



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO
2020 - ABRIL 2021**

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

**PRESENTADO POR
AILED RENEE CASTRO MUÑOZ
JOHANA LIZBETH HONORIO QUIROZ**

**ASESOR
DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON**

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO
ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

AILED RENEE CASTRO MUÑOZ

JOHANA LIZBETH HONORIO QUIROZ

ASESOR

DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Nelly Mercedes Lizbeth Borra Toledo

Miembro: Dra. Tamara Jorquiera Johnson

Miembro: Dr. Miguel Tenorio Taramona

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María Auxiliadora porque desde pequeña guiaron mis pasos y mi camino a seguir creyendo y teniendo fe a pesar de las circunstancias malas o buenas que podamos haber estado atravesando, nunca sentirme sola.

A mi Madre Juana Quiroz Díaz, por haberme dado la vida y dicha de ser su hija, de haber tenido a la mejor madre que pudo dar la vida, a mi guerrera de corazón porque ella luchó por su vida hasta el último día de su vida, demostrándome así que tengo que aprender hacer valiente que la vida es dura, pero no me tengo que derrumbar, que tengo que seguir luchando hasta cumplir mis sueños y metas. Por ti madre mía, mi inspiración de madre y de mujer seguiré tus pasos y los llevaré en mi corazón para toda la vida. Te amo mamá, todo por ti hasta el cielo y lo que soy hoy es gracias a ti. Desde el cielo cuida mis pasos, protegiéndome y guiando mis pasos para ser la mujer que siempre quisiste que sea. Gracias por todo tu trabajo de toda la vida ahora se cumplirá tu mayor deseo verme profesión. Tu bebe por siempre mamita.

A mi Padre Alfredo Honorio Torres, por siempre cuidarme y demostrarme tanto amor, eras muy cariñoso con tus hijas y tu nieta, gracias por tu trabajo diario, tu sacrificio, tus desveladas trabajando para que yo sea profesional, todo lo que soy ahora es por ti también. Gracias papi por tus consejos en lo personal y profesional, yo era tu orgullo y sé que lo voy a hacer, desde el cielo me verás y seguirás sacando el pecho por mi contra todos. Como te dije un día te prometo terminar mi carrera y cumpliré tus deseos que tú y yo sabemos. Beso al cielo papito, te amo.

A mi hermana, Roxana Honorio Quiroz, por ayudarme en todo momento, situación que se me presentara difícil o buena, sé que siempre contare contigo como me lo has demostrado siempre a pesar de la distancia de estar lejos, pero nos la ingeniamos para sentirnos cerca la una de la otra. Gracias por tanto apoyo y siempre creer en mí, a no derrumbarme a pesar de los momentos difíciles que pasamos a seguir creyendo que lo superaremos

juntas y que nos tenemos la una a la otra es lo que nuestros papas siempre nos decían. En memoria de ellos somos y seremos las mejores hermanas que ellos siempre veían, apoyándonos siempre en cada circunstancia. Gracias por ser una segunda madre, sin ti me sentiría perdida, triste, pero apareces tú y me cambias todo, me levantas y me animas a seguir creyendo que la vida tiene algo bueno para mí y luchar por ello. Te amo hermanita.

A mi sobrina Sofía Valentina Huerta Quiroz, porque desde que ella llegó a este mundo la esperaba desde siempre con muchas ganas de tenerla junto a mí, cuidarla y engreírla y así será por siempre. Gracias mi Sofí porque a pesar de ser tan pequeñita haces que se ilumine mi vida, me alegras la vida cada día al verte sonreír, haces que todo lo malo o triste que pueda estar pasando me lo olvide y llenas mi vida de felicidad. Te amo mi pequeñita.

A Tatiana Franco, por ser una excelente persona conmigo y mi familia, porque fue un pilar fundamental en nuestras vidas con mi familia, por ser “una hija más como decía mi papá y mi mamá”, gracias por haber cuidado de mí y salvarme la vida ya que con tu ayuda no lo hubiera logrado. Gracias por todo y por seguir demostrándome cada día que estás conmigo y que siempre voy a contar contigo.

A mi abuela Delia Muñoz Prado por ser la mejor, por ayudarme a lo largo de la carrera y acompañarme siempre en mis amanecidas y animarme ante cualquier reto que se presentaba.

A mi familia, mis tíos, mis primos, sobrina, ahijadas, amigos por demostrarme todo su apoyo en los momentos más difíciles que nos tocó vivir hoy en día. Gracias por su amor, consejos y apoyo incondicional, ya que sin ellos no estaría donde estoy ahora: cumpliendo mi sueño de ser profesional. Se que se sienten orgullosos de mi ahora.

Ailed Renee Castro Muñoz
Johana Lizbeth Honorio Quiroz

AGRADECIMIENTO

Al Rector Ing.Bao, al Decano Dr. Lizarazo, a la Doctora Tamara, al Dr. Ortiz los cuales me brindaron su apoyo tanto en lo profesional y en lo personal para la realización de mi como profesional y seguir con mi proyecto de obtención para el título profesional.

A mi asesora la Licenciada Susana León, que siempre me asesoró con mi trabajo de suficiencia profesional hasta la culminación de ello, y también en el ámbito personal que en mis momentos donde más necesitaba empuje a seguir adelante a pesar de las dificultades que se me presentaron a no decaerme sino a seguir hasta culminar mis objetivos.

A mis padres que siempre desde el inicio de mi vida y carrera me apoyaron a seguir mis sueños y no detenerme; por siempre haber creído en mí y que lo lograría, y todo gracias a su esfuerzo tanto laboral y personal, sin ellos nada hubiera sido posible, por haber estado conmigo en las buenas y en las malas.

A mi hermana, por empujarme siempre a cumplir con todo lo que me proponga y decirme que “tú puedes”, “no te derrumbes”, por ser como una segunda madre para mis todos estos años de vida.

A mi abuela por siempre apoyarme y enseñarme a luchar por mis sueños sin ella no hubiera sido esto posible quedo infinitamente agradecida contigo.

ÍNDICE	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	v
Indice	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.	1
1.1 Rotación de Cirugía General.....	11
1.2 Rotación de Ginecología Y Obstetricia:	22
1.3 Rotación Medicina Interna	34
1.4 Rotación Pediatría y Neonatología	42
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	57
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL: LOGROS, DIFICULTADES Y LECCIONES APRENDIDAS.	60
3.1 Rotación de Cirugía General.....	61
3.2 Rotación de Ginecología Y Obstetricia	65
3.3 Rotación Medicina Interna	68
3.4 Rotación Pediatría y Neonatología	71
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	75
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	78
FUENTES DE INFORMACIÓN	79
ANEXOS	82
1 Organigrama Estructural del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	82

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es el informe de la experiencia del internado de Medicina, en el cual figuran los logros, dificultades y lecciones adquiridas a partir de las rotaciones por las áreas de Cirugía, Gineco-obstetricia, Medicina interna y Pediatría; donde fue precisa la identificación, aplicación, propuesta y juicio de las alternativas de solución a los problemas existentes para el diagnóstico y el tratamiento; considerando la prevención y promoción de la salud. Los métodos y recursos empleados fueron la medicina basada en las evidencias (MBE) y centrada en el paciente en la medida de que se integra las creencias y expectativas de este en la toma de decisiones; la participación en charlas y consejería, la toma de muestras, la realización de exámenes, el acceso a las oportunidades de intervención quirúrgica con supervisión de asistentes en función al nivel de conocimientos del interno y la explicación del consentimiento informado. Se concluye que la formación integral alcanzada sugiere una orientación teórico-práctica con una estimación de la voluntad del paciente.

ABSTRACT

The objective of this work is the report of the experience of the Medicine internship, in which the achievements, difficulties and lessons acquired from the rotations through the areas of Surgery, Gynecology-obstetrics, Internal Medicine and Pediatrics appear; where it was necessary to identify, apply, propose and judge the alternative solutions to the existing problems for diagnosis and treatment; considering prevention and health promotion. The methods and resources used were evidence-based medicine (EBM) and centered on the patient to the extent that their beliefs and expectations are integrated into decision-making; participation in talks and counseling, taking samples, conducting examinations, access to surgical intervention opportunities with supervision of assistants based on the inmate's level of knowledge, and explanation of informed consent. It is concluded that the comprehensive training achieved suggests a theoretical-practical orientation with an estimate of the patient's will.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de suficiencia profesional se focaliza en la última fase del plan de estudios en la carrera de Medicina que es el periodo de internado, cuya incorporación se fundamenta en que posibilita la exposición permanente a casos que ameriten la detección rápida de riesgos, aplicación medidas preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los problemas de salud que acontezcan; manteniendo un sentido ético y humanista (1). Y es que, los años anteriores de la carrera no son suficientes para establecer el perfil profesional de un médico, aunque se hayan logrado aptitudes por medio de la enseñanza teórico-práctica, donde los trabajos planteados no se limitan a la lectura y redacción de textos; en el internado se prepara para adoptar una resolución creativa e inteligente ante los imprevistos, se lidia directamente con los pacientes que no son precisamente son cooperativos en un principio, se aprende a laborar en equipo en situaciones de emergencia, a ultimar las guardias exitosamente.

Por la presencia de la pandemia por COVID 19, las actividades del internado se paralizaron en el mes de marzo del año 2020, el cual estuvo respaldado bajo la resolución viceministerial 081-2020- MINEDU, ya que las prácticas no garantizaban las medidas de bioseguridad necesarias en los estudiantes. La incorporación de internado médico voluntario empezó el 01 de octubre del mismo año hasta el 30 de abril del 202

1, mediante la resolución Ministerial N° 622-2020/MINSA, cuya finalidad es la contribución en la instrucción de los internos de ciencias de la salud para la adquisición de competencias para la formación profesional, mejorando la gestión y desarrollo de los recursos humanos en este campo.

El contenido de este trabajo tiene por objetivo la recopilación y estructuración de la experiencia de internado de Medicina cuyo contenido se divide en tres capítulos que proporcionan detalles acerca de este periodo, el que comportó alcances y limitaciones; pudiendo ser más que un documento requisito para la aprobación de la carrera sino también una observación rigurosa y juiciosa acerca del propio aprendizaje, que mencionen las fortalezas y falencias durante esta vivencia. Pudiendo ser de utilidad para otros futuros internos.

El primer capítulo corresponde a la trayectoria profesional y se especifican los logros alcanzados en el aprendizaje de conocimientos teórico- prácticos, y en la adquisición de competencias y aptitudes para el diagnóstico, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de las patologías más importantes en el campo cirujano; de la mano con los principios y los valores.

El segundo capítulo concierne al contexto en el que se desarrolló la experiencia y expone las características del establecimiento de salud referentes a su organización y funciones desempeñadas, así como las actividades efectuadas en la institución.

El tercer capítulo se relaciona con la aplicación profesional y describe las metodologías de investigación científica basadas en la evidencia y centrada en el paciente; los procesos, actividades, instrumentos, procedimientos, y sistemas de información y comunicación utilizados para el entrenamiento de las habilidades, actitudes y destrezas en las actividades médico-quirúrgicas y humanísticas, a través del razonamiento clínico y de la ética profesional.

El cuarto capítulo es relativo a la reflexión crítica de la experiencia y se considera el aporte en el área de desarrollo predominante, el juicio sobre la realidad, responsabilidades y prácticas que ejecutó, las necesidades que se atendieron, el prestigio profesional alcanzado; asimismo, la experiencia y la capacitación requeridas.

Finalmente, las secciones de conclusiones, recomendaciones y fuentes de información bibliográficas, hemerográficas y electrónica

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.

El internado en Medicina permite al estudiante reforzar los conocimientos desde un plano teórico-práctico y son obtenidos durante la formación profesional. En este proceso se han realizado actividades de conformidad a los contenidos procedimentales de los sílabos de las áreas de Cirugía, Gineco-obstetricia, Medicina interna y Pediatría; teniendo en cuenta los lineamientos de la Medicina basada en evidencia (MBE) para el logro de las competencias, capacidades, actitudes y valores propuestos para su formación profesional, con un enfoque humanístico en la atención al paciente.

Para ello, la Universidad San Martín de Porres (USMP) proporciona a los internos el apoyo técnico-pedagógico a través de la asesoría y la supervisión de los coordinadores y tutores de internado para la obtención de estos logros en cada una de las áreas de rotación. A continuación, serán detalladas junto con sus unidades:

Tabla 1: Áreas de rotación y unidades

Áreas de rotación	Unidades	Especialidades	Número de horas
Cirugía	Unidad I Cirugía General y Ética	Semana 1: Cirugía General I y Ética	HT = 4 HP = 28
		Semana 2: Cirugía General II	HT = 4 HP = 28

		Semana 3: Cirugía General III	HT = 4 HP = 28
		Semana 4: Cirugía General IV	HT = 4 HP = 28
	UNIDAD II Urología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía de tórax y cardiovascular	Semana 5: Traumatología	HT = 4 HP = 28
		Semana 6: Problemas de Urología	HT = 4 HP = 28
		Semana 7: Problemas en Oftalmología	HT = 4 HP = 28
		Semana 8: Problemas en Otorrinolaringología	HT = 4 HP = 28
	UNIDAD III Neurocirugía y cirugía pediátrica, ética, promoción y prevención en pediatría.	Semana 9: Cirugía de Tórax y Cardiovascular	HT = 4 HP = 28
		Semana 10: Neurocirugía	HT = 4 HP = 28
		Semana 11: Cirugía Pediátrica	HT = 4 HP = 28
		Semana 12: Promoción y Prevención	HT = 4 HP = 28
Gineco- Obstetricia	Unidad I Problemas ginecológicos.	Semana 1: Tumores pélvicos	HT = 4 HP = 28
		Semana 2: Alteraciones del piso pélvico	HT = 4 HP = 28
		Semana 3: Infecciones Ginecológicas y	HT = 4 HP = 28

		reproducción humana	
		Semanas 4: Trastornos del ciclo menstrual y cáncer ginecológico	HT = 4 HP = 28
	UNIDAD II Problemas obstétricos	Semana 5: Control Prenatal	HT = 4 HP = 28
		Semana 6: Complicaciones del embarazo	HT = 4 HP = 28
		Semana 7: Parto y Enfermedades intercurrentes Embarazo	HT = 4 HP = 28
		Semana 8: Infección y hemorragia obstétricas	HT = 4 HP = 28
		Semana 9: Ética, en ginecobstetricia I	HT = 4 HP = 28
	UNIDAD III Ética, prevención y promoción en ginecobstetricia	Semana 10: Ética, en ginecobstetricia II	HT = 4 HP = 28
		Semana 11: Prevención y promoción en ginecobstetricia I	HT = 4 HP = 28
		Semana 12: Prevención y promoción en ginecobstetricia II	HT = 4 HP = 28
		Semana 11: Prevención y promoción en ginecobstetricia I	HT = 4 HP = 28
Medicina	Unidad I Problemas infecciosos, respiratorio,	Semana 1: Problemas infecciosos	HT = 4 HP = 28
		Semana 2: Problemas aparato respiratorio	HT = 4 HP = 28

	cardiovascular y digestivo	Semana 3: Problemas del aparato cardiovascular	HT = 4 HP = 28	
		Semanas 4: Problemas del aparato digestivo	HT = 4 HP = 28	
	UNIDAD II Problemas del sistema nervioso, metabólico, hormonal, articular y menta	Semana 5: Problemas del Sistema Nervioso	HT = 4 HP = 28	
		Semana 6: Problemas hormonales y metabólicos	HT = 4 HP = 28	
		Semana 7: Problemas articulares	HT = 4 HP = 28	
		Semana 8: Problemas de la Salud Mental y Psiquiatría	HT = 4 HP = 28	
	UNIDAD III Problemas renales, de piel, de la sangre y coagulación, ética y medicina legal	Semana 9: Problemas renales	HT = 4 HP = 28	
		Semana 10: Problemas de piel	HT = 4 HP = 28	
		Semana 11: Problemas de la sangres y coagulación	HT = 4 HP = 28	
		Semana 12: Ética y Medicina Legal	HT = 4 HP = 28	
	Pediatría	Unidad I Problemas del recién nacido	Semana 1: Problemas del recién nacido I	HT = 4 HP = 28
			Semana 2: Problemas del recién nacido II	HT = 4 HP = 28
Semana 3: Problemas del recién nacido I			HT = 4 HP = 28	
Semana 4: Problemas del recién nacido I			HT = 4 HP = 28	

	UNIDAD II Problemas de salud del niño y el adolescente	Semana 5: Problemas de salud del niño y el adolescente I	HT = 4 HP = 28
		Semana 6: Problemas de salud del niño y el adolescente II	HT = 4 HP = 28
		Semana 7: Problemas de salud del niño y el adolescente III	HT = 4 HP = 28
		Semana 8: Ética y Deontología en Pediatría	HT = 4 HP = 28
	UNIDAD III Urgencias, emergencias, promoción y prevención en Pediatría	Semana 9: Urgencias, emergencias I	HT = 4 HP = 28
		Semana 10: Urgencias, emergencias II	HT = 4 HP = 28
		Semana 11: Prevención y Promoción de la Salud I	HT = 4 HP = 28
		Semana 12: Prevención y Promoción de la Salud II	HT = 4 HP = 28

Se estima de importancia respaldarse en un marco teórico sobre los términos relacionados con el desempeño dentro del internado; por consiguiente, tenemos a Medicina Basada en Evidencia, la primera mención del término data de 2009, con el fin de señalar el enfoque recomendado para evaluar y promover la calidad de los estudios desarrollados (2), lo cual notifica de su relevancia si añadimos que los futuros beneficiarios de los mismos serán los pacientes en la práctica clínica.

