



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
BELÉN DE LAMBAYEQUE 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

ERIC JUNIOR LÓPEZ HERNÁNDEZ,

ASESOR:

MG. MARÍA SUSANA PICÓN PÉREZ

CHICLAYO, PERÚ

2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
BELÉN DE LAMBAYEQUE 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

ERIC JUNIOR LÓPEZ HERNÁNDEZ,

ASESOR:

MG. MARÍA SUSANA PICÓN PÉREZ

CHICLAYO, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Jaime Enrique Gálvez Vásquez

Miembro: Mg. Percy Alberto Calderón Vílchez

Miembro: Mg. Jimmy Orlando Sayaverde Chavesta



DEDICATORIA

- A mi familia por inculcarme valores y principios éticos para mi desarrollo profesional, siempre brindándome su constante apoyo para lograr mis metas.
- A mis amistades que siempre me respaldan con su apoyo moral y espiritual estando presentes en todo momento de mi vida.

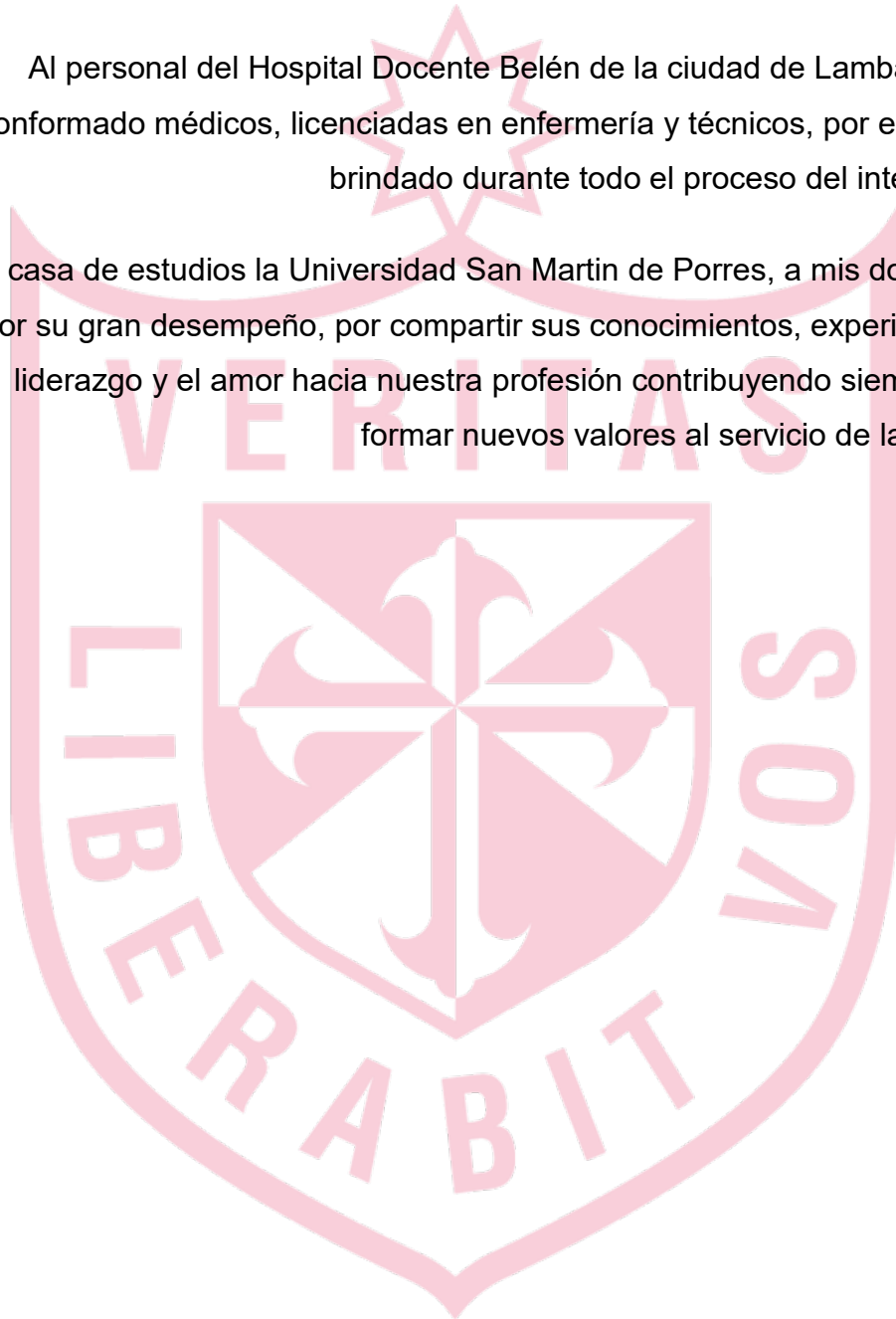


AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme a alcanzar mis objetivos y poner a personas en mi camino que han sido de grata compañía durante toda mi carrera profesional.

Al personal del Hospital Docente Belén de la ciudad de Lambayeque conformado médicos, licenciadas en enfermería y técnicos, por el apoyo brindado durante todo el proceso del internado.

A mi casa de estudios la Universidad San Martín de Porres, a mis docentes por su gran desempeño, por compartir sus conocimientos, experiencias, liderazgo y el amor hacia nuestra profesión contribuyendo siempre en formar nuevos valores al servicio de la salud.



Índice de contenido

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	viii
I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. IMPORTANCIA DEL INTERNADO	1
1.2. PERSPECTIVAS	1
1.3. CASOS EJEMPLOS	2
II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
3.1. APLICACIÓN DE TRATAMIENTO PARA CADA CASO	13
IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	28
Bibliografía	29
ANEXOS	31

Índice De Tablas

Tabla 1 : Tipos de Aborto	16
Tabla 2 : Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado.	18
Tabla 3: Criterios tomográficos de Balthazar	22
Tabla 4: Índice de severidad en TC.	23
Tabla 5: Clasificación de Meggit-Wagner	24

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Escala de Kramer modificada	32
--	----

Índice de Anexos

Anexo 1: Organigrama del hospital Docente Belén de Lambayeque	31
Anexo 2: Definición del diagnóstico de la preeclampsia	32
Anexo 3: Escala de Kramer modificada	32
Anexo 4: Prueba de Silverman- Anderson	33
Anexo 5: Atención médica a recién nacidos	33
Anexo 6: Vacunación de la Covid 19 al personal de salud del Hospital Docente Belén de Lambayeque	34
Anexo 7: Internos médicos laborando en el hospital	34



RESUMEN

El presente informe tiene como finalidad describir cada una de las funciones realizadas durante el periodo de internado, el cual consiste en un periodo de transición en el cual el estudiante de medicina inicia poco a poco funciones como profesionales poniendo en práctica los conocimientos teóricos y habilidades prácticas adquiridas durante su proceso de formación, de esta forma el internado se constituye en etapas de refuerzo o de realimentación del futuro profesional. (1)

En el presente informe se describió las diversas situaciones afrontadas durante el proceso del internado, además de las funciones realizadas en el Hospital Docente Belén de Lambayeque que ayudaron al interno a concluir satisfactoriamente sus objetivos y alcances planteados de esta manera su formación profesional como médico inicia una etapa con sólidos conocimientos tanto teóricos como prácticos y estos puedan ser ejercidos en su vida profesional.

Las diversas áreas de rotación como internado en el que se desempeñó fueron fundamentales para consolidar dichos conocimientos, tanto en medicina general y sus especialidades; ginecología, obstetricia, pediatría y neonatología áreas primordiales la nuestra formación del interno. Se culminó satisfactoriamente las rotaciones establecidas, a pesar de la coyuntura afrontada por la pandemia, aunque estas fueran de forma más breve debido a que solo se rotaban por 2 meses.

