



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MEDICO EN LOS HOSPITALES DE
AYACUCHO Y LIMA NORTE**

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

**PRESENTADA POR
VHIR FRANCO CONDEÑA QUICAÑA**

ASESOR

Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

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 DE INTERNADO MEDICO EN LOS
HOSPITALES DE AYACUCHO Y LIMA NORTE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

VHIR FRANCO CONDEÑA QUICAÑA

ASESOR

DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Karin Narda Galvez Carrillo

Miembro: Mg. Noymi Edelina Soto Espinoza

Miembro: Dr. Rodolfo Antonio Cruz Pazos

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres que me acompañaron en todo momento en mi carrera, gracias a su apoyo pude cumplir mis sueños.

Y a las amistades que conocí a lo largo de mi trayectoria universitaria que fue mi segunda familia.

Vhir Franco Condeña Quicaña

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1 GINECO – OBSTETRICIA	1
2 PEDIATRIA – NEONATOLOGIA	4
3 CIRUGIA GENERAL – TRAUMATOLOGIA	8
4 MEDICINA INTERNA	10
CAPÍTULO II EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	14
CAPITULO III APLICACION PROFESIONAL	16
1 GINECOLOGIA	16
1.1 CASO CLINICO 1 ECLAMSIA	16
2 PEDIATRIA	18
2.1 CASO CLINICO 3 MALARIA GRAVE	18
3 CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA	20
3.1 CASO CLINICO 5 ESGUINCE DE PRIMER GRADO	20
3.2 CASO CLINICO 6 APENDICITIS AGUDA	21
4 MEDICINA INTERNA	22
4.1 CASO CLINICO 7 COLITIS ULCERATIVA	22
4.2 CASO CLINICO 8 LUPUS ERITEMATOSO – NEFRITIS LUPICA	23
CAPITULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
FASE INTERNADO LIMA REGULAR	25
INTERNADO AYACUCHO CONTEXTO COVID	27
CONCLUSIONES	30

RECOMENDACIONES	31
FUENTES DE INFORMACIÓN	32

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad explicar brevemente la adquisición de experiencias laborales, cognitivas y morales del internado médico en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, comparando fases de pre pandemia con post pandemia. La experiencia adquirida en ambos contextos se explica en los capítulos uno y tres, las características de cada sede hospitalaria se adecuó según su carga laboral y demografía. Los métodos diagnósticos basados fueron en las guías MINSA ya su vez comparados con guías internacionales y la experiencia de cada asistente. Al realizar el internado en un contexto de una pandemia puso en desventaja a la gran mayoría de internos, y con un retorno de seis meses después se tomó las medidas adecuadas la cual propicio la culminación del internado de manera satisfactoria

Objetivo: Relatar las experiencias adquiridas en cada rotación; para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, en base al Internado Médico desarrollado durante el periodo de enero de 2020 a abril de 2021.

Metodología: Fuentes primarias de información y competencias obtenidas en el manejo de la salud.

Conclusiones: El año del internado médico es fundamental para la capacitación profesional como médico general si bien este año la pandemia discapacitó el internado médico normal se adquirió competencias necesarias para identificar los problemas más comunes en los campos de cirugía, medicina interna, gineco-obstétricos, y neonatales.

Palabras claves: Internado médico COVID y no COVID, Cirugía general, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría

ABSTRACT

The present work aims to briefly explain the acquisition of work, cognitive and moral experiences of the medical internship in the context of the SARS-COV 2 pandemic, comparing pre-pandemic with post-pandemic phases. The experience acquired in both contexts is explained in chapters one and three, the characteristics of each hospital site are appropriate according to their workload and demographics. The diagnostic methods based on the MINSA guidelines and in turn compared with international guidelines and the experience of each assistant. By doing the internship in the context of a pandemic, it put the vast majority of inmates at a disadvantage, and with a return six months later, the appropriate measures were taken which led to the completion of the internship in a satisfactory manner.

Objective: To relate the experiences acquired in each rotation; to obtain the Professional Title of Surgeon, based on the Medical Internship developed during the period from January 2020 to April 2021.

Methodology: Primary sources of information and skills obtained in health management.

Conclusions: The year of the medical internship is fundamental for professional training as a general practitioner, although this year the pandemic disabled the normal medical internship, the necessary skills were acquired to identify the most common problems in the fields of surgery, internal medicine, gynecological-obstetrics, and neonatal.

Keywords: Covid and non-COVID medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics

INTRODUCCIÓN

El año del internado médico tiene como objetivo abarcar experiencias de todas las áreas medicas con la finalidad de plasmar todo lo aprendido en la vida profesional como médicos generales. Al finalizar el año, cada interno rinde un examen conocido como ENAM (Examen Nacional de Medicina) el cual tiene como objetivo evaluar la toma decisiones y el diagnóstico certero de cada patología basada en las cuatro rotaciones dadas en dicho año. Siendo este a su vez requisitos para colegiarse y ejercer como médico en el Perú (1).

A finales del año 2019 el brote de una nueva enfermedad resonaba en el continente oriental, con poco apuro países del occidente empezaron a tomar leves medidas de prevención sin saber que este llegaría ser una catástrofe mundial. En enero del 2020, empezando el internado médico, diversos hospitales de lima metropolitana brindaron charlas de lo poco que se conocía de esta enfermedad conocida como SARS-COV2, como una influenza de alta morbilidad. En marzo del mismo año, el gobierno peruano tomó medidas para controlar la propagación de la COVID-19, incluida la suspensión de todas las actividades educativas como la del internado medico en los hospitales.

Si bien el internado médico del 2020 fue parcializado hasta retomarse seis meses después, las brechas cognitivas y de praxis fueron disminuyendo por el retorno a las practicas clínicas, siendo esta cada quincena durante los seis meses perdidos, algo que no se vio antes en un internado médico. Las dificultades fueron las pocas horas de práctica, y llegar a cumplir con un internado normal logrando ver toda la casuística era nuestra gran limitación, si bien el hospital donde se realizó el internado tiene complejidad de ser III-2 no se llegaban a soluciones claras en ciertas especialidades médica como oncología o hematología llegando a ser referidos a la ciudad de lima. Sin embargo, dada la adversidad al realizar el internado y presentar el trabajo es

debido a la escasa cantidad de médicos que se encuentran laborando en nuestro país no son suficiente para poder atender a toda la población peruana.

CAPÍTULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL

La trayectoria profesional recibida en el hospital regional de Ayacucho MIGUEL A. MARISCAL LLERENA fueron bastos para abarcar todo tipos de patologías en la sierra andina. Desde patologías simples como apendicitis hasta cánceres de difícil diagnóstico; hacen posible la fusión de conocimientos teóricos y prácticos, si bien siendo un hospital de tercer nivel con alta capacidad resolutive, hubo casos en los cuales los médicos sabían cuándo referir a un paciente o cuando solo dar calidad de vida (2).

Las competencias brindadas fueron grandes debido que en el contexto COVID, fueron pocos internos para abarcar 25 pacientes por servicio y llegando a recibir hasta 30 pacientes por guardia diurna. Si bien la carga laboral no era suficiente para las horas brindadas, la capacidad y habilidad de los médicos asistentes eran lo suficientemente capaces para sobrellevar estos eventos y a su vez enseñar a los internos el manejo rápido y adecuado de cada patología.

En cuanto a la prevención de la salud; el seguimiento de pacientes desde el alta hasta la llegada en los consultorios externos, producen un efecto de empatía y mejor manejo debido a que se llega a conocer todo el curso de la enfermedad. En la promoción de salud en el contexto COVID mediante charlas dirigidas a los pacientes hospitalizados y folletos de prevención comunitaria.

1 GINECO – OBSTETRICIA

CASO CLINICO 1

Paciente de iniciales CAJ de 15 años de edad, primigesta de 39 semanas por FUR.