La investigación basada en la evidencia se define como la utilización de investigaciones precedentes de forma sistemática y transparente a propósito de responder a cuestiones pertinentes fundadas en los siguientes criterios: validez, eficacia y accesibilidad (3).

Por otro lado, es una expresión acuñada por el médico canadiense Gordon Guyatt (4) y ha sido conceptualizada como una labor sincrética que incorpora la mejor evidencia clínica vigente, el grado de experticia del médico y los valores del usuario; trazándose como objetivo una toma de decisiones que sea personalizada para el paciente (2). Cabe agregar que, la mejor evidencia clínica supone la exactitud de las pruebas diagnósticas, la rigurosidad del pronóstico y las intervenciones preventivas y terapéuticas a nivel de eficacia y seguridad. En el caso de la experticia clínica, esta es alusiva al conocimiento y la práctica clínica que coadyuvan a identificar con relativa prontitud el estado de salud y el diagnóstico del paciente; asimismo, reconocer el abordaje ventajoso según un análisis de costo-beneficio y los valores del usuario que serían sus actitudes, principios y expectativas (5).

Metodología de la MBE:

La práctica de la Medicina Basada en la Evidencia se rige por una metodología estructurada y minuciosa para alcanzar un servicio óptimo al paciente y también contribuir con la ciencia. Está constituida por seis pasos que se expondrán a continuación:

a) Formular una pregunta procedente del problema clínico del paciente:

Consiste en elaborar interrogantes necesarias, precisas y claras que surgen durante la exploración clínica. Dichas interrogantes pueden ser de índole cuantitativa en tanto proporcionan evidencia mensurable o cualitativa ya que confieren datos sociodemográficos tales como su sexo, edad, vivienda, instrucción o más subjetivos como sus sentimientos, creencias, satisfacción, autopercepción de su enfermedad o dolencia, etc.

Para este paso, se sirve del formato PICO, cuyas iniciales estarían referidas a Paciente (Patient), Intervención (Intervention), Comparación (Comparison) y Resultado (Outcome), respectivamente.

- Paciente: corresponde al conjunto de características que distinguen al usuario. Al ser un campo médico, una de las elementales sería su enfermedad o antecedentes de la misma, por ejemplo.
- Intervención: describe la principal intervención clínica previa como la medicación prescrita, prueba de diagnóstico a las que fuera sometido, cirugía, entre otros y/o una condición biológica como consumo y/o exposición a sustancias psicoactivas, embarazo, dieta, alergias, etc.
- Comparación: sugiere el tratamiento alternativo que se está valorando como remedios homeopáticos, herbología, acupuntura, tratamiento estándar, etc.
- Resultado: atañe a la variable del objeto de estudio e intervención; dicho de otra manera, que uno pretende medir, promover y/o reducir. Ejemplos de ello podrían ser la neumonía, reducir la incidencia del dengue, aumentar el uso correcto de la mascarilla, entre otros.

b) Revisión de la literatura disponible:

La literatura médica es pródigamente diversa, llegando a incluir libros, revistas, resúmenes; revisiones sistemáticas, por ejemplo, la famosa Cochrane, meta-análisis, guías de práctica clínica, recursos electrónicos, bases de datos, plataformas de internet como Medline, PubMed, Medscape, HDCN, etc. Se acostumbra a preferir estos últimos ya que brindan material (físico y/o virtual) actualizado y, lógicamente, acorde a las palabras clave de la investigación. Sin embargo, existen revistas electrónicas cuya pesquisa se ciñe a los preceptos de la Medicina Basada en la Evidencia, como el ACP Journal Club, Evidence Based Medicine y Evidence-Based Practice.

Aparte de los soportes electrónicos, cabe separar a propio juicio respetando ciertos estándares. En primer lugar, la fuente de información ha de ser de calidad, clínicamente aplicable, juzgar el beneficio y el potencial riesgo de la intervención y ser práctica (6). Esas premisas se tienen en cuenta cuando se procede a la categorización en dos rubros: diseño de estudio y la solvencia que otorga el estudio a la pregunta. La clasificación de los diseños de estudio contempla varias clases, los observacionales/ no experimentales que son descriptivos (estudios de caso, series de casos y estudios ecológicos) o analíticos (estudios transversales, casos y controles, cohorte); los experimentales que son estudios de intervenciones y pueden ser ensayos de control aleatorizado, estudios cuasiexperimentales / ensayos de control no

aleatorizado, ensayo comunitario y los diseños del estudio pre y postest. Estos estudios pueden ser más o menos aconsejables dependiendo del tipo de pregunta enunciada. Para una sobre terapia serían los ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA); para una de prevención, los ECA, estudios de cohortes y el control de casos, en tal orden de prioridad; para una de diagnóstico, la comparación de ensayos prospectivos, ciegos y controlados con el estándar de oro; para una de pronóstico, estudio de cohortes, control de casos, serie de casos / reporte de un caso, en ese orden; para una de etiología / daño, ECA, estudio de cohorte, control de casos en ese orden; para una miscelánea, los de ciencias básicas, genética, inmunología; y, para una de análisis de costo, el análisis económico. (7)

c) Valorar críticamente la evidencia para evaluar su validez:

La evidencia debe estar altamente calificada como experta y científica, reciente, precisa, eficaz y segura; y, por último, aplicable y acondicionada al paciente. Para tal efecto, se contempla la pirámide de la medicina basada en la evidencia donde cada nivel ascendente representa un estudio distinto en rigor, calidad y confiabilidad de la evidencia. Estos niveles son información de contexto, opinión de expertos, no MBE y pautas; estudios observacionales: reportes de estudios de caso, estudios de series de casos y estudios de cohorte; valoración crítica: literatura valorada críticamente, pautas de prácticas basadas en la evidencia, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

d) Aplicar la evidencia en la toma de decisiones:

El paso número cuatro requiere estimar la generalizabilidad de la evidencia ya que la calidad de esta no garantiza que sea sugerible su aplicación en determinado paciente; de modo que se sugiere un respeto las prioridades personales del paciente. Ayudar al paciente comprender e interpretar la información disponible y negociar una decisión sobre la intervención, el tratamiento y termina con el paciente. Las preferencias del paciente deben ser considerado.

e) Evaluar la eficacia de la aplicación de la evidencia en el paciente y las áreas de mejora.

En esta última sección, se prosigue con apreciar la eficacia del procedimiento practicado al medir las diferencias entre el antes y el después

de haber sido intervenido el paciente. En caso no fueran significativas, compete averiguar a qué obedece este resultado y resolver el problema (8).

Importancia del empleo de la MBE:

En la práctica clínica cotidiano se requiere brindar a los enfermos la mejor evidencia disponible en torno al manejo, diagnóstico, terapia y pronóstico de la afectación de su salud. Por ende, la importancia del manejo de la MBE en la labor del médico, el cual demanda los conocimientos elementales y desarrollados en relación con la lectura crítica y la epidemiología clínica, siendo esta última, un recurso primordial para conocer y entender la metodología de la investigación, además de la descripción de los indicadores epidemiológicos. (9)

Aparte de ello, la aplicación de la MBE genera una optimización del tiempo al profesional médico, ayuda al acceso de la información y brinda una reducción a la dubitación, sumado que no es exclusivo para un tipo de intervención, su empleo es para cualquier tipo de estas. (10)

La MBE en nuestro medio:

En el mundo, no existe aún un instrumento que mida el uso apropiado de la MBE en la práctica clínica diaria. No obstante, mediante la aparición de la auditoría médica basada en evidencias, el cual brinda un conocimiento sobre el uso adecuado o no de estas en el ejercicio médico cotidiano, con lo que se busca una atención de salud de calidad.

En relación a nuestro medio, la MEB no ha sido evaluada en sí, existen antecedentes sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales de la salud (11). Como es el caso del estudio realizado a médicos asistentes y residentes de dos hospitales de Lima, cuyo objetivo fue determinar los

obstáculos que perciben para la inserción de la MEB en nuestro país. La conclusión que llegaron los investigadores fue que, la deficiencia de la conceptualización de MBE y el empleo incompleto en su labor diario, pero presentan una actitud propicia hacia esta. El mayor obstáculo hallado fue la defectuosa promoción de la MBE (12).

Si bien el ejercicio de la MBE se basa en dos principios, el primero, en relación a la jerarquía de la evidencia, y el segundo, la sola evidencia nunca es suficiente para la toma de decisiones. El no considerar este segundo principio, reduce a la MBE, a una medicina sustentada en la investigación; puesto que no se toma en cuenta los valores del paciente, toma de decisiones compartidas, asertividad y el respeto a los derechos humanos, así como la ética biomédica. Por esta razón, la MEB no solo requiere de conocimientos como la epidemiología clínica sino también la humanística. Es aquí, que en nuestro contexto se evidencia problemas, dado que existe una tendencia autoritaria en los servidores de la salud, variaciones en el poder entre paciente y doctores, en cuestiones de nivel educativo, culturales y económicas. Lo que propicia a la toma de decisión tirana, y con ello que los médicos no logren las habilidades y actitudes requeridos para la MBE. (13)

Teniendo en cuenta lo comentado en los párrafos anteriores, a continuación, se detalla la experiencia del internado considerando las cuatro áreas de rotación, iniciando con el área cirugía que estuvo conformado por 3 unidades de aprendizaje. Se realizó durante el 01 de octubre al 15 de diciembre del 2020, en los servicios de emergencias y hospitalización de Cirugía General.

1.1 Rotación de Cirugía General

Colecistitis Aguda Calculosa

Paciente de iniciales B.N.C de 58 años de edad sexo femenino ingresa por emergencia de Cirugía General el día 05/12/2020 con un tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por dolor abdominal con forma de inicio insidioso y curso progresivo .Paciente refiere que desde hace 2 semanas presenta dolor tipo punzante a nivel del hipocondrio derecho el cual era intermitente y se presentaba después de ingerir comidas copiosas , 1 semana antes del ingreso el dolor se intensifica y es tipo cólico por lo que se automedica con analgésicos pero estos no calmaban el dolor . Desde hace 3 días el dolor persiste en mayor intensidad a nivel de hipocondrio derecho y se agrega sensación de alza térmica no cuantificada por lo que acude a emergencia. Paciente no refiere ningún tipo de antecedentes ni alergia a ningún medicamento

Funciones Vitales

Tº:38.4°C

PA:120/70

FC:75

FR:20

Paciente en Areg, Aren, Areh al examen físico se encuentra:

Piel y Mucosas: t/h/e, llenado capilar <2", no palidez, no ictericia

T y p: mv pasa en aht, no ruidos agregados

Cv: rcr de b/i, No soplos audibles

Abd: Globuloso, no distendido, RHA (+), Blando, depresible, Doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+), no signos peritoneales

Snc: lotep, Glasgow 15/15

Por lo que se le plantea los diagnósticos de:

1. Síndrome doloroso Abdominal
2. D/C Colecistitis Aguda

Luego se le solicita Prueba rápida Covid -19, ecografía abdominal, PCR, TGO, TGP, GGT y Hemograma completo donde se encuentra:

Prueba Rápida Covid-19: Negativa

PCR: 250mg/dl

En el Hemograma resalta: Leucocitos en 18 000

TGO: 150

TGP: 190

GGT:300

En la ecografía se evidencia: Vesícula Biliar con un tamaño de 10 cm largo y 5 cm ancho con engrosamiento de pared, múltiples cálculos biliares y liquido peri vesicular sugestivo de Colecistitis Aguda Calculosa

Se programa para SOP para una Colelap a las 10:50 am el día 06/12/2020

En los Hallazgos tenemos una Vesícula biliar de 9x6x4 cm con paredes engrosadas de 1.5cm, Pus en cantidad de 20cc, múltiples cálculos grandes donde el mayor fue de 3cm, plastronado con epiplón y duodeno sin visión crítica por lo que se convierte a Colectomía la cual fue parcial se realiza incisión subcostal derecha, colocación de dren pen rose a nivel del lecho vesicular y suprahepático. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a Unidad de Recuperación

Saliendo de SOP con diagnósticos de Pícolecisto y Plastrón Vesicular

Paciente se encuentra estable durante las evaluaciones posteriores en Hospitalización al día 4 se prueba tolerancia oral la cual tolera, hemo dinámicamente estable , ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, Afebril, realiza deposiciones , diuresis conservada , elimina flatos , logra movilizarse por sí misma . Enfermería en los 4 días postoperada no reporta interurrencias, Herida operatoria bien afrontada, sin secreción, sin signos de flogosis, se realiza retiro del dren ya que al cuarto día ya no presentaba secreción serohemática, por lo que finalmente es dada de alta con cita para control post quirúrgico en 7 días.

Apendicitis Aguda

Paciente de iniciales C.V.U de 48 años sexo masculino ingresa por emergencia al servicio de Cirugía General el día 02/12/2020 con un tiempo de enfermedad de 1 día caracterizado por dolor abdominal con forma de inicio insidioso y curso progresivo. Paciente refiere que antes de ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad a nivel de mesogastrio el cual posteriormente con el pasar de las horas se intensifica y migra hacia fosa iliaca derecha asociándose a nauseas ,3 vómitos , hiporexia y sensación de alza térmica no cuantificada por lo que acude a emergencias . Paciente niega antecedentes de y alergia a medicamentos.

Funciones vitales

Tº:37°C

PA:120/70

FC:70

FR:18

Paciente en AREG, AREN, AREH al examen físico se encuentra:

Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez

TyP: MV pasa en AHT, no ruidos agregados

CV: RCR de B/I , No soplos audibles

Abd: Globuloso, no distendido, RHA (+), Blando, depresible, Doloroso a la palpación en Fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Blumberg (+/-), Rovsing (-)

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

En el Plan se le indica:

1)NPO

2) NaCl 0.9% 1000cc I-II

3) Metronidazol 500mg EV c/8hrs

4)Ceftriaxona 1gr EV c/12hrs

5)Ranitidina 50mg EV c/8hrs

6)Metamizol 2gr EV c/8hrs

7) CFV

De igual manera se le solicita Prueba Rápida Covid -19 , ecografía abdominal y Hemograma completo donde se encuentra :

Prueba Rápida Covid-19: Negativa

En el Hemograma resalta: Leucocitos en 22 000

En la ecografía se evidencia : A nivel de fosa iliaca derecha se visualiza imagen tubular de 7.2mm de diámetro y 40 mm de longitud sugestivo de edema de pared apendicular , grasa peritoneal hiperecogénica , colección adyacente, no se observa líquido libre en cavidad sugestivo de Proceso inflamatorio Apendicular agudo

Se programa para SOP para una Apendicetomía Laparoscópica a las 17:50 am el día 02/12/2020

En los Hallazgos tenemos un Apéndice Cecal +- 9x1cm perforada en 1/3 proximal con base friable, Subseroso en 1/3 proximal de posición retro cecal ascendente con liquido inflamatorio escaso. Se decide convertir a Laparotomía exploratoria debido a los hallazgos realizándose incisión Transumbilical dejándose un dren pen rose a nivel de Fosa iliaca derecha y fondo de saco recto vesical el cual tiene contrabertura a nivel de flanco derecho. Paciente tolera acto quirúrgico pasando a Unidad de recuperación Saliendo de SOP con diagnóstico de Apendicitis Aguda Complicada

Paciente se encuentra estable durante las evaluaciones posteriores en Hospitalización al día 3 paciente tolera vía oral, hemo dinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, Afebril, realiza deposiciones , diuresis conservada , elimina flatos , logra moverse por sí mismo . Enfermería en los 3 días postoperado no reporta interurrencias, Herida operatoria bien afrontada, sin secreción, sin signos de flogosis, se realiza retiro del dren ya que al 3 día ya no presentaba secreción serohemática, por lo que finalmente es dado de alta con cita para control post quirúrgico en 7 días.