INTRODUCCIÓN

Las prácticas profesionales clínicas contribuyen de experiencia para ser profesionales competentes encaminadas a contribuir y mejorar el perfil profesional en base a los conocimientos técnicos; durante el internado hospitalario se espera desarrollar aptitudes que permitan el correcto desenvolvimiento en las distintas áreas de la salud y lograr humanizar el cuidado del paciente en cualquier estado o condición en que se encuentre, estando siempre al servicio de la vida.

El presente informe tiene por finalidad mostrar el desarrollo del internado hospitalario médico en el Hospital Docente Belén de Lambayeque, como muestra de las primeras experiencias vividas, de las responsabilidades ejercidas y del conocimiento de la realidad en el campo clínico, en él se describirán los objetivos, actividades y logros alcanzados en el internado como parte de la formación profesional. (2)

El internado en el Hospital Docente Belén de Lambayeque inició el 30 de diciembre 2019 hasta el de 15 de marzo del 2020 posteriormente se reanudaron las actividades como interno el 15 de octubre del 2020 hasta la fecha.

El informe consta de un primer capítulo, en el cual se realizó un enfoque general del internado y la importancia de este, los objetivos planteados y los logros según lo propuesto. Además, se describirán casos clínicos en cada rotación y la integración de los conocimientos a la práctica clínica, en el segundo capítulo se describirán las características del desarrollo del trabajo profesional considerando las funciones desempeñadas, así como las actividades desarrolladas en la institución, en el tercer y cuarto capítulo abarca la aplicación profesional y la reflexión crítica de la experiencia adquirida.

I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1. IMPORTANCIA DEL INTERNADO

El internado en los estudiantes es muy importante debido a que las prácticas clínicas es la etapa más larga y constantes en donde podemos tener contacto directo con los pacientes, donde se desarrollan habilidades que no se pueden ejecutar en la universidad como por ejemplo el suturar a gran cantidad de pacientes, la atención de partos, la asistencia en cirugía como apendicetomía, colecistectomía, atención primaria de recién nacidos, y atención de diversas patologías, además las prácticas clínicas nos permiten poder convivir con profesionales de la salud de alta experiencia que brindan sus conocimientos para poder fortalecer los nuestros como practicantes.

1.2. PERSPECTIVAS

Como interno clínico esperábamos poder rotar por las cuatro áreas establecidas en el sílabo las cuales fueron cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y medicina interna en el periodo determinado y con las horas establecidas debido a las restricciones por la covid 19, el hospital tuvo la obligación de restringir el acceso a los internos sin embargo pese a seguir en pandemia el hospital se permitió retomar las prácticas clínicas a partir del 15 de octubre del 2020 por lo que se pudo culminar satisfactoriamente las cuatro rotaciones, aunque se culminó de forma más breve debido a que solo se rotaron por 2 meses cuando debieron ser 3 meses seguidos y se excluyeron las guardias nocturnas, se logró obtener experiencias satisfactorias además de lograr consolidar conocimientos y cumplir con los objetivos propuestos.

1.3. CASOS EJEMPLOS

✓ Caso 1

i) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente de 25 años (G3 P2002), ambos embarazos previos fueron por parto vaginal sin complicaciones, paciente actualmente cursa con una gestación de 38 semanas y 5 días por fecha de última regla, acude a emergencia por cefalea frontal de 12 horas de evolución que no cede con analgésicos (Paracetamol 500 mg) y vómitos en una oportunidad con contenido alimenticio.

ii) Antecedentes familiares: niega antecedentes de importancia,

iii) Examen físico: TA: 160/100 mmHg FC: 92 lpm FR: 23 rpm T°: 36° C, Paciente orientada en espacio, tiempo y persona, piel normotérmica y normocrómica, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono, no soplos al momento de la auscultación, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados a la auscultación pulmonar, edema en miembros inferiores y resto de examen físicos sin particularidades.

iv) Examen obstétrico: Altura uterina 36 cm, dinámica uterina 1/10, latidos cardíacos fetales 140 por minuto, movimientos fetales activos, Maniobra de Leopold: feto único; longitudinal, dorso izquierdo, presentación podálica. Tacto vaginal: consistencia dura, altura de presentación en menos 2, borramiento 50 %, presentación libre, dilatación 0, no evidencia de pérdida de líquido meconial, no evidencia de sangrado vaginal.

v) Exámenes complementarios: Laboratorios: Glóbulos rojos 4.400.00/mm³. Hematocrito: 38 %, Glóbulos blancos 6.400/mm³, plaquetas: 250.00/mm³, creatinina 1.4 mg/dl, TGO: 42 U/l.

vi) Diagnosticándose:

- Gestación de 38 semanas y 5 días por fecha de última regla
- Preeclampsia con signos de severidad
- No trabajo de parto

✓ CASO 2

i) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente de 22 años (G1 P0), paciente actualmente cursa con una gestación de 8 semanas aproximadamente por fecha de última regla, paciente acude a emergencia por ginecorragia de moderada cantidad con presencia de coágulos, dolor espasmódico en región hipogástrica que no cesa, clínica precedida de sobreesfuerzo doméstico.

ii) Antecedentes familiares: Madre diabética e hipertensa

iii) Examen físico: TA: 110/70 mmHg FC:93 lpm FR: 23 rpm T°: 37.2° C, Paciente orientada en espacio, tiempo y persona, piel normocrómica y caliente, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono, no soplos al momento de la auscultación, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados a la auscultación pulmonar, abdomen plano, blando y depresible, dolor EVA 9/10 en región hipogástrica a la palpación profunda, matidez hepática conservada, ruidos hidroaéreos presentes de buen tono y frecuencia.

iii) Examen obstétrico: Edad gestacional 8 semanas con 5 días por fecha de última regla, dilatación cervical no se aprecia, no se aprecia altura uterina, mamas normales y turgentes. Tacto vaginal: consistencia dura, y se evidencia sangrado vaginal con coágulos

iv) Exámenes complementarios: Laboratorios: Glóbulos rojos 4.600.00/mm³. Hematocrito: 41 % Hemoglobina 14.1, Glóbulos blancos 8.700/mm³, plaquetas: 250.00/mm³, grupo sanguíneo y factor Rh: O+, VIH: no reactiva.

v) Ecografía: aborto incompleto

vi) Diagnosticándose:

- Aborto incompleto

✓ CASO 3

i) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente varón de 19 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 26 horas caracterizado por dolor abdominal difuso tipo cólico de leve intensidad por lo que se automedica con antiespasmódicos, con el cual disminuye el dolor abdominal, 4 horas posteriores dolor abdominal aumenta en intensidad y se localiza en la fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas, vómitos, anorexia y alza térmica no cuantificada.

ii) Antecedentes familiares: niega antecedentes de importancia

iii) Examen físico: TA: 110/70 mmHg FC: 76 lpm FR: 18 rpm T°: 38.6° C, Paciente orientada en espacio, tiempo y persona, piel normocrómica, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no soplos al momento de la auscultación, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados a la auscultación pulmonar, abdomen plano, blando depresible, dolor a la palpación +++/+++ , Mac Burney(+), obturador (+), Blumberg (-), ruidos hidroaéreos audibles de buen tono e intensidad, extremidades de tono y fuerza conservadas.

iv) Exámenes complementarios: Laboratorios: Glóbulos rojos 4.100.00/mm³. Hematocrito: 36 %, Hemoglobina: 12.8 Glóbulos blancos 13.400/mm³, plaquetas: 250.000/mm³, examen de orina no patológico.

v) Diagnosticándose:

- Apendicitis aguda no complicada

✓ CASO 4

i) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente varón de 44 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 72 horas caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho e hipocondrio izquierdo, acompañado de náuseas, vómitos (5 oportunidades) y alza térmica por lo que se auto medica con analgésicos los cuales calman el dolor por muy poco tiempo por lo que decide acudir por emergencia al Hospital Belén de Lambayeque.