Refiere que aproximadamente 6 horas antes de su ingreso presenta cefalea intensa de tipo opresivo generalizada 8/10 asociados a escotomas, náuseas y tinitus por lo que acude al centro de salud de su comunidad. Ya en dicho centro encuentran como signos positivos una presión arterial de 170/ 100. Resto de examen físico en parámetros normales. Por lo que es referida al HRA, en el transcurso al hospital la paciente presenta una convulsión tónico clónica que dura menos de 2 min perdiendo la consciencia por aproximadamente 10 minutos. Llegando al destino confusa, se vuelve a tomar las funciones vitales en el cual se encuentra una presión arterial de 150/100; frecuencia cardiaca de 20 x min, temperatura axilar, 36.2 con saturación de 95%. En el examen físico trastorno del sensorio, confusa 14/15 de Glasgow; útero de 32 cm de altura ocupado por feto único; genitales externos no se evidencia pérdida de líquido ni sangrado; resto de examen sin alteraciones

DIGANOSTICOS:

1 Trastorno Hipertensivo del Embarazo:

1 .1 eclampsia

2 Gestante de 39semanas por ECO en no trabajo de parto

PLAN:

1 Antihipertensivos

2 Anticonvulsionante

3 culminar gestación

4 hemograma, bioquímico, serológico, prueba SARS-COV2

5 Riesgo quirúrgico

TRATAMIENTO:

1 NPO

2 NaCl 9% 1000 + sulfato de Mg 10 g → 400 a chorro, mantenimiento 40 gotas X min

3 metildopa 1g c 12h EV

4 nifedipino 10 mg condicional a PAD > 100mmhg

5 MMF + MEF

6 VIGILANCIA DE PA cada 3h

6 CFV + OSA

Resultados de laboratorio de emergencia: Hb 13.4 HCT: 44.8 PLAQUETAS: 225.000 LEUCOCITOS 13.040 bastones de 1%, Bioquímicos: TGP 9 TGO 22 BT 0.65 BD 0.21 BI 0.44; Serológicos: VHB, VIH, RPR. SARS -COV2: NEGATIVO

Paciente ingresa a SOP 1 hora después de su ingreso al nosocomio con un riesgo de III/IV con diagnósticos de: Gestante de 39 semanas + Preclamsia severa + eclampsia. Hallazgos: RN varón con Apgar 9 y 10 Capurro de 38 semanas, líquido amniótico claro, placenta de 20x18x12 cm, sangrado operatorio aproximadamente 800cc, tuvo como complicación hipotonía uterina por lo que se realiza puntos B- LYNCH.

Paciente pasa a UCI con estancia en dicho servicio durante tres días de evolución con tratamiento doble antihipertensivo con nifedipino 10mg c/ 8h y alfa metildopa 25mg c 8/h, llegando a piso de hospitalización en el cuarto día de evolución favorable. Manejándose con solo un antihipertensivo alfa metildopa 25 mg c/12h dando de alta 7 días después de su ingreso con presiones arteriales de 120/60 con alfametildopa c/ 24h y control en una semana en su centro de salud.

CASO CLINICO 2

Paciente mujer de 27 años de iniciales TMAS puérpera mediata 10 días. Llega a consultorio externo por dolor en mama izquierda con tumoración en región supero externo y aumento de volumen en mama izquierda, refiere que presenta alza térmica no cuantificada desde hace 3 días que no cede a analgésicos, (no recuerda el nombre), por lo que acude al consultorio externo del HRA, los cuales se evidencia FC 105X' FR 20X' PA 100/60 SAT 96% T°38.3 EXAMEN LOCOREGIONAL: MAMA tumoración de 4x5cm en región

supero externo muy doloroso lo cual impide apreciar si esta adherido a planos profundos, resto de examen físico normal. Al laboratorio se encuentran HB 11.2, PLAQ 350.000 LEUCOCITOS: 11046, BASTONES 5%, PCR cuantitativa 64. Por lo que se decide su hospitalización con los siguientes diagnósticos:

- 1 síndrome tumoral mamario, mastitis absceso de predominio izquierdo
- 2 puérpera mediata de 10 semanas

Ya en piso de ginecología se empieza con el plan de ecografía de partes blandas, con intención de drenar y tratamiento antibiótico de Dicloxacilina 500mg cd 6 h + clindamicina de 600 ch 8h durante 7 días vía intravenosa post punción; En la ecografía se evidencia colección hipoecoica de bordes definido poco vascularizado compatible con absceso mamario por lo que se realiza la punción con anestesia local y aguja numero 19 el cual la muestra de 20 cc es llevada al laboratorio para el cultivo y antibiograma. Se le empieza antibioticoterapia y extracción manual de leche materna.

Paciente queda en estancia hospitalaria durante 7 días con control de hemograma en remisión de leucocitosis, el cultivo de secreción mostro un staphylococcus aureus MRSA por lo que la cobertura antibiótica era eficaz. Dando de alta al cumplir intravenosa de evolución favorable con un hemograma de HB 12 PALQE 450.000 LEUCITOS 7800 BASTONES 0% PCR 5. Al alta se le aconseja drenar la leche materna y control por consultorio externo en 3 días.

2 PEDIATRIA – NEONATOLOGIA

CASO CLINICO 3

Paciente preescolar 3 años de edad que es referido de su CS de Belén quien madre refiere que presenta malestar general desde hace 5 días, hiporexia y astenia. cuadro se exacerba con sensación de alza térmica que no remitía por lo que acude a su centro de salud de su comunidad, en el cual cuantifica una temperatura de 40°, se le administra antipiréticos que no cede añadiéndose al cuadro cefalea de moderada intensidad a predomino frontal, dolor abdominal

y posteriormente ictericia. Por lo que es referido al HRA con los siguientes diagnósticos:

1 síndrome icterico febril

2 anemia severa a descartar malaria.

Ya en el hospital HRA entra con prioridad II con los diagnósticos mencionados en el cual se amplió la anamnesis, la cual madre refiere que semanas antes el mayor de sus hijos fue diagnosticado de malaria en el hospital de su localidad.

AL examen físico: un peso de 13kg, palidez generalizada, ictericia en escleras, FR de 28x' FC: 120x' PA: 100/70 EXAMEN EXPLORATORIO en abdomen: distendido, levemente depresible, doloroso a la palpación superficial 6/10 en región epigástrica, se palpa hígado a 2cm a debajo reborde subcostal derecho.

Con los siguientes exámenes de laboratorio de Hb 5.4 VCM :91.4 HCM: 30 hct 16.5 plaquetas 101.000 leucocitos de 9000 y bastones de 2 %, BT 1.07 CREAT: 0.39 UREA: 12 aglutinaciones febriles: negativo brucella nega prueba sars-cov2 negativos, frotis de gota gruesa positivo para plasmodium vivax,

Como plan: Dextrosa 5% 1000cc NaCl 20% KCl 20% en un volumen total de 360cc a 15 gotas/min, transfusión sanguínea de 04 paquetes, cloroquina por 3 días a dosis de 10 mg los primeros 2 días y 5 mg en el tercer día, primaquina por 7 días a dosis de 0.5 y artesunato 60mg: 6ml + 20 de dextrosa 5% bolo durante 7 días, clindamicina 20mg/kg/cd 12h, Metamizol 260 mg PRN > 38.5. CFV + BHE

El cual la evolución fue favorable llegando a tomar la muestra de frotis de gota gruesa a los 7 días después de empezado saliendo negativo, hemoglobina de 8.9 con plaquetas de 505.000, leucocitos de 9820. Se de alta al siguiente día cumpliendo 8 días de hospitalizado con los siguientes diagnósticos:

1 malaria grave resuelta

2 anemia moderada microcítica – hipocrómica

Medicamentos de alta, metamizol 5ml condicional a T° de 38.5, sulfato ferroso 300mg dos veces por día + jugo de naranja.

CASO CLINICO 4

Neonato a término de sexo masculino con tiempo de vida de 1 día y 17 horas, el cual es referido del Centro de Salud Licenciados, ingresa a emergencia debido a que presentó T° 38,5°C, asociado a dificultad respiratoria, polipnea y residuo gástrico porraceo en regular cantidad.

Dentro de los antecedentes perinatales tuvo 03 controles pre natales, la madre de 17 años con antecedente de infección de tracto urinario en el 3er trimestre, no cumplió con tratamiento. Dentro de los antecedentes neonatales fue un parto eutócico, el líquido amniótico fue claro, ruptura prematura de membranas de 12 horas, su edad gestacional según Capurro fue de 38 semanas, peso 2750gr, T: 47cm, PC: 33 cm y PT: 31cm, APGAR de 7¹-9⁵; no se realizó reanimación neonatal, no se reportaron complicaciones.

Al examen físico T°: 38,8°C, FC: 134 lpm, FR: 72 rpm, SatO₂: 93%, peso: 2710 gr. Silverman Anderson: 05 puntos y Downes: 4 - 5 puntos. El neonato se encontraba en mal estado general, con tendencia al sueño, irritable, succión pobre, con distrés respiratorio moderado, disociación toraco abdominal a la inspiración, retracción intercostal leve, retracción xifoidea visible, con aleteo nasal mínimo, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax con quejido espiratorio audible.

Se hospitaliza con los siguientes diagnósticos:

1. Sepsis neonatal temprana probable x factor de riesgo materno
2. ARO x edad y control prenatal
3. Recién Nacido a término de 38 semana, femenino con AEG.
4. Sd Dificultad Respiratoria moderada secundaria a sepsis.

Se solicitaron exámenes de hematología, bioquímica, hemocultivo y PCR cuantitativo. El plan con el paciente fue dejarlo en NPO más colocación de SOG, Dx 8% + NaCl 20% + KCl 20% a un volumen de 100 cc/kg/ d, se inició con tratamiento empírico a base Amikacina 47 mg EV c/ 24H y Ampicilina 135 mg EV c/12H, Gluconato de calcio 10% 2.5 ml EV c/8H, Paracetamol condicional a T° > 38°C VO (06 gotas), O₂ por cánula binasal para mantener SatO₂ 90-95%, BHE, CFV y OSA.

A la reevaluación con resultados, Hemograma: Hb: 12.2 gr/dL, Hto: 37 %, Plt: 135 000, Leucocitos: 15 390 mm³. Bioquímico: G: 76 mg/dL, Ca: 8.7 mg/dL. PCR: no se cuenta con reactivo.

Se hospitalizo al paciente en UCIN II, en su primer día de hospitalización neonato cuna con abrigo adecuado, portador de cánula binasal 0,5L (FiO₂:24%) y sonda orogástrica, con SatO₂:96%, FR:68 rpm, SA: 2, el ΔPP en: - 20 gr (-1.18%), se reportó un residuo gástrico de 5 cc de aspecto claro, al examen físico aleteo nasal (+/+++), disociación toraco abdominal visible en respiración, no tiraje intercostal, no retracción xifoidea, ausencia de quejido espiratorio, MV para bien en AHT, no ruidos agregados; SNC: despierto, reactivo a estímulos externos. Se inicia tolerancia oral de leche materna a 3cc c/ 3H, Dx 8% + NaCl 20% + KCl 20% a un volumen de 100 cc/k/d, continua con antibióticos, gluconato de calcio. Al segundo día de hospitalización neonato con oxígeno a flujo libre (0.5L) con SatO₂:95%, portador de Sonda orogástrica, FR: 64 rpm, SA: 1, el ΔPP en: +10 gr (+0.59%), afebril se reportó un residuo gástrico de 02 cc de aspecto lácteo, al examen tórax y pulmones: aleteo nasal leve, no retracción xifoidea, no tirajes, ausencia de disociación toraco abdominal, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados; SNC: activo - reactivo a estímulos externos, succión (+) paciente con buena tolerancia oral, se incrementa volumen de leche materna a 5 cc c/ 3H, si tolera 4 tomas a 7 cc más agregados a un volumen 110 cc/k/d, persiste con antibióticos (segundo día), resto igual. Al 4to día de hospitalizado paciente con mejoría clínica, afebril, ventila espontáneamente sin requerimiento de O₂, con SOG, SatO₂: 95%, FR: 48 rpm, SA: 0, el ΔPP en: +25 gr (+1.85%), con buena tolerancia gástrica, no se reportó residuo gástrico, a la evaluación no disociación toraco abdominal. Ausencia de tirajes y retracción xifoidea, MV para bien en AHT, no ruidos agregados; SNC: activo - reactivo a estímulos externos, succión (+), se incrementó volumen de leche materna se a 11 cc c/3H + agregados a un volumen de 120 cc/k/d, antibióticos en su 4to día, paciente con evolución favorable, motivo por el cual se pasa al paciente al área de intermedios, al 6to día de hospitalización no se reportan interurrencias FR: 52 rpm, SatO₂: 97%, SA: 0, el ΔPP en: 40gr (2.05%), con buena tolerancia gástrica, no se reportaron RG, al examen físico sin alteraciones, se incrementó volumen de leche materna a 17cc c/3H agregados a un volumen de 130 cc/k/d, y se retira

SOG. Al 7mo día se cumple con tratamiento antibiótico 7/7 no se reportan interurrencias, paciente con buena tolerancia oral, en condiciones de alta médica, control por consultorio externo de pediatría en 03 días.

3 CIRUGIA GENERAL – TRAUMATOLOGIA

CASO CLINICO 5

Paciente de iniciales CTJH de 24 años, sexo masculino acude a emergencia al consultorio de traumatología refiriendo que hace aproximadamente 1 hora, mientras jugaba futbol, de manera súbita siente “estirón” en tobillo derecho, refiere que a partir de dicho evento noto aumento de volumen en tobillo asociado a limitación para la deambulaci3n, motivo por el cual acude a este nosocomio. T: 36,5° C, FC: 78 lpm, FR: 24 lpm, SatO2: 97%. Al examen físico: Paciente en aparente regular estado general, quejumbroso, con aumento marcado de volumen en tobillo derecho y limitaci3n funcional, dolor a la palpaci3n superficial, no deformidad, al examen neurovascular sin alteraciones. Se le realiza radiografía, ecografía y el dx concluye en: la radiografía no se evidencia fracturas evidentes, ecografía: Ligamento peroneo astragalino con desgarramiento microscópico grado I y zonas de inflamaci3n Se le ingresa con diagnóstico de:

- Desgarro de ligamento lateral externo Grado I

El plan con el paciente fue: diclofenaco de 75mg y orfenadrina de 60mg SC STAT, colocaci3n de férula pedía más vendaje elástico. Paciente en condiciones de alta médica, se le indica reposo relativo, con colocaci3n de hielo local e ibuprofeno 400 mg c/8h x 3 días, uso de férula por 7 días y control por consultorio externo en 7 días.

CASO CLINICO 6

Paciente var3n de iniciales NVA S de 22 años de edad es referido de Centro de Salud Carmen Alto con el Diagnostico de Síndrome Doloroso Abdominal, es traído por personal de salud; paciente refiere que hace +/- 8 H cursa con dolor epigástrico tipo cólico 7/10 con irradiaci3n a fosa iliaca derecha ,

anorexia, 2 horas presenta sensación nauseosa, no vómitos y dolor se localiza en fosa iliaca derecha, motivo por el cual acude a su centro de salud donde presenta 01 vomito de contenido alimenticio y sensación de alza térmica.

Antecedentes: DM2 (-), HTA (-) Asma (+), niega cirugías previas.

Funciones vitales: T:37,8°C, FC: 72 x min, FR: 21 x min, PA: 100/60 mmHg, SatO₂: 96%.

Al examen físico exploratorio AREG, AREH, AREN,

PYM: Tibia/secas/Elástica, llenado capilar < 2 seg, palidez (-) ictericia (-)

TyP y CV: sin alteraciones

ABD: no distendido, B/D RHA (+), Mc Burney (+), Rovsing (-) Rebote (-), no masas palpables.

SNC: Despierto, LOTEP, GLASGOW 15/15

Siendo hospitalizado con los siguientes diagnósticos:

- Síndrome Doloroso abdominal
- Apendicitis aguda

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: serológico: VIH (-), VHB (-), RPR (-); Hematológico: Hb: 12.5 gr/dL, Hto: 37,6 %, Plaquetas:150 000/uL, Leucocitos: 12 300, Bastones 3%, neutrófilos 83%; GS: "B" positivo. Bioquímico: G: 82 mg/dL, U: 12 mg/dL, Cr: 0.68 mg/Dl. Paciente es programado para SOP. El tratamiento consistió en: NPO, NaCl 0,9% → 500 cc a chorro, luego VS, Cefazolina 2gr STAT, Omeprazol 40 mg STAT, Metoclopramida 10mg EV STAT, CFV.

El reporte operatorio describió un apéndice retrocecal de +/- 08 x 1cm, el cual se encontraba congestivo en toda su extensión, de base indemne y no líquido libre, sangrado +/- 300 cc.

En el 1er día de hospitalización, FC: 78 x min, FR:22 x min, T°: 36,5°C con funciones vitales conservadas, afebril, no refiere molestias, nauseas (-), vómitos (-), SAT, (-). ABD: no distendido, B/D, RHA presentes, poco dolor a la palpación de zona perioperatoria. HO cubierto con apósitos limpios y secos. Plan: tolerancia a líquidos por la tarde y luego dieta blanda + LAV, Cefazolina 1gr c/8H EV, Tramadol 100 mg EV c/8H, Dimenhidrinato 50 mg c/8H EV, Metoclopramida 10mg EV c/8H, CFV + OSA; En su segundo día de hospitalización FC: 81 x min, FR: 16 x min, T°: 36,7°C, paciente con funciones

vitales estables, con mejoría clínica, niega interurrencias, con buena tolerancia oral, náuseas (-), vómitos (-), SAT (-), Flatos (+). ABD: no distendido, RHA presentes, HO de bordes afrontados, no signos de flogosis, no secreciones. Paciente hemodinámicamente estable, afebril, en condiciones de alta médica, se va con el diagnóstico de:

PO2 de Apendicectomía x apendicitis congestiva

Al alta se le dio antibiótico y analgésicos. Cefalexina 500mg c/8H x 3d + Ibuprofeno 400 mg c/8H x 3 días, control en 01 semana en su centro de salud + retiro de puntos.

4 MEDICINA INTERNA

CASO CLINICO 7

Paciente varón de 40 años con iniciales A.C.D refiere un tiempo de enfermedad de aproximadamente tres años los cuales refiere diarreas intermitentes de tipo oscura fétidas cuatro veces que duraban tres días cada 30 a 45 días, remitiendo con automedicación de ibuprofeno dos veces por día. Episodios de enfermedad se volvieron más aparatosas asociándose en las evacuaciones, sensación de falta de defecar, coágulos de sangre tres veces por día que se resolvían con pasar los días con ibuprofeno dos veces por día. Por lo que acude al hospital regional de Ayacucho donde se realiza una colonoscopia, encontrándose epitelio inflamatorio, pólipos, en región sigmoidea en patrón segmentario, se toma biopsia y se manda estudio histopatológico evidenciándose microabscesos, criptitis, atrofia de las células de paneth, llegando como conclusiones una colitis ulcerosa.

siete días antes de su ingreso paciente refiere aumento de evacuaciones diez veces por día siendo cuatro de tipo disentéricas con coágulos y seis de tipo líquida tipo agua sucia. Paciente refiere tumoración en región perianal el cual al pasar los días siente sensación de humedad en prenda íntima, a la autoexploración se evidencia solución de continuidad en región perianal motivo más por lo que acude a emergencia del nosocomio por diarrea crónica severa y fistula perianal.

Al examen físico:

AMEG – AMEH – AREN; FC:100X' ; FR:21X' ; PA: 100/70 ; T°: 36,5 ; Sat:98%

PYF: Tibia/ moderadamente elástica/ poco hidratada, llenado capilar <2"

ABD: Blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación profunda en hipogastrio 7/10 que se limita.

REGION PERIANAL: solución de continuidad en horas 6, tumoración con signo de flogosis

SNC: 15/15 LOTEPE, no signos meníngeos, no focaliza.

Paciente llega a ser hospitalizado en el servicio de gastroenterología donde se le administra mesalazina, sulfasalazina, ciprofloxacino, y clindamicina en vez de metronidazol debido a que paciente refiere ser resistente a metronidazol y fue corroborado en su estancia hospitalaria mediante un antibiograma, una dieta blanda astringente. A la evolución llega ser favorable añadiéndose al esquema terapéutico loperamida para bajar la frecuencia de diarreas, se le realiza una prueba de inmunohistoquímica ASCA Y ANCAp encontrándose en ambos negativos se le volvió a realizar una nueva biopsia el cual fue sugerente de una colitis ulcerosa de tipo autoinmune

Paciente evoluciona favorablemente y es referido al hospital Loayza para un mejor manejo de enfermedad inflamatoria intestinal.

CASO CLINICO 8

Paciente de iniciales QBE de 23 años de segunda gestación de 20 semanas x ECO referida de su centro de salud de su comunidad por encontrarse en sus presiones 160/100, refiere que su primera gestación no tuvo complicaciones. Con los siguientes diagnósticos:

1 trastorno hipertensivo del embarazo: preclamsia

2 gestante de 20ss

Al llegar al HRA se evidencia FR 20X', FC 96X', SAT 95% PA 150/100, AREG, AREN, AREH, edemas en ambos miembros inferiores godet de ++/+++ que se extendía hasta región pretibial, examen físico positivo, ABD ocupado por útero grávido de altura de 20cm, genitales externos OCE cerrado no dinámica uterina. En los exámenes de laboratorio se evidencia: HB 11.8 plaquetas 476.000 CRET 1.30 TFG 58ml/ara/1.73 UREA 69 BI 0.32 DHL 260 serológicos sin alteraciones. Por lo que se decide su hospitalización con los diagnósticos

mencionados ampliando los estudios de se realizan los estudios donde se realiza proteinuria de 24 horas, ecografía obstétrica + Doppler de arteria uterina, decidiendo terapia antihipertensiva alfa metildopa 250mg c 8h y aspirina 100 mg cd 24h, diuresis de paciente llega a ser 5cc/d, por lo que se decide hacer un legrado uterino terapéutico debido a la condición de morbimortalidad materna. Post LU SE hace interconsulta a medicina interna el cual solicita ecografía de renal: el cual reporta como que en ambos riñones se aprecia la poca diferenciación cortico medular llegando al diagnóstico ecográfico de nefropatía bilateral aguda. La ecografía abdominal evidencio líquido intraabdominal libre de 153cc resto de órganos en valores normales.

A la revaluación en el examen físico PA: 140/90 en APARATO CARDIOVASCULAR: ruidos cardiaco rítmicos, APARTO RESPIRATORIO MV abolido en base de hemicampo izquierdo y disminuido en base de hemicampo derecho, realizándose una ecografía para cuantificar la cantidad de líquido: Derecho: 1117 Izquierdo: 2762 el cual se realiza una toracentesis evacuatoria con 1l en hemicampo izquierdo, llevándose a estudio citológico. Líquido pleural de aspecto turbio tipo exudativo. Pasa al servicio de medicina interna 1 día después donde se le pide marcadores ANA Y ANCAp, y una nueva ecografía renal. Ecografía renal se toma al día siguiente evidenciándose una glomerulonefritis de etiología a determinar. Resultados de marcadores inmunológicos salen 2 días después, con resultados en ANA +, se inicia pulsos de metilprednisolona 1g cada 24h por 3 días con abundante hidratación,

1. Dieta blanda para paciente renal
2. VS
3. Levofloxacino 500mg c 24h vo
4. Omeprazol 40mg c 24h ev
5. Alfa metildopa 250mg c 6h vo
6. Nifedipino 30 mg c 12h vo
7. Acido fólico 0.5ug c 24h vo
8. Hidroxicloroquina 400mg c 24h vo
9. Prednisona 60mg c 24h vo

10. Atorvastatina 40mg c/24 vo 9 AM
11. Fenofibrato 200mg c 24h vo
12. ASA 100mg c 24h vo
13. AGA + HIDROELECTOILITICO
14. CFV +BHE.

CAPÍTULO II EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Carlos Lan Franco La Hoz nombrado a si por el medico de renombre catedrático de la universidad Mayor de San Marcos, tienen como complejidad II-2

Ubicado en la región de lima norte siendo hospital de referencia para los distritos de distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo, llegando a cumplir sus objetivos de brindar 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 (3).

MISIÓN brindar los Servicios de Salud Básica y especialidad con calidad e inclusión social en el marco de la atención integral basado en la persona, familia y comunidad con el enfoque preventivo curativo y recuperativo a la población de los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo contribuyendo al empoderamiento de nuevos estilos de vida que conllevan a mejorar la salud de nuestra población. VISIÓN Al año 2018 la Institución se ha propuesto ser un hospital que satisfaga las necesidades de Atención Integral de salud, respetando los derechos del ciudadano.