Absceso Glúteo

Paciente de iniciales B. F. M de 47 años de sexo femenino que ingresa por emergencia al Servicio de Cirugía General el día 03/12/21 a las 08:30 am con un tiempo de enfermedad de +/- de 3 semanas, en la cual la paciente refiere presentar "masa" en glúteo izquierdo tras aplicación de inyectable hace 21 días. Hace 3 días refiere que le hicieron un "corte" para drenar en su domicilio.

Funciones Vitales:

P/A: 110/70

FC: 68

T°: 36.5

FR: 20

STO2: 97%

Al examen físico:

Glúteo izquierdo aumentado de volumen, empastamiento en zona fluctuante de 6 cm con orificios de drenaje por donde sale secreción purulenta fétida.

Diagnóstico de Ingreso:

- Absceso en Glúteo izquierdo

Procedimiento:

Se indica realizar un drenaje de Absceso: se evidencia secreción mucopurulenta de 100 cc, y se manda para cultivo, se deja un dren laminar y orden de cultivo.

En el Plan se le indica:

Se decide hospitalizar a la paciente con lo siguiente:

- Npo
- Clna 9% 1000 Cc Ev
- Ceftriaxona 2 Gr Ev Cada 24 Horas
- Clindamicina De 600 Mg Ev Cada 8 Horas
- Dexketoprofeno 50 Mg Ev Cada 8 Horas
- Metamizol 1 Gr Ev Prn
- Omeprazol 40 Mg Ev Cada 24 Horas
- Curación

- Cfv

La paciente se mantiene hospitalizada por 7 días con tratamiento antibiótico, analgesia, continua con las curaciones diarias y cursa con evolución favorable por lo cual se decide su alta pasada los 7 días.

1.1. Unidad I: Cirugía General y Ética

1.1.1. Semana 1: Cirugía General I y Ética

- Consentimiento informado:

Mediante la aplicación a pacientes que se encontraban en el pre operatorio, puesto que es un documento de suma importancia por su implicancia médico-legal y respeto al consultante.

Para conocer sobre el intrusismo, se desarrolló una charla donde se identificó la importancia del ejercicio médico, el cual solo debe ser ejercida por el profesional de la salud, de lo contrario, se debe denunciar a los implicados de mala praxis.

- Balance hidroelectrolítico y Ácido – Base:

Se realizaron exposiciones virtuales sobre la teoría y durante la estancia en el hospital mediante ejercicios por cada paciente que se encontraban en hospitalización. Mientras que la toma de muestra de sangre arterial, a través de charlas antes de iniciar el internado con respecto al modo de como transportar las muestras tomadas y así como realización adecuada. Además, durante la rotación los residentes de segundo y tercero año ayudaron con la toma de muestras, enseñando la manera correcta de ejecutarlo.

- Nutrición enteral:

En hospitalización durante las visitas médicas, los residentes de tercer año explicaban el manejo e importancia de la nutrición enteral en pacientes desnutridos, con bajo aporte calórico, post operados o que tenían problemas gastrointestinales, sépticos, etc. En cuanto al soporte nutricional mediante exposiciones y la discusión de casos.

- Anestesia local para cirujanos y manejo de heridas:
A través del taller de suturas y heridas para el correcto manejo realizado por el servicio de Cirugía. Además, se realizó la exposición sobre el tema “Anestesia y su manejo y mejor opción para el paciente”.

1.1.2. Semana 2: Cirugía General II

- Hernias de pared abdominal: Epigástrica, umbilical, inguinal (directa e indirecta), crural.
- Perforación gastrointestinal - Obstrucción intestinal (alta y baja).
- Problemas inflamatorios agudos del abdomen: Apendicitis aguda; pancreatitis aguda, diverticulitis.

Mediante exposiciones semanales con los residentes de primer, segundo y tercer año, así como asistentes, los temas tratados fueron: hernias de pared abdominal, perforación gastrointestinal, obstrucción intestinal, problemas inflamatorios agudos del abdomen. En torno a la práctica clínica, se vio en los pacientes hospitalizados estas enfermedades, además de la lectura de estas patologías mediante esquemas tipo resúmenes de cada tema y la formulación de preguntas a los residentes sobre el mejor método diagnóstico o tratamiento. Por último, se participó de más de 20 cirugías de estas enfermedades.

1.1.3. Semana 3: Cirugía General III

- Enfermedad litiásica biliar: litiasis vesicular, colecistitis crónica y aguda; coledocolitiasis; fístulas biliodigestivas, ileo biliar.
- Hemorroides, fisura anal; abscesos y fístulas perianales.

En este tópico también se realizaron exposiciones y conversatorios diarios sobre estos temas, se participó de gran cantidad de intervenciones quirúrgicas de estas patologías.

1.1.4. Semana 4: Cirugía General IV

- Neoplasias más frecuentes del aparato digestivo.
- Manejo inicial de quemaduras.
- Manejo del paciente politraumatizado, extrahospitalario y transporte; manejo inicial hospitalario.

Se elaboró temas de exposición sobre el manejo de paciente politraumatizado, quemaduras y las neoplasias más frecuentes tanto benignas como malignas. En la práctica se observó y asistió a pacientes politraumatizados, ya sea por atropellos, accidentes de moto lineal, buses, moto taxi, etc. En cuanto a quemaduras, con la atención a niños mayormente.

1.1.1. Unidad II: Urología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía de tórax y cardiovascular

1.1.2. Semana 5: Traumatología

- Manejo inicial de fracturas y luxaciones.
- Displasia de cadera.
- Infecciones osteoarticulares.
- Complicaciones dependientes del manejo inicial.

El manejo de fracturas y luxaciones se realizó mediante la práctica en emergencia con previa discusión del tema con el asistente de turno, también se elaboraron esquemas de ello y la participación en sala de operaciones.

En cuanto a lo respecta a displasia de cadera, se observó en sala de operaciones y mediante previa revisión con el médico de turno. Mientras que las infecciones osteoarticulares y las complicaciones de su manejo, se apreció en emergencia con pacientes y a través de lecturas que los residentes de tercer año nos proporcionaban.

1.1.3. Semana 6: Problemas de Urología

- Hipertrofia benigna de la próstata y Cáncer de próstata.
- Traumatismo del tracto urinario, diagnóstico y tratamiento inicial
- Litiasis urinaria, Hidrocele, Orquitis. Torsión testicular y cáncer testículo.

A través de las lecturas sobre las principales patologías en urología, ya que estas llegaban al hospital comúnmente y en la práctica clínica diaria en emergencia, se observó varios casos de cáncer de próstata, traumas del tracto urinario, orquitis, torsión testicular y litiasis urinaria, razón por la lo cual se pudo diferenciar e identificarlos.

1.1.4. Semana 7: Problemas en Oftalmología

- Conjuntivitis.
- Glaucoma.
- Traumatismos oculares.
- Cuerpos extraños.

Mediante la exposición de tres temas con la participación de los médicos residentes de primer año.

En la práctica diaria se apreció casos de conjuntivitis, glaucoma y cuerpos extraños como arcilla y materiales de construcción, quemaduras dentro del ojo, líquidos irritantes, etc.

1.1.5. Semana 8: Problemas en Otorrinolaringología

- Otitis externa e interna.
- Epistaxis: taponamiento anterior y posterior.
- Manejo del absceso amigdalino.
- Cuerpos extraños en el oído externo.
- Rinitis Alérgica.

Se realizó los procedimientos de extracción de cuerpos extraños en el oído externo en pacientes adultos y pediátricos del servicio de Emergencia. Además, de taponamiento anterior y posterior para los pacientes que presentaban hemorragias activas. En cuanto al manejo de absceso amigdalino, en hospitalización se observó ello, así como el tratamiento para ello.

1.1.6. Unidad III: Neurocirugía y cirugía pediátrica, ética, promoción y prevención en pediatría:

1.1.7. Semana 9: Cirugía de tórax y cardiovascular

- Traumatismos de tórax.
 - Taponamiento cardiaco.
 - Enfermedad varicosa periférica.
 - Enfermedad obstructiva arterial.
- No se realizó.

1.1.8. Semana 10: Neurocirugía

- Traumatismo encéfalo craneano.
- Síndrome de hipertensión endocraneana.

Existía área dentro de cirugía, donde se hallaba neurocirugía, en el cual había 4 pacientes con problemas neurológicos. El neurocirujano, asistía 2 veces a la semana, por lo cual los internos supervisábamos a esos enfermos

con guía de los residentes de tercer año, quienes nos explicaban de manera oral un poco de estas patologías.

1.1.9. Semana 11: Cirugía Pediátrica

- Ano imperforado, hipertrofia pilórica.
- Obstrucción intestinal en neonatos, lactantes y niños.
- Atresias de esófago.
- Luxación congénita de cadera.
No se realizó.

1.1.10. Semana 12: Promoción y prevención

Prevención, manejo y tratamiento de escaras y de otras complicaciones quirúrgicas:

En los pacientes hospitalizados se veía estas enfermedades, por ende, de la enseñanza sobre el manejo de escaras, dehiscencia de anastomosis.

- Aplicación de principios de bioseguridad:
Alrededor de dos veces al mes, se impartía charlas de bioseguridad tanto a los residentes como personal de epidemiología sobre el uso de adecuado de los EPP, la correcta colocación de residuos desechables en cada pote por colores, donde botar agujas, etc.
- Hoja de consentimiento informado en los procedimientos médicos:
Previo a ello los residentes de tercer año, brindaron una charla sobre la correcta aplicación de este documento médico- legal. En la práctica diaria, se empleó este consentimiento informado en todo paciente que requiriera de alguna intervención quirúrgica o procedimiento que ponga en riesgo su vida.

La segunda rotación fue en el área de gineco-obstetricia, el cual estuvo conformado por 3 unidades de aprendizaje, a continuación, se expondrá cada caso visto:

1.2 Rotación de Ginecología Y Obstetricia

Colestasis Intrahepática Gestacional

Paciente de iniciales N.A.H de 34 años de edad sexo femenino ingresa a emergencia el día 06/02/2021 ingresa al servicio de Ginecología y Obstetricia referida del Centro Materno Infantil los Sureños con diagnostico a descartar de Colestasis Intrahepática con tiempo de enfermedad de +/-8hrs de inicio insidioso y curso progresivo .Paciente refiere prurito palmo plantar a predominio nocturno , percibe movimientos fetales , niega perdida de líquido amniótico ,niega sangrado vaginal .Niega antecedentes Personales, quirúrgicos y Alergia a medicamentos es su G3 P2002 sus gestaciones previas fueron partos eutócicos ambos con pesos de 3600gr y 3580 gr . Con una gestación actual de 35 ss. por ecografía con 5 controles prenatales en Centro Materno infantil Los Sureños

Funciones vitales

Tº:37°C

PA:120/70

FC:84

FR:18

Paciente en AREG, AREN, AREH al examen físico se encuentra:

Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez, no edemas

TyP: MV pasa en AHT, no ruidos agregados

CV: RCR de B/I, No soplos audibles

Abd: Globuloso, no distendido, RHA (+), Blando, depresible, no doloroso a la palpación, Útero ocupado por feto único.

Examen Ginecologico-Obstetrico: Cérvix posterior 2cm, blando, cerrado, Altura uterina :32cm, Dinámica uterina 1/10, Latidos cardiacos fetales: 140, Feto en Longitudinal cefálico izquierdo

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

Se decide Hospitalizarla en Alto Riesgo Obstétrico

Ingresando con los diagnósticos de:

1. Gestante de 35 semanas por ecografía
2. Colestasis intrahepática gestacional
3. No trabajo de parto

Solicitándole:

- Hemograma completo
- NST
- Ecografía obstétrica +Perfil Biofísico Fetal

Con un Plan:

- a) NaCl 0.9% 1000cc →500cc chorro
- b) Ácido Ursodesoxicólico 300mg vía oral cada 8hrs
- c) Loratadina 10mg Vía oral cada 12 hrs
- d) Betametasona 12mg IM cada 24hrs
- e) Monitoreo Materno fetal
- f) Control Obstétrico
- g) Control de Funciones vitales + Observación de signos de alarma

Con resultados el día 07/02/2021

- Hemoglobina : 10 gr/dl
- Leucocitos en 4 000
- Plaquetas en 320 000

Ecografía obstétrica con perfil biofísico fetal: Gestación única activa de 35 semanas y 4 días con perfil biofísico en 8/8 al momento del examen

Con un NST: Con variabilidad 9, Aceleraciones 9, Cinética fetal presente, Desaceleraciones ninguna con conclusiones de NST Feto Activo reactivo

Paciente se encuentra estable durante las evaluaciones posteriores en Hospitalización al día 1 Se le solicita Perfil hepático en donde se tiene como resultados:

Proteínas Totales: 5.8 mg/dl

Albumina:2.5 mg/dl

Globulina:3.3mg/dl

TGO:46.2 U/l

TGP:55 U/l

GGT:13.4U/l

BT:0.40 mg/dl

BI:0.28 mg/dl

BD:0.12mg/dl

FA:383.9 U/l

Se le solicita ecografía abdominal con interconsulta a cirugía General en donde indican que a Nivel de Vesícula biliar se evidencia distensión, con una medida de 102x43mm con presencia de imagen litiásica de 9 mm la cual catalogan como una Litiasis vesicular

Cirugía general responde a la interconsulta indicando que no es tributario para manejo quirúrgico y sugiriendo cirugía electiva culminando gestación por lo cual al sexto día de Hospitalización paciente es dada de alta ya que al momento de la evaluación paciente no estaba en trabajo de parto, NST de controles diarios con Feto Activo reactivo por lo que se le da de alta con:

- Ácido Ursodexocólico 300mg vía oral c/8hrs por 7 días
- Loratadina 10mg vía oral c/8hrs por 5 días
- Continuar controles en su Centro Materno Infantil
- Se explican signos de alarma

Aborto Incompleto

Paciente de iniciales P.W.S de 27 años sexo femenino ingresa a emergencia de Ginecología y obstetricia el día 03/01/2021 .Paciente refiere dolor pélvico de moderada intensidad , niega sensación de alza térmica, sangrado vaginal desde 3 hrs antes del ingreso . Con forma de inicio brusco y curso progresivo. Paciente con G1P000 sin controles prenatales ni ecografía

Funciones vitales

Tº:37°C

PA:120/70

FC:70

FR:20

Paciente en AREG, AREN, AREH al examen físico se encuentra:

Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez, no edemas

TyP: MV pasa en AHT, no ruidos agregados

CV: RCR de B/I, No soplos audibles

Abd: Globuloso, no distendido, RHA (+), Blando, depresible, no doloroso a la palpación

Tacto Vaginal: Útero posterior, OCI abierto, sin mal olor, sangrado escaso

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

Ingresa con los diagnósticos de:

1. Síndrome Doloroso Abdominal
2. Descartar Aborto incompleto

Por lo que se le solicita Ecografía Obstétrica en la cual se evidencia:

- Útero incrementado fisiológicamente de dimensiones .No se aprecian lesiones focales en miometrio.
- La cavidad uterina se encuentra ocupada por saco gestacional de contornos irregulares. Su diámetro mayor mide 21 mm .En su interior se observa embrión único con LCN: 11.8mm
- No se evidencia actividad cardiaca al momento del estudio
- No se observó hematomas
- Ovarios parcialmente evaluables ,no presencia de imágenes quísticas
- Fondo de saco Libre

En conclusión: Gestación no evolutiva de 6 semanas por biometría

Se le pidió Hb la cual estaba en 13,5 también Prueba rápida Covid-19

Se realiza programación para realización de Aspiración Manual Endouterina

El mismo día a las 21:50pm se realiza el procedimiento en el cual se realizó:

- I. Asepsia Antisepsia con colocación de campos estériles
- II. Pinzamiento del labio superior
- III. Anestesia para cervical
- IV. Histerometria indirecta
- V. AMEU según técnica habitual
- VI. Verificación de hemostasia y retiro de instrumental

Hallándose:

- Útero +/- 10 cm
- Contenido endouterino : 20cc

Como diagnósticos post AMEU:

1. Aborto incompleto resuelto

En el Plan se indica:

- NPO
- Control de funciones vitales
- NaCl 0.9% 1000cc I
- Ceftriaxona 2gr EV cada 24hrs
- Clindamicina 600mg EV cada 6hrs
- Observación de signos de alarma

Paciente luego del procedimiento es pasada a área COVID ya que su prueba rápida Salió IgG+ IgM + ,1hr después del AMEU.