ii) Antecedentes personales: Apendicetomía hace 20 años, Dx de Litiasis vesicular por ecografía hace 5 años, HTA controlada

iii) Antecedentes familiares: Padre con HTA y madre con diabetes mellitus 2.

iv) Examen físico: TA: 100/50 mmHg FC: 86 lpm FR: 24 rpm T°: 37.1° C, Paciente orientada en espacio, tiempo y persona, piel normocrómica , ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no soplos al momento de la auscultación, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados a la auscultación pulmonar, abdomen plano , blando depresible, dolor a la palpación en cuadrante superior derecho y epigastrio EVA 10 de 10 , Murphy(+), a la percusión abdominal timpanismo abdominal, matidez hepática conservada, no hepatomegalia ni esplenomegalia, ruidos hidroaéreos audibles de buen tono e intensidad, extremidades de tono y fuerza conservadas.

v) Exámenes complementarios: Laboratorios: Glóbulos rojos 4.300.00/mm³. Hematocrito: 42 %, Hemoglobina: 13.8 Glóbulos blancos 12.100/mm³, plaquetas: 340.000/mm³, bilirrubina total: 0.8, bilirrubina directa: 0.2 bilirrubina indirecta: 0,7, TGO: 33 mg/dl TGP:30, amilasa pancreática: 75 U/L y examen de orina no patológico.

vi) Diagnosticándose:

- Colecistitis aguda litiasica
- Hipertensión arterial controlada

✓ CASO 5

i) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente varón de 11 días de nacido, madre del RN refiere que paciente tiene una tinción amarillenta de la piel y mucosas desde hace 7 días acompañado de letargia y mala succión de leche materna, por estos motivos madre del RN lo trae por emergencia al Hospital Belén de Lambayeque

ii) Antecedentes personales: Neonato nacido por parto vaginal sin complicaciones, edad gestacional de 38 semanas y 2 días por ecografía de primer trimestre, grupo sanguíneo O RH positivo, Antecedentes familiares: Madre de 21 años G1P1001, grupo O Rh positivo, controles prenatales 6, examen de orina patológico en el embarazo (ITU en el embarazo), Padre con hepatitis A

iii) Examen físico: Medidas antropométricas : Peso: 2550 gr, talla: 47cm, perímetro cefálico: 31cm, perímetro torácico:29 cm FC: 142 lpm FR: 52 rpm T°: 36.7° C, , Aparente buen estado nutricional , aparente buen estado de hidratación, Piel normotérmica e ictericia +++/++++, cabeza normocéfalo , ojos simétricos con movimientos oculares presentes, fosas nasales permeables , cuello sin alteraciones, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no soplos al momento de la auscultación, tórax simétrico ,murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados a la auscultación pulmonar, abdomen globuloso , blando, depresible, , ruidos hidroaéreos audibles de buen tono e intensidad, extremidades móviles sin alteraciones , despierto y reactivo a estímulos externos

iv) Exámenes complementarios

Exámenes complementarios: Laboratorios: Hematocrito: 62 %, Hemoglobina: 21.1 gr/dl Glóbulos blancos 10.100/mm³, plaquetas: 340.000/mm³, glicemia :88mg/dl bilirrubina total: 20.51 mg/dl, bilirrubina indirecta: 17mg/dl, grupo sanguíneo y factor: O positivo

v) Diagnosticándose: ICTERICIA NEONATAL POR SEPSIS TARDIA

✓ CASO 6

i) Antecedentes de la enfermedad actual:

Recién nacido de 2 horas de vida, que presenta dificultad respiratoria post parto vaginal con liquido meconial espeso de color verde oscuro, al RN se le realizo lavado gástrico debido signos de impregnación de líquido meconial espeso de color verde oscuro en fosas nasales, mucosa oral, tórax anterior y miembros inferiores, debido a estas interurrencias paciente es hospitalizado en UCIN neonatal del Hospital Belén de Lambayeque.

ii) Antecedentes personales:

Neonato de 2 horas de vida nacido por parto vaginal con liquido meconial espeso de color verdoso oscuro, edad gestacional de 42 semanas por Examen físico, APGAR:5 al primer minuto y 7 al quinto minuto, Antecedentes familiares: Madre de 21 años G1P1001, ecografía que reporto oligohidramios, grupo O Rh positivo, controles prenatales 7, no se evidenciaron exámenes de orina patológicos durante la gestación, Padre con diabetes mellitus tipo 2.

iii) Examen físico: Medidas antropométricas : Peso: 4150 gr, talla: 50cm, perímetro cefálico: 34cm, perímetro abdominal:33 cm FC: 142 lpm FR: 61 rpm T°: 36.6° C, , Aparente buen estado nutricional , aparente buen estado de hidratación, Piel normotérmica e ictericia leve +/- hasta abdomen, cabeza normocéfalo , ojos simétricos con movimientos oculares presentes, fosas nasales permeables , cuello sin alteraciones, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no soplos al momento de la auscultación, tórax simétrico ,murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, uso de musculatura accesoria intercostal y subcostal leve , no aleteo nasal , retracción xifoidea leve , quejido pulmonar no audible , escasos subcrepitos en ambos hemitórax a la auscultación pulmonar, abdomen globuloso , blando, depresible, , ruidos hidroaéreos presentes de buen tono e intensidad, extremidades móviles sin alteraciones , despierto y reactivo a estímulos externos.

iv) Exámenes complementarios

Exámenes complementarios: Laboratorios: Hematocrito: 42 %, Hemoglobina: 17.1 gr/dl Glóbulos blancos 10.200/mm³, plaquetas: 340.000/mm³, glicemia :88mg/dl bilirrubina total: 9.51 mg/dl, bilirrubina indirecta: 8.9mg/dl, grupo sanguíneo y factor: O positivo

Radiografía de tórax antero posterior: Zonas de hiperinsuflación, atelectasia y patrón algodonoso sugerente de síndrome de aspiración meconial

v) Diagnosticándose:

- Sd de distres respiratorio:
- D/C Síndrome de aspiración meconial
- Ictericia neonatal leve

✓ CASO 7

i) Antecedentes de la enfermedad actual:

Paciente varón de 65 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 14 horas caracterizado por dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio irradiado a espalda de gran intensidad asociado a náuseas, vómitos y sensación de alza térmica (no cuantificado), paciente refiere que anteriormente presento un cuadro de dolor cólico epigástrico e hipocondrio derecho auto limitado, el paciente se automedica pero el dolor no sede y se intensifica aún más por lo que decide acudir por emergencia al Hospital Belén de Lambayeque

ii) Antecedentes familiares:

Niega antecedentes de importancia. Antecedentes personales: Litiasis vesicular diagnosticada por ecografía hace 3 años, consumo de alcohol de 10gr a 20gr diarios. Examen físico: TA: 120/70 mmHg FC: 128lpm FR: 25 rpm T°: 38.5° C, Paciente orientada en espacio, tiempo y persona, piel normocrómica, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no soplos al momento de la auscultación, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados a la auscultación pulmonar, abdomen distendido , dolor

a la palpación tanto superficial como profunda de manera difusa, no signos de irritación peritoneal , matidez hepática conservada, RHA ausentes , Blumberg (-), extremidades de tono y fuerza conservadas.

iii) Exámenes complementarios:

