



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA
POR COVID-19 EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – HOSPITAL SUB REGIONAL
DE ANDAHUAYLAS. ENERO 2020 - ABRIL 2021**

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

**PRESENTADA POR
INGRIT MELINA TAPE HUAMAN**

**ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

**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 INTERNADO MEDICO ANTES Y DURANTE
LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL HOSPITAL SANTA
ROSA – HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS.
ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
INGRIT MELINA TAIPE HUAMAN**

**ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. José Villarreal Palomino

Miembro: Dr. Manuel Neyra Sotelo

Miembro: M.E. Alberto Cárdenas Venturo

DEDICATORIA

A Dios por su infinito amor por fortalecernos nuestros corazones e iluminar nuestras mentes, por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido el soporte y compañía durante todo este periodo de estudio.

A mis padres por su cariño, amor y sobre todo su constante apoyo para lograr mis metas, por brindarme fortaleza en todo momento, sus consejos, por despertar lo que soy y enseñarme a serlo.

AGRADECIMIENTO

Al personal del Hospital Santa Rosa de Lima, Hospital subregional de Andahuaylas que lo conforman los médicos, Obstetras, Licenciadas en Enfermería y Técnicos, por su apoyo durante el desarrollo del internado clínico, por sus enseñanzas, por su calidad humana, amistad y ayuda en los diferentes servicios de rotación.

A la universidad San Martín de Porres, facultad de medicina humana, a los docentes que, gracias a sus enseñanzas a lo largo de mi formación académica, me brindaron sus conocimientos, sus principios éticos, su liderazgo, desenvolvimiento y lo fundamental amor hacia la profesión.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	2
1.2 Rotación de Gineco obstetricia	7
1.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	15
1.4 Rotación en Medicina interna	19
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	25
2.1 Hospital Santa Rosa	25
2.2 Hospital Subregional de Andahuaylas	26
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	29
3.1 Rotación de Cirugía	29
3.2 Rotación de Gineco obstetricia	33
3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	38
3.4 Rotación en Medicina Interna	42
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	45
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47

RESUMEN

Durante los diez meses de internado se logró obtener los objetivos trazados, tanto en el campo clínico, teórico, ético y personal que incrementan y afianza aún más mis conocimientos para desenvolverme como profesional.

Ante la situación de la pandemia por el Covid -19 nos capacitaron para adaptarnos a una nueva situación de aprendizaje en el campo clínico con ciertas restricciones para concluir el internado, a su vez nos distribuyeron en nuevas sedes hospitalarias y centros de salud que nos permitieron el campo clínico cumpliendo con las medidas de bioseguridad.

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

Metodología: Recopilación de información en las experiencias obtenidas por las prácticas de manejo en salud.

Conclusiones: El internado médico es una etapa valiosa en la formación de los estudiantes de medicina que debe ser priorizada donde se desarrollan nuevas competencias para la atención integral de la salud; con la llegada de la pandemia ha significado un gran reto en la formación profesional teniendo que adaptarse a la situación tomando medidas que incluyeron capacitación para enfrentar y evitar el riesgo de contagio.

Palabras clave: Internado pandemia por el Covid -19; Asistencia médica.

ABSTRACT

During the ten months of internship, it was possible to obtain the objectives set, both in the clinical, theoretical, ethical and personal fields that increase and further strengthen my knowledge to function as a professional.

Faced with the situation of the Covid -19 pandemic, they trained us to adapt to a new learning situation in the clinical field with certain restrictions to conclude the internship, in turn they distributed us to new hospitals and health centers that allowed us to clinical field complying with biosafety measures.

Objective: Describe the skills acquired in each rotation, to obtain the Professional Title of Surgeon, based on the Medical Internship developed during the period from January 2020 to April 20121.

Methodology: Compilation of information on the experiences obtained from health management practices.

Conclusions: The medical internship is a valuable stage in the training of medical students that should be prioritized where new skills are developed for comprehensive health care; With the arrival of the pandemic, it has meant a great challenge in professional training, having to adapt to the situation by taking measures that included training to face and avoid the risk of contagion.

Keywords: Medical internship, Covid -19 pandemic; Medical assistance

INTRODUCCION

El internado clínico constituye un periodo indispensable durante la culminación de la carrera de Medicina Humana, ya que es aquí donde complementamos nuestros conocimientos académicos adquiridos en los claustros universitarios. Con las prácticas y experiencias obtenidas durante este periodo el estudiante sale apto para desempeñarse como profesional.

El presente informe detalla las actividades ejecutadas en forma descriptiva, analítico, las diferentes actividades y experiencias obtenidas durante esta etapa en condición de interna, el cual inicie el 01 de enero al 15 de marzo del 2020 en el hospital Santa Rosa en el servicio de Cirugía, por lo que se presentó la pandemia del COVID -19 suspendiéndose y reanudando por decreto de urgencia N°090-2020 para el reinicio progresivo de actividades del internado en el hospital Subregional de Andahuaylas desde 1 octubre al 30 de abril 2021, las cuales detallaré las actividades en los diferentes servicios: Ginecoobstetricia, Pediatría y Medicina, el cual cabe mencionar fueron cumplidas con las pautas establecidas dentro del reglamento del internado clínico.