Aborto Retenido:

Paciente de iniciales G.M.J.V de 21 años de edad sexo femenino ingresa a emergencia de Ginecología y obstetricia el día 10/02/2021 a las 21:50 horas. Paciente acude a emergencia refiriendo sangrado vaginal escaso asociado a dolor pélvico desde hace 1 día. Paciente con G3P1011 (G1: 2017 parto vaginal, mujer, 3290 gr; G2: 2020 aborto con tratamiento médico (misoprostol); G3: gestación actual), sin controles prenatales ni ecografía. Con los antecedentes de en el 2018 de una apendicetomía convencional. FUR: no recuerda. URS: hace días.

Funciones vitales:

T° : 36.9°C

PA :130/80

FC :73

FR :20

SAT: 100%

Paciente en AREG, AREN, AREH al examen físico se encuentra:

Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez, no edemas

T y P: MV pasa en AHT, no ruidos agregados

CV: RCR de B/I, No soplos audibles

Abd: blando, depresible, RHA (+), leve dolor a la palpación en hipogastrio.

Tacto Vaginal: útero de +/- 7 cm, Orificio cervical cerrado, blando, posterior.
Anexos libres. Sangrado vaginal muy escaso.

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

Ingresa con los diagnósticos de:

- Aborto Retenido

Por lo que se le solicita Ecografía Obstetrica en la cual se evidencia:

- Útero en AVF de 8x6x7 cm, con saco gestacional conteniendo embrión sin actividad cardiaca, vesícula vitelina presente, se observa imagen hipoecogenica retrocorial de 15 x 8 mm sugestivo de hematoma, embrión con longitud corononalga de 11.7 mm sin actividad cardiaca.

En conclusión: Gestación no evolutiva de 7 semanas y 2 días por LCN.

Signos sugestivos de hematoma retrocorial.

Se le pidió Hb la cual estaba en 12.7

Se le decide pasar a hospitalización, se le coloca 2 tabletas de misoprostol por vía oral y en fondo de saco vaginal hasta su reevaluación en 02 horas y pasa a la espera de AMEU para el día siguiente.

El mismo día a las 21:50pm se realiza el procedimiento en el cual se realizó:

1. Asepsia Antisepsia con colocación de campos estériles
2. Pinzamiento del labio superior
3. Anestesia paracervical
4. Histerometria indirecta
5. AMEU según técnica habitual
6. Verificación de hemostasia y retiro de instrumental

Hallándose:

- Utero +/- 7 cm
- Contenido endouterino: 30cc

Como diagnósticos post AMEU:

2. Aborto retenido resuelto

En el Plan se indica:

- o NPO
- o Control de funciones vitales
- o NaCl 0.9% 1000cc I
- o Ceftriaxona 2gr EV cada 24hrs
- o Clindamicina 600mg EV cada 6hrs

- Observación de signos de alarma

Embarazo Ectópico:

Paciente de iniciales M.S. Z de 30 años de edad sexo femenino ingresa a emergencia de Ginecología y obstetricia el día 02/02/2021 a las 08:15 am. Paciente refiere dolor abdominal y pélvico a la palpación desde hace 1 hora y 30 min, asociado a náuseas y vómitos. Con forma de inicio brusco y curso progresivo. Paciente con G4P2012 (G1: 2008, varón, 3200, parto distócico; G2: 2014, varón, 3200, parto distócico; G3: 2020, aborto incompleto; G4: actual), sin controles prenatales ni ecografía.

Funciones vitales

T° :36.8 °C

PA :90/60

FC :76

FR: 18

Paciente en AREG, AREN, AREH al examen físico se encuentra:

Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez, no edemas

T y P: MV pasa en AHT, no ruidos agregados

CV: RCR de B/I, No soplos audibles

Abd: blando, depresible, RHA (+), doloroso a nivel de hemiabdomen inferior.

Tacto Vaginal: cérvix fibromuscular, posterior, cerrado. Útero em AVF de +/- 9 cm, anexos no dolorosos.

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Ingresa con los diagnósticos de:

1. Embarazo ectópico complicado

Se le decide programar para SOP, con el siguiente plan:

- NPO
- Vía salinizada
- Cefazolina 2 gr EV pre SOP
- CFV

Se le decide programar para una Laparotomía Exploratoria

Pasa a centro quirúrgico a las 10: 20 am, en la cual se realizó una laparotomía exploratoria + salpinguectomía derecha.

Dentro de los Hallazgos en la cirugía fueron: trompa de Falopio derecha estallada con embrión visible. SID: 1500 cc.

Como diagnósticos post SOP:

- Embarazo ectópico complicado

En el Plan se indica:

- NPO x 6 horas, luego probar tolerancia oral
- NaCl 0.9% 1000cc
- Ceftriaxona 2gr EV cada 24hrs
- Tramadol 100 mg sc cada 8 horas
- Ranitidina 50 mg ev cada 8 horas
- CFV + CSV
- SS: hto control 6 horas post SOP.

La paciente luego de ello es pasada a hospitalización para continuar su tratamiento antibiótico y analgésico por 5 días y ya luego es dada de alta con método anticonceptivo.

1.2. Unidad I: Problemas ginecológicos

1.2.1. Semana 1: Tumores pélvicos

- Miomatosis uterina y tumores anexiales.

1.2.2. Semana 2: Alteraciones del piso pélvico

- Distopias genitales e incontinencias urinarias.

1.2.3. Semana 3: Infecciones ginecológicas y reproducción humana

- Vulvovaginitis, ETS –SIDA, procesos inflamatorios pélvicos.
- Necesidades de planificación familiar.
- Infertilidad, violencia sexual.

- Climaterio y menopausia.

1.2.4. Semana 4: Trastornos del ciclo menstrual y cáncer ginecológico

- Hemorragias uterinas anormales y amenorreas.
- Cáncer de cuello uterino, mama y endometrio.

El periodo comprendido para la realización de las actividades programadas para la unidad II y III, fueron del 01 de enero al 28 de febrero del presente año.

1.2.5. Unidad II: Problemas obstétricos

1.2.6. Semana 5: Control perinatal

- Reconoce la fisiología del embarazo y nutrición; elabora la historia clínica prenatal e Identifica y maneja los factores de riesgo y el riesgo reproductivo en base a principios éticos y a conceptos básicos de medicina basada en evidencias:

Cuando se llevaba a cabo las visitas se realizaban preguntas sobre fisiología del embarazo, sobre, por ejemplo, que se modifica durante la gestación a nivel renal, hematológico o gastroenterológico.

1.2.7. Semana 6: Complicaciones del embarazo

- Hiperémesis gravídica, RPM, anemia, embarazo prolongado, RCIU, HIE y HELLP; embarazo múltiple e incompatibilidad ABO y RH:

Mediante la presentación de casos clínicos vía zoom sobre los temas de RPM, RCIU, HIE, embarazo múltiple, donde primero se daba a conocer la problemática y luego la revisión del tema con los residentes y asistentes, quienes participaban con preguntas y respuestas.

Durante las visitas había pacientes postoperadas por RPM, HIE y embarazo múltiple, se evidenció pacientes con anemia en su gran mayoría, brindando la recomendación de caso, la ingesta del suplemento vitamínico. Posteriormente, la R3 nos hizo un repaso sobre los temas de HIE y RPM mediante el banco de preguntas.

1.2.8. Semana 7: Parto y enfermedades intercurrentes embarazo

- TBC y gestación; HIV-SIDA y gestación; diabetes y gestación.
- Realización de partograma y el trabajo de parto, identificando distocias del parto, alumbramiento y amenaza de parto pretérmino.

En las dos rotaciones al mes se realizó con la obstetra y el residente la partograma, así como la observación en el alumbramiento. Era muy frecuente las distócicas de hombros y también en ARO (alto riesgo obstétrico), se pudo ver pacientes con amenaza de parto pretérmino.

Mientras que, en ARO, se apreció a una paciente con diabetes gestacional, en la cual se realizaba un control exhaustivo del bienestar fetal.

1.2.9. Semana 8: Infección obstétrica y hemorragia obstétrica

- ITU, Corioamnionitis e Infección puerperal.
- Hemorragia de la primera mitad del embarazo: aborto, embarazo ectópico y mola.
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: DPP, PP y otros.
- Hemorragia post parto.

Fue muy frecuente observar en emergencias pacientes con aborto, así como postoperadas del embarazo ectópico y otras por PP y DPP, corioamnionitis, asimismo se apreció a pacientes con hemorragia post parto. Se llevó a cabo seminarios y la discusión de caso clínico de hemorragias de la primera y segunda mitad. Se participó de 3 AMEU y 1 legrado, cabe indicar que la mayoría de las gestantes en Hospitalización tenían ITU, motivo por el cual era objeto de interrogantes.

1.2.10 Unidad III: Ética, prevención y promoción en gineco- obstetricia

1.2.11 Semana 9: Ética en ginecobstetricia I

- Aplicación de principios en la atención de la mujer y en la fertilización asistida.

No se realizó

1.2.12. Semana 10: Ética en ginecobstetricia II

- Aborto.
- Violencia.

En emergencia llegaban pacientes con aborto incompleto y completo, a los cuales se les programadas el AMEU o legrado, participando en ellos.

1.2.13. Semana 11: Prevención y promoción en ginecobstetricia I

- Infecciones ginecobstetricias.
- Cáncer ginecológico.
- Planificación familiar.

En los seminarios y casos clínicos se recalcaba lo importante de la planificación familiar, esto se evidenció también a la hora de dar de alta a las pacientes, en conjunto con las obstetras se le brindaba una charla sobre los métodos anticonceptivos. Adicional a ello, se pudo colocar un implante anticonceptivo con la supervisión de la obstetra de turno.

1.2.14. Semana 12: Prevención y promoción en ginecobstetricia II

- Mortalidad materna.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Promoción de la psicoprofilaxis obstétrica.

Cuando se asistió a los seminarios y exposición de casos clínicos se tuvo que revisar el tema de hipertensión inducida por el embarazo, la gran mayoría de pacientes eran adolescentes cesareadas además que presentaban antecedentes de esta enfermedad, ubicándose en el área de alto riesgo obstétrico.

La tercera rotación se llevó a cabo en el área medicina interna, el cual también estuvo conformado por 3 unidades de aprendizaje, durante el periodo del 01 de marzo hasta el 30 de abril del presente año:

1.3 Rotación Medicina Interna

Pie Diabético

Paciente de iniciales J.G.F de 50 años sexo masculino ingresa a Tópico de Medicina Interna acompañado de su hija el día 01/03/2021 a las 17:20pm con un tiempo de enfermedad de +/- 1 semana .Con antecedente personal de Diabetes Mellitus Tipo 2 desde hace 7 años en tratamiento con Metformina cada 12hrs . Paciente refiere que 1 semana antes del ingreso sufre herida punzante por clavo a nivel del primer dedo de miembro inferior izquierdo. 3 días antes del ingreso se percata que herida no cicatriza y 1 día antes del ingreso nota que ha aumentado de tamaño y se agrega sensación de alza térmica no cuantificada por lo que acude a emergencias . Forma de inicio Insidioso de curso progresivo. Paciente niega alergia a medicamentos

Funciones vitales

Tº:37,5°C

PA:130/80

FC:78

FR:19

Hemoglucotest: 250

Por lo que al ingreso se le diagnostica como:

- Diabetes Mellitus Tipo 2 descompensada
- Pie Diabético Wagner 3

Al examen físico:

- Al momento del examen paciente desorientado ,no responde al interrogatorio
- Paciente en AREG ,AREN ,AREH
- Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez , no edemas
- TyP: MV pasa en AHT, no ruidos agregados
- CV:RCR de B/I , No soplos audibles
- Abd: no distendido, RHA(+),Blando , depresible , no doloroso a la palpación
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

- Extremidades: A nivel de miembro inferior izquierdo en el primer dedo se evidencia herida con bordes necróticos de +/- 3cm, con signos de flogosis , mal olor

En el plan:

- NaCl 0.9% 1000cc pasar EV en 1hr
- HGT después 2hrs
- Examen de Orina , Glucosa , Urea, Creatinina ,AGA e+, Prueba Rápida Covid -19
- Doppler Arterial
- I/Traumatología

A las 2hrs se le realiza control encontrándose HGT: 150

Con resultados:

Examen de Orina : Leucocitos de 0-2 por campo, Hematíes 0-2 por campo

Glucosa sérica en: 148

Urea: 28

Cr:0.60

En el Aga: Ph en 7.35 , PCO2:35 y HCO3 en 24

Prueba Rápida Covid -19: Negativo

Al manejarse su Glicemia es pasado al Servicio de Traumatología para intervención quirúrgica con tramite y referencia generada para el Doppler arterial.

Tumor Cerebral

Paciente de iniciales J.C.P de 52 años de edad, sexo masculino ingresa a Tópico de Emergencia de Medicina Interna acompañado de su esposa el día 11/04/2021 a las 17:32 pm con un tiempo de enfermedad de +/- 1 día refiere presentar sensación de alza térmica no cuantificada, cefalea de moderada intensidad a nivel frontal que se irradia occipitalmente de manera pulsátil y continúa asociado a nauseas 2 veces y Esposa indica que su pareja se

encuentra desorientado desde 3 horas antes de ingreso. De inicio insidioso curso progresivo.

Familiar del paciente no refiere ningún antecedente personal, antecedente quirúrgico ni alergia a medicamentos

Funciones vitales

T°:38,5°C

PA:130/70

FC:80

FR:23

Hemogluco test: 137

Al examen físico:

- Al momento del examen paciente desorientado ,no responde al interrogatorio
- Paciente en AMEG ,AREN ,AREH
- Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez , no edemas
- TyP:MV pasa en AHT , no ruidos agregados
- CV:RCR de B/I , No soplos audibles
- Abd: no distendido, RHA(+),Blando , depresible , no doloroso a la palpación
- SNC: Desorientado, Glasgow 10/15 (R.O: 2 RV:3 RM:5)

A las 23:15pm Familiar refiere 5 convulsiones tonico clónicas sin recuperación de la conciencia por lo que tiene como diagnóstico de ingreso:

1. Sd. Febril
2. Sd. Convulsivo
3. D/C COVID -19
4. D/C ACV

Plan se indica:

- NPO
- Metamizol 2gr PRN a T°>38°C
- NaCl0.9% 1000cc XXX gotas
- Diazepam 10 mg EV STAT
- HGT cada 12hrs

Luego de ello al paciente se le solicita Lactato, Hemograma completo, Glucosa, Urea ,Creatinina, PCR, DHL,FA ,Prueba rápida Covid -19 y Tomografía cerebral con contraste

Con resultados:

- Lactato :3,4
- Hemograma completo donde resalta Leucocitos en 12 300, Plaquetas en 303 000 , Hb en 12,3
- Glucosa:136
- Urea :28
- Creatinina:0.60
- PCR:0.05
- DHL: 100,6
- FA: 51,3
- Prueba Rápida COVID-19 con resultado IgG+

En la Tomografía: Se evidencia Tumor a nivel Frontal Izquierdo por lo que se realiza Interconsulta a neurocirugía

El Neurocirujano responde la interconsulta al 3 día de hospitalización en donde

Coloca como impresión diagnóstica

- Tumor Cerebral Frontal Izquierdo posible Astrocitoma Grado III-IV

Agrega al plan:

- Manitol 20% 1000ml I
- Dexametasona 4mg EV c/12hrs
- Diazepam 10mg EV PRN a convulsiones
- Indica Referencia a Hospital de mayor complejidad como el INEN

Al 4to día el paciente es reevaluado el nivel de conciencia mejora teniendo un Glasgow 14/15

(RO:4 RM:6 RV:4) Y es aceptada la referencia al INEN para su manejo.