Laboratorios: Glóbulos rojos 4.100.00/mm³. Hematocrito: 35 %, Hemoglobina: 11.8 Glóbulos blancos 14.400/mm³, plaquetas: 350.000/mm³, amilasa pancreática: 240U/L, Lipasa pancreática: 150U/L, BT: 4.2 Bilirrubina indirecta: 3.8, TGO: 38 U/L TGP: 9 U/L examen de orina no patológico, Análisis de gases arteriales: Ph:7.21, HCO₃ 12, PO₂:84, PCO₂: 24, Na: 141 mEq/l, K:3.7 mEq/L. Imágenes: Ecografía abdominal: Litiasis vesicular, páncreas edematizado, TAC abdominal: glándula pancreática aumentada de tamaño, heterogénea con áreas de necrosis y varias colecciones liquidas peripancreaticas, Baltazar E con necrosis del 45 porciento

iv) Diagnosticándose:

- LITIASIS VESICULAR
- PANCREATITIS SEVERA

✓ CASO 8

i) Antecedentes de la enfermedad actual:

Paciente varón de 59 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 6 días debido a una caída de un metro y medio aproximadamente apoyándose sobre la mano derecha y el pie izquierdo, horas después del golpe aparece aumento del volumen, eritema y dolor tipo urente de la mano derecha y pie izquierdo, el cual era tan intenso que no lo dejaba dormir, paciente debido a este dolor se automedica, en el transcurso de los días el dolor aumenta y se dificulta el movimiento de ambas extremidades por lo que acude por emergencia al Hospital Belén de Lambayeque

ii) Antecedentes familiares: madre diabética, padre con HTA. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2

iii) Examen físico: TA: 110/70 mmHg FC: 98 lpm FR: 21 rpm T°: 36.5° C, Paciente orientada en espacio, tiempo y persona, miembro superior derecho con aumento de volumen, solución de continuidad de 2cc aproximadamente, eritema y calor local, ulcera con secreción purulenta , dificultad para movimiento de los dedos de la mano, miembro inferior izquierdo: pie izquierdo con solución de continuidad en dorso del pie, tejido necrótico , no dolor al tacto, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no soplos al momento de la auscultación, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados a la auscultación pulmonar, abdomen distendido , dolor a la palpación tanto superficial como profunda de manera difusa, no signos de irritación peritoneal , matidez hepática conservada, RHA audibles en buen tono y frecuencia.

iv) Exámenes complementarios: Laboratorios: Glóbulos rojos 4.100.00/mm³. Hematocrito: 38 %, Hemoglobina: 11.9 Glóbulos blancos 19.900/mm³, plaquetas: 350.000/mm³, glucosa basal: 123 gr/dl examen de orina no patológico, Análisis de gases arteriales: Ph:7.41, HCO₃ 19, PO₂:84, PCO₂: 44, Na: 141 mEq/l, K:3.7 mEq/L. Imágenes: Radiografía de mano derecha: sin alteraciones, Radiografía de pie izquierdo: sin alteraciones.

v) Diagnosticándose:

- Celulitis en mano derecha
D/c sd compartimental
- Herida en pie izquierdo
- Pie diabético izquierdo Wagner 2
- Diabetes mellitus tipo 2

II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Docente Belén, está ubicado en la provincia de Lambayeque perteneciente a la región con mismo nombre, cuya institución encargada del Hospital es el Gobierno Regional de Lambayeque, en el cual brinda atención de hospitalización en los servicios de Medicina General y Especialidades; Ginecología, Obstetricia, pediatría y Neonatología, es un establecimiento de salud de Nivel II-1 Unidad ejecutora 402 que depende de la Dirección Regional de Lambayeque. (6)

El origen de este Hospital data de la época de la Colonia, según consta en los archivos (6). En los años 1600, fueron los religiosos los que se encargaron de regir de manera viable, brindando atención de salud a enfermos. En el año 1688 se enfrentó inundaciones que azotaron a este pueblo, así mismo luego de una larga espera para su reconocimiento. Un 2 de julio 1780, se oficializó la apertura con el nombre de convento hospitalario para españoles e indios. (2) . Enrique Becerra Murillo, hizo la adjudicación de la resolución 018-2015 que transfiere en modo definitiva y a título gratuito el terreno donde actualmente funciona el Hospital Belén, que contará con una exposición propia.

El Hospital está enfocado a ser una institución al servicio de la salud con la finalidad de satisfacer a la población con una adecuada atención médica, contando con un personal capacitado y proactivo abarcando los servicios básicos, infraestructura y equipamientos mínimos adecuados; el Hospital Belén, cuenta con profesionales médicos altamente capacitados es por ellos que la demanda de paciente que acuden a sus servicios es alta, requiriendo de atención presencial; el hospital que cuenta actualmente con 120 camas hospitalarias. (3)

A la fecha y debido a la pandemia la población de pacientes tuvo menos afluencia en comparación a la de inicios del año 2020, el desarrollo de las practicas clínicas en el hospital Docente Belén de Lambayeque tuvo cambios radicales a los esperados en el que se cerraron los consultorios para la población durante los primeros 3 meses desde el inicio de cuarentena en Perú,

asimismo se dio licencia a todos los médicos con factor de riesgo a covid 19, aquellos que padecían de diabetes, presentaban comorbilidades, a los adultos mayores, entre otros. Muchos médicos renunciaron, otros decidieron cambiar de institución fue un cambio drástico al que habitualmente se apreciaba antes de la pandemia, desde el mes de setiembre del 2020 se viene atendiendo a las gestantes de forma presencial en el consultorio de gineco-obstetricia, son evaluadas por el especialista, realizándoles todos los exámenes pre quirúrgicos y programadas para su cirugía así como también la atención postparto, es así como este y otros consultorios que se vienen restableciendo para la atención de la ciudadanía.

Los pacientes son referidos al Hospital las Mercedes, al Hospital Regional de Lambayeque, los pacientes que necesitan ser referidos son aquellos que necesitaban camas uci, pacientes oncológicos, pacientes cirugía completa, entre otros pacientes de alto riesgo.

Dentro de los objetivos a desarrollar en el internado, fue primordial poder culminar las cuatro rotaciones que brinda el hospital divididos en cirugía general pediatría y neonatología, ginecología - obstetricia y medicina interna; tanto en áreas de emergencia, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas aplicando los conocimientos adquiridos durante la etapa universitaria.

De este modo, en el Hospital provincial Docente Belén como interno clínico, se ha adquirió sólidos conocimientos para poder ejercer la profesión, dentro de estos fue conocer enfermedades de alta incidencia y están sean tratadas de acuerdo con los recursos que se dispongan.

III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. APLICACIÓN DE TRATAMIENTO PARA CADA CASO

✓ Caso 1:

Las indicaciones médicas durante la emergencia fueron las siguientes:

1. Npo
2. Reposo relativo
3. Control de signo vitales cada 4 horas
4. Control de sangrado vaginal
5. nacl 0.9% 1000 cc
metamizol 2gr
Tramadol 100mg
Metroclopramida 10mg
Dimehidrato 50mg
6. Nifedipino 10mg v.o prn pa: 150/100 mmhg
7. Cefazolina 2gr ev cada 24 horas
8. nacl 9% 50cc
So4 mg 20% (5amp-10gr)
9. Metamizol 1gr ev cd/8hr
10. Higiene vulvovaginal m/t/n
11. Exámenes de laboratorio de batería de preeclampsia
12. Programar sala de operaciones (cesárea de emergencia)

XXXV gotas

X gotas /hora

La patología preeclampsia se diagnostica si se presenta los siguientes signos establecidos por la American Collegue of obstetricians and Gynecologists

1. Presión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg y/o presión diastólica mayor o igual a 90mmHg, en 2 ocasiones con 4 horas de diferencia, después de la semana 20 de gestación
2. 300 ml o más de proteína en orina colectada por 24 horas
3. Ratio de proteína/creatinina urinaria mayor a 0,3
4. Tira reactiva +1 o mas
5. En la ausencia de proteinuria una de las siguientes:
6. Trombocitopenia menor a 100 000/ml

7. Incremento de enzimas hepáticas al doble del límite normal, dolor que persiste en cuadrante superior derecho o epigastrio
8. Insuficiencia renal (creatinina superior a 1,1mg/dl) o también el doble de la creatinina basal
9. Edema pulmonar
10. Cefalea persistente o cambios visuales (4)

En el caso clínico presentado el diagnóstico al cual se llegó, fue una preeclampsia con criterios de severidad debido a que la American College of Obstetricians and Gynecologists nos dice que una preeclampsia con criterios de severidad es aquella que presenta alguno de los siguientes signos:

- Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 110mmHg
- Trombocitopenia menor a 100 000/ml
- Incremento de enzimas hepáticas al doble del límite normal, dolor que persiste en cuadrante superior derecho o epigastrio
- Insuficiencia renal (creatinina superior a 1,1mg/dl) o también el doble de la creatinina basal
- Edema pulmonar
- Cefalea persistente o cambios visuales

El manejo de esta patología, que se visualiza en la resolución del caso se da de acuerdo a la llamada clave azul del MINSA que se encuentra en su norma técnica para Preeclampsia (VER ANEXO 2). (5).