Las actividades desarrolladas en dicho nosocomio fueron de la rotación de cirugía, llegándose a cumplir dos meses y medio de dicha rotación, en las cuales las actividades desarrolladas abarcaron desde presentar casos clínicos

con el adecuado manejo hasta procedimientos de cirugías desde apendicetomías, colecistectomías laparoscópicas. Las habilidades adquiridas en emergencia fueron sustanciales para el manejo posterior en centro de salud de menor complejidad.

El Hospital Regional de Ayacucho (HRA), Miguel Ángel Mariscal Llerena denominado así por el médico de los pobres; un hospital de complejidad III – 2, ubicado en la región de Ayacucho, sierra centro sur; teniendo como operación principal cubrir las demandas poblacionales de las regiones de Ayacucho, Apurímac, Huancavelica y Cuzco en un campo de acción de cinco grandes rubros; hospitalización, consultorios externos, emergencias, servicios centrales y de soporte, y atención en estrategias de salud pública; llegando a cumplir sus objetivos generales de: brindar servicio de salud especializado de calidad, con tecnología actualizada y personal especializado en el marco del modelo de gestión. Abordando el trabajo en equipo con valores orientados a brindar servicios de calidad usando tanto la clínica como recursos tecnológicos (2).

MISIÓN: Somos un hospital regional especializado y comprometido en brindar atención integral de salud a la población ayacuchana, con calidad, equidad y oportunidad, con tecnología actualizada y actividad docente. **VISIÓN:** Ser una organización de salud líder en la atención de la salud integral y centro de capacitación regional, que garantice la calidad de los servicios, con satisfacción plena de los usuarios.

Las tres restantes rotaciones se llevaron a cabo en el HRA, con ginecología, pediatría y medicina interna las diversas actividades desarrolladas fueron temas selectos de las patologías más comunes, ingreso a sala de operaciones para cesáreas hasta la atención inmediata del recién nacido, en el caso de medicina interna las constantes exposiciones y revisión de casos fueron de importancia para el mejor manejo de patologías simples desde. una mordedura de araña, hasta manejo complicados de colangitis aguda.

CAPITULO III APLICACION PROFESIONAL

1 GINECOLOGIA

1.1 CASO CLINICO 1 ECLAMPSIA

El primer caso trata de una gestante de 39 semanas que fue diagnosticada en su centro de salud de preclamsia severa siendo cuantificada de 170/100, a los cuales se le añadió criterios de severidad de escotomas, cefalea y epigastralgia. Los cuales fueron criterios para diferir al HRA con siguiendo los protocolos del MINSA de referencia con una buena hidratación: de vía periférica al NaCl 9 ‰, 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.

En el transcurso de su C.S al nosocomio HRA presento una convulsión tónico clónica con periodo de ictus de 10 min llegando al hospital con trastorno de la consciencia. Por lo que las guías señalan que el control preventivo para otra convulsión es una infusión de Sulfato de Magnesio 5 ampollas de SO₄Mg al 20 % en 50 cc de NaCl 9 ‰ y pasar por volutrol, con bomba de infusión, en eclampsia se administrará 40 cc (4 g) en 20 minutos y se continuará con 20 cc (2 g) por hora. Metildopa 1 g VO c/12 horas, evaluar PA a los 20 minutos para la respuesta terapéutica anterior, verificando siempre si existe daño de órganos, con previa vigilancia de sulfato de magnesio mediante, reflejo rotuliano, control de diuresis, FR > 14, FC >60 y saturación por CBN si saturación <90%.

Debido a la morbilidad materna se decide culminar la gestación tal como indican las guías del MINSA y las INTERNACIONALES como la ACOG la cual se le realiza llegando a tener un RN de 38 semanas por Capurro con buen Apgar, se le deja tratamiento antihipertensivo de:

Alfa Metildopa: administrar 1 g VO cada 12, Nifedipino: Si luego de 20 minutos de iniciado el manejo la paciente sigue con hipertensión severa, administrar nifedipino 10 mg VO y, si es necesario, repetir cada 20 minutos (hasta un máximo de 3 a 5 dosis). Se debe tener precaución al asociarlo con el sulfato de magnesio (puede producir mayor hipotensión) y no se debe administrar nifedipino por vía sublingual (4).

El cual la evolución fue favorable siendo dado de alta 5 días después con manejo de un solo antihipertensivo de alfametildopa c/24 horas y con control en una semana en su centro de salud.

El manejo brindado a este tipo de pacientes en el hospital HRA fueron los mismos según protocolo del MINSA, el abordaje, estancia hospitalaria y el alta a los 7 días se siguió correctamente las guías nacionales. Sin embargo, las guías internacionales indican que el mejor tratamiento de presiones arteriales es labetalol, el MINSA no dispone de los recursos económicos para dicho fármaco, por lo que la guía se adapta según la realidad y contexto del país.

1.2 CASO CLINICO 2 ABCSESO MAMARIO

En este caso de una puérpera mediata refiere dolor mamario con una tumoración en la parte externa, lo cual hacer pensar que por su misma condición la hace más propensa para infecciones en del puerperio como la mastitis por lactancia. El absceso mamario se caracteriza porque solo 1 a 5% ocurre en las puérperas y es más común en las primeras 6 semanas (1), en este caso la paciente presento la sintomatología en la semana 8 y se fue acentuando hasta llegar a la semana 10 de puerperio donde la masa se vuelve muy dolorosa, flogótica y con secreción verdosa.

Ya en el hospital se siguen los protocolos de MINSA haciendo el diagnóstico de absceso con temperatura >39 y dolor intenso que imposibilita la exploración física. Se decide su hospitalización solicitando una ecografía de

partes blandas con características de bordes regulares hipoecogénico, avascular compatible con absceso se realiza punción PAAF evidenciando material purulento tipo pus se realiza drenaje terapéutico y tratamiento antibacteriano. Siguiendo las guías del MINSA, con vancomicina de 1gc 12h EV durante 5 días y tratamiento sintomático con metamizol 1g EV c8h y diclofenaco 75mg EV c 8h.

Dando de alta a los 5 días de culminación de antibióticos y con la resolución del absceso mamario, al alta se le explica la correcta forma de lactancia y como evitar la recurrencia del cuadro

2 PEDIATRIA

2.1 CASO CLINICO 3 MALARIA GRAVE

La malaria es una enfermedad producida por el plasmodium ya sea en sus 4 formas fallciparum, vivax, ovale, malariae. Siendo frecuente en Perú el plasmodium vivax y fallciparum (4) siendo su vector el anopheles darlingi.

El presente caso de un niño de 3 años quien presento malestares generales desde hace 5 días, el cual tiene como antecedente de importancia que hermanos mayores fueron diagnosticados de malaria por plasmodium vivax por frotis de gota gruesa. Según los esquemas del MINSA se toma como malaria confirmada cuando se encuentra por frotis de gota gruesa al plasmodium (5) en este caso por el antecedente epidemiológico se tomó un frotis de gota gruesa y el diagnostico fue malaria. A medida que la enfermedad seguía su curso, se complicaba con signos como anemia severa de 6 e ictericia. Se tomaron las medidas correspondientes siguiendo el esquema de malaria grave en pacientes pediátricos.

MEDICAMENTO	Nº DIAS	DIAS						
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
CLOROQUINA mg base/kg	3	10 mg base/Kg	10 mg base/Kg	5 mg base/Kg				
PRIMAQUINA mg/kg	7	0.50 mg /Kg	0.50 mg /Kg	0.50 mg /Kg	0.50 mg /Kg	0.50 mg /Kg	0.50 mg /Kg	0.50 mg /Kg

Nota: No administrar primaquina a menores de 6 meses.

Fuente de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4378.pdf>

Y artesunato 60mg: 6ml + 20 de dextrosa 5% bolo durante 7 días junto con clindamicina 20mg/kg/cd 12h. Llegando a la alta médica 8 días después de su ingreso con recomendaciones de presentar alguna interurrencias, acercarse a su centro de salud (5, 6).

2.2 CASO CLINICO 4 SEPSIS NEONATAL TEMPRANA

La sepsis neonatal temprana se caracteriza por presentarse en las primeras 72 horas, como un síndrome clínico caracterizado por la invasión y crecimiento de patógenos como bacterias, hongos o virus en el aparato circulatorio; sepsis tipo vertical por el origen materno ya sea en el intrauterino o perinatal; sepsis probable por el cuadro clínico compatible o pruebas laboratoriales alterada. Según la norma del MINSA de sepsis neonatal, el germen más común es una bacteria gram negativa fermentadora, *Eschericia coli* (7).

En este caso se presenta a un neonato de 1 día de nacido con vivo con antecedente de madre de 17 años con mal control prenatal y RPM de 12horas de evolución lo cual lo se le cataloga como una sepsis temprana probable vertical. Se le pide bioquímico, hematológico y hemocultivo. Por lo que según el MINSA se recomienda el esquema de ampicilina más aminoglucósido, gentamicina, con previa vigilancia de fracaso terapéutico, dosis de ampicilina 100/mg/kg IV c/8h y gentamicina 4mg/kg IV cd 24h (7,8).

sin embargo, el esquema usado fue amikacina a 17.5mg /kg cada 24h siendo este 47mg EV C 48h y ampicilina de 100mg/kg cada, dosis de 135mg cd 12h. resto de terapéutica según AGA, oxigenoterapia por cánula binasal para saturación >92%. Ya en su instancia hospitalaria paciente evoluciona favorablemente cada día, se le prueba tolerancia oral aumentando por día 3 a 4 cc de leche materna llegando a cumplir 7 días de tratamiento antibiótico, nuevo hemograma y bioquímico salen en valores normales, hemocultivo inicial con resultado negativo se volvió a pedir 2 veces más en su estancia hospitalaria, mitad de días de tratamiento y al final de tratamiento con

resultados negativos por lo que se da de alta cumpliendo el esquema de tratamiento con previa reevaluación en consultorio externo en 3 días.

3 CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA

3.1 CASO CLINICO 5 ESGUINCE DE PRIMER GRADO

Los desgarros ligamentarios de tobillo son comunes llegando ser hasta 20 % de todos los traumatismos deportivos llegan a comprometer el 80% de esguinces del ligamento colateral lateral del peroneo (9) que pueden ir desde un estiramiento hasta un rotura parcial o total (grados de esguinces del I – III) (10). El diagnóstico es fundamentalmente clínico pues solo llegando a saber el mecanismo de lesión, buscar hinchazón y equimosis siendo positivo en el examen físico el dolor a la palpación e inversión pasiva a la tibia distal, prueba de comprensión, llegando en muchas veces al diagnóstico sin necesidad del diagnóstico por imagen que son radiografía de elección y RMN, no se evidencia que la RMN tenga ventaja sobre la radiografía en el momento agudo sin embargo se debe usar la RMN en casos que el tobillo siga siendo doloroso durante 8 a 6 semanas de tratamiento estándar o para detectar fracturas de cúpula astragalina. Los tratamientos se basan en la nemotecnia RICE y analgésico tipo AINES (11).

en este caso se presenta a un varón de 24 años el cual al realizar ejercicio de fuerte intensidad presento de manera súbita una lesión en el tobillo presentando a lo minutos hinchazón, dolor de moderada intensidad llegando a la limitación de la deambulacion el cual al llegar al nosocomio se le toma las funciones vitales e imágenes para descartar fracturas u otras lesiones. El cual se llegó al rápido diagnóstico de desgarró del ligamento peroneo lateral, se toma como tratamiento conservador de analgesia con diclofenaco y orfenadrina inmediatamente para limitar el dolor y colocación de férula pedía para limitar los movimientos y tratamiento oral de ibuprofeno 400 mg c/8h x 3

días. Con alta inmediata y control por consultorio externo de traumatología en 7 días.

3.2 CASO CLINICO 6 APENDICITIS AGUDA

La apendicitis aguda es 8.6 % más en varones y de 6.7% en mujeres (12) llega a tener picos de frecuencia en edad de la pubertad y 30 años (13) tiene como causa frecuente la hiperplasia linfoide u obstrucción por fecalito, la apendicitis caracterizado por una inflamación aguda del apéndice vermiforme, siendo la emergencia quirúrgica abdominal más común; el riesgo de por vida se aproxima al 8%.(14), la sintomatología se basa en la cronología de Murphy y signo de peritoneales en fosa iliaca derecha llegando a clasificarse en No complicada y Complicada llegando a diferenciarse por la gangrena o perforación. La mejor forma de estudiarlo clínicamente es por la escala de Alvarado e imágenes con TAC o eco: llegando en la mayoría de veces a la intervención quirúrgicas y en un 10% en plastrón apendicular, sobre todo en el fijo porque en el plastrón móvil la apendicetomía es de urgencia, si bien esta última patología no tiene consenso de manejo de manejo quirúrgico o médico(drenaje) (12,13).

Se documento el predominio de bacterias anaerobias como la B. Fragills en casos de apendicitis gangrenosa y el segundo el Peptoestreptococcus es por ello que para prevenir la complicación se usa profilácticamente la cefoxitina 2gr IV o cefazolina 2 g IV y metronidazol de 500mg IV y si se llegase a complicar el régimen antimicrobiano es ertrapenem 1g IV /día o cefazolina de2g IV c 8h junto con metronidazol 500 mg VO d 8h (15).

En el presente caso un joven de 22 años que refiere dolor abdominal tipo cólico en epigástrico que va irradiando a fosa iliaca derecha, siguiendo la cronología de Murphy se asoció a anorexia, náuseas, vómitos y sensación de alza térmica, ya en el nosocomio al examen físico se evidencia Mc Burney y signos peritoneales, se le realiza hemograma completo evidenciándose leucocitosis con 3% de bastones por lo que se le programa a SOP con un Alvarado de 8/10 en el cual se encuentra un apéndice congestivo con base indemne sin liquido libre peritoneal se procede a cerrar por planos sin dejar

drenes por ser un apéndice no complicado, su estancia hospitalaria fue de 2 días con tratamiento antibiótico de cefazolina de 1gr /c8H analgésicos y antieméticos, con evolución favorable, por lo que se da de alta con antibióticos y analgésicos, cefalexina 500mgc/8h e ibuprofeno de 400mg c/8h por 3 días y con control en su centro de salud.

4 MEDICINA INTERNA

4.1 CASO CLINICO 7 COLITIS ULCERATIVA

Es un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal es cual se caracteriza por afectar al recto extendiéndose de manera proximal y continua a lo largo del colon. Lo más característico es la diarrea con sangre que se puede asociarse fiebre, dolor abdominal, tenesmo y pérdida de peso. Como complicación grave es la de un megacolon llevando a una gran distensión obstructiva y una toxicidad sistémica. Para el diagnóstico es esencial una buena historia clínica y un examen físico exhaustivo. En los exámenes auxiliares más relevantes tenemos el examen de heces en el cual a menudo se encuentran leucocitosis y hematíes por lo que se debe descartar gastroenteritis infecciosa mediante coprocultivos y coprofuncional para patógenos como: Shigella, Salmonella, Campylobacter, amebiasis. Marcadores de actividad como el PCR y la calprotectina en heces., son de gran ayuda para diferenciar con el SII por el valor predictivo (16).

La forma en cómo tratar esta enfermedad es inicialmente es mediante la mejorar la sintomatología como las diarreas y sangrado junto con una curación endoscópicas, las guías recomiendan mesalazina que es un derivado del ácido 5 – aminosalicilico que si bien se desconoce el mecanismo de acción específico, modula mediadores químicos locales como leucotrienos, radicales libres e inhibiendo el TNF. Sin embargo, para el manejo más complicado de la colitis se usan inmunomoduladores como infliximab, glucocorticoides sistémicos e inmunosupresores como la ciclosporina (17, 18).

En el presente caso un varón de 40 años con un extenso tiempo de enfermedad de los cuales se caracterizaba por diarreas intercurrentes de

aspecto oscuro y fétidas de los cuales lo calmaba con analgésicos. Cuadro fue exacerbándose con tenesmo rectal y heces con coágulos de sangre. Por lo que acude al consultorio externo de gastroenterología del HRA donde se le realiza una colonoscopia evidenciándose un patrón segmentario con pólipos en la región recto sigmoidea, se toma biopsia y se hospitaliza al paciente.

Ya en estancia hospitalaria el tratamiento fue de antibioticoterapia, salicilatos y sulfasalazina para detener los cuadros diarreicos y melenas; 5 días de estancia hospitalaria con evolución de cuadros diarreicos resuelto y con biopsia compatible de microabsceso, sin embargo, en el examen de ANCAp salió negativo; la biopsia es el estándar de oro por lo que se refiere al paciente al hospital Loayza para manejo de enfermedad inflamatoria (18, 19).

4.2 CASO CLINICO 8 LUPUS ERITEMATOSO – NEFRITIS LUPICA

Caracterizado por una enfermedad multiorgánica siendo los más afectados las articulaciones, piel, el sistema hematológico, el riñón, sistema nervioso central y las superficies serosas pleurales y pericárdicas tienen un sistema de clasificación para poder llegar al diagnóstico que son los SLICC se requiere de entrada el marcado ANA con títulos de $> 1:80$, puntuación de >10 y > 1 de criterio clínico de LES (20,21).

La nefropatía lúpica varía con los hallazgos que se ven en la biopsia renal, llegando a clasificarse en 6 clases siendo la más frecuente la clase 5, membranosa pura. Llegan a presentar proteinuria en rango nefrótico con hematuria significativa junto con cilindros granulares, hialinos y hemáticos, caracterizado la hipertensión secundaria a enfermedad renal crónica. La nefritis lúpica es una manifestación común del LES caracterizado por la formación de complejos principalmente de IgG, IgA e IgM, así como de componentes del complemento, incluidos C1q, C4 y C3 11. El 35% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico desarrollan nefritis lúpica, y hasta un 60% desarrolla nefritis lúpica durante los primeros 10 años de la enfermedad. Con respecto a la incidencia de las mujeres con respecto a los hombres es de 10 a 1 para desarrollar lupus eritematoso sistémico, pero para desarrollar nefritis lúpica la incidencia es la misma Como meta de tratamiento

es de Inducir remisión renal completa, prevenir los brotes renales medido en proteinuria, retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica y nefropatía terminal y controle la presión arterial, con un nivel objetivo de 130/80 mm Hg o menos. (22, 23, 24).

En el presente caso una segundigesta presento súbitamente cefalea, epigastralgia y edema espontaneo en miembros inferiores acudió a su centro de salud de su comunidad el cual la catalogaron como preclamsia severa por lo que es referida al HRA ya en la estancia hospitalaria de ginecología se decide culminar el embarazo debido a que el curso de la enfermedad empeoraba, un día después del legrado paciente no presenta mejoría añadiéndose al cuadro derrame pleural en ambos campos pulmonares se realiza interconsulta a medicina se le realizo una proteinuria el cual evidencio 4g de proteínas, pasa al servicio de medicina interna encontrándose, MV abolido en base de hemicampo izquierdo y disminuido en base de hemicampo derecho, realizándose una ecografía para cuantificar la cantidad de líquido. Derecho: 1117 Izquierdo: 2762 por lo que se realiza una toracentesis evacuatoria con 1l en hemicampo izquierdo, llevándose a estudio citológico. Líquido pleural de aspecto turbio. una nueva ecografía renal. Evidenciándose liquido libre peri renal bilateral con poca diferenciación cortico medular de aspecto heterogéneo siendo el diagnóstico de glomerulonefropatia de etiología a determinar. Se le pide marcador ANA el cual sale positivo y se empieza con la administración de pulsos de metilprednisolona por 3 días con evolución favorable y su referencia al hospital de lima Hipólito Unanue.

CAPITULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Para explicar mejor el contenido de este capítulo se decidió dividirlo en dos fases de internado tomando como punto de corte los lugares donde se realizó el internado. Primera fase denominada “internado lima regular” y la segunda internado Ayacucho contexto COVID.

FASE INTERNADO LIMA REGULAR

La fase donde se desarrolló el internado en lima norte, Carlos Lan Franco la hoz, de manera regular el cambio de rutina de ser un estudiante de medicina a interno es un gran paso debido a que las responsabilidades cambian como por ejemplo los horarios de entrada siendo en la mayoría un poco antes de las seis de la mañana, la manera en que uno se adapta es de manera progresiva, el aprender a evolucionar a cada paciente de manera correcta conlleva un tiempo prudente. Las pautas del internado consistían en 45 días en hospitalización y 45 días de emergencia, siendo este último guardias diurnas y nocturnas repartidas en cuatro días por semana diurnas y tres nocturnas por semana. La distribución de internos consistía en quince internos por servicio divididos a su vez en subgrupos de cuatro a tres internos de diferentes universidades. Cada uno cumplía con sus obligaciones haciendo más armónico el ambiente laboral.

Si bien el hospital es de categoría II – 2 la carga de pacientes saturaba el hospital llegando en muchas ocasiones camillas en el pasadizo de entrada de emergencia de emergencia, el personal técnico y de enfermería no cubría la

demanda laboral y es ahí donde el interno empezaba adquirir conocimientos prácticos de como colocar un EKG (electrocardiograma), colocar vías periféricas y administrar medicación.

Si bien el interno es el primero contacto con el paciente la manera de abordar a un paciente se va adquiriendo con la práctica, el juicio de pedir exámenes auxiliares para un manejo oportuno y eficaz llegando a un diagnóstico certero decidiendo un plan de trabajo que será supervisado por el medico asistente es crucial para la formación del médico general, la toma de decisiones.

En las visitas de hospitalización ayuda a saber la terapéutica y manejo de los pacientes, aprendiendo cuando prolongar su estancia hospitalaria o cuando dar de alta. Las diferentes patologías junto con una revisión de los temas ayudaban a fijar mucho más la enfermedad.

La primera rotación fue en el servicio de cirugía del hospital HCLFLH; donde las patologías más comunes fueron de apendicitis aguda complicadas y no complicadas, colecistitis agudas, crónicas reagudizadas, vólvulo de sigmoides y lesiones por arma de fuego y arma blanca. En los cuales se tomaban varios criterios

para poder entrar a una laparotomía exploratoria debido a que había pocas salas de operaciones y los médicos asistentes cirujanos enseñaban a los internos la correcta evaluación de estos tipos de paciente.

Para asegurar aún más los conceptos de las patologías frecuentes se complementaba con exposiciones o revisión de revista -revista dado entre internos y residentes, la presión de estudiar, hacer trabajos de exposiciones y asistir responsablemente a la hora de la visita médica, fueron claves para un desenvolvimiento médico a futuro.

Si bien de ser un hospital de lima, las desigualdades de cada distrito en lima son abismales debió a que la mayoría de pacientes que van a un hospital del estado no cuentan con muchos recursos y cuando se requería ampliar los

estudios con otros exámenes fuera del hospital no se podían concretar debido a la falta de recursos monetarios, provocando que no llegue a un diagnóstico más certero, pero como efecto compensador el médico mejora aún más su capacidad de clínica.

INTERNADO AYACUCHO CONTEXTO COVID

En octubre del año del 2020 los internos retornaron con sus prácticas, sin embargo, debido al contexto de la pandemia la gran mayoría de los hospitales redujeron su capacidad de albergar internos, por lo que el MINSA toma medidas al respecto habilitando centros de salud. Por lo que el autor decide buscar alternativas de enseñanza llegando a la ciudad de Ayacucho en los cuales consistió en las tres últimas rotaciones de ginecología, pediatría y medicina interna

En el servicio de gineco-obstetricia se empezó la primera rotación de la nueva sede hospitalaria los internos eran de quince por servicio repartidos en siete y ocho la primera y segunda quincena, se roto por los pabellones sala A que consistía en las puérperas post cesárea y pacientes ginecológicas; la sala B, de puérperas de parto eutócico o hemorragias de primera y segunda mitad, UCEO unidad de cuidados especializados obstétricos, donde veían las complicaciones de una preclamsia severa o amenaza de abortos de semanas muy limitantes de 20 semanas, sala de procedimientos donde se atienden partos y legrados uterinos y emergencia donde se podía apreciar la toma de decisiones en culminar un embarazo.

Esta rotación fue dada en el mes de octubre y noviembre, implementaban a los internos de EPP cada 3 días y mascarillas KN95 cada 7 a 5 días. Los turnos de emergencia eran de siete de la mañana a siete de la noche, los demás servicios solo se tenía horario de entrada, pero no de salida debido a que los pacientes podían o no complicarse, en la emergencia cada paciente con diagnóstico de culminación de embarazo se procedía entrar a SOP para poder asistir al especialista de turno en las cesáreas. La rotación culminó con

un juicio de todos los especialistas los cuales calificaban como fue el desenvolvimiento de cada interno.

La rotación de pediatría consistió en 2 fases, una en piso de pediatría y UCIP donde la gran mayoría de pacientes eran recién nacidos mayores de 28 días lo cuales las patologías comunes eran en los de mayor de 28 días diarreas agudas, vómitos y por poca tolerancia oral la segunda fase fue en piso de neonatos, UCIN uno y dos e intermedios donde la media de pacientes es neonatos sépticos o que presenten algunas malformaciones evidentes o ictericias patológicas. La adquisición de EPPs (equipos de protección personal) eran de todos los días en el área de UCIN y cada 3 días en el área de pediatría la parte académica eran en las mañanas donde se debatían casos clínicos de ingresos nocturnos o de pacientes de difícil manejo. Complementando con exposiciones de los asistentes por medio de plataformas virtuales, la calificación obtenida es por consenso de los asistentes.

La última rotación de medicina interna fue las más crucial del internado debido a que la nueva ola del COVID inhabilito por un mes la rotación, se cancelaron las guardias en emergencia, ante esta coyuntura el departamento de medicina decidió que todos los internos volvieran el mes de abril con rotaciones en los departamentos de medicina especialidades donde se rotaba cada cuatro días por las diferentes especialidades como gastroenterología, neurología, cardiología y nefrología si es que hubiesen ingreso de otras especialidades como reumatología o endocrinología el interno con menos pacientes aborda a los de estas especialidades, piso de hospitalización consiste en aprender a tomar decisiones de cuando un paciente puede irse de alta, el pronóstico sea muy reservado o referencia a una ciudad; UCIN donde el horario entrada es a las cinco de la mañana debido a que los pacientes son muy lábiles y el monitoreo debe ser más constante, es acá donde se decide que exámenes pedir y mejorar el juicio clínico. La parte académica de este servicio es la más sobrecargada debido a que las exposiciones eran todos los días de diferentes casos como revisión de tema y artículos que hagan referencia a nuevos

esquemas de tratamiento, el horario de salida no se tenía debido a que los pacientes eran muy delicados. Sin embargo, la rotación de medicina interna fue la más satisfactoria por el lado académico ya que cada patológica era revisada exhaustivamente.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es una experiencia que todo medico llega a conocer donde se hace más responsable y aprende lo que es el cuidado de una vida, pero hacerlo en una pandemia donde la gran parte es desfavorable y las horas de practica fueron cortas, el interno de este año supo sobrellevar más la situación.
2. La capacidad y habilidad brindada en el internado nos permite tener un mejor rendimiento ante cualquier adversidad de índole de salud.
3. El ritmo y el cambio de vida en el internado sumado con las demás responsabilidades crean un hábito, llamándolo plan de trabajo.
4. Si bien el internado se realizó en dos hospitales diferente la brecha sociocultural y económica se vio más afectada en lima norte

RECOMENDACIONES

- Gestiones necesarias por parte del MINSA para reconocer al interno de medicina humana con un estipendio mensual mínimo, alimentación y seguro de vida es fundamental para poder realizar un internado digno.
- La casa de estudio debe tener más convenios con diversos hospitales debido que en esta coyuntura los hospitales de lima metropolitana no cuentan con muchas vacantes por ello debería existir más convenios con los hospitales de provincia
- La casa de estudios debe estar pendiente por el cumplimiento de los lineamientos para cualquier interurrencias dada la sede hospitalaria y deberán llegar a un acuerdo en que se beneficien ambas partes.
- El internado médico debería realizarse con todos los presentes y no partirlo cada quincena debido a que la patología presentada en los primero quince días no será la misma para los otros internos de la siguiente quincena.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. 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-DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-queestablece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
2. Hospital Regional de Ayacucho [Internet]. Hrayacucho.gob.pe. 2021 [cited 3 May 2021]. Available from: <https://hrayacucho.gob.pe/>
3. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Responsive Medical Health WordPress Theme [Internet]. Hcllh.gob.pe. 2021 [cited 9 May 2021]. available from: <http://www.hcllh.gob.pe/>
4. minsa. guias de practica clinica y de procedimiento en obstetricia y perinatologia. inmp; 2021.
5. minsa. norma tecnica de salud para la atencion de malaria y malaria grave en el peru [Internet]. PERU - IQUITOS: BVS-MINSA; 2015 p. 25 - 65. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4378.pdf>
6. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico 53 de 2021. Boletín epidemiológico semanal. 2020;;1-29. Hospital Regional de Ayacucho Internet]. Hrayacucho.gob.pe. 2021 [cited 3 May 2021]. Available from: <https://hrayacucho.gob.pe/>

7. Toy C, Rodman E. Medicamentos. En: Pautas para la atención aguda del neonato, 27, Fernandes CJ, Pammi M, Katakam L (Eds), Pautas para la atención aguda del neonato, Houston, TX 2019. p.249.
8. Manejo y resultado de la sepsis en recién nacidos a término y prematuros tardíos. UptoDate [Internet]. 2021 [cited 3 May 2021];. Available from: <http://Manejo y resultado de la sepsis en recién nacidos a término y prematuros tardíos>
9. Garrick J.M.: The frequency of injury, mechanism of injury and epidemiology of ankle sprains. Am J Sports Med 1977; 5: pp. 241-242.
10. Nilsson S.: Sprains of the lateral ankle ligaments. An epidemiological and clinical study with special reference to different forms of conservative treatment. Part I. J Oslo City Hosp 1982; 32: pp. 3-29.
11. Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM y col. Declaración de consenso de 2016 del International Ankle Consortium: prevalencia, impacto y consecuencias a largo plazo de los esguinces laterales de tobillo. Br J Sports Med 2016; 50: 1493.
12. Principios de Cirugía S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (1 vol.). Madrid, 2010
13. guía de infecciones 6. badia j. infecciones quirurgicas. 2nd ed. madrid - peru; 2017 Libor español de cirugía Rentea RM et al: Apendicitis pediátrica. Surg Clin North Am. 97 (1): 93-112, 2017 https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F106948&topicKey=SURG%2F1383&search=apendicitis%20antibi%C3%B3ticos%20para%20adultos&rank=1~150&source=see_link
14. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. revista chilena de cirugía [Internet]. 2016 [cited 3 May 2021];. Available from: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0379389316300990.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
15. Management of acute appendicitis in adults [Internet]. UptoDate. 2021 [cited 2 May 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20antibi%C3%B3ticos%20para%20adultos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

16. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. 2nd ed. 2019.
17. TRUELOVE SC, WITTS LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1955; 2:1041.
18. Ko CW, Singh S, Feuerstein JD, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis. *Gastroenterology* 2019; 156:748.
19. Rubin DT, Ananthkrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol* 2019; 114:384..
DERMATOLOGIA. 4th ed. españa; 2019.
20. . NEFRITIS LUPICA. [Internet]. 2021 [cited 1 May 2021];. Available from: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-ad31a459-a002-4c60-9c62-3e7fee1f4c41#clinical-presentation-heading-9https:%2F%2Fwww.uptodate.com%2Fcontents%2Fclinical-features-and-therapy-of-lupus-membranous-nephropathy%3Fsearch=nefritis%20lupica%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3%23H1
21. Cazenave P.L.A.: Lupus erythemateux (erytheme centrifuge). *Ann Malad Peau Syph* 1851; 3: pp. 297-299.
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/3-s2.0-B9788491133650000401?scrollTo=%23c0200>
22. Hahn BH et al: American College of Rheumatology guidelines for screening, treatment, and management of lupus nephritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 64(6):797-808, 2012 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22556106/>
23. Stratta P, Canavese C, Quaglia M. Pregnancy in patients with kidney disease. *J Nephrol* 2006;19:135– 43
24. Reyes-Thomas J et al: Urinary biomarkers in lupus nephritis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 40(3):138-50, 2011
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20127204/>