Infección por Sars -Cov2:

Paciente J.L.H.Q de 31 años de edad, de sexo femenino ingresa a trauma shock el día 08/03/21 con un tiempo de enfermedad 8 días previos al ingreso por presentar dificultad respiratoria, saturación de 92 % con FiO 21, fiebre, malestar general, dolor de cuerpo, tos de moderada intensidad. Con los siguientes valores:

- FR: 26
- FC: 110
- StO2: 92%
- P/A: 120/70

Paciente refiere que 7 días previos a su ingreso dio positivo para COVID-19, el día 01/03/21 manifiesta presentar fiebre de 38.6 °C, dolor de cuerpo, tos esporádica, dolor de garganta, dolor de cabeza por lo cual decide hacer una prueba covid dando positivo ese mismo día. Además, refiere que tomo paracetamol, azitromicina, e ivermectina por 3 días luego de haber dado positivo para covid-19. El día 04/03/21 empieza a sentirse peor, bajándole la saturación entre 93-94%, asociado a debilidad muscular, tos, y persistencia de fiebre por lo cual decide iniciar tratamiento endovenoso con un médico particular por 3 días con cefalogen, clindamicina, metamizol, dexametasona, enoxaparina e hidratación.

La paciente acude al hospital el día 08/03/21 por presentar dificultad respiratoria, saturación menos de 91%, persistencia de fiebre, tos, debilidad muscular, se le toma una radiografía de tórax en cual se aprecia un compromiso pulmonar del 50% y neumonía por covid -19 por lo cual es ingresada a hospitalización, colocándole máscara de reservorio a 15 litros, tratamiento antibiótico, anticoagulantes, antipiréticos.

El 09/03/21 la paciente presenta mayor dificultad respiratoria a pesar de estar con oxígeno complementario, aumento de tos provocándole “sensación de ahogo”, fiebre persistente, debilidad muscular, por lo cual se decide referirla a un hospital de mayor complejidad ya que es una paciente candidata a ventilación mecánica. Por la noche del mismo día es referida al Hospital Almenara ingresando por trauma shock presentando esfuerzo inspiratorio, accesos de tos que llevan a la desaturación de hasta 85%, taquipnea, uso de músculos accesorios y disnea de esfuerzo, con un Pafio2 de ingreso de 95%.

- Con las siguientes funciones vitales:
- FC: 110
- FR: 38
- StO2: 92% Fio2 al 100%
- T: 38.2 °C

- Con el siguiente AGA al ingreso:
- PH: 7.45
- PO2: 89
- PCO2: 40
- HCO3: 27
- Pafio2: 92

Se tomó una tomografía en cual se evidenció el compromiso pulmonar de ambos campos pulmonares del 50% y neumonía por covid-19, con un incremento severo de dificultad respiratoria y mayor requerimientos de oxígeno por lo cual se le plantea colocar un ventilador mecánico en UCI covid. Pasada una hora de su estancia en UCI covid, se le decide colocarle una cánula de alto flujo, luego de ello la saturación sube a 97% por lo cual desisten de colocarle el ventilador y dejarla con la cánula de alto flujo y mantener su estancia en UCI covid por 11 días. Paciente respondedora de cánula de alto flujo con flujo de 60 litros por minuto, fio2 80%, con frecuencia respiratoria de 32 por minuto, con un Irox de 3.6, es por ello que se decide probar una hora de Caf para verificar mejor la tolerancia al alto flujo.

- Luego de una hora, se evidencia los siguientes parámetros:
- Fio2: 75%
- Sat:96%
- Fr: 20
- Irox: 6.4

Se verifica que la paciente fue respondedora, por ello se decide continuar con Caf. Se le empieza a dar como tratamiento meropenem 1 gr cada 8 horas por 10 días Ev, codeína 60 mg cada 8 horas Ev, y el tratamiento en días agudos de dificultad respiratoria con morfina 5 mg cada 12 horas s/c., enoxaparina 60 mg cada 24 horas, dexametasona de 6 mg cada 24 horas 10 por días, paracetamol 1 g cada 8 horas, dieta hiperproteica inicialmente, líquida con suplemento de proteínas. Se asegura saturación diaria no menor a 94%, recibe terapia respiratoria pasada la agudeza de la enfermedad, reposo absoluto durante los primeros 5 días, recibe dieta blanda y luego dieta completa.

Para los siguientes días en la estancia en UCI covid se inicia progresivamente el destete de flujo y fio2, inicialmente se baja el flujo hasta

menos de 50, y luego se baja el fio2 de 5 en 5 cada día según tolerancia hasta el día 11 de su estancia en UCI covid. También se inicia terapia física y respiratoria según tolerancia en función a la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.

El día 21/03/21 pasa a hospitalización con cánula binasal a 5 litros con una saturación de 97%, disminución de dificultad respiratoria, disminución de tos, cese de fiebre, debilidad muscular y parestesias, cansancio y leve desaturación al ingerir alimentos y beber líquidos. Además, se continua con la terapia física y respiratoria Inter diaria de 30 minutos.

El 24/03/21 se le retira la cánula binasal con una saturación de 93-34%, disminución de debilidad muscular, fatiga ni fiebre por lo cual se le decide observar por 2 días presentando mejoría clínica, y se continua con la terapia respiratoria y física.

El 27/03/21 a la paciente se le realizó exámenes complementarios con una prueba covid-19 negativo, con hemoglobina de 13.2, leucocitos de 10.88, abastados 0, INR de 0.44. Paciente cursa con evolución favorable, tolera disminución y cese de oxígeno complementario por lo cual se decide de alta. Se le receta paracetamol condicional a fiebre, cefalea y dolor costal, continuar con terapia respiratoria y física de 3 a 6 meses.

Pancreatitis Aguda:

Paciente de iniciales M.A.L de 31 años de edad de sexo femenino ingresa sola a Tópico de Medicina Interna el día 23/02/21 a las 16:10 pm con un tiempo de enfermedad de +/- 12 horas. Paciente refiere dolor tipo opresivo en epigastrio que se irradia a espalda de intensidad 8/10, asociado a náuseas, vómitos en 3 oportunidades de contenido alimentario.

Funciones vitales:

- P/A: 110/70
- Pulso: 82 x´
- T: 37 °C
- FR: 20

- Al examen físico:
- Al momento del examen paciente orientado, despierto.
- Paciente en AMEG, AREN, AREH
- Piel y Mucosas: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez, no edemas
- T y P: MV pasa en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, No soplos audibles
- Abd: no distendido, RHA (+), Blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho.
- SNC: desierto, lotep, Glasgow 15/15.
- Con el siguiente diagnóstico de ingreso:
- Síndrome Doloroso Abdominal

- Plan se indica:
- Analgesia
- Tramadol 100 mg ev STAT
- Omeprazol 40 mg ev STAT
- NaCL 0.9% 100 cc STAT
- Metroclopramida 10 mg STAT
- Dimenhidrinato 50 mg ev STAT

Luego de ello a la paciente se le realiza los siguientes exámenes: Perfil hepático, Glucosa, Urea, Creatinina, hemograma y una ecografía abdominal.

- Amilasa: 115 IU/L
- Glucosa: 180.4 mg/dl
- Creatinina: 0.37
- Urea: 5.8
- Lipasa: 30.2
- TGO: 37.3
- TGP:129.2
- GGT: 133.1
- Fosfatasa Alcalina: 76.2
- Leucocitos: 11.90
- Hemoglobina: 11.1
- Plaquetas:214

En la Ecografía Abdominal: se evidencia incrementado de tamaño, ecogenicidad heterogénea a predominio hipoecogénico. Cabeza 21 m, cuerpo 11 m.

Se reevalúa a la paciente, pasa a hospitalización, en donde la paciente refiere dolor a nivel de epigastrio que se irradia a espalda en cinturón, asociado a náuseas, no fiebre, no vómitos, ni cefalea.

Coloca como impresión diagnóstica:

- Pancreatitis aguda biliar

Agrega al plan:

- Antibióticos: ceftriaxona 2 gr ev cada 24 horas
- Analgesia: tramadol 100 mg ev cada 8 horas
- Antipiréticos: paracetamol condicional a fiebre.
- Hidratación: CNa 0.9% 1000 cc 45 gotas
- Dimenhidrinato 50 mg ev cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg ev cada 8 horas
- 01/03/21: Lia paciente es reevaluada en la cual la paciente refiere no presentar molestias, niega náuseas, no vómitos, no Sat, niega dolor abdominal.

Al examen físico abdominal: blando/ depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación profunda ni superficial. No signos peritoneales.

- Como diagnóstico final:
- Pancreatitis aguda biliar resuelta.
- Hiperglucemia: d/c DM tipo 2
- Por lo cual la paciente se encontraba en condiciones de alta médica.

1.3. Unidad I: Problemas infecciosos, respiratorio, cardiovascular y digestivo

1.3.1. Semana 1: Problemas infecciosos

- VIH/SIDA e Infecciones de transmisión sexual. TBC. Malaria. infecciones por Insectos. artrópodos y ofidios venenosos. Parasitosis y Leishmaniosis. Salmonelosis – Brucelosis carbunco y Cólera – EDA. Dengue – Fiebre Amarilla, Herpes zoster. Mononucleosis. Rabia, Bartonelosis, Leptospirosis. Infecciones intrahospitalarias y bioseguridad.
- Promoción y prevención de problemas infecciosos.
Se llevó a cabo en el servicio de Hospitalización y Observación. Donde se observó a un paciente con VIH/SIDA, así como uno con TBC. Durante la estancia, se realizaron evoluciones diarias a los pacientes, además del examen físico y de laboratorio. Adicionalmente, la presentación del caso en las visitas cotidianas con el asistente.

1.3.2. Semana 2: Problemas del aparato respiratorio

- TBC pulmonar. Asma bronquial. NAC, Enfermedades de la pleura. Falla respiratoria. NIH. EPOC y Enfermedad pulmonar ocupacional. Cáncer pulmonar primario y secundario. Enfermedad pulmonar intersticial difusa y Micosis pulmonar. Edema pulmonar agudo y de altura. TEP y bronquiectasias.
- Promoción y prevención de problemas respiratorios.
A través de la observación de pacientes con EPOC, NAC, bronquiectasia, se ejecutó la evolución diaria, examen físico e historia clínica en el servicio de Hospitalización y Observación.

1.3.3. Semana 3: Problemas del aparato cardiovascular

- HTA. Insuficiencia cardíaca y Cardiopatía isquémica. Shock en general y Reanimación cardiopulmonar, Arritmias cardíacas. Tumores corazón.

Endocarditis infecciosa. Valvulopatía. Cardiomiopatías. Enfermedad pericárdica.

➤ Promoción y prevención de enfermedades cardiovasculares

Se observó a pacientes con crisis hipertensiva, shock hipovolémico en el servicio de Emergencia. Asimismo, se realizó un curso de reanimación cardiopulmonar empleando un muñeco, a cargo del asistente de turno, además de la revisión de los temas en exposición.

1.3.4. Semana 4: Problemas del aparato digestivo

➤ Hemorragia digestiva. Diarrea aguda y crónica. Enfermedad ulcero – péptica. Hepatitis e ictericia y Cirrosis hepática. TBC digestiva y Cáncer gástrico. Enfermedad inflamatoria del intestino. Enfermedades del páncreas. Trastornos digestivos funcionales. Enfermedad esofágica por reflujo y cáncer de páncreas.

➤ Promoción y prevención de enfermedades del aparato digestivo.

Las actividades que se realizaron en este servicio fueron: examen físico, historia clínica y evolución. Mientras que, en las visitas, la emisión de preguntas sobre la pancreatitis y scores, además de los criterios diagnósticos. Se ejecutó un procedimiento “Paracentesis” en los pacientes con ascitis, el cual fue guiado y orientado por el asistente y residente a cargo.

1.3.5. Unidad II: Problemas del sistema nervioso, metabólico, hormonal, articular y mental:

1.3.6. Semana 5: Problemas del sistema nervioso

➤ Enfermedad vascular cerebral. Infecciones del sistema nervioso. Cefalea. Epilepsia y Coma. Intoxicaciones y envenenamiento. Demencias y Tumores

del SNC. Neuropatías periféricas y Movimientos involuntarios. Esclerosis múltiple, infecciones de SNC.

- Promoción y prevención en patologías del sistema nervioso.

Se observó en el servicio de trauma shock a pacientes con la patología de cerebro vascular, intoxicaciones por insecticidas, carbamatos, aines, así como con tumores del SNC, en los cuales se logró realizar un completo examen físico y la elaboración de la historia clínica, además de la revisión de tomografías con la respectiva discusión de los hallazgos con los asistentes.

Adicionalmente, se realizó interconsultas con neurocirugía y la referencia en algunos casos a hospitales de mayor complejidad.

Mientras en el servicio de Emergencia, se trabajó con pacientes con epilepsia y cefalea, derivando en la consulta externa en neurología respectivamente.

1.3.7. Semana 6: Problemas hormonales y metabólicos

- DM. Enfermedad de la tiroides, (híper e hipotiroidismo, tiroiditis) y de las suprarrenales. Dislipidemia. Obesidad. Desnutrición y avitaminosis. Bocio endémico y nódulos tiroideos. Osteoporosis y trastorno de paratiroides. Enfermedad de Addison. Patologías gonadales. Enfermedades hipofisarias. Síndrome metabólico.

- Promoción y prevención de problemas hormonales y metabólicos.

En Emergencia, Hospitalización y Observación era bastante frecuente mirar pacientes diabéticos de tipo II, es decir, mal controlados, con pie diabético, cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar. En torno a las visitas, éstas se llevaron a cabo con normalidad, así como la formulación de interrogantes sobre la diferenciación entre cetoacidosis y estado hiperosmolar, como sus criterios diagnósticos. Se efectuaba las curaciones a los pacientes externos con pie diabético de manera diaria, conjuntamente con el servicio de traumatología, y se realizaba la programación para sala previa interconsulta con ecodoppler arterial y prequirúrgicos. En el caso de los enfermos hospitalizados se les hacía el AGAS diariamente, así como el examen físico completo, historia clínica y evolución cotidiana.

1.3.8. Semana 7: Problemas articulares

- Osteoartritis. Reumatismo no articular: hombro doloroso fibromialgia. Artritis reumatoide. LES. Artropatías por microcristales: gota, pseudogota y Artritis infecciosa. Polimiositis y dermatomiositis. Vasculitis sistémica y Esclerosis sistémica progresiva. Espondilo artropatías seronegativas.
- Promoción y prevención de problemas articulares.
No se realizó.

1.3.9. Semana 8: Problemas de la salud mental y psiquiátrica

- Ansiedad, tipos de Depresión y Psicosis. Adicciones, Violencia familiar y Desordenes de la personalidad.
- Promoción y prevención de enfermedad mental y psiquiátrica.
No se realizó.