CASO 1: POST CESAREA

1. Npo x 6h luego tolerancia oral
 2. Cfv
 3. nacl 0.9% x 1000 cc
 4. Oxitocina 30ui
 5. Metamizol 2gr
 6. nacl 9% x 50cc
 7. So4mg 05 amp
 8. Ceftriaxona 2gr ev cd/24 horas
- XXX gotas
- 10cc x hora

9. Metamizol 1gr ev cada 8hr
10. Tramadol 50mg prn dolor
11. Sonda foley permanente
12. Vigilancia de sx de intoxicacion por s04mg
13. Nifedipino 10mg vo prn presion arterial mayor a 160/110mmhg
14. Comunicar eventualidades

Al paciente se le realiza una cesárea debido que la GUIA PRACTICA CLINICA DEL INSTITUTO MATERNO PERINATAL 2017 nos indica que una paciente con preeclampsia con criterios de severidad se debe terminar la gestación desde las 34 semanas hacia adelante. (6)

CASO 2:

1. Npo
2. Reposo absoluto
3. Control de signo vitales cada 6 horas
4. Control de sangrado vaginal
5. nacl 0.9% 1000 cc
 - Metamizol 2gr
 - tramadol 100mg
 - Metroclorpramida 10mg
 - Dimehidrato 50mg
6. Cefazolina 2gr ev cada 24 horas
7. Metamizol 1gr ev cd/8hr
8. Higiene vulvovaginal m/t/n
9. Exámenes de laboratorio: hemograma completo, grupo y factor, examen de orina
10. Programar para legrado uterino

XXX gotas

Se muestra este cuadro con los diferentes tipos de abortos, realizado con información obtenida del libro Williams de obstetricia (7); y de las guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive (8)

Tabla 1 : Tipos de Aborto

Amenaza de aborto	Aborto en curso		Aborto consumado		
	Aborto inminente	Aborto inevitable	Aborto incompleto	Aborto completo	Aborto frustrado
• Orificios cerrados	• OCI abierto	OCI abierto	• Resto ovulares retenidos	• Escaso sangrado	Feto muerto retenido más de 8 semanas
• Sangrado escaso	• Membranas íntegras	Sangrado profundo	• Hemorragia interna	• Expulsión de saco	Cervix cerrado
		Rotura de membranas	• Hemorragia profunda y persistente cervix dilatados en dos orificios	• OCI cerrado	

Fuente: Información obtenida de Williams Ginecología. (7)

✓ CASO 2

POST LEGRADO UTERINO:

1. Iniciar dieta blanda
2. Reposo relativo
3. Control de signo vitales cada 6 horas
4. Control de sangrado vaginal
5. nacl 0.9% 1000 cc
6. metamizol 2gr
7. Tramadol 100mg
8. Dimehidrato 50mg
9. Cefazolina 2gr ev cada 24 horas
10. Metamizol 1gr ev cd/8hr
11. Higiene vulvovaginal m/t/n
12. Hemograma control
13. Reportar interurrencias

XXX gotas

Las guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria nos dicen que se realiza Legrado uterino o AMEU, si el tamaño del cuello uterino es menor de 12 cm, en el Hospital Belén de Lambayeque no se valora ese criterio y a todas las pacientes con aborto incompleto se le realiza Legrado uterino. (8)

CASO 3:

1. Npo
2. Reposo absoluto
3. Control de signo vitales cada 4 horas
4. nacl 0.9% 1000 cc
 - a. Metamizol 2gr
 - b. tramadol 100mg
 - c. Dimehidrato 50mg
5. Cefazolina 1 gr ev cada 24 horas
6. Metoclopramida 10 mg cada 8 horas
7. Ranitidina 50mg cada 8 horas
8. Programar a sop para apendicectomía laparoscópica

XXXV gotas

Caso 3:

Post apendicectomía laparoscópica:

1. Npo 8 horas después dieta líquida amplia
2. Reposo relativo
3. Control de signo vitales cada 4 horas
4. nacl 0.9% 1000 cc
 - a. metamizol 2gr
 - b. Tramadol 100mg
 - c. Dimehidrato 50mg
5. Ciprofloxacino 200mg ev cada 12 horas
6. Metronidazol 500mg ev cada 8 horas
7. Metamizol 2gr ev cd/8hr
8. Tramadol 10mmg ev prn dolor intenso
9. Metoclopramida 10 mg cada 8 horas
10. Ranitidina 50mg cada 8 horas
11. Exámenes de laboratorio: hemograma control
12. Reportar recurrencias

XXXV gotas

El diagnóstico de esta patología se realizó con la escala de Alvarado que será ilustrada en la siguiente tabla:

Tabla 2 : Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado.

Aspecto	Manifestaciones clínicas y laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Nauseas y/o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompensación	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total, de puntos		10

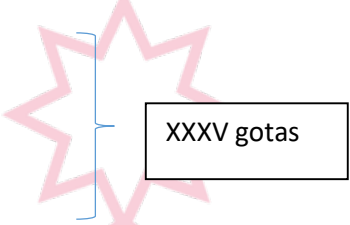
Fuente: Obtenido de la revista cubana de cirugía. (9)

El puntaje obtenido por cada enfermo permitió ubicarla en los grupos de riesgo propios de la Escala de Alvarado. Estos se organizaron en grupos según los niveles de riesgo: bajo hasta 4, intermedio desde 5 hasta 7 y alto desde 8 hasta 10 de la escala (9). En este caso clínico el paciente tiene un puntaje de 8 en la escala de Alvarado el cual indica realizar una Apendicetomía laparoscópica o abierta, en el Hospital Belén de Lambayeque se realizó una Apendicetomía abierta debido a que en el mes de enero de 2020 aún no estaba habilitada el instrumental para realizar cirugías laparoscópicas.

