, Facultad de Medicina Humana; 2020.
9. USMP. Sílabo Gineco-Obstetricia Internado. Lima: USMP, Facultad de Medicina Humana; 2020.
10. Scarfone RJ. Up to Date. [Online]; 2020 [cited 2021 Abril 28. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/acute-asthma-exacerbations-in-children-younger-than-12-years-emergency->

department-
management?search=asthma%20ni%C3%B1os&topicRef=285&source=related_link.

11. Kaplan SL. Up to Date. [Online]; 2020 [cited 2021 Abril 29. Available from: https://www.uptodate.com/contents/suspected-staphylococcus-aureus-and-streptococcal-skin-and-soft-tissue-infections-in-children-greater-than-28-days-evaluation-and-management?search=cellulitis%20treatment%20children&source=search_result&selectedTitle=2~150.
12. Arain MA. Up to Date. [Online]; 2020 [cited 2021 Abril 29. Available from: https://www.uptodate.com/contents/choledocholithiasis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=8#H1715924778.
13. Smink D. Up to Date. [Online]; 2021 [cited 2021 Abril 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H9259945.
14. Ramirez JA. Up to Date. [Online]; 2021 [cited 2021 Abril 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=pneumonia&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=3#H1113632960.
15. Bleday R. Up to Date. [Online]; 2019 [cited 2021 abril 29. Available from: https://www.uptodate.com/contents/home-and-office-treatment-of-symptomatic-hemorrhoids?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H813383083.
16. Ríos EG. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima: INMP; 2018.
17. MINSA. Decreto Supremo N° 020-2002-EF. Lima: MINSA; 2002.

18. MINSA. Acta de la Reunión del Comité de Docencia en Pregrado sobre la Reanudación de Actividades de Internos de Ciencias de la Salud en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Departamento de Docencia e Investigación; 2020.
19. MINSA. Decreto de Urgencia N° 090-2020 Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la Covid -19. El Peruano. 2020 Agosto: p. 2-3

ANEXOS

ANEXO N°1