1.3.10. Unidad III: Problemas renales, de piel, de la sangre y coagulación, ética y medicina legal:

1.3.11. Semana 9: Problemas renales

- Infecciones urinarias y Nefrolitiasis. IRA. IRC y Síndrome nefrótico. El riñón en enfermedad metabólica y cáncer riñón. El riñón en enfermedad inmune y Síndrome nefrótico. Terapias de reemplazo (diálisis) y Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico.
- Promoción y prevención de problemas renales.
En el servicio de Emergencia, primero se identificaba y luego se brindaba tratamiento ambulatorio para los pacientes con infecciones urinarias, para

posteriormente el control por consultorio externo, también se observó a pacientes con cólico renal debido a Nefrolitiasis. En cambio, en el servicio de Hospitalización y Observación, se trabajó con pacientes con IRA y IRC, donde se visualizó el procedimiento de hemodiálisis a dos personas. También se observó a pacientes con hiperkalemia, acidosis metabólica y alcalosis respiratoria. Cabe señalar, que todos estos temas fueron revisados y con la formulación de preguntados en visita en conjunto y con la presentación del paciente, además de la realización de AGAs, examen físico completo, evolución e historia de los casos.

1.3.12. Semana 10: Problemas de la piel

- Enfermedad micótica. Acné. Enfermedad bacteriana de la piel. Neoplasias dérmicas. Enfermedades parasitarias y virales de la piel. Vitíligo y Psoriasis. Celulitis.
- Promoción y prevención de problemas de piel.
Se llevó a cabo en el servicio de Emergencia mediante el tratamiento ambulatorio a los pacientes con celulitis.

1.3.13. Semana 11: Problemas de la sangre y coagulación

- Anemias ferropénicas, megaloblásticas y hemolíticas. Síndrome purpúricos y Anemias aplásica. Trastorno de la coagulación sanguínea. Leucemias. Linfomas y Mieloma múltiple policitemia.
- Promoción y prevención de problemas de la sangre y coagulación.
No se realizó.

1.3.14. Semana 12: Ética y medicina legal

- Aplicación de principios y guías de práctica en relación médico paciente. Bioética, iatrogenia, peritajes médico legales, ética en la investigación médica y negligencias médicas y mal praxis.
No se realizó.

La primera rotación se llevó a cabo en el área de pediatría a través de 3 unidades de aprendizajes, durante el 01 al 30 de marzo del 2020.

En lo que respecta a la primera unidad no se llevó a cabo de manera completa debido a la coyuntura actual de la pandemia.

1.4 Rotación Pediatría y Neonatología

Faringoamigdalitis Aguda

Paciente de iniciales C.C.H de 6 años sexo femenino acude a emergencias acompañado de madre la cual trae a su menor hija a emergencias ya que desde hace 3 días presenta dolor de garganta , sensación de alza térmica cuantificada en 38,2 ° la cual cede con paracetamol pero desde hace 2 días antes del ingreso se agregan náuseas y vómitos. Un día antes de ingreso presenta hiporexia por lo que madre acude a emergencias con la menor .Con forma de inicio brusco y curso progresivo.

Funciones Vitales :

- T°:38,5°C
- FC:70
- FR:18
- SatO2: 98%
- Peso: 20kg

Al examen físico:

- Paciente decaído , irritable en AREG ,AREN ,AREH

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez , no ictericia
- Orofaringe: orofaringe congestiva con presencia de exudado blanquecino
- TyP: MV pasa en AHT , no ruidos agregados
- CV: RCR de B/I , No soplos audibles
- Abd: no distendido, RHA(+), Blando , depresible , no doloroso a la palpación
- SNC: Despierto, Decaído e Irritable

Ingresar con diagnóstico de :

1. Faringoamigdalitis aguda

Plan:

- Metamizol 500 mg IM STAT

Al alta:

- Paracetamol 12,5 ml vía oral cada 8hrs por 5 días
- Amoxicilina -Ac. Clavulánico 6ml vía oral cada 8hrs por 7 días

Herpangina

Paciente de iniciales S.C.M de 5 años sexo masculino acude a emergencias acompañado de madre la cual trae a su menor hija a emergencias ya que desde hace 2 días presenta dolor de garganta, sensación de alza térmica cuantificada en 38,5 ° en repetidas oportunidades el cual cede con paracetamol pero desde hace 1 día antes del ingreso se agrega malestar general, rinorrea e indica que ve manchas en paladar de su hijo, presenta molestia ingerir alimentos sólidos. Con forma de inicio brusco y curso progresivo.

Funciones Vitales :

- T°: 38,9°C
- FC: 72
- FR: 20
- SatO₂: 98%
- Peso: 22kg

Al examen físico:

- Paciente irritable no tolera alimentos sólidos

- Piel : T/H/E, llenado capilar <2", no palidez
- Orofaringe: Se evidencia ulceras y vesículas en paladar blando
- TyP: MV pasa en AHT , no ruidos agregados
- CV: RCR de B/I , No soplos audibles
- Abd: no distendido, RHA(+), Blando , depresible , no doloroso a la palpación
- SNC: Despierto e Irritable

Ingresa con diagnóstico de :

1. Herpangina

Plan:

- Metamizol 550mg IM STAT

Al alta:

- Paracetamol 13 ml vía oral cada 8hrs por 5 días
- Anginovag 2puff 20 minutos antes de cada comida
- Dieta blanda

Impétigo:

Paciente con las iniciales H.H.S.V de 2 años y 4 meses, de sexo femenino quien acude acompañada de su madre a la emergencia el día 27/01/2020, refiriendo que su menor hija presenta hace 5 días fiebre de más de 38°C que a pesar de darle paracetamol cada 6 horas continua con la fiebre, asociado a la aparición de ampollas alrededor de la boca de color amarillento-marrón, y falta de apetito por el dolor al abrir la boca.

Funciones vitales:

FC: 100

SATO2: 100%

T: 38.8 °C

FR: 18

PESO: 14 kilos

Al examen físico:

- Paciente irritable no tolera alimentos solidos
 - Piel: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez.
 - Orofaringe: Se evidencia lesiones vesiculopustulares alrededor de la comisura labial de color amarillo – marrón.
 - T y P: MV pasa en AHT, no ruidos agregados
 - CV: RCR de B/I, No soplos audibles
 - Abd: no distendido, RHA (+), Blando, depresible, no doloroso a la palpación
 - SNC: Despierto e Irritable
- Ingresa con diagnóstico de:
Impétigo
- Plan:
- Metamizol 7 mg IM STAT
 - Medios físicos
- Al alta:
- Paracetamol 9 ml vía oral cada 6 hrs por 7 días
 - Anginovag 2puff 20 minutos antes de cada comida
 - Mupirocina crema cada 8 horas por 7 días.
 - Cefalexina jbe 5 ml cada 8 horas por 7 días.
 - Dieta blanda

1.4. Unidad I: Problemas del recién nacido

1.4.2 Semana 1: Problemas del recién nacido I

- Asfixia y reanimación cardiopulmonar.
- Sepsis neonatal y Neumonía neonatal.
- Onfalitis, meningitis neonatal y conjuntivitis neonatal.

Mediante charlas sobre asfixia y reanimación cardiopulmonar en el recién nacido, así como presencia la RCP neonatal. En el servicio de Hospitalización de Neonatología era muy frecuente tener en el área de Intermedios 1 a pacientes con sepsis neonatal, donde se efectuó la presentación de casos en las visitas, además de exposición sobre este tema.

1.4.3. Semana 2: Problemas del recién nacido II

- Hipoglicemia neonatal y policitemia en recién nacido de bajo peso.
- Dificultad respiratoria en el recién nacido. Enfermedad de membrana hialina. Displasia broncopulmonar.
- Retinopatía de prematuridad.
- Hemorragia intracraneal.
- El prematuro y sus complicaciones.

En Alojamiento, hospitalización de neonatología se realizó un control continuo de la glicemia de pacientes recién nacidos con bajo peso, puesto que la gran mayoría hacían cuadros de hipoglicemia, se revisó el tema bebés prematuros, enfermedad de membrana hialina y dificultad respiratoria, en donde el asistente formulaba preguntas. Al momento que evolucionaba el recién nacido con dificultad respiratoria se aplicaba el Score de Silverman Anderson, permitiendo su clasificación.

1.4.4. Semana 3: Problemas del recién nacido II

- El prematuro y sus complicaciones
- Hipoglicemia neonatal y policitemia en el recién nacido postérmino
- Cardiopatía congénita acianótica y cianótica.
- Trisomía 21, Trisomía 13 y Galactosemia.

Tanto en hospitalización de neonatología como en alojamiento se realizaba un control de las glicemias, así como la revisión de dicho tema con su respectiva discusión de caso clínico. Se apreció solo un paciente con Trisomía 21, no obstante, no existió una revisión del tema, pero el asistente de turno brindó una breve charla sobre los signos a tener en cuenta y cómo identificarlos.

1.4.5. Semana 4: Problemas del recién nacido VI

- Atresia de esófago, Hernia diafragmática y Malformaciones anorrectal.
 - Defectos del tubo neural.
 - Ectopia testicular.
 - Hiperplasia suprarrenal.
- No se realizó.

1.4 Unidad II: Problemas de salud del niño y adolescente

1.4.1 Semana 5: Problemas de salud del niño y del adolescente I

- Desnutrición, estados carenciales de macro y micronutrientes y obesidad, manejo del niño febril: diagnóstico diferencial. Enfermedades inmunoprevenibles prevalentes en el Perú – IRA alta y baja (resfrío, otitis, faringitis, laringitis, sinusitis, bronquitis, neumonías):
En emergencias se aplicaba un manejo del niño febril mediante el diagnóstico diferencial con las enfermedades causadas por virus (exantemáticas), al igual que con las IRA altas y bajas de las cuales era frecuente observar pacientes con resfrío común, otitis media aguda, faringoamigdalitis aguda y neumonías, empleando un examen físico completo y control de funciones vitales. En pacientes febriles se trataba bajar la temperatura con medios físicos, sino ocurría un efecto se recurría al empleo de metamizol, además del diagnóstico diferencial correspondiente y dependiendo de la patología se le retornaba a casa con tratamiento ambulatorio.

1.4.2 Semana 6: Problemas de salud del niño y del adolescente II

- EDA, trastornos hidroelectrolíticos y rehidratación, afecciones dermatológicas más frecuentes: escabiosis, pediculosis, piodermatitis, micosis superficiales, urticaria, dermatitis atópica, prurigo, acné. Asma, síndrome obstructivo bronquial agudo, Bronquiolitis y Parasitosis intestinal:
En emergencias existían pacientes con EDA, a los cuales se les solicitaba una reacción inflamatoria en heces, hemograma y dependiendo de ello, se le

brindaba un tratamiento ambulatorio, así como el uso de SRO y rehidrataciones, puesto que en los planes de manejo del MINSA está el uso del zinc. En el caso de las urticarias, que llegaban a este servicio se les aplicaba stat clorfenamina y dexametasona, luego se reevaluaba dejándoles un tratamiento ambulatorio para su hogar. Cuando eran pacientes asmáticos se les realizaba el pulmonar y score para clasificarlos.

Se llevó a cabo un seminario de asma y bronquiolitis donde se explicó el esquema de tratamiento y como se ejecutan las nebulizaciones y el uso de los inhaladores. Por otro lado, en pacientes con Síndrome obstructivo bronquial agudo, se les practicaba el score de Bierman y Pearson para su ubicación. Asimismo, se acudió a los seminarios sobre esta enfermedad, donde se visualizó de exposiciones de artículos y la formulación de preguntas tipo ping pong realizadas por el asistente a cargo.

1.4.3 Semana 7: Problemas de salud del niño y del adolescente III

- Enfermedades eruptivas de la infancia, tuberculosis, trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia), anemias. Diagnóstico diferencial (trastornos mieloproliferativos, leucemias, hemolisis, purpura), infección urinaria, síndrome nefrítico y síndrome nefrótico, hipotiroidismo y desarrollo sexual normal. Pubertad precoz, y evaluación ortopédica: displasia de cadera, alteraciones posturales:

A través de la exposición “Infección urinaria”, como las visitas en hospitalización, donde el asistente a cargo hacía preguntas sobre el tema. Indicar que, esta patología era bastante común en emergencias y hospitalización, así como enfermedades eruptivas de la infancia.

1.4.4 Semana 8: Problemas de salud del niño y del adolescente IV

Aplicación de las consideraciones éticas y legales en la atención del niño mediante:

- Consentimiento y asentimiento.

- Información terapéutica.
- Obstinación terapéutica.
- Reporte de maltrato.

Mediante el llenado de consentimiento informado a los padres puesto que la gran mayoría de pacientes eran prescolares.

1.4.5 Unidad III: Urgencias, emergencias, promoción y prevención en pediatría

1.4.6 Semana 9: Urgencias y emergencias I

- Dolor abdominal agudo, arresto cardiopulmonar, insuficiencia cardiaca y choque hipovolémico, síndrome convulsivo, estado convulsivo, meningoccefalitis aguda y traumatismo encéfalo craneano:

Fue frecuente ver en Emergencia a pacientes con dolor abdominal agudo en algunos casos se trataba de apendicitis agudas, en ese caso se los derivaba a un hospital de mayor complejidad, en los pacientes con traumatismo encéfalo craneano, se trabajaba en conjunto con Neurocirugía. En ambos escenarios se realizaba el físico completo, historia clínica y presentación al asistente de turno. En esta rotación se revisó el tema “síndrome convulsivo” con asistentes y residentes.

1.4.7 Semana 10: Urgencias y emergencias II

- Intoxicaciones por carbamatos, órganos fosforados e ingesta de lejía, Intoxicación por paracetamol y por antihistamínicos, laxoscelismo, mordedura (humana / animal) y picadura de alacrán, maltrato infantil, intento de suicidio:

En el servicio de emergencias era muy frecuente observar intoxicaciones por ingesta de lejía y de insecticidas como por ejemplo “el mata moscas”, “chica

verano", siendo en el mes de febrero con mayor recurrencia este tipo de intoxicaciones, en las cuales se realizaba el manejo en trauma shock con control de funciones vitales, reflejo pupilar y aplicación de antídoto, en el caso de laxoscelismo, se derivaba a un hospital de mayor complejidad.

1.4.8 Semana 11: Prevención y promoción de la salud I

- Atención inmediata del recién nacido y tamizaje neonatal, lactancia materna, control y evaluación del crecimiento y desarrollo, salud bucal y salud ocular, puericultura: higiene, manipulación de alimentos, alimentación y nutrición, inmunizaciones:

Mediante la atención inmediata completa con supervisión del asistente tanto en cesáreas como en parto eutócico, a través del clampaje de cordón umbilical y limpieza del mismo, verificación de las dos arterias y una vena del cordón, aspiración de secreciones, colocación de vitamina k y gotas. En el neonato mediante el brazalete de identificación, medición del peso, perímetro cefálico y abdominal, talla; así como la evaluación del APGAR y Capurro, realización de historia clínica con antecedentes maternos y del recién nacido. Se participó en exposiciones sobre la atención inmediata del recién nacido e inmunizaciones del departamento de Pediatría, en donde se realizó preguntas al expositor. Indicar que, hubo un examen al inicio de la rotación.

1.4.9 Semana 12: Prevención y promoción de la salud II

- Evaluación del desarrollo puberal, variantes normales. Educación y orientación sobre salud sexual y reproductiva: prevención de ETS, VIH-SIDA. Prevención de intoxicaciones, accidentes y lesiones, reconocimiento de riesgo en salud infantil: violencia familiar, contaminación del medio ambiente:

No se realizó.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La Práctica Profesional en las cuatro rotaciones del año de internado se produjo en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ubicado en Av. Sáenz Peña cuadra 6 s/n, perteneciente al distrito de Puente Piedra. Dicho hospital es de nivel de atención II-2 y está bajo la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (Diris Norte).