Esta gran experiencia comenzó en el Hospital Santa Rosa en el servicio de cirugía que es un centro hospitalario público peruano de Nivel III, administrado por el Ministerio de Salud del Perú siendo además de Referencia Nacional, brinda prestaciones de salud ambulatoria, quirúrgica y de hospitalización, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de los estados de salud que aquejan a la población, y a consecuencia de la situación atípica que se nos presentó por el COVID-19 tuve que incorporarme para continuar el internado medico en los

servicios Ginecoobstetricia, Pediatría y Medicina en el hospital sub regional de Andahuaylas de la dirección de salud Apurímac II con un NIVEL II-2. Siendo un hospital de referencia de la jurisdicción de Andahuaylas, Chincheros, Ayacucho y Cusco, que brinda servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud para la población usuaria de la región Apurímac.

Actualmente por la rápida propagación del COVID-19 provocando un desborde en muchos sistemas de salud del mundo que han redirigido sus recursos al tratamiento de estos pacientes. Como consecuencia, médicos de diferentes especialidades se han visto en la necesidad de manejar pacientes con COVID-19 aunque dicha función no sea específicamente parte de su competencia. Esta situación, junto a la escasez de equipos de protección personal (EPP), ha provocado que muchos médicos se infecten y fallezcan.
(1)

Debido a las circunstancias en este contexto todas las facultades de ciencias de salud suspendieron sus actividades tanto prácticas como académicas para continuar de manera virtual las enseñanzas; por lo que los internos en ciencias de salud tuvimos que adaptarnos a la situación tomando medidas que incluyeron capacitación para enfrentar y evitar el riesgo de contagio.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado de la carrera profesional de medicina humana constituye un periodo de intensas prácticas intrahospitalarias, que hace posible la capacitación y desenvolvimiento del estudiante, con la finalidad de desarrollar actividades asistenciales, preventivas promocionales; así mismo, preparación para el futuro profesional de medicina con calidad y excelencia el cual es supervisada y evaluadas constantemente por profesionales médicos.

Según el syllabus de la universidad nos especifica las actividades que se desarrollan en las unidades hospitalarias que en el programa de internado se denominan “áreas de rotación” las cuales son: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, donde debemos desarrollar habilidades y destrezas, conocimientos y aptitudes en las actividades médico-quirúrgicas y humanísticas para la atención al paciente consolidando el estudiante sus estrategias y tácticas en la elaboración de su propio conocimiento.(2)

Se pudo lograr, desarrollar dichas competencias y habilidades, siguiendo los lineamientos proporcionados por decreto de urgencia N°090-2020 con restricciones de horarios establecidos en los turnos de rotación y en coordinación con la universidad siempre tuvimos un tutor que nos guiaba en nuestras prácticas

1.1 ROTACION EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA ROSA:

CASO N°1

Filiación:

Fecha: 14/01/20

Nombre y Apellido: RZM

Edad: 45 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Ocupación: ama de casa

Fecha de nacimiento: 09/11/1963

Lugar de nacimiento: Piura

Lugar de residencia: Distrito de San miguel

Enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: 3 años aproximadamente

Forma de inicio: insidioso Curso: progresivo

Síntomas y signos principales: dolor en hipocondrio derecho y náuseas.

RELATO DE LA ENFERMEDAD

Paciente femenino de 45 años, refiere que hace 3 años aproximadamente presenta dolor tipo cólico a nivel abdominal pero no producía mayores molestias hasta ese momento; hace 1 año el dolor se incrementó en intensidad y frecuencia a nivel del hipocondrio derecho, epigastrio el cual se asoció al consumo de frituras añadiéndose náuseas, progresivamente el dolor se hace más crónico con una escala de intensidad (6/10) por lo que refiere haber tomado analgésicos consecuentemente cediendo el dolor, ingresa por consultorio externo de cirugía para evaluación correspondiente por lo que se decide hospitalizarla para programación quirúrgica ; fecha de ultimo cólico 10/01/20

Antecedentes Patológicos:

- Diabetes (-)
- HTA (-)

- TBC (-)
- Pólipos endometriales diagnosticados por ecografía pélvica 2019

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

- Cesárea (hace 7 años)
- Histerectomía (hace 4 años)

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

Enfermedades infecto contagiosas: varicela a los 20 años, herpes zoster hace 6 años

Hábitos nocivos: tabaco: niega, alcohol: esporádico, drogas nocivas: niega

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: falleció por CA de próstata
- Madre: falleció por neumonía complicada
- Conyugue: Diabetes mellitus tipo 2
- Hijos: 01 varón aparentemente sano, 3 hijas mujeres aparentemente sanas

EXAMEN CLÍNICO

PA: 124/80 mmHg, FC =75xmin FR =20 x min TEM=36.5 peso 70 kilos talla =1.58cm IMC =28

- **Piel y tejido celular subcutáneo:** No presencia de edemas, no cianosis
- **Cabeza:** normocéfalo ojos simétricos pupilas foto reactivas a la luz
- **Boