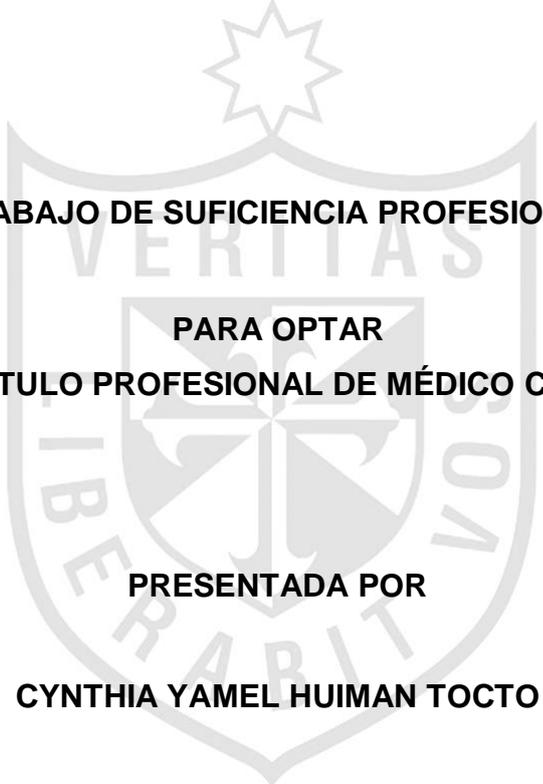




FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL DE CHANCAY
ENERO 2020-ABRIL 2021



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
CYNTHIA YAMEL HUIMAN TOCTO

ASESOR

DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCIA

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

**LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL
HOSPITAL DE CHANCAY ENERO 2020-ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

CYNTHIA YAMEL HUIMAN TOCTO

ASESOR

DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCIA

LIMA, PERÚ

2021

Jurado

Presidente: MG. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E. Ramón Romel Silva Romero

DEDICATORIA

Agradecimiento a mis padres y hermanos por el apoyo brindado como estudiante de medicina humana de mi vida universitaria. Por la orientación y sus consejos que me motivan a seguir cultivando valores y virtudes en mi carrera profesional enfatizando la responsabilidad y respeto.

Índice

Portada.....	i
Jurado.....	ii
Dedicatoria	iii
Índice.....	iv
Resumen.....	v
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de cirugía.....	2
1.2 Rotación de medicina interna	3
1.3 Rotación en gineco-obstetricia.....	4
1.4 Rotación en pediatría y neonatología	6
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	7
2.1 Entidad:	7
2.2 Ubicación:.....	7
2.3 Categoría:.....	7
2.4 Funciones:	7
2.5 Organigrama.....	8
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	10
3.1 Rotación de cirugía:.....	10
3.2 Rotación de Medicina:	13
3.3 Rotación de Gineco-Obstetricia:.....	16
3.4 Rotación de Pediatría y Neonatología:	19
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	23
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES.....	26
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	28

RESUMEN

El análisis de las habilidades como profesionales de la salud nos pone al límite para el desarrollo de nuevos retos orientados en el trabajo en equipo durante las prácticas hospitalarias adquiridas en el transcurso del año como estudiante de medicina humana, mostrando interés por aprender y aplicar los conocimientos en cada caso clínico frente a esta situación de pandemia que modifico y limito el acceso de pacientes al establecimiento hospitalario.

Se basa en las experiencias recopiladas desde el año 2020 del mes de enero hasta el mes de abril 2021, donde nos formamos con valores y virtudes para la atención de calidad en diferentes servicios del hospital.

El trabajo presentado se desarrolla en El Hospital de Chancay, el cual asumió la realidad enfrentada en tiempos de pandemia adaptándose al cambio de protocolos de bioseguridad, los cuales permitieron el reforzamiento de los servicios de salud para la atención integral y continua en la población; no solo para pacientes COVID19, sino paralelamente pacientes que padecen de otras dolencias para así poder contribuir a la mejora de la salud y calidad de vida en los diversos sectores. De esa forma los profesionales de la salud se enfrentan a nuevos retos conjuntamente con el fortalecimiento de las nuevas medidas para asegurar el proceso de atención y evitar riesgos que perjudiquen la salud de todos aquellos que los rodean.

La planificación y organización del hospital está basada en la situación de pandemia adecuando un ambiente indicado con protocolos de bioseguridad lo cual no todos los servicios están en funcionamiento, ante el riesgo de contagio y las medidas que han tenido que tomar, se encuentra entre ellas; el servicio de emergencias, hospitalización, camas UCI, centro quirúrgico y los departamentos de otras especialidades, pero no se atiende consultorio externo.

Para el bien de la población, las estrategias sanitarias en pandemia han permitido a la participación de la misma al correcto lavado de manos, al uso obligatorio de mascarillas, a la aplicación de alcohol para la desinfección, al mantenimiento de distancia social y al cumplimiento de las nuevas normas

con el fin de evitar los contagios y disminuir las tasas de mortalidad frente a la lucha contra este nuevo virus.

Dentro de la situación actual estamos obligados como profesionales de la salud usar correctamente los equipos de protección individual brindados por la entidad en la cual desarrollamos nuestras actividades y brindamos la atención adecuada e integral.

La rápida evaluación de los pacientes recibidos por emergencia nos permitirá como finalidad identificar de manera oportuna la enfermedad con los materiales y equipos disponibles en el establecimiento de salud. Junto a la práctica y la experiencia adquirida en el tiempo procederemos para actuar de forma cautelosa y acertada para el bienestar del paciente en su recuperación.

Objetivo: Demostrar, ejecutar y mantener la correcta actitud y protección de los pacientes y colaboradores dentro de El Hospital de Chancay durante la actual pandemia COVID 19.

Metodología: Recopilación de información basada en la experiencia medica en el Hospital de Chancay.

Conclusiones: El año de la pandemia ha sido un nuevo reto en la formación del internado medico adquiriendo destrezas, habilidades, adaptándose a los nuevos protocolos de bioseguridad y aplicando soluciones para el bienestar del paciente en mejor calidad de vida.

Palabras claves: Internado Medico, Cirugía General, Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría y Neonatología.

ABSTRACT

The analysis of the skills as health professionals puts us on the limit for the development of new challenges oriented in teamwork during the hospital practices acquired during the year as a student of human medicine, showing interest in learning and applying the knowledge in each clinical case faced with this pandemic situation that modified and limited the access of patients to the hospital establishment.

It is based on the experiences collected from the year 2020 of the month of January to the month of April 2021, where we are trained with values and virtues for quality care in different hospital services.

The work presented is developed in El Hospital de Chancay, which assumed the reality faced in times of pandemic, adapting to the change in biosafety protocols, which allowed the strengthening of health services for comprehensive and continuous care in the population; not only for COVID19 patients, but also patients suffering from other ailments in order to contribute to the improvement of health and quality of life in the various sectors. In this way, health professionals face new challenges together with the strengthening of new measures to ensure the care process and avoid risks that harm the health of all those around them.

The planning and organization of the hospital is based on the pandemic situation, adapting an environment indicated with biosafety protocols, which not all services are in operation, given the risk of contagion and the measures they have had to take, is among them; the emergency service, hospitalization, ICU beds, surgical center and the departments of other specialties, but no outpatient clinic is attended.

For the good of the population, health strategies in pandemic have allowed the participation of the same to the correct washing of hands, the mandatory use of masks, the application of alcohol for disinfection, the maintenance of social distance and compliance with the new rules in order to avoid infections and reduce mortality rates in the fight against this new virus.

Within the current situation we are obliged as health professionals to correctly use the individual protection equipment provided by the entity in which we carry out our activities and provide adequate and comprehensive care.

The rapid evaluation of patients received by emergency will allow us to identify the disease in a timely manner with the materials and equipment available at the health facility. Together with the practice and experience acquired over time, we will proceed to act cautiously and correctly for the well-being of the patient in his recovery.

Objective: To demonstrate, execute and maintain the correct attitude and protection of patients and collaborators within the Chancay Hospital during the current COVID 19 pandemic.

Methodology: Compilation of information based on medical experience at Chancay Hospital.

Conclusions: The year of the pandemic has been a new challenge in the formation of the medical internship acquiring skills, abilities, adapting to the new biosecurity protocols and applying solutions for the well-being of the patient in better quality of life.

Key words: Medical Internship, General Surgery, Internal Medicine, Obstetrics and Gynecology, Pediatrics and Neonatology.

INTRODUCCIÓN

El interno de medicina humana está enriquecido en formación con virtudes, valores y habilidades para el desarrollo de las capacidades cognitivas e intelectuales adquiridas en la práctica clínica interviniendo en la problemática de la salud con eficiencia y seguridad para el cuidado de calidad de los pacientes en el establecimiento de salud.

En el siguiente trabajo se presenta las experiencias en el establecimiento de salud, el cual se ha aplicado los conocimientos obtenidos durante el transcurso de nuestros estudios dentro de la universidad.

Exponiendo casos clínicos más comunes de los servicios de cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia y medicina interna daremos a conocer cómo proceder la intervención de cada uno y la forma en la cual se desarrollarán durante la pandemia

La motivación en relación es por la observación recurrente de pacientes que ingresan por emergencias con diagnósticos diferenciales llevando a la incertidumbre a los profesionales de la salud, lo cual concluían con la semiología por falta de implementos de trabajo dentro del hospital.

El objetivo general

Demostrar, ejecutar y mantener la correcta actitud y protección de los pacientes y colaboradores dentro de El Hospital de Chancay durante la actual pandemia COVID 19.

Dentro de la unidad de salud, en este caso El Hospital de Chancay, para posteriormente reforzarlo en nuestra vida diaria como futuros profesionales, adicionalmente aprendido a desarrollar una mejor comunicación asertiva, vocación al servicio, empatía pese a cada caso delicado y capacidad de adaptarse para realizar nuevas actividades para el cumplimiento de roles en la salud.

Objetivos específicos

- Dar a conocer la importancia de la clínica, de los síntomas y signos que se acompañan con procedimientos auxiliares disponibles en el hospital para la ayuda al diagnóstico preciso del estado del paciente antes de tomar una decisión quirúrgica que atente tanto en la vida del paciente como económicamente por parte del mismo.
- Observar, indagar, revisar, y recolectar datos importantes encontrados en los pacientes al momento de su llegada al hospital, obteniendo información importante para el desarrollo de los exámenes auxiliares y pruebas de imágenes para llegar al tratamiento adecuado para la mejoría de la salud de los pacientes.
- Adoptar las medidas especiales para minimizar la posibilidad de contagios entre pacientes y la exposición del personal sanitario para evitar el desarrollo de complicaciones postoperatorias. Ante la situación presente enfrentada por la enfermedad de coronavirus 2019 COVID 19 causada por el virus denominado SARS-COV-2 somos testigos de una remodelación respecto a los protocolos que está obteniendo tanto en el hospital como en diferentes servicios para evitar el riesgo de infección al personal que se encuentra laborando; en estas situaciones

se requiere los equipos de protección individual protegernos frente a la pandemia.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el presente tiempo de pandemia, al estar en contacto con los pacientes nos exponemos al riesgo de contagio por lo cual debemos de forma obligatoria usar los equipos personales de protección individual que proporciona de forma eficaz una barrera frente a virus cercano.

La infección por SARCOV2 es transmitida por gotículas que provienen de las vías respiratorias así como por contacto de fluidos corporales y superficies contaminadas. Se recomienda mantener el distanciamiento físico y la protección en todo momento.

EPI incluye ropa protectora especial descartable, mascarilla N95, gorro descartable, botas descartables y gafas protectoras lo cual se evita la contaminación con las gotitas de la tos, estornudo, al momento que habla la persona u otros fluidos corporales de los pacientes así como también de las superficies ambientales contaminadas.

La entrevista clínica debe ser conciso y clara con menos tiempo de exposición frente al paciente y exploración física de aparatos y sistemas dependiendo de los signos y síntomas por las que llegaba el paciente al hospital.

La revisión de la historia clínica y la valoración de las pruebas complementarias se realizan en una zona segura manteniendo distancia y en lo más breve posible estar en contacto con el paciente.

La exploración física signos y síntomas de la clínica predictor importante para la búsqueda de la causa. Muchos pacientes ingresaron por dolor abdominal

difuso, náuseas o vómitos, fiebre, lo cual los guiaban directo a medicina interna para ser intervenidos por el especialista de turno. Cuando el paciente refería el dolor intenso localizado en primeras horas en mesogastrio o epigastrio que luego migraba a cuadrante inferior derecho especificando en fosa iliaca derecha, era de sospecha apendicitis aguda; por lo cual hacían interconsulta para el área de cirugía general para que observe y examine al paciente ya que podría ser motivo quirúrgico de inmediato.

Las interconsultas a otras especialidades dependieron de la clínica del paciente en ese momento y como se desarrollaba la enfermedad en las siguientes horas, por lo cual se dejaba en observación a los pacientes que estaban en duda diagnóstica o a la espera de los resultados de laboratorio o imágenes hasta que sea evaluado por el especialista correspondiente.

Cuando los pacientes entraron por observación para el seguimiento de su diagnóstico, se procedió a la toma de la prueba antigénica como primera medida y se les brindó la atención adecuada.

Los profesionales de salud integraron los síntomas y signos como fiebre, dolor abdominal que migra a cuadrante inferior derecho (fosa iliaca anterior derecha), anorexia, náuseas, vómitos, malestar general u otros pacientes presentan síntomas atípicos o inespecíficos.

1.1 Rotación de cirugía

Caso n°1:

Paciente de 30 años ingresó por emergencia refiriendo dolor abdominal intenso en epigastrio que luego se localizó en cuadrante inferior derecho el dolor es persistente y continua, náuseas, vómitos, pérdida de apetito y fiebre, con tiempo de enfermedad hace 1 día, inicio insidioso y curso progresivo.

Se examinó abdomen encontró ruidos hidroaereos presentes, lentos y disminuidos, blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo, signo de rovsing positivo.

El primer momento el paciente presentó dolor visceral sutil, sordo que luego migró produciendo dolor somático, debido a la inflamación o pudo empezar con un dolor localizado directamente en fosa iliaca derecha. Existieron signos

clínicos específicos como punto Mc Burney positivo, signo de rovsing, signo del obturador, signo de blumberg positivo.

Se le realizó exámenes de laboratorio se encontró leucocitosis con desviación izquierda y reactantes de fase aguda incrementado.

Se realizó como ayuda diagnostica la escala de Alvarado, con un puntaje 8, lo cual, se confirmó Apendicitis aguda supurada no complicada.

Caso n°2:

Paciente de 55 años ingresó por emergencia por presentar hace 1 día dolor abdominal tipo cólico intenso en cuadrante superior derecho recurrente que se incrementaba en las noches , nauseas, vómitos 3 veces al día, malestar general con pérdida de apetito. Refirió antecedente de litiasis vesicular hace 2 años, hipertensión arterial controlada y diabetes mellitus tipo II controlada.

Examen físico abdomen se evidenció Ruidos hidroaereos presentes, blando, depresible, dolor superficial y profundo en hipocondría derecho, dolor a nivel del cuadrante superior derecho, signo de Murphy positivo.

Se le solicitó exámenes de laboratorio con elevación de transaminasas, elevación de fosfatasa alcalina, aumento GGT, aumento bilirrubina directa, leucocitosis, proteína C reactiva elevada. Se le realizó ecografía abdominal se evidencia múltiples litios en bacinete, vesícula 98x45mm con engrosamiento de su pared 4mm y dilatación de colédoco de 8mm. Se le diagnosticó Colecistitis Aguda calculosa y Coledocolitiasis.

1.2 Rotación de medicina interna

Caso n°3:

Paciente ingresó por emergencia tras haber sufrido accidente de tránsito en el cruce de Chancaillo, lo cual presentó dolor torácico intenso de tipo punzante, sensación de falta aire a leves esfuerzos , con dolor abdominal difuso de intensidad leve, nauseas, vómitos solo 1 vez de cantidad escasa , dolor de cabeza leve, no pudo caminar por hinchazón de piernas bilateral.

Examen físico cardiovascular se evidencio ruidos cardiacos apagados, ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular. Tórax y pulmones se evidencio Murmullo vesicular disminuido en base de hemitórax derecho, soplo pleural, roce pleurítico, egofonía o voz de cabra, matidez, inspección inmovilidad del tórax, abombamiento.

Se le solicita electrocardiograma y se detectó taponamiento cardiaco por lo cual se le realizó pericardiocentesis.

Se le mandaron exámenes de laboratorio, radiografía de abdomen y tomografía abdominal contraste.

Los resultados de imágenes evidenciaron derrame de pericardio y derrame pleural. En radiografía de abdomen compromiso de efusión pleural del lado derecho con exámenes de laboratorio parámetros normales. Se le diagnosticó Taponamiento Cardiaco con Efusión pleural y pericárdica.

Caso n°4:

Paciente de 35 años ingresó por emergencia refiriendo dolor epigastrio agudo e intenso, que se irradia en la cintura la parte posterior, nauseas, vómitos 2 veces al día, fiebre hace 1 día, con dolor a nivel de espalda leve. Paciente refiere antecedente de litiasis vesicular hace 1 año, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Se le solicitó exámenes de laboratorio enzimas pancreáticas como amilasa sérica y lipasa sérica; hemograma completo , alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), bilirrubina, calcio y albúmina para descartar otras causas de dolor abdominal agudo. Se le solicitó tomografía computarizada abdominal con contrastada.

Los exámenes de laboratorio con alteración en los valores de amilasa pancreática el triple de su valor normal y lipasa aumentada doble de su valor normal con perfil hepático alterado.

Se le diagnostica Pancreatitis aguda moderada

1.3 Rotación en gineco-obstetricia

Caso n°5:

Paciente adolescente acudió por emergencia al presentar dolor abdominal intenso, fiebre, sangrado regular y flujo vaginal maloliente de color amarillo verdoso con secreción purulenta. Refiere haber tenido infección de transmisión sexual hace dos años, método anticonceptivo implante subdermico, convive con su pareja hace 2 meses y sexualmente activa. Se le realiza examen bimanual encontrado dolor a la movilización del cérvix, dolor de útero y no masas palpables con el especulo se evidencia secreción purulenta mal olor con inflamación en cérvix con flujo vaginal amarillento verdoso en cantidad regular con inflamación vulvovaginal.

Se realizó prueba de embarazo, microscopia salina de flujo vaginal, hemograma, PCR, examen de orina, pruebas rápidas para sífilis, detección de VIH y ecografía.

Se le diagnosticó Enfermedad Pélvica Inflamatoria en estadio II

Caso n°6:

Gestante de 37 semanas acudió por consultorio al presentar dolor de cabeza fuerte, con mareos, visión borrosa por momentos, hinchazón de piernas ambas, malestar general y dolor abdominal intenso. Paciente refirió que ha tenido 2 abortos, hipertensión gestacional en su segunda gestación y sufre de lupus eritematoso diagnosticado hace 1 año.

- Examen físico: PA: 162/115MMHG FC: 80LPM FR: 20RPM SATURACION DE OXIGENO: 97% T°: 36.6°C. Paciente lucida , colaboradora , orientada en tiempo y espacio con edema en miembros inferiores con fóvea , con edema facial

AU: 34CM LCF: 140 SPP: LCI DU: +/+++

TV: Cérvix posterior dilatación: 2CM Borramiento: 50% AP: -4 membranas integras movimientos fetales activo pelvis ginecoide

Se le realizó la toma de presión arterial resultando 160/100mmhg y se procedió a exámenes de laboratorio, en los cuales se encontró plaquetopenia, transaminasas elevadas el doble de su valor normal, proteínas tira reactiva cualitativa ++, niveles de creatinina elevada, lo cual es diagnosticado Preclampsia Severa con Criterios de severidad.

1.4 Rotación en pediatría y neonatología

Caso n°7:

Madre de familia con su hijo de 8 meses de edad ingresa por emergencia refiriendo hace presentando tos, fiebre, cuadro catarral, estornudo, resfrió de 3 a 5 días previos a su ingreso.

Al examen físico le encuentran tirajes subcostales, tirajes intercostales, tirajes supraclaviculares, saturación de oxígeno 95%, taquipnea, aleteo nasal, la auscultación murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares con sibilantes y subcrepitos bilaterales.

Le realizan radiografía de tórax evidencian patrón de atrapamiento aéreo.

Se le diagnostica Bronquiolitis

Caso n°8:

Madre de familia con su hija de 2 años ingresa por emergencia en la noche refiriendo que hace 2 días presentaba congestión nasal, secreción nasal , fiebre en dos oportunidades , ronquera durante el día, tos productiva sin secreción durante la noche que le impedía dormir y estaba inquieto.

Se evidencia en el examen del niño: Estridor en reposo, inquieto, tos perruna frecuente, retracciones costales leves. Temperatura de 37°C, saturación de oxígeno: 96%, frecuencia cardiaca: 100lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm

Al examen físico: murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos sobre agregados.

Se le solicita radiografía de tórax y en la vista anteroposterior muestra un estrechamiento subglótico.

Por la evidencia de la clínica de la niña se diagnostica CRUP Viral

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Entidad:

El Hospital de Chancay es un órgano desconcentrado de la dirección de Red de Salud Huaral Chancay, del Gobierno Regional de Lima, responsable de lograr que toda la población asignada tenga accesos a los servicios de salud para recuperar y promocionar su salud.

2.2 Ubicación:

Ubicado en la avenida Mariscal Sucre S/N, Chancay 15131

2.3 Categoría:

Categorizado II-2 según R.D N°463-06-DG-DESI-DSS-DIRESA-L-2010

2.4 Funciones:

- Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural
- Obtener la prevención y disminución de los riesgos de salud que causarían daño a lo largo del tiempo.
- Obtener la recuperación de la salud y la rehabilitación de los pacientes para su bienestar en el desarrollo de sus capacidades

- Condiciones adecuadas en los principios oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad en consultorio externo, hospitalización y emergencia.
- Generar un ambiente de valores y actitudes para cubrir las necesidades del paciente y el entorno familiar.
- Mejorar la eficiencia, productividad, eficacia y la calidad de la atención al público general
- Apoyar la formación y la especialización de los recursos humanos asignado en el campo clínico y el personal para la docencia e investigación a cargo de las universidades.

2.5 Organigrama:

Según organigrama estructural está ramificado por:

- a) Oficina de planteamiento estratégico
- b) Unidad de epidemiología y salud ambiental
- c) Unidad de gestión de calidad
- d) Oficinas de administración
- e) Departamentos de diversas especialidades:
 - Dpto. de medicina interna
 - Dpto. de cirugía
 - Dpto. de pediatría
 - Dpto. de ginecología y obstetricia
 - Dpto. departamento de anestesiología
 - Dpto. de centro quirúrgico
 - Dpto. de emergencia y cuidados críticos
 - Dpto. de odontología
 - Dpto. de imágenes
 - Dpto. de enfermería
 - Dpto. de consulta externa y hospitalización
 - Dpto. de apoyo al tratamiento
 - Dpto. de patología clínica y anatomía patológica

El Hospital brinda una atención integral y especializada a la población con equidad transparencia y calidad.

Comprometida con en brindar servicios de salud de calidad desarrollando una eficiencia en la gestión, promoviendo estilos de vida saludable a la población; generando estrechez de igualdad en poblaciones vulnerables que rodean la región.

El compromiso de la población es cumplir las normas y protocolos de bioseguridad que se refuerzan para el cuidado y bienestar de los mismos obteniendo una atención integral y de calidad ante esta situación tomando en cuenta las necesidades primordiales que afligen en lo que viene hacer los temas de salud que predominan en el ámbito de la comunidad.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de cirugía:

La apendicitis aguda es la causa más común de dolor abdominal agudo siendo indicación de emergencia en procedimiento quirúrgico abdominal.

La prevalencia es a partir de la segunda y tercera década de la vida con mayor predominio en los pacientes del sexo masculino.

La incidencia es más alta en grupo etario de 10 a 19 años con el dolor típico a nivel de fosa iliaca derecha ya que el lugar del dolor y hallazgos clínicos encontrados nos llevaran a la posición anatómica del apéndice.(1)

Apendicitis retro cecal el paciente no presenta dolor abdominal sino que sus síntomas son distintos ya que el apéndice no entra en contacto con el peritoneo parietal ocasionando un dolor abdominal sordo (2).

Dolor abdominal es como primer síntoma más común, luego el dolor migra al cuadrante inferior derecho a medida que avanza la inflamación.

La evaluación de los pacientes con sospecha de apendicitis aguda se basaron en los signos y síntomas clínicos del paciente como nauseas vómitos dolor en cuadrante inferior derecho signos peritoneales , hiporexia , dolor abdominal generalizado que migra a cuadrante inferior derecho , fiebre , dolor al rebote signo de Murphy(3).

Existen diagnósticos diferenciales como divertículo de Meckel es una remanente del conducto onfalomesenterico presenta la clínica parecida a la apendicitis aguda ya que se encuentra en el intestino delgado 50 a 75 cm a la válvula ileocecal (4).

Enfermedad inflamatoria como enfermedad de Crohn enfermedades infecciosas abscesos tubo ovárico y afecciones obstétricas como embarazo ectópico

La exploración física se ayuda con exámenes de imágenes para el diagnóstico como tomografía computarizada abdominal estándar con contraste mayor proporción diagnóstica desventaja en pacientes con insuficiencia renal y reacción hipersensibilidad al contraste yodado(5).

El ultrasonido abdominal es más recomendado en niños y mujeres embarazadas su desventaja que demuestra una menor precisión diagnóstica(6).

La resonancia magnética por su ventaja la cual no expone al paciente a radiación ionizante o contraste yodado intravenoso y su desventaja en pacientes claustrofóbicos por que deben permanecer por más de 10 minutos y pacientes con marcapasos cardiacos(7).

Los pacientes deben recibir antibióticos profilácticos para evitar infecciones a la piel, las infecciones del sitio quirúrgico, colon prevalece bacterias Gram negativas entéricas, anaerobias enterococo (8).

El uso de antibióticos en la apendicitis temprana permite reducir el recuento de glóbulos blancos, disminuir la tasa de proliferación bacteriana así evitar peritonitis, perforación y complicaciones.

La apendicitis no complicada se recomienda apendicetomía oportuna como tratamiento de elección.

Apendicitis aguda no perforada requieren antibióticos intravenosos iniciales con observación intrahospitalaria; si se encuentra mejoría del paciente le damos de alta y completamos con antibióticos orales para completar por 10 días pero cuando el paciente con apendicitis aguda no perforada no mejora se establece apendicectomía inmediata (9)

La apendicitis aguda perforada que causa inestabilidad hemodinámica como sepsis o peritonitis generalizada es preocupante lo cual desarrollan translocación bacteriana con diseminación hematológica lo cual es perjudicial al paciente. Se recomienda apendicetomía de inmediato seguido de antibioterapia intravenosa(10).

Diseminación intraperitoneal de pus materia fecal y ocasionar peritonitis generalizada se requiere apendicetomía de emergencia más drenaje e lavado de cavidad.

Los pacientes que van directamente a apendicetomía de emergencia requieren antibióticos profilácticos con un periodo de ventana de 60 minutos es importante para evitar las infecciones de herida y evitar abscesos intrabdominales después de la cirugía(8).

Si el paciente se encuentra estable con síntomas localizados en cuadrante inferior derecho con masa palpable ya sea plastrón apendicular o absceso apendicular nos lleva a apendicetomía de intervalo, drenaje percutáneo o antibioterapia intravenosa.

Si es absceso apendicular se drenaje percutáneo primero, antibióticos intravenosos y apendicectomía(11).

Laparoscopia es una alternativa mínimamente invasiva genera menos dolor postoperatorio, menos días de estancia en el hospital, una recuperación más rápida.

Épocas de pandemia el uso de laparoscopia se muestra limitado ya que trabajan con emisión de aire y la generación de aerosoles presentes en el humo lo cual se recomienda el uso de sistemas filtrados y se sugiere trabajar a presiones intrabdominales bajas.

Los servicios quirúrgicos han tenido suspensión temporal en cirugías electivas que se otorgó desde el inicio de la pandemia debido a la concentración de aerosoles y de humo queda contenido en la cavidad abdominal.

La evidencia respecto al efecto del SARSCOV2 en los procedimientos quirúrgicos como laparoscopia y cirugía abierta ya que tienen el potencial de generar aerosoles de partículas en ambos escenarios(12).

Debemos pensar en la disponibilidad de los cirujanos, sala de operaciones disponibles y el material del laparoscopia libre además de la experiencia y las habilidades del profesional.

Colecistitis aguda es una inflamación de las paredes vesiculares, edematosa, se engruesa la pared generando dolor, fiebre y signo de Murphy.

Es la complicación común de cálculos biliares con antecedente de litiasis vesicular la mayoría de pacientes se quejan de dolor abdominal en cuadrante superior derecho o nivel del epigastrio con signo de Murphy positivo lo cual se le pide al paciente que inspire profundamente y se presiona con los dedos el área de la vesícula biliar genera un malestar al momento que el paciente recupera la respiración(13).

Ecografía abdominal se observa engrosamiento de la pared vesicular o edema y la presencia de cálculos múltiples litios en la vesícula biliar.

Se realiza exámenes complementarios se elevación sérica de bilirrubinas, elevación de transaminasas, elevación de fosfatasa alcalina indicaría obstrucción biliar llevaría a un diagnóstico de coledocolitiasis(14)

Tratamiento de inmediato manejo del dolor con AINES u opioides con terapia antibiótica empírica; luego se recomienda al paciente con colecistitis aguda calculosa intervención quirúrgica como colecistectomía temprana o colecistectomía por laparoscopia.

Para el caso de la coledocolitiasis se recomienda CEPRE sino está disponible se realiza exploración de vía Biliar con dren Kher.

3.2 Rotación de Medicina:

Taponamiento Cardíaco en pacientes inestables lo ideal sería la toma de ecocardiografía sería importante para la identificación del derrame de pericardio y la verificar la estabilidad hemodinámica del paciente. Se recomienda como evaluación inicial y seguimiento para detectar signos tempranos en la acumulación progresiva de líquido pericárdico.

Taponamiento cardiaco se basa en la acumulación de líquido en el pericardio, llevando a la triada beak están presentes en algunos pacientes. Muchos pacientes presentan la clínica dolor de pecho, taquipnea y disnea acompañado de ingurgitación venosa, ruidos cardiacos apagados e hipotensión por disminución del gasto cardiaco más disminución de la diuresis(15).

Los pacientes con sospecha de taponamiento cardiaco deben evaluarse con ecocardiografía, electrocardiograma, radiografía de tórax para la ayuda diagnóstica, también buscar los antecedentes patológicos y familiares.

La ecocardiografía desempeña la importancia para el diagnóstico derrame de pericardio los pacientes con sospecha de enfermedad pericardica(16).

Como medida de emergencia compromiso hemodinámico del paciente se necesita drenaje del líquido pericardio para la estabilidad hemodinámica del paciente y el alivio de los síntomas a través drenaje percutáneo o quirúrgicamente.

Existen contraindicaciones para la extracción de la acumulación de líquido en pericardio como hipertensión pulmonar grave y coagulopatía hemorrágica ya que puede superar los riesgos posponiendo este procedimiento(17)

En el caso que no se cuente con disponibilidad de ecocardiograma en el momento de llegada del paciente por emergencia solicitar una radiografía de tórax lo cual podemos encontrar silueta cardiaca agrandada sin embargo los hallazgos no son sensibles ni específicos para el diagnóstico lo cual nos guiaremos de la clínica con los síntomas y síntomas más los antecedentes del paciente(18).

Pancreatitis aguda es una inflamación aguda del páncreas que requiere pruebas bioquímicas y radiológicas. La clínica es de inicio brusco refiriendo dolor epigástrico intenso acompañado de náuseas, vómitos, fiebre, dolor en cinturón o dolor en espalda de leve a moderado.

Las enzimas pancreáticas siendo la lipasa sérica se eleva a las 4 u 8 horas después de iniciado los síntomas y su regresa su valor normal en 8 a 14 días; en cambio la amilasa sérica se eleva de 6 a 12 horas de aparición de la

pancreatitis aguda con un pico máximo de 10 horas y se vuelve a su normalidad de 3 a 5 días.

La elevación de enzima amilasa o lipasa sérica tres veces su valor normal es sensible para el diagnóstico de pancreatitis aguda(19).

La clasificación de la pancreatitis va depender de la insuficiencia orgánica y/o compromiso local o sistémico.

La evaluación inicial debe orientarse si existe insuficiencia de órgano, pérdida de líquidos, y el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, lo cual nos llevara a observar y analizar la estabilidad del paciente y en qué situación enfrentamos para el soporte indicado del paciente.

Según la clasificación Atlanta se divide en pancreatitis aguda leve, pancreatitis moderadamente grave y pancreatitis aguda grave va depender de la insuficiencia de orgánica y las complicaciones locales e sistémicas con el tiempo si es transitorio o persistente.

El estudio de imágenes especialmente la tomografía computarizada abdominal con contraste para establecer el diagnóstico se realiza después de las 72 horas de iniciado el dolor abdominal se puede evidenciar las complicaciones locales y extensión de la necrosis pancreática o extrapancreática(20).

El tratamiento inicial de un paciente con pancreatitis aguda consiste en la mejora del dolor, reanimación adecuada con líquidos y la nutrición.

El monitoreo de los pacientes con pancreatitis aguda debe ser durante las primeras 24 a 48 horas, controlar los signos vitales, la diuresis, la glucosa sérica y los electrolitos. Los pacientes con pancreatitis moderadamente grave y grave requieren de monitorización más días por que pueden desarrollar falla de órgano diana de manera transitoria o persistente con complicaciones locales e sistémicas.

Proporciona hidratación con solución salina de 5 a 10ml/kg, los requerimientos se reevalúan en las primeras 4 a 6 horas de ingreso. Se ajustan en evaluación clínica del paciente y de la diuresis puede desarrollar complicaciones como necrosis tubular o depleción de volumen.

El control del dolor requiere de opioides intravenosos

La nutrición va depender del tipo de pancreatitis aguda y la estabilidad hemodinámica del paciente.

Se inicia una diete blanda y baja en grasa en pacientes que tiene ausencia de íleo, náuseas o vómitos y luego a dieta sólida e baja en grasas. Se recomienda nutrición enteral a pacientes pancreatitis moderadamente grave y grave que no pueden tolerar la vía oral lo cual requieren sonda nasogástrica o naso enteral.

Pacientes con pancreatitis leve se comienza con dieta blanda, dieta baja en grasa y residuos según tolere la vía oral ya que su recuperación es rápida(21).

3.3 Rotación de Gineco-Obstetricia:

Enfermedad inflamatoria pélvica es una infección de tracto genital superior puede presentar compromiso de órganos pélvicos. La etiología se busca de acuerdo a los antecedentes de la paciente y ya que prevalece en mujeres de edad fértil, colocación de dispositivos intrauterinos dentro del primer mes, legrados uterinos, historia sexual reciente, múltiples parejas, infección de transmisión sexual, VIH o EPI previa.

Las mujeres con diagnóstico de EPI los síntomas comunes dolor abdominal bajo asociado a flujo vaginal o secreción vaginal y/o hemorragia intermenstrual.

Sospechase de mujer adolescente o sexualmente activa que presenta dolor pélvico con un análisis de infecciones previas o comorbilidades. La detección de infecciones como *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* o *M. genitalium* y de secreciones vaginales ayudan al diagnóstico.

Examen bimanual para evaluar si existe dolor a la movilización cervical, masas palpables, dolor uterino o anexial, también con el espejo se puede observar si hay presencia de flujo vaginal o secreción mucopurulenta cervical(22).

Las pruebas de laboratorio y la clínica aportan una ayuda para el diagnóstico. La microscopia salina para flujo vaginal, tinción Gram secreción vaginal, pruebas rápida para sífilis, detección de VIH, hemograma, reactantes de fase aguda y prueba de embarazo.

Los hallazgos se complementan con pruebas de imágenes como la ecografía que evalúa compromiso pélvico de otros órganos como primera medida para el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria(23).

El tratamiento ambulatorio EPI según la norma técnica se administra doxiciclina de 100mg vía oral cada 12 horas por 14 días, ciprofloxacino de 500mg cada 12 horas por 14 días y metronidazol de 500mg cada 12 horas por 14 días.

Preclampsia es una enfermedad multisistémica con la aparición de nueva hipertensión arterial y proteinuria o la nueva aparición de hipertensión arterial con disfunción de órgano diana con o sin proteinuria a partir de las 20 semanas de gestación y se resuelve dentro de las 12 semanas postparto estrecha vigilancia materna para establecer la progresión y gravedad (24).

Los factores de riesgo de preclampsia son: diabetes gestacional, hipertensión crónica, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico, sobrepeso u obesidad, enfermedad renal crónica.

El desarrollo de hipertensión arterial y proteinuria se hace gradual conforme avanzan las semanas durante la gestación y deben ser evaluadas en su primera visita prenatal más aún si tiene factores de riesgo.

La atención ambulatoria es cuando la gestante se encuentra estable sin criterios de gravedad durante un periodo de varios días. Informar a los pacientes que signos o síntomas de alarma para que ingresen de forma inmediata por emergencia para la evaluación. Se le aconseja a la gestante tomarse dos veces al día la presión arterial y controles prenatales para el monitoreo fetal.

La preclampsia con características de gravedad se considera indicación de parto independientemente de la edad gestacional para evitar complicaciones maternas y fetales. Hay que recordar que el parto disminuye el riesgo de complicaciones en la salud materna.

La educación del paciente con diagnóstico de preclampsia deben conocer los signos y síntomas más importantes prevalecen y los antecedentes de sus

familiares para observar si tienen más probabilidad de desarrollar la enfermedad(25).

Los dolores de cabeza intenso o persistente, cambios visuales, dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio y con hipertensión arterial.

La terapia hipertensiva no está indicada según estudios en <160 o la presión arterial diastólica <110 mmhg, su manejo es la medida de la presión arterial en casa dos veces al día y asistir a sus controles prenatales con exámenes de laboratorio y realización de ecografía para evaluar peso fetal, volumen de líquido amniótico y restricción de crecimiento fetal.

Preclampsia con criterios de severidad indicación de parto de inmediato para evitar complicaciones maternas como hemorragia cerebral, rotura hepática, convulsiones, insuficiencia renal, desprendimiento de placenta o restricción del crecimiento y muerte fetal

Se recomienda el uso de sulfato de magnesio para la profilaxis de convulsiones en la preclampsia también se sugiere como profilaxis intraparto y postparto siendo de elección en la eclampsia.

En el tema de la preclampsia con criterios de severidad debe tratarse de inmediato con antihipertensivos endovenosos para prevenir accidente cerebrovascular.

Tomar precauciones en el uso de sulfato de magnesio ya que la toxicidad del medicamento genera paro respiratorio, paro cardiaco, perdida de los reflejos tendinosos y disminución de la conducción cardiaca. Si nos encontramos en esta situación inmediatamente aplicar el antídoto gluconato de calcio con dosis inicial de 10ml en solución al 10% intravenosa (26).

Si la gestante tiene menos de 34 semanas se recomienda el uso de corticoides prenatales para la maduración pulmonar ya que existe el riesgo de parto prematuro(27).

3.4 Rotación de Pediatría y Neonatología:

La bronquiolitis síndrome clínico de síntomas y signos de dificultad respiratoria que se presenta en niños lactantes menores de 2 años que produce síntomas de vías respiratorias superior como cuadro catarral de resfrió, congestión nasal o rinorrea que luego hace inflamación de vías respiratorias inferior como sibilantes o subcrepitos.

La bronquiolitis la causa etiológica es viral, la más común es el virus sincitial respiratorio, rinovirus las menos frecuentes influenza, parainfluenza adenovirus.

La bronquiolitis se diagnostica clínicamente cuadro catarral, resfrió estornudos, tos que luego va presentar signos de dificultad respiratoria como taquipnea, tirajes, aleteo nasal, cianosis o desaturación que se complementa con sibilancias y/o crepito.

Anamnesis en la historia clínica del lactante va proporcionar ayuda diagnóstica como antecedentes patológicos puede ser prematuridad, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía congénita etc.

En la exploración observar los signos de dificultad respiratoria, como taquipnea, retracciones intercostales y subcostales, tos, aleteo nasal, sibilancias espiratorias. Los hallazgos en la auscultación pueden subcrepitos bilaterales difusos o sibilantes. Realizar la medida de saturación de oxígeno al lactante y funciones vitales(28).

Los hallazgos de radiología y exámenes de laboratorio no son específicos para el diagnóstico, lo cual, no están indicadas de forma rutinaria.

Los niños con pronóstico grave requieren hospitalización para el manejo adecuado soporte de hidratación, suministro de oxígeno y apoyo ventilatorio la vigilancia en su recuperación.

Los niños y lactantes con bronquiolitis no grave requieren tratamiento ambulatorio inmediata según la norma técnica primero adecuada hidratación, nebulización con solución salina 0.9% cada 20 minutos en 1 hora y salbutamol como prueba terapéutica después. No se sugiere broncodiladores inhalados ni

glucocorticoides de forma rutinaria y la aspiración de fosas nasales si es necesario para aliviar la obstrucción(29).

CRUP vira es un enfermedad viral de vías respiratorias superiores genera inflamación a nivel de laringe y vías respiratorias subglotica. Es más frecuente a partir de los 6 meses a 3 años de edad especialmente en temporada de invierno . La etiología es un virus parainfluenza tipo 1 la causa más común, existen parainfluenza 2 y 3 pero va depender de la gravedad.

Los síntomas que más prevalecen estridor inspiratorio, tos perruna y ronquera con días previos de congestión nasal, secreción nasal, fiebre o cuadro catarral. El niño se siente inquieto, intranquilo, con dificultad para respirar, estridor frecuente con la tos persistente(30)

Para la evaluación de la gravedad puntuación de westley va depender de estridor en reposo, tos perruna, signos de dificultad respiratoria y retracciones intercostales, subcostales, intraclaviculares, y supraesternales.

El tratamiento va depender del puntaje de la escala de Westley, se inicia con los pacientes con estridor en reposo y retracciones leves por lo cual se atienden en emergencia. Los niños con Crup severo marcadas retracciones costales, agitación, letargo, cianosis, signos de dificultad respiratoria

Crup leve se inicia con dexametasona 0,15 a 0,6mg/kg administrada por vía oral y vigilancia de funciones vitales.

Crup moderado a severo se inicia con dexametasona (0,6mg/kg, máximo 16mg) por la vía menos invasiva y epinefrina nebulizada durante 15 minutos y luego se vuelve a repetir(31).

El manejo para la hospitalización se debe comenzar con epinefrina nebulizada se puede repetir 15 a 20 minutos y oxígeno suplementario a niños con hipoxemia con saturación menor de 92% en el aire ambiente.

Las indicaciones para el ingreso a hospitalización el niño deben presentar: dificultad respiratoria persistente, Crup moderado a severo, alteración de la conciencia, deshidratación severa, aspecto toxico del niño con insuficiencia respiratoria.

La atención de apoyo debe ser continuo la ingesta de líquidos por vía intravenosa, aire u oxígeno humidificado, antipiréticos y antibióticos en cuadros de infección añadidas(32).

Para el desarrollo de los casos clínicos se requiere de varios aspectos al momento de entablar conversación con los pacientes, familiares y el entorno de nuestro ámbito laboral.

La integridad de la persona se basa un equilibrio y armonía tomando aspectos físicos, psicológicos y corporales. Los profesionales de la salud deben integrar fundamentos llevados a la práctica tomando en cuenta el consentimiento del paciente antes de la intervención ya que debe asegurarse que debe de comprender toda información que se le brinde para algún procedimiento en beneficio de su salud y que sea capaz el paciente de recibirlo y analizarlo para consentir el permiso sino está en la capacidad se le informa a os familiares o familiar responsable que vela por su salud.

La responsabilidad es el compromiso y el cuidado a cargo de los pacientes en responder a las necesidades y brindar soluciones en diferentes situaciones que atraviesa el paciente.

Escuchar con atención las situaciones que narra el paciente para el alivio del dolor; tomando en consideración sus sentimientos y pensamientos que han vivido así podemos descubrir y buscar la causa con más facilidad para el diagnóstico.

El respeto es importante para la atención del paciente o familiares, es una muestra de atención con mirada fija entendiendo lo que nos dicen y tratarlo con dignidad sin hacer uso de la indiferencia y mostrando siempre humanidad. Todos merecemos respeto pero depende de uno para hacerlo prevalecer en nuestro ámbito laboral.

Ponernos en el lugar de la persona y entender sus dolencias que expresan prestar atención a su malestar y sentir sus emociones para ayudar a calmar el sufrimiento que puede estar pasando en ese momento.

Los profesionales de la salud deben guardar con firmeza y seguridad la información brindada siempre manteniendo en reserva los diagnósticos que sean de peor pronóstico.

Muchas veces existen el deterioro emocional y el estrés físico laboral que pone en juego la salud del paciente, no permite el desarrollo correcto de las capacidades para el bienestar del paciente.

La carga laboral, las horas extra y el tiempo limitado para la atención conllevan a un desorden emocional que conduce a cuadros de ansiedad que necesitan apoyo para evitar alteraciones en el trabajo como pérdida de energía y falta de compromiso laboral.

Es necesario corregir y amplificar las horas de descanso y evitar la sobrecarga de trabajo que no ayudan en ninguna situación.

Conocer en entorno familiar del paciente permite conocer los antecedentes del paciente, las costumbres y sus creencias que a veces impide realizar procedimientos para el beneficio del paciente.

Precisar los comportamientos que expresan internamente del establecimiento de salud, debemos observar, actuar y no juzgar sino intervenir con prudencia y respeto, manteniendo la privacidad que requieren las personas en el ámbito hospitalario.

La comunicación y las relaciones afectivas desarrollan un trabajo en equilibrio y armonía; las opiniones, sugerencias y los consejos hacen un trabajo en equipo eficaz y efectivo en el desarrollo de la atención integral de la salud.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La pandemia por Covid-19 nos ha enseñado que tenemos fuerzas y resiliencia como seres humanos, lo que ha generado trabajo en equipo para el desenvolvimiento

Aprendimos a expresar nuestro sentir, nuestros temores, y seguir trabajando para el bienestar del paciente. Muchas veces la carga laboral y la falta de sueño no ayudan para el rendimiento del profesional o el personal del hospital más aún si no se cuenta con la cantidad apropiada de personal de salud. Esto demuestra la capacidad de adaptarse a nuevas medidas y el compromiso que tiene el personal de salud con el entorno para el beneficio y bienestar del paciente.

Tenemos un rol positivo en el apoyo de los servicios frente a esta crisis de salud por la pandemia lo cual de manera voluntaria nos acercamos en el campo clínico para obtener más experiencias y empezar a aplicarlas.

Es gratificante realizar educación al paciente y la familia, promover un estilo de vida saludable ya que se realiza el primer contacto con el paciente, el seguimiento y colaboran en los planes y decisiones clínicas que se tomen

Los profesionales de la salud están viviendo en carne propia el sufrimiento de muchas familias y la situación que no ayuda para la recuperación del paciente. Muchos insumos y materiales hacen falta para el fortalecimiento del sector de salud para la integridad de todos los peruanos como derecho a la salud universal.

Fomentar la educación al autocuidado con las medidas de prevención y el aislamiento obligatorio en la población.

Motivar una vida saludable con una alimentación nutritiva para el buen desarrollo y evitar enfermedades a largo plazo que pueden empeorar y poner en riesgo la salud del paciente.

En el aprendizaje para los internos de medicina humana se realizaron actividades académicas de manera presencial en los meses de enero a marzo y de manera virtual en los meses de retorno hasta el mes de abril de este año. Desarrollando temas interesantes de acuerdo a las rotaciones lo cual se compartía opiniones, ideas, y habilidades para el desenvolvimiento en la exposición. El apoyo mutuo de los docentes de cada especialidad nos motivó a mejorar e investigar sobre el tema tratante y presentarlo en diapositivas para proyectarlo a los doctores encargados de la exposición.

Cultivando valores y virtudes en beneficio de uno mismo y para las personas que nos rodean, el hospital ha sido un campo amplio de aprendizaje tanto en la práctica como la teoría; los profesionales que laboran han sido de gran ayuda y aporte positivo para la formación de los internos de medicina humana además de convivir en grupo nos motiva a trabajar unidos y encontrar soluciones de manera correcta sin hacer daño en la vida del paciente.

CONCLUSIONES

La experiencia durante la pandemia laborando en distintos servicios en campo de la clínica médica ha permitido no solo recibir e conocimiento técnico sino también el área más humana de la medicina, aprender el trabajo en equipo, integrar y fortalecer lazos de unión con el entorno

Lo vivido nos ha permitido continuar con nuestra carrera en el campo de la práctica nos ha llevado aprender y acercarnos sobre temas más humanos.

El enfoque se basa en una serie de competencias teóricas, prácticas, actitudinales y sociales consolidando los conocimientos para resolver los problemas que enfrentamos cada día fortaleciendo nuestros valores ante la sociedad.

Durante este tiempo hemos logrado alcanzar el conocimiento adecuado de acuerdo a nuestras experiencias vividas en el hospital y en carne propia haber vivido la crisis sanitaria por esta pandemia.

Esta situación ha motivado a seguir en lucha y trabajar en equipo que permite integrar conocimientos para la mejora de la atención de salud.

RECOMENDACIONES

Épocas de pandemia siempre asumir que todos los pacientes son positivos y tomar medidas de protección adecuada con las precauciones indicadas para evitar la exposición del personal de salud.

En cada hospital deben facilitar los medios necesarios para que se apliquen reglamentos de prevención según los protocolos establecidos y las normas vigentes en cada establecimiento de salud.

Utilizar siempre el equipo de protección individual y el lavado de manos antes, durante y después de estar en contacto con el paciente.

Mantener el distanciamiento, minimizar el tiempo de comunicación siendo de la forma más clara y concreta posible para evitar riesgos de contagio y no poner en peligro al personal de salud.

Disponer de actitud, compromiso y responsabilidad para el desarrollo de actividades en beneficio de los pacientes y del sector hospitalario.

Cultivando valores, principios éticos y virtudes podemos fortalecer lazos de unión en el ámbito laboral.

Desarrollar temas de innovación que lleven a la observación, creación, indagación en el campo clínico.

Respetar el aforo indicada en cada uno de las salas correspondientes dentro del establecimiento de salud y la colocación de carteles visibles que

promuevan las medidas de protección cotidiana y describan como detener la propagación del COVID19.

Las instalaciones de salud suelen estar congestionadas de pacientes, lo cual a veces imposibilita la atención adecuada requiriendo más tiempo y espacio para brindar, es el motivo de una atención insuficiente para el paciente. Hoy en épocas de pandemia hay sobrecarga de trabajo en diferentes áreas del hospital, lo cual se requiere implementar en el hospital las teleconsultas virtuales como apoyo para el diagnóstico y tratamiento terapéutico en el proceso de recuperación.

La incorporación de la Telemedicina para el uso de consultas, la comunicación activa del paciente con el médico, podría hacer atendidas de manera virtual siendo de forma segura y eficaz por parte de los profesionales de la salud , buscando los casos sospechosos y los posibles diagnósticos del paciente y evitar los riesgos de contagio sin salir de su casa.

Adecuar teleconsultas que proporcionarían ayuda a la población con el fin de asesorar, diagnosticar o iniciar tratamiento terapéutico y evitar la exposición de la población, cubriendo las necesidades por medios virtuales de manera responsable, segura y eficaz.

Realizar teleconsultas programadas para la evaluación, el seguimiento, orientación, y el manejo de recomendaciones en casos de que sea innecesario ir al hospital y pueda ser tratado desde su caso por motivos de la pandemia y resguardando la salud del paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol.* noviembre de 1990;132(5):910-25.
2. Guidry SP, Poole GV. The anatomy of appendicitis. *Am Surg.* enero de 1994;60(1):68-71.
3. Andersson REB. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg.* enero de 2004;91(1):28-37.
4. Lee T-H, Kim J-O, Kim J-J, Hong S-S, Jin S-Y, Kim H-G, et al. A case of intussuscepted Meckel's diverticulum. *World J Gastroenterol.* 28 de octubre de 2009;15(40):5109-11.
5. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA. Sensitivity and specificity of the individual CT signs of appendicitis: experience with 200 helical appendiceal CT examinations. *J Comput Assist Tomogr.* octubre de 1997;21(5):686-92.
6. Kessler N, Cyteval C, Gallix B, Lesnik A, Blayac P-M, Pujol J, et al. Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings. *Radiology.* febrero de 2004;230(2):472-8.
7. Rosen MP, Ding A, Blake MA, Baker ME, Cash BD, Fidler JL, et al. ACR Appropriateness Criteria® right lower quadrant pain--suspected appendicitis. *J Am Coll Radiol.* noviembre de 2011;8(11):749-55.
8. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 20 de julio de 2005;(3):CD001439.
9. Bratzler DW, Houck PM, Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup, American Academy of Orthopaedic Surgeons, American Association of Critical Care Nurses, American Association of Nurse

- Anesthetists, et al. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *Clin Infect Dis*. 15 de junio de 2004;38(12):1706-15.
10. Fry DE. Surgical site infections and the surgical care improvement project (SCIP): evolution of national quality measures. *Surg Infect (Larchmt)*. diciembre de 2008;9(6):579-84.
 11. Cheng Y, Xiong X, Lu J, Wu S, Zhou R, Cheng N. Early versus delayed appendectomy for appendiceal phlegmon or abscess. *Cochrane Database Syst Rev*. 2 de junio de 2017;6:CD011670.
 12. Gracia M, Rius M, Carmona F. Cirugía laparoscópica en tiempos de COVID-19. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2020;47(3):106-10.
 13. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? *JAMA*. 1 de enero de 2003;289(1):80-6.
 14. Ralls PW, Colletti PM, Lapin SA, Chandrasoma P, Boswell WD, Ngo C, et al. Real-time sonography in suspected acute cholecystitis. Prospective evaluation of primary and secondary signs. *Radiology*. junio de 1985;155(3):767-71.
 15. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 7 de noviembre de 2015;36(42):2921-64.
 16. Troughton RW, Asher CR, Klein AL. Pericarditis. *Lancet*. 28 de febrero de 2004;363(9410):717-27.
 17. Reddy PS, Curtiss EI, O'Toole JD, Shaver JA. Cardiac tamponade: hemodynamic observations in man. *Circulation*. agosto de 1978;58(2):265-72.
 18. Spodick DH. Acute cardiac tamponade. *N Engl J Med*. 14 de agosto de 2003;349(7):684-90.
 19. Yadav D, Agarwal N, Pitchumoni CS. A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. junio de 2002;97(6):1309-18.
 20. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. enero de 2013;62(1):102-11.
 21. Eatock FC, Chong P, Menezes N, Murray L, McKay CJ, Carter CR, et al. A randomized study of early nasogastric versus nasojejunal feeding

- in severe acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* febrero de 2005;100(2):432-9.
22. Peipert JF, Ness RB, Blume J, Soper DE, Holley R, Randall H, et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* abril de 2001;184(5):856-63; discussion 863-864.
 23. Bennett GL, Slywotzky CM, Giovanniello G. Gynecologic causes of acute pelvic pain: spectrum of CT findings. *Radiographics.* agosto de 2002;22(4):785-801.
 24. Helewa ME, Burrows RF, Smith J, Williams K, Brain P, Rabkin SW. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. *CMAJ.* 15 de septiembre de 1997;157(6):715-25.
 25. Barton JR, Stanziano GJ, Sibai BM. Monitored outpatient management of mild gestational hypertension remote from term. *Am J Obstet Gynecol.* marzo de 1994;170(3):765-9.
 26. Lu JF, Nightingale CH. Magnesium sulfate in eclampsia and preeclampsia: pharmacokinetic principles. *Clin Pharmacokinet.* abril de 2000;38(4):305-14.
 27. Chang EY, Menard MK, Vermillion ST, Hulsey T, Ebeling M. The association between hyaline membrane disease and preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* octubre de 2004;191(4):1414-7.
 28. Florin TA, Plint AC, Zorc JJ. Viral bronchiolitis. *Lancet.* 14 de enero de 2017;389(10065):211-24.
 29. Panitch HB. Respiratory syncytial virus bronchiolitis: supportive care and therapies designed to overcome airway obstruction. *Pediatr Infect Dis J.* febrero de 2003;22(2 Suppl):S83-87; discussion S87-88.
 30. Thompson M, Vodicka TA, Blair PS, Buckley DI, Heneghan C, Hay AD, et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. *BMJ.* 11 de diciembre de 2013;347:f7027.
 31. Cherry JD. Clinical practice. Croup. *N Engl J Med.* 24 de enero de 2008;358(4):384-91.
 32. Petrocheilou A, Tanou K, Kalampouka E, Malakasioti G, Giannios C, Kaditis AG. Viral croup: diagnosis and a treatment algorithm. *Pediatr Pulmonol.* mayo de 2014;49(5):421-9.