La misión de este nosocomio es brindar los servicios de salud básica y de especialidad con eficacia e inclusión social, basado en una atención integral fundado en el individuo, familia y comunidad; cuya orientación es el preventivo curativo y recuperativo a los habitantes de los distritos de Lima Norte (Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo) mejorando su salud mediante el empoderamiento de nuevos estilos de vida. (14)

Mientras la visión, es ser un hospital que satisfaga las necesidades de atención referentes a la salud, en las personas, respetando sus derechos. (14)

La estructura orgánica está compuesta por 6 órganos: dirección, control interno, asesoramiento, apoyo y línea (Anexo 1). (15)

Las especialidades que ofrece el hospital Carlos Lanfranco La Hoz son: neurología, gastroenterología, neumología, reumatología, endocrinología, medicina, cardiología, infectología, medicina física, nutrición y psicología. (16)

Las actividades desempeñadas en la institución se componen de dos periodos, el primero de ellos comprende la cirugía y la gineco-obstetricia; mientras que el segundo, la medicina y pediatría. Para el primer periodo, en el módulo de Cirugía: se adquirieron como competencias la identificación,

aplicación, propuesta y discernimiento de las alternativas de solución a los problemas quirúrgicos y éticos, tomando en cuenta la prevención y promoción de la salud. Dicho módulo se compone de cuatro unidades. La primera es la de Cirugía general y ética, donde se llevó a cabo, por un lado, el cine – foro titulado: “Esperanza de Vida” y, por otro, la exposición de temas programados y la presentación de casos clínicos. Esta última parte concernió a identificar, diagnosticar, aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de hernias de pared abdominal de naturaleza epigástrica, umbilical, inguinal (directa e indirecta) y crural; la perforación gastrointestinal - obstrucción intestinal (alta y baja), los problemas inflamatorios agudos del abdomen que fueron la apendicitis aguda, pancreatitis aguda y la diverticulitis; la enfermedad litiásica biliar como la litiasis vesicular, colecistitis crónica y aguda, la coledocolitiasis, fístulas biliodigestivas y la íleo biliar; hemorroides, fisura anal; abscesos y fístulas perianales; neoplasias más frecuentes del aparato digestivo, manejo inicial de quemaduras, manejo del paciente politraumatizado, extrahospitalario y transporte y; por último, el manejo inicial hospitalario. La segunda unidad es de Urología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía de tórax y cardiovascular y las competencias que se alcanzaron fueron la presentación de casos clínicos, la exposición de temas dispuestos, la presentación de la estadística de morbimortalidad del servicio, revisión de artículos de revistas, siendo los temas abordados el manejo de fracturas y luxaciones, la displasia de cadera, infecciones osteoarticulares, complicaciones dependientes del manejo inicial; hipertrofia benigna de la próstata y cáncer de próstata, traumatismo del tracto urinario, diagnóstico y tratamiento inicial, conjuntivitis, glaucoma, traumatismos oculares, cuerpos extraños, otitis externa e interna, epistaxis que involucra el taponamiento anterior y posterior, el manejo del absceso amigdalino, los cuerpos extraños en el oído externo y la rinitis alérgica. Para la unidad tres, el eje central es el de Neurocirugía y cirugía pediátrica, ética, promoción y prevención en pediatría y las actividades previstas fueron la presentación de casos clínicos, la exposición de temas proyectados, presentación de la estadística de morbimortalidad del servicio, revisión de artículos de revistas; teniendo como temática la constituida por traumatismos de tórax, taponamiento

cardiaco, enfermedad varicosa periférica, la enfermedad obstructiva arterial, el traumatismo encefalocraneano, el síndrome de hipertensión endocraneana, el ano imperforado; hipertrofia pilórica, la obstrucción intestinal en neonatos, lactantes y niños, y la hernia diafragmática; las atresias de esófago, la luxación congénita de cadera. Asimismo, se aplicaron principios de bioseguridad en todo momento y se ejecutó el llenado de la hoja del consentimiento informado en todos los procedimientos médicos. Para el segundo módulo, el de gineco-obstetricia, las competencias aprendidas fueron el identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas ginecológicos, obstétricos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud. En el caso del segundo periodo, el tercer módulo es el de Medicina y las competencias consistieron en identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos y éticos, contemplando la prevención y promoción de la salud. En el cuarto módulo, el de Pediatría, se identificó, aplicó, propuso y juzgó las alternativas de solución a los problemas pediátricos, neonatológicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL: LOGROS, DIFICULTADES Y LECCIONES APRENDIDAS.

En el Plan de estudios de la carrera de medicina humana, el internado médico es la parte final y obligatoria en la formación de pregrado. Esta etapa permite la consolidación de los conocimientos tanto teóricos como prácticos adquiridos a lo largo de los semestres de formación. Estas actividades se desarrollan en las unidades hospitalarias asignadas para las prácticas de los internos.

Las rotaciones por cirugía, medicina, ginecología – obstetricia y pediatría, han permitido al interno de medicina desarrolle competencias y capacidades aplicando actitudes y valores a través de las actividades consideradas en la programación del internado, lo que contribuye al desarrollo integral reafianzado y fortalecido la formación que han recibido a lo largo de la permanencia en la universidad.

En la rotación por el área de Cirugía se contempla el desarrollo de las sucesivas competencias: identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas quirúrgicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud. Para hacer efectivo lo anterior, se realizó como actividades de aprendizaje la exposición de temas programados, la presentación de la estadística de morbimortalidad y el abordaje de casos clínicos del Servicio Revista de revistas.

3.1 Rotación de Cirugía General

La rotación de Cirugía estuvo constituida por tres unidades y cada una implicó logros, dificultades y lecciones aprendidas propios:

3.1.1. Cirugía General y Ética:

- **Logros:**

Los logros alcanzados fueron el incremento de la motivación por la lectura de libros y revistas médicas, la identificación de las implicancias médico-legales y el respeto por la persona humana, la realización de los balances hidroelectrolíticos, la toma de muestras de sangre arterial de regiones tanto radial como braquial y su cauteloso transporte a fin de evitar su coagulación; el manejo nutricional endovenoso, la práctica de suturas y la curación de pacientes acuchillados, heridos de bala, quemados y/o electrocutados. Asimismo, la colocación de anestesia local. Por otra parte, el aumento de la autoconfianza gracias a la autoeficacia durante las guardias y por el diagnóstico diferencial mediante examen físico y los complementarios; así como el abordaje en casos de hemorroides, fisuras, abscesos y fístulas. Además, la atención y manejo oportuno de las quemaduras en pacientes pediátricos. En cuanto al paciente politraumatizado, el cuidado inicial a través del A-B-C-D-E, la distinción de signos clínicos y la solicitud de exámenes específicos a propósito de descartar algún compromiso orgánico.

- **Dificultades:**

Las dificultades presentadas durante la unidad fueron las evaluaciones sorpresivas, el aprendizaje de la correcta toma de muestra para el análisis de gases arteriales (AGA) en el menor número de intentos, el no haber logrado la observación presencial de una cirugía de hemorroides sino solo por videos; el grado de especialización del hospital resultó insuficiente de modo que, después de la estabilización brindada, los pacientes fueron

derivados. Ello también se relaciona a la escasa cantidad de casos de neoplasias vista.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones aprendidas que se pueden incluir son la concientización de la relevancia crucial de la preparación en todo momento ya que el acceso a las intervenciones quirúrgicas dependería del número de respuestas dadas a las preguntas formuladas por los residentes, la importancia de la identificación, solicitud de los exámenes pertinentes, la previsión en la solicitud de jeringas AGA y el aumento en la exactitud de la toma de muestra en pacientes obesos, la comprensión de que la atención compromete tanto participación de las cirugías como el seguimiento, la añadidura de los valores del balance hidroelectrolítico y ácido base en las evoluciones y su mención en las visitas médicas, el refuerzo de los conocimientos y habilidades para la nutrición enteral y el manejo nutricional no solo como complemento sino también para una propicia cicatrización de las heridas y un cierre conveniente de los puntos de sutura, incremento de la eficacia en la sutura y curación de heridas y aplicación de anestésicos, la diferenciación entre una colecistitis de una coledocolitiasis, el conocimiento de que las hemorroides pueden ser intervenidas quirúrgicamente de acuerdo a la clasificación por grados que se le designe mediante examen físico; lo cual requiere de inspirar la confianza en el paciente puesto que puede generar temor o pudor. Po último, el reforzamiento de las principales neoplasias del aparato digestivo y quemaduras con la práctica diaria en emergencia y con esquemas didácticos.

3.1.2. Urología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía de tórax y cardiovascular:

- **Logros:**

Entre los logros se puede señalar la colocación de férulas con la supervisión de los residentes y asistentes de turno, la identificación, el diagnóstico y el

manejo de la displasia de cadera, infecciones articulares y sus complicaciones como artritis séptica y osteomielitis, la observación de litiasis urinaria y el conocimiento de su diagnóstico tratamiento; la psicoeducación sobre la prevención de un cáncer de próstata, la colocación rápida y efectiva de sondas Foley, el reconocimiento del glaucoma, desprendimiento de retina y otras patologías oculares, conjuntivitis, la extracción de cuerpos extraños en el ojo y en el oído, la realización de taponamientos para controlar la epistaxis.

- **Dificultades:**

Entre las dificultades, indicar no haber participado de alguna intervención quirúrgica en fractura de cadera, en torsión testicular o cáncer de próstata; la discordancia entre el horario del oftalmólogo del hospital y la hora de llegada de los pacientes impidió su abordaje, la observación de escasos casos de glaucoma y de otitis externa. Por otro lado, la ausencia de alguno de rinitis alérgica.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones aprendidas más relevantes fueron la participación en cirugías de talón de Aquiles, avulsión de calcáneo, fracturas en mano, pierna, huesos del pie y de húmero; las que demandan de la cautelosa selección del material y dispositivo a usar conforme al caso; el refuerzo de los conocimientos teóricos, la realización de un examen físico a pacientes varones, procurando que no experimentaran vergüenza, la mejora de los conocimientos relativos a las principales patologías oculares como el glaucoma que es causa de ceguera y poder diagnosticarlo; el conocimiento de la etiología de la conjuntivitis, la detención de un sangrado en la emergencia; y la extracción de insectos y cuerpos extraños tanto en fosas nasales como de oído medio. Asimismo, el tratamiento de un absceso amigdaliano en paciente hospitalizado.

3.1.3. Neurocirugía y cirugía pediátrica, ética, promoción y prevención en pediatría:

- **Logros:**

Los logros obtenidos en esta unidad fueron el refuerzo de los conocimientos de traumatismo encefalocraneano (TEC), el seguimiento de su evolución, los cuidados y el tratamiento; el manejo y comprensión de la importancia de los pacientes postrados en cama, con alguna incapacidad funcional para prevenir escaras y la revisión de la nutrición de los pacientes con la finalidad de prevenir dehiscencias de anastomosis y el adecuado cierre de heridas, el reforzamiento y aplicación de los principios de bioseguridad, el entendimiento de la relevancia referida a la psicoeducación del paciente en torno a los riesgos y beneficios; asimismo el consentimiento informado.

- **Dificultades:**

Entre las dificultades más restantes, nombrar las pocas visitas a la semana del neurocirujano a cargo para las consultas, el que la especialidad de Cirugía de Tórax y Cardiovascular no estuviera incluida en el hospital, el aprendizaje del manejo del VAC en el tratamiento de heridas, la necesidad de simplificación de los contenidos en el consentimiento informado al momento de informar al paciente y por otro lado, el retiro o abandono en el hospital de los pacientes psiquiátricos por sus familiares cuando se precisaba su firma.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones aprendidas que fueron adquiridas comprendieron los conocimientos sobre el abordaje de un TEC, la comprensión de la importancia del VAC en heridas de mayor complejas, el cuidado de pacientes postrados en cama que tenían escaras; el aprendizaje sobre bioseguridad y manejo de EPPS oportunamente, a efectos de prevenir un

accidente de trabajo y el entendimiento de la relevancia concerniente a la información sobre los procedimientos invasivos y no invasivos a los pacientes y/o a sus familiares, contemplando beneficios y riesgos de los mismos.

En la rotación por el área de Gineco-obstetricia, por otro lado, las competencias previstas fueron identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas ginecológicos, obstétricos y éticos, tomando en cuenta la prevención y promoción de la salud. A fin de alcanzarlas, las actividades de aprendizaje llevadas a cabo fueron la presentación de casos clínicos, la exposición de temas programados, y el abordaje de la estadística de morbimortalidad del Servicio Revista de revistas.

3.2 Rotación de Ginecología Y Obstetricia

3.2. La rotación por Gineco-obstetricia se compuso de tres unidades y tuvieron logros, dificultades y lecciones diferenciadas:

3.2.1. Problemas ginecológicos:

- **Logros:**

No se registraron logros por las limitaciones inherentes a la pandemia.

- **Dificultades:**

Debido a la coyuntura de la pandemia, la atención en el hospital era exclusivamente en emergencias. Si bien también se abordó otro tipo de patologías, eran tratadas en consultorio externo; el cual no fue incluido en nuestra rotación.

- **Lecciones aprendidas:**

No se mencionan por las limitaciones inherentes a la pandemia.

3.2.2. Problemas obstétricos:

- **Logros:**

Entre los logros más resaltantes, se señala el reforzamiento diario de los temas propuestos, particularmente sobre la ruptura prematura de las membranas (RPM), la encefalopatía isquémica hipóxica (HIE), hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo y los procedimientos como aspiración manual endouterina (AMEU) y legrado. Por otro lado, debido a las dos rotaciones mensuales en el centro obstétrico, la instrucción en el partograma, la observación del parto y de complicaciones recurrentes como las distocias de hombros. Referente al alto riesgo obstétrico (ARO), la observación de pacientes con amenaza de parto pretérmino (APP) y de una paciente con diabetes gestacional, en la cual se efectuará un control exhaustivo del bienestar fetal.

- **Dificultades:**

Las dos dificultades fundamentales fueron, en primera instancia, la limitación de visitas al área por las obstetras puesto que era denegada si no se contaba con la supervisión de un asistente. En segunda instancia, que los casos de diabetes, tuberculosis (TBC) y de VIH-SIDA fueron escasos.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones implicaron como temas a la fisiología del embarazo, ruptura prematura de las membranas (RPM), la encefalopatía isquémica hipóxica (HIE), Síndrome HELLP, anemia, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), partograma, alumbramiento, distocias del parto, diabetes y gestación, hemorragias de la primera y segunda mitad, hemorragia post parto, corioamnionitis y la infección del tracto urinario (ITU).

3.2.3. Ética, prevención y promoción en ginecobstetricia:

- **Logros:**

Como primer logro, referir la apropiada ejecución de la aspiración manual endouterina (AMEU) y del legrado; respaldado por la guía y orientación del asistente y del residente. Se precisa mencionar el logro de la preparación de la paciente para dicho procedimiento. Asimismo, se adquirió competencia en charla y consejería de planificación familiar a las pacientes.

Por otra parte, la colocación eficaz del implante anticonceptivo, el control de presión arterial a las gestantes con hipertensión inducida por el embarazo, el desarrollo de la historia y evolución clínica; así como la programación para sala de operaciones.

- **Dificultades:**

Contemplando la coyuntura por la pandemia de la COVID-19, en la primera semana, la atención se limitó a las gestantes dirigidas a emergencias. En las próximas, era reducido el aforo destinado a los internos en las charlas con las pacientes y no hubo psicoprofilaxis obstétrica puesto que se desarrollaba por consultorio externo en otra sede.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones aprendidas fueron para los temas siguientes: manejo del aborto, planificación familiar, mortalidad materna e hipertensión inducida por el embarazo.

3.3 Rotación Medicina Interna

En la rotación por el área Medicina interna, resultaron prioritarias las competencias concernientes a identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud. Para lo cual, las actividades de aprendizaje pertinentes fueron la presentación de casos clínicos, la exposición de temas programados y el abordaje de la estadística de morbimortalidad del Servicio Revista de revistas.

3.3. La rotación por Medicina interna estuvo conformada por tres unidades y cuyos logros se detallan a continuación:

3.3.1. Problemas infecciosos, respiratorio, cardiovascular y digestivo:

- **Logros:**

Los logros alcanzados fueron la examinación del paciente con VIH/SIDA y del que padecía TBC; así como también la observación de un sarcoma de Kaposi. Se realizó la detallada evolución de los pacientes y sus respectivas historias clínicas; considerando la medicación que recibieron anteriormente o el abandono de tratamiento. Por otra parte, el manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y de la bronquiectasia; comportando el oportuno diagnóstico diferencial por medio del examen físico y las imágenes radiológicas. Luego, la revisión del tema de reanimación cardiopulmonar, el abordaje de las crisis hipertensivas y del shock, el desarrollo de la historia clínica, examen físico y evolución de los pacientes; asimismo, la toma de pruebas de laboratorio, su clasificación con scores y manipulación adecuada, la paracentesis y la trasfusión de paquetes globulares a pacientes con hemorragia digestiva.