CASO 4:

Las indicaciones médicas durante la emergencia fueron las siguientes:

1. Npo x 6 horas luego tolerancia oral
2. Reposo relativo
3. Control de signo vitales cada 4 horas
4. nacl 0.9% 1000 cc
5. Metamizol 2gr
6. tramadol 100mg
7. Dimehidrato 50mg
8. Ciprofloxacino 200mg ev cada 12 horas
9. Metronidazol 500mg ev cada 8 horas
10. Metamizol 2gr ev cd/8hr
11. Tramadol 10mmg ev prn dolor intenso
12. Metoclopramida 10 mg cada 8 horas
13. Ranitidina 50mg cada 8 horas
14. Exámenes de laboratorio: hemograma control, perfil hepatico, amilasa y lipasa pancreatica
15. A la alta cita por consultorio externo para programar coelap diferida



XXXV gotas

El diagnostico de colecistitis aguda litiásica se da por la aplicación de la guía de Tokio en colecistitis aguda litiásica; la cual refiere que los criterios son:

- Signos de inflamación local: [1] Signo de Murphy positivo, [2] masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho
- Signos de inflamación sistémica: [1] Fiebre, [2] PCR elevada, [3] Recuento de glóbulos blancos elevados
- Hallazgo imagenológico característico de colecistitis aguda

Los cuales dan los siguientes resultados:

1. Diagnostico sospechoso: Un ítem de A más uno de B
2. Diagnóstico Definitivo: Un Ítem de A más uno de B más uno de C (10)

Según la Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis el tratamiento definitivo de colecistitis aguda leve a moderada es colecistectomía laparoscópica dentro de los 7 días posteriores al inicio de los síntomas. (11)

En este caso clínico fue Colecistectomía Laparoscópica diferida debido a que por la pandemia es muy complicado poder realizar este tipo de operaciones de emergencia en el Hospital Belén de Lambayeque debido al riesgo de contagio en sala de operaciones aún más si es cirugía laparoscópica, se le da pase en su mayoría a patologías que comprometen la vida del paciente en ese momento como por ejemplo apendicitis, patologías del embarazo que requieren intervención urgente, entre otras.

✓ CASO 5:

1. Hospitalización
2. Csv cada 3 horas
3. Continual lactancia materna exclusiva
4. Vía clorurada
5. Ampicilina 50mg x kg cada 12 horas
6. Gentamicina 5mg x kg cada 24 horas
7. Fototerapia
8. Hemoglucotest cada 12 horas
9. Curación de muñon umbilical cada 12 horas
10. Reportar interurrencias

Escala de kramer nos permite evaluar los niveles de bilirrubina a través de la inspección del paciente, y poder tener una idea de la gravedad del cuadro clínico: (12), en el tratamiento indicamos fototerapia ya que según LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA nos indica que se realiza fototerapia cuando los valores de la bilirrubina se encuentren por encima de la línea que corresponde a la edad gestacional y peso del RN y en este caso clínico cumple con esta condición. (13)

En este paciente se indica tratamiento antibiótico debido a la sepsis tardía ya diagnosticada, el cual su tratamiento de elección es ampicilina + gentamicina según la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (VER ANEXO 3). (14).

CASO 6:

1. Npo + sonda oro gástrica
2. Dextrosa 10%
3. Ampicilina 100mg/kg ev cd/12 horas
4. Amikacina 15mg/kg ev cd/24 horas
5. Gluconato de calcio 20% cd/8horas
6. Oxigenoterapia con 4 -6 litros de oxígeno por minuto
7. Curación del muñón umbilical cada 8 horas
8. Cfv cada 3 horas
9. Hemoglucotest cada 8 horas

En este caso clínico lo primero para el manejo del paciente es definir su grado de dificultad respiratoria en este caso se trata de un paciente con dificultad respiratoria leve, valorándola con la escala de Silverman Anderson la cual evalúa los siguientes parámetros movimientos toraco-abdominales los cuales en nuestro paciente son rítmicos y regulares, tiraje interostal el cual presenta nuestro paciente de forma leve, retracción xifoidea el cual presenta mi paciente de forma leve, aleteo nasal el cual no presenta mi paciente y quejido respiratorio el cual no presenta mi paciente, esto dándonos un valor de 2 el cual indica dificultad respiratoria leve, (VER ANEXO 4)

Lo más importante en el tratamiento de esta patología es la oxigenación, la GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO nos indica realizar oxigenación en fase 1 que fue la que se aplicó en mi establecimiento de salud, la cual indica en la dificultad respiratoria leve por Silverman y Anderson se debe administrar de 4-6 litros por minuto, asegurando el FIO₂ 40% y la saturación de oxígeno entre 85-95. (15)

CASO 7:

1. Reposo absoluto
2. Npo
3. Cfv + bhe
4. Sonda nasoyeyunal: net 35 kcal/kg/día
5. nacl 0.9% x 1000cc → LX gotas
6. dextrosa 5% x 1000cc }
 Nacl 20% (1 ampolla) } LX gotas
 Kcl 20% (1 ampolla) }
7. Omeprazol 40mg ev cd/24 horas
8. Metamizol 1gr ev si temperatura es mayor a 38 grados centígrados
9. nacl 9% x 100cc }
 tramadol 100 mg (1amp) } EV PRN A DOLOR
ABDOMINAL
 Dimehidrato 50mg (1amp) }

Tabla 3: Criterios tomográficos de Balthazar

BALTHAZAR	Puntos	%NECROSIS	Puntos
A	0	0	0
B	1	30	2
C	2	30-50	4
D	3	>50	6
E	4		

Fuente: Obtenido de la Revista chilena de radiología – 2003. (16)

Aquí apreciamos la escala de BALTHAZAR que nos permite saber el índice de severidad tomográfico en una pancreatitis, lo cual es muy importante para su tratamiento y manejo clínico.

Tabla 4: Índice de severidad en TC.

Grupo A	Páncreas normal
Grupo B	Aumento de tamaño focal o difuso del páncreas. Incluyendo: contornos irregulares, atenuación, heterogénea del páncreas, dilatación del ducto peri pancreática.
Grupo C	Alteraciones pancreáticas intrínsecas asociadas con aumento de la densidad peri pancreática difusa y parcial, que representa cambios inflamatorios en la grasa
Grupo D	Colección líquida mal definida
Grupo E	Dos o múltiples colecciones pobremente definidas o presencia de gas o adyacente al páncreas.

Fuente: Obtenido de la Revista chilena de radiología – 2003.

Suma de los puntos en TC = INDICE DE SEVERIDAD (16)

- 0 a 3 Bajo
- 4 a 6 Medio
- 7 a 10 Alto

✓ CASO 8:

1. Reposo relativo, miembro superior en ángulo mayor de 15 grados
2. Cfv + bhe
3. Dieta blanda hipoglucida (volumen total 1000cc)
4. nacl 0.9% x 1000cc → 30 gotas
5. Omeprazol 40mg ev cd/24 horas
6. Oxacilina 2gr cada 24 horas
7. Clindamicina 600mg ev cada 8 horas
8. Metamizol 1gr ev si temperatura es mayor a 38 grados centígrados.

nacl 9% x 100cc

Tramadol 100 mg (1amp)

Dimehidrato 50mg (1amp)

EV PRN A DOLOR ABDOMINAL

9. Insulina r escala correctiva:
 - 180-200mg/dl: 2ui
 - 201-250mg/dl: 4ui
 - 251-300mg/dl: 6ui
 - Más de 300mg/dl: 8ui
10. Insulina nph 23ui en la mañana y 12ui en la noche
11. Eco doppler mano derecha
12. Interconsulta a traumatología para evaluación de pie diabético
13. Riesgo quirúrgico para sala de operaciones para drenaje de celulitis abscedada de mano derecha
14. Reportar interurrencias

En este caso tenemos a un paciente con diabetes mellitus tipo 2 de larga data el cual sufre un traumatismo por lo que el pie afectado es diagnosticado como pie diabético debido a que la GUIA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL PIE DIABETICO nos dice que debido los daños a nivel de los nervios periféricos y a nivel vascular un traumatismo es el desencadenante principal para un pie diabético, además que es un cuadro sin dolor y el paciente en este caso no presenta dolor en pie izquierdo.

Al paciente se le tiene que realizar un desbridamiento y limpieza de la úlcera del pie por ser de clasificación Wagner 2 según lo indicado en la GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE PIE DIABÉTICO, el cual lo realizó el servicio de traumatología y no el servicio de medicina interna donde estaba rotando al momento de conocer este caso.

Tabla 5: Clasificación de Meggit-Wagner

Grado	Lesión	Características
0	Ninguna, pie de riego	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlceras profunda más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena Limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos talón o planta
V	Gangrena extensa	Todos el pie afectado , efectos sistemáticos

Fuente: Obtenido de la revista rincón científico (17)

En el caso de la celulitis de la mano derecha , el tratamiento que se dio en mi establecimiento de salud fue oxacilina y clindamicina , según la GUIA CLINICA Y TERAPEUTICA PARA EL USO DEL PERSONAL CUALIFICADO EN PROGRAMAS CURATIVOS EN HOSPITALES Y DISPENSARIOS el tratamiento indicado para celulitis cloxacilina o amoxicilina/ácido clavulánico y

en el caso de no ver mejoras después de 48 horas recién cambiar a clindamicina, pero en mi hospital se utilizó de frente clindamicina por criterio clínico de los médicos internistas debido a la gravedad de la lesión y oxacilina debido a que en nuestro hospital no disponemos de cloxacilina. (18)



IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al inicio del año 2020 la concurrencia de pacientes al hospital era relativamente alta en donde predominaban en el área de cirugía la apendicitis, la patología biliar, patología herniaria, entre otras. Se encontraban en promedio de 8 a 10 pacientes en estos tipos de cirugía, además había en promedio 20 pacientes por día en emergencia, debido a la pandemia de la Covid 19 a la quincena del mes de marzo, el Perú afrontaba ciertas restricciones de bioseguridad como medidas de prevención ante la expansión del contagio entre sus habitantes y la atención de estos en los hospitales de los diferentes departamentos del Perú, situación que afectó la continuidad de los internos en el hospital, meses después en octubre del año 2020 se permitió a los estudiantes continuar con sus actividades como internos en el hospital docente Belén de Lambayeque encontrando una situación completamente distinta a la encontrada a inicios de año, el flujo de pacientes era mucho menor, en el área de ginecología se tenía en promedio a 15 pacientes de ginecología de alto riesgo obstétrico y bajo riesgo obstétrico cuando en promedio eran 30 pacientes por día. Fue difícil para el interno adaptarse a las nuevas medidas y restricciones del hospital.

Se prohibió el acceso al área de emergencia, se excluyeron las guardias nocturnas, se rotaban 15 días seguidos y descasábamos 15 días. Situación totalmente distinta a la de inicios del internado, en el que de las cuatro rotaciones se rotaban todo el día sin descansos y se permitían las guardias nocturnas mensuales.

Las dificultades que han tenido durante el periodo de internado fueron la reducción de horas respecto a las rotaciones y las guardias nocturnas en el que se tuvo menor cantidad de atenciones en partos a recién nacidos, menor cantidad de suturación en pacientes con accidentes traumáticos que frecuentemente se presentaban casos por las noches, estas dificultades pese a la reducción de horas el interno logró un óptimo aprendizaje.

Asimismo, la protección de bioseguridad para la Covid 19 brindada por el hospital no era suficientemente adecuada, por lo que el interno tenía que autofinanciar su propio equipo de bioseguridad.

Además, el interno tenía que financiar su traslado hacia el hospital en el horario correspondiente a sus rotaciones por lo que optó por trasladarse en un carro particular durante su periodo de internado.



CONCLUSIONES

1. Se logró consolidar la integración de conocimientos de la carrera profesional como médico cirujano.
2. En el centro hospitalario se logró trabajar en distintas especialidades en colaboración con médicos altamente capacitados que con sus conocimientos y experiencias permitieron al interno capacitarse satisfactoriamente.
3. Se permitió al interno desarrollar la capacidad de trabajar en conjunto con especialistas de las áreas de cirugía, pediatría, ginecología y medicina interna, a través de las distintas rotaciones en el hospital.
4. Se alcanzó las exceptivas como interno obteniendo experiencias propias y manejando situaciones de proceso de atención a pacientes en emergencias.
5. Se pudo brindar atención integral a pesar de las difíciles circunstancias que se presentaron por la Covid 19.
6. A través de los distintos casos tratados el interno logró desarrollar destrezas y habilidades en los diversos tratamientos como médico cirujano.

RECOMENDACIONES

- Establecer un mejor diálogo con las autoridades del hospital para solicitar nuestras necesidades.
- Mayor interés profesional a los internos por parte de los encargados del hospital
- Mejorar el equipo de protección de bioseguridad para la covid 19 al personal de salud.
- Implementar mayores recursos en las áreas de cirugía pediatría, ginecología y medicina interna, con la finalidad de brindar una óptima atención a los pacientes

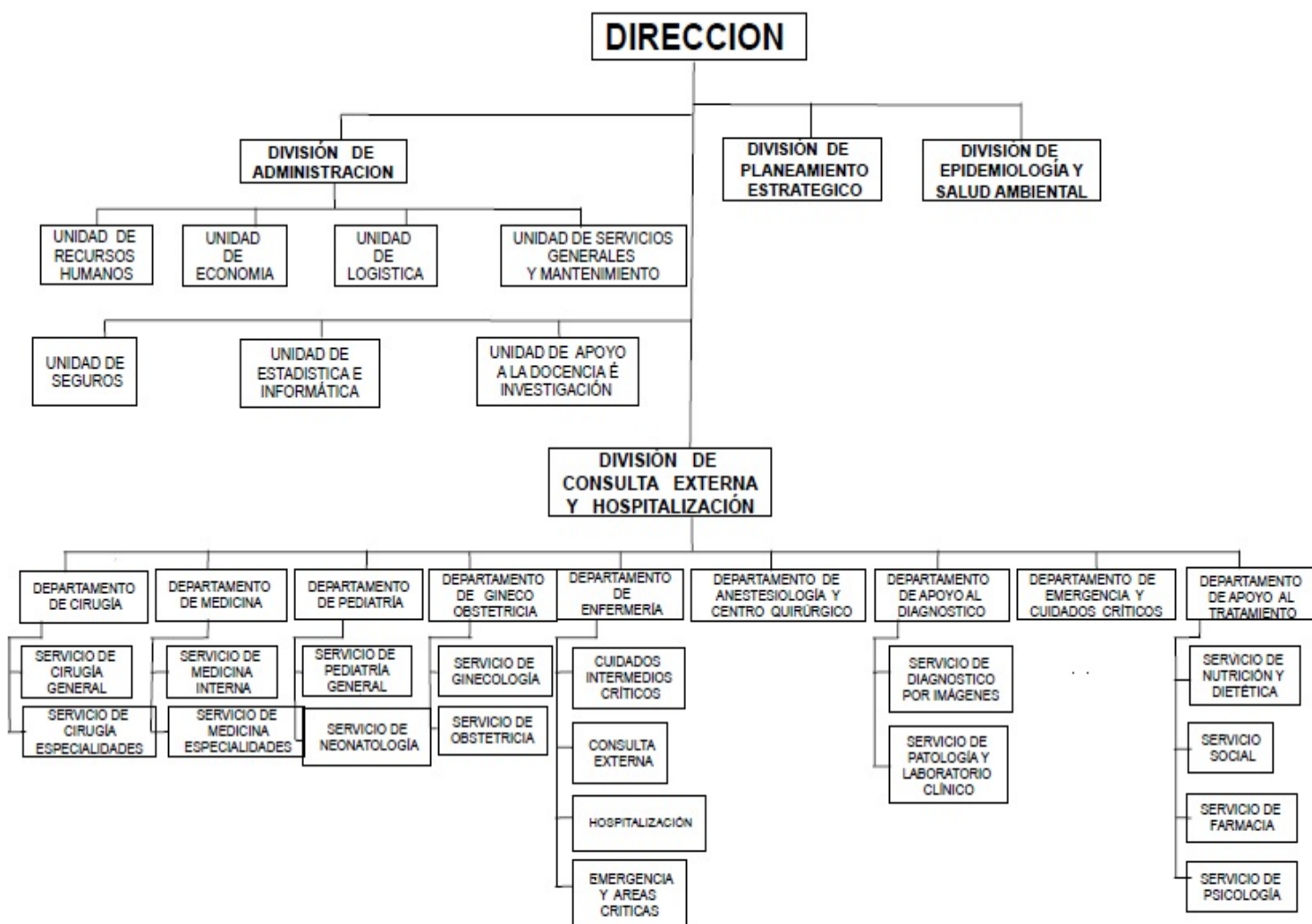
Bibliografía

1. Jaque Rosas AA. Percepción del profesional de enfermería sobre el desempeño por competencias de los internos. Hospital San Juan de Dios. Tesis pregrado. Caraz: UNIVERSIDAD SAN PEDRO, Departamento ciencias de la salud.
2. Pachamango V. ANÁLISIS Y DISEÑO DE UNA RED LAN PARA MEJORAR LA ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DOCENTE BELÉN LAMBAYEQUE. Tesis pregrado. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Departamento de computacion informatica.
3. Calderón C. PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA SOBRE EL DESEMPEÑO DEL INTERNO DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN, LAMBAYEQUE. Tesis pregrado. Chiclayo: UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO , Departamento de Medicina.
4. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; LX(4).
5. La Rosa M, Ludmir J. Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. Scielo Peru. 2014; 60(4).
6. Del Pueblo de los Estados Unidos de America. Guía de Buenas Prácticas del Desempeño en los Servicios MI, SSR y PF. [Online].; 11. Acceso 5 de Abril de 2020. Disponible en: <https://issuu.com/calidadensalud/docs/guia-bp-servicios-mi-ssr-pf/208>.
7. Cunningham G. Williams Ginecología. Veinticinco ed.: McGraw-Hill; 2019.
8. MINISTERIO DE SALUD(Minsa). Minsa. [Online].; 2007. Acceso 5 de Abril de 2021. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf?fbclid=IwAR1gHRL7ljZ4Ssj8qkjZNQ_4JeHpIS-HOJam8ILVRUhfF8PNYNfKWOZrq8.
9. De Quesada L, Pelayo M, González C. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. 2015; 54(2).
10. Ramos C, Mendoza J, Ponce J. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf?fbclid=IwAR1N1JfgpFM_CUYw5_ezalUXJVyzaHtMo4aqE0C_5U2ZonNjtF-OtOlgKJM. Revista Médica La Paz. 2018; xxiv(1).
11. INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocistitis aguda y coledocolitiasis. Guía practica de avaluacion clinica. EsSalud.
12. Gonzales E. Hiperbilirrubinemia neonatal. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2005; XXXIV(1).
13. Rodríguez J, Josep F. Ictericia neonatal. Asociación Española de Pediatría. 2008.

14. Fernández B, Ramos A, Ibáñez F. Sepsis del recién nacido. Asociación Española de Pediatría. 2008.
15. Ministerio de Salud[Minsa]. Ministerio de Salud. [Online].; 2007. Acceso 10 de Abril de 2021. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf?fbclid=IwAR0-bTCuNeYIIXzIK_kh7nSscH4D1deyaGwR7c_WX5SnTm6rCkvuxp0KhzA.
16. Schwaner DJ, Rivas F, Torres O, Briceño C, Riquelme F. PANCREATITIS AGUDA: INDICE DE SEVERIDAD EN TC. EVALUACION DE COMPLICACIONES Y HOSPITALIZACION. Revista chilena de radiología. 2003; IX.
17. González H, Mosquetera A, Quintana L. Scielo. [Online].; 2012. Acceso 5 de Abril de 2021. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n2/helcos1.pdf>.
18. Ministerio de Salud[Minsa]. Minsa. [Online].; 2016. Acceso 2021 de Abril de 5. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4229.pdf>.
19. Gil Chaqui C. Análisis del sistema integrado financiera del sector público en el módulo administrativo de la unidad ejecutora hospital Belén de Lambayeque. Tesis maestría. Chiclayo: Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, Departamento de Gestión Pública.

ANEXOS

Anexo 1: Organigrama del hospital Docente Belén de Lambayeque



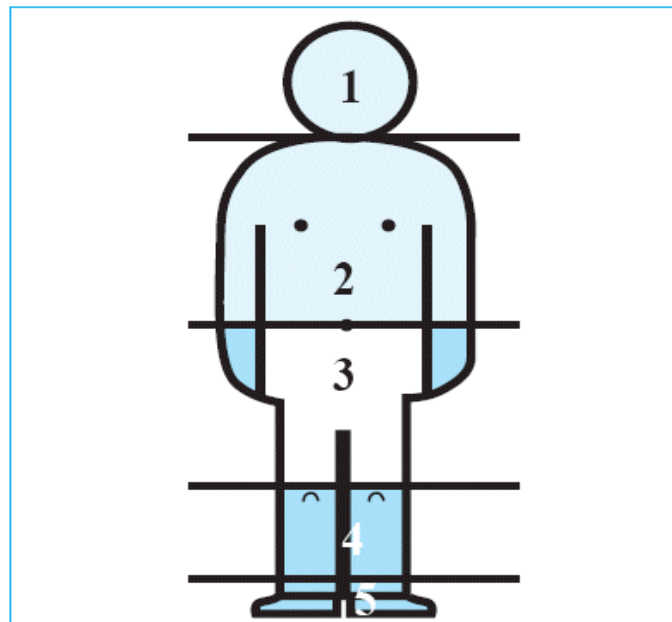
Anexo 2: Definición del diagnóstico de la preeclampsia

Diagnóstico de preeclampsia	
Presión arterial	Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o diastólica mayor o igual a 90 mmHg, en dos ocasiones 4 horas aparte, luego de las 20 semanas de edad gestacional.
	Presión arterial sistólica mayor o igual a 169 mmHg o diastólica mayor o igual a 110 mmHg, en dos ocasiones 4 horas aparte o si requiere terapia antihipertensiva antes de esas 4 horas.
Y	
Proteinuria	≥300 mL o más de proteína en orina colectada por 24 horas
	Ratio de proteína/creatinina urinaria mayor a 0,3
	Dipstick +1 o más
O en la ausencia de proteinuria, una de las siguientes	
Trombocitopenia (< 100 000/mL)	
Incremento de enzimas hepáticas al doble del límite normal, dolor abdominal persistente en el cuadrante superior derecho o epigastrio	
Insuficiencia renal (creatinina mayor a 1,1 mg/dL o el doble de la creatinina basal)	
Edema pulmonar	
Cefalea persistente o cambios visuales	

Fuente: Ilustración obtenida la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (5).

Anexo 3: Escala de Kramer modificada

Ilustración 1: Escala de Kramer modificada



Zona 1: Ictericia de la cabeza y cuello = <5 mg/dL
 Zona 2: Ictericia hasta el ombligo = 5-12 mg/dL
 Zona 3: Ictericia hasta las rodillas = 8-16 mg/dL
 Zona 4: Ictericia hasta los tobillos = 10-18 mg/dL
 Zona 5: Ictericia plantar y palmar = >15 mg/dL

Fuente: Ilustración obtenida la revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. (12)

Anexo 4: Prueba de Silverman- Anderson

Prueba de Silverman-Anderson			
Signos	0	1	2
Movimientos tóraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento	Disociación tóraco-abdominal
Tiraje intercostal	No	Leve	Intenso y constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intenso
Aleteo nasal	No	Leve	Intenso
Quejido respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

Fuente: Ilustración obtenida la revista de las guías prácticas para recién nacidos del min. (15)

Anexo 5: Atención médica a recién nacidos



Anexo 6: Vacunación de la Covid 19 al personal de salud del Hospital Docente Belén de Lambayeque



Anexo 7: Internos médicos laborando en el hospital