- **Dificultades:**

La inhabilitación de la tutora encargada en Medicina interna por infección de Covid -19; por consiguiente, se inviabilizó la revisión de temas o casos clínicos por zoom. Asimismo, a causa de la pandemia, no se dispuso de una mayor diversidad en las patologías en áreas de emergencia, hospitalización u observación.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones involucraron como temas al VIH/SIDA, la tuberculosis (TBC), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), la bronquiectasia, la hipertensión arterial (HTA), el shock, la hemorragia digestiva, la cirrosis hepática y las enfermedades del páncreas.

3.3.2. Problemas del sistema nervioso, metabólico, hormonal, articular y mental:

- **Logros:**

Los logros para esta sección conciernen a la diferenciación, manejo y derivación, en caso se requiera, de patologías como el trauma shock, la enfermedad vascular cerebral, la intoxicación por insecticidas, antiinflamatorios (Aines) o carbamatos, los tumores del sistema nerviosos central, la epilepsia y la cefalea. Por otro lado, la identificación rápida y el abordaje propicio de los pacientes diabéticos, el análisis de gases arteriales (AGA) y las curaciones diarias de pie diabético.

- **Dificultades:**

La inhabilitación de la tutora encargada en Medicina interna por infección de Covid -19; por consiguiente, se inviabilizó la revisión de temas o casos clínicos por zoom. Asimismo, a causa de la pandemia, no se dispuso de una mayor diversidad en las patologías en áreas de emergencia, hospitalización u observación.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones correspondieron a temas como la enfermedad vascular cerebral, la cefalea, la epilepsia, los tumores del sistema nervioso central, diabetes mellitus (DM) y dislipidemias

3.3.3. Problemas renales, de piel, de la sangre y coagulación, ética y medicina legal:

- **Logros:**

Para tal caso, los logros fueron el diagnóstico y tratamiento de infecciones urinarias, de cólico renal debido a nefrolitiasis, de la infección respiratoria aguda (IRA), la insuficiencia renal crónica (IRC), la hiperkalemia, la acidosis metabólica, de la alcalosis respiratoria y de la celulitis. También la corrección del medio interno, la observación presencial de una hemodiálisis y realización de análisis de gases arteriales (AGAs).

- **Dificultades:**

La inhabilitación de la tutora encargada en Medicina interna por infección de Covid -19; por consiguiente, se inviabilizó la revisión de temas o casos clínicos por zoom. Asimismo, a causa de la pandemia, no se dispuso de una mayor diversidad en las patologías en áreas de emergencia, hospitalización u observación.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones abarcaron como temas a las infecciones urinarias, la nefrolitiasis, infección respiratoria aguda (IRA), insuficiencia renal crónica (IRC), terapia de remplazo, las alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y celulitis.

Por último, en la rotación por el área de Pediatría, las competencias proyectadas fueron identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas pediátricos, neonatológicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud. Por tal motivo, se realizaron como actividades de aprendizaje la exposición de temas programados, la presentación de la estadística de morbimortalidad y el abordaje de los casos clínicos del Servicio Revista de revistas.

3.4 Rotación Pediatría y Neonatología

En la rotación por el área de Pediatría, los logros adquiridos por unidad fueron los siguientes:

3.3.4. Problemas del recién nacido:

- **Logros:**

Los logros a nombrar son el aprendizaje de los conceptos básicos sobre el manejo de sepsis neonatal y reanimación cardiopulmonar en neonatos, el reconocimiento y diagnóstico de hipoglicemia neonatal, de la dificultad respiratoria, la enfermedad de membrana hialina y el prematuro con sus complicaciones. Asimismo, la identificación y diagnóstico a prontitud de la hipoglicemia neonatal en el postérmino y Trisomía 21.

- **Dificultades:**

Entre las dificultades, acotar el acceso al área de Intermedios 1 de Neonatología solo aceptado para la toma de recetas mas no para el desarrollo del examen físico; el que estuvo a cargo del residente. Además de la exigua variedad de casos, por ejemplo, no se estudiaron pacientes con cardiopatías, trisomías adicionales a la del par 21, la atresia de esófago, la hernia diafragmática y malformaciones anorrectal, los defectos del tubo neural, la ectopia testicular y la hiperplasia suprarrenal.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones de aprendizaje trataron como temas la hipoglicemia neonatal y policitemia en el neonato con bajo peso, la dificultad respiratoria en el neonato, la enfermedad de membrana hialina, la hipoglicemia neonatal y policitemia en el recién nacido postérmino y la trisomía 21.

3.3.5. Problemas de salud del niño y el adolescente:

- **Logros:**

Se logró el manejo y diagnóstico diferencial efectivo a pacientes con síndrome febril, infección respiratoria aguda (IRA) baja y alta, asma, síndrome obstructivo bronquial agudo y bronquiolitis, de la de las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) con solución de rehidratación oral (SRO), zinc y otros; enfermedades eruptivas de la infancia con sintomáticos y tratamiento de infecciones urinarias. Por otra parte, la aplicación del consentimiento informado previo al procedimiento.

- **Dificultades:**

La dificultad más destacada fue la falta de pluralidad en los casos. Por ejemplo, no se atendieron pacientes en estado de desnutrición ni con

afecciones dermatológicas. Además de que la mayoría de estos tenía una edad menor a los 5 años.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones correspondieron a temas como el manejo del niño febril: diagnóstico diferencial, enfermedades inmunoprevenibles prevalentes en el Perú – IRA alta y baja (resfrío, otitis, faringitis, laringitis, sinusitis, bronquitis, neumonías); enfermedades diarreicas agudas (EDAs), trastornos hidroelectrolíticos y rehidratación, afecciones dermatológicas más frecuentes: urticaria, dermatitis atópica, asma, síndrome obstructivo bronquial agudo, bronquiolitis y parasitosis intestinal, enfermedades eruptivas de la infancia, la infección urinaria y, finalmente, el consentimiento informado.

3.3.6. Urgencias, emergencias, promoción y prevención en Pediatría:

- **Logros:**

Los logros a enunciar son el correcto diagnóstico y manejo de pacientes con dolor abdominal agudo y a los que sufrieron intoxicaciones por insecticidas, lejía y laxocelismo. Por otro lado, la atención inmediata del neonato con supervisión del asistente y la revisión integral de las inmunizaciones conforme a los meses de edad.

- **Dificultades:**

Las dificultades pueden sintetizarse en dos aspectos: la ausencia de la especialidad de Cirugía Pediátrica y de antídotos; razón por la cual los pacientes eran derivados al Instituto Nacional de Salud del Niño o al Hospital Nacional Hipólito Unanue. Y, por otro lado, dada la suspensión a partir del 15 de marzo, no se culminó la unidad satisfactoriamente.

- **Lecciones aprendidas:**

Las lecciones adquiridas comprendieron temas como el dolor abdominal agudo, el síndrome convulsivo, el estado convulsivo y el traumatismo encéfalo craneano (TEC), las intoxicaciones por carbamatos, los órganos fosforados e ingesta de lejía, laxoscelismo. Por otra parte, la atención a prontitud del recién nacido y el tamizaje neonatal; además de las inmunizaciones.

Por otra parte, es necesario señalar que estos logros fueron alcanzados debido a que el desarrollo de las actividades ya descritas incluyó actitudes y valores como el respeto al ser humano, el reconocimiento de sus derechos y deberes; la búsqueda de la verdad; la integridad que comporta la honestidad, equidad, justicia, solidaridad y la vocación de servicio, el compromiso ético, el compromiso con la calidad y la búsqueda permanente de la excelencia, la actitud innovadora y emprendedora y, fundamentalmente, el compromiso con el desarrollo sostenible del país. Las actitudes y valores mencionados promocionan una formación más completa del futuro médico puesto que en su abordaje estaría observando al paciente como un ser holístico; es decir, en sus distintas dimensiones como la biológica, psicológica, social y económica; que pertenece a un núcleo familiar y a un contexto socio cultural donde existe una práctica de costumbres y creencias ancestrales que repercuten en la visión, prestancia y adherencia a la evaluación y tratamiento del paciente. La Asociación Mundial de Medicina ha sostenido en su Declaración de los Derechos del Paciente en la versión del 2005 que el ejercicio de la medicina supone un esfuerzo en equilibrar la competencia y los intereses del paciente, procurando validar su autonomía y justicia (15).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El periodo durante el cual se completó el internado de Medicina estuvo sujeto a condiciones dificultosas, algunas derivadas de la pandemia por la Covid-19; importunando y denegando las oportunidades de aprendizaje que hubieran contribuido con la aplicación de principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de las pacientes que presenten patologías de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría. Tal y como se nombró en el capítulo tres, la complicación se centró en la rotación de gineco-obstetricia y de medicina interna. Se suscitó una reducción del aforo para las charlas y en las salas, la restricción de la atención a casos de emergencia; lo que conllevó en un desmedro para la variedad de casos y, por ende, de patologías a analizar. También el déficit en la asesoría debido a la ausencia de la doctora designada para la rotación en Medicina interna al ser diagnosticada por Covid-19. Asimismo, hubo ciertos problemas ligados a la disponibilidad de asesoría médica. No obstante, se pudieron recabar números logros gracias a la iniciativa propia como incrementar conocimiento a través de la lectura de libros y revistas con la finalidad de conseguir acceso a las intervenciones quirúrgicas de distinta índole y la importancia de ofrecer un seguimiento a las mismas, el adquirir dominio en las tomas de muestra dado su carácter rutinario, la participación en las charlas y en las sesiones consejería de planificación familiar, el diagnóstico de patologías con la mayor prontitud requerida y resolver la derivación correspondiente en caso de lesiones severas; lo que fue más recurrente en pacientes pediátricos. Por otra parte, vale señalar que se experimentó una concientización relativa al respeto por los derechos del paciente y a su voluntad; reconociendo la importancia de inspirar su

confianza y comodidad, validar sus creencias y expectativas y procurar un consentimiento informado; sensibilizando al interno ante una situación sanitaria en que no se dedica mucho tiempo a informar al paciente sobre lo que firma. Otra de las falencias en el servicio médico del hospital fue la falta de antídotos.

En el plano personal, vale adicionar la labor metacognitiva al advertirse las propias deficiencias y la perseverancia en la auto instrucción de las competencias en proceso; por ejemplo, en el uso de jeringa AGA; fomentando la sensación de autoeficacia y coadyuvando a la promoción de la seguridad en sí mismo.

CONCLUSIONES

- En la rotación por el área de Cirugía, se resalta el aprendizaje de toma de muestras de sangre, diagnóstico e intervenciones quirúrgicas, atención de quemaduras, reforzamiento de conocimientos de TEC, el manejo de la bioseguridad y la validación de la relevancia del consentimiento informado, el abordaje de hemorroides, fisuras, abscesos y fístulas, displasia de cadera, infecciones articulares, litiasis urinaria, patologías oculares, la extracción de cuerpos extraños.
- En la rotación por el área de Gineco-obstetricia, debido a la pandemia por la Covid-19, los casos abordados fueron exclusivamente de emergencia y no fueron muy diversos; siendo los más frecuentes fueron los abortos.
- En la rotación por el área de Medicina interna, se destaca el abordaje en VIH/SIDA, TBC, EPOC, NAC y de la bronquiectasia; patologías neuronales, la intoxicación, IRA, IRC; así como también de la detallada evolución de los pacientes y sus respectivas historias clínicas; el examen físico y la toma de pruebas de laboratorio, el AGA, las curaciones de pie diabético e infecciones urinarias.
- En la rotación por el área de Pediatría, prevalece la identificación y tratamiento de sepsis neonatal y reanimación cardiopulmonar, hipoglicemia neonatal, disfunciones respiratorias, enfermedad de membrana hialina y el prematuro con sus complicaciones, IRA, EDAs, enfermedades eruptivas, infecciones urinarias; asimismo, la aplicación del consentimiento informado.

RECOMENDACIONES

- Llevar a cabo una pasantía y/o especialización en Neurocirugía porque el nivel de especialización del hospital y la escasez de casos no favoreció un aprendizaje más consolidado.
- Llevar a cabo una pasantía y/o especialización en Gineco-obstetricia por casi nula experiencia en numerosos casos, impidiéndose una mejor capacitación para el conocimiento del proceso de gestión y sus complicaciones.
- Llevar a cabo una pasantía y/o especialización resulta imperativo ya que la falta de la asesora durante toda la rotación repercutió significativamente en el aprendizaje.
- Llevar a cabo una pasantía y/o especialización en Pediatría puesto que para varias secciones del silabo; no se pudo tratar ningún caso, por ejemplo, la atresia de esófago, la hernia y los defectos del tubo neural, dificultando el diagnóstico diferencial.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- (1) Chinchay Ruesta Starly Alexis, Granados Burga Alex, Peña-Sánchez Eric Ricardo. Internado médico: una difícil elección. Investigación educ. médica [revista en la Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Abr 20]; 6(21): 65-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000100065&lng=es
- (2) Robinson KA. Use of prior research in the justification and interpretation of clinical trials: Johns Hopkins University; 2009.
- (3) Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al. 'Evidence-based medicine working group', evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA [internet] 1992 [14 de abril del 2021]; 268 (17): 2420-2425. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/400956>
- (4) Spitzer, W. et al. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Can Med Assoc J [internet] 1979 [14 de Abril del 2021];121(9):1193-1254. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704686/pdf/canmedaj01457-0037.pdf>
- (5) Sacket DL, Richardson WS, Gray J A, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ [internet]. 1996 [14 de abril del 2021]; 312: 71-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- (6) Reddy, KR. Evidence Based Medicine: A Paradigm for Clinical Practice. Journal of Gandaki Medical College-Nepal [internet]. 2018 [14 de abril del 2021]; 11(02):74-81. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/331583102_Evidence_Based_Medicine_A_Paradigm_for_Clinical_Practice

- (7) Brandi White. Making evidence-based medicine doable in everyday practice. *Fam Pract Manag* [internet]. Febrero 2004 [14 de abril del 2021]; (2): 51-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15011482/>
- (8) Craig JC, Irwig LM, Stockler MR. Evidence-based medicine: useful tools for decision making. *MJA* [internet]. 5 de marzo de 2001[14 de abril del 2021];174 (5): 248-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11280698/>
- (9) Segundo JA, Gonzales CA, Francia RJ, Valdivia F, Mejía JP, Arango PM. Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos asistentes de un hospital público, Lima- Perú. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [internet] 2018[15 de abril del 2021]; 7(2):9-15. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2018112>
- (10) Sánchez K, Sosa R, Green D, Motola D. Importancia de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana. *Med Sur* [internet] 2007 [15 de abril del 2021]; 14(1):9-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2007/ms071b.pdf>
- (11) Canelo C, Alarcon J, Amao E, Beteta V, Monge E. Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos asistentes y residentes en dos hospitales de Lima- Perú. *Rev Med Hered* [internet] 2007 [15 de abril del 2021]; 18 (2): 76-84. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v18n2/v18n2ao3.pdf>
- (12) Domecq J, Prutzky G, Málaga G. La implementación y el uso integral de la medicina basada en la evidencia: aún pendientes e indispensables. *Revista Peruana de Medicina Experimental y salud pública* [internet] 2013 [16 de abril del 2021]; 30 (1). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/184/2402>
- (13) World Medical Association. *Medical Ethics Manual* [internet]. The World Medical Association, Inc; 2015 [17 de abril del 2021] Disponible en: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf
- (14) Ministerio de Salud. *Misión y visión*. Lima [consultado el 15 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.hcllh.gob.pe/mision-vision/>

- (15) Ministerio de Salud. Estructura Orgánica. Lima [consultado el 15 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.hcllh.gob.pe/estructura-organica/>
- (16) Ministerio de Salud. Cartera de Servicios. Lima [consultado el 15 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.hcllh.gob.pe/cartera-de-servicios/>

ANEXOS

Anexo 1: Organigrama Estructural del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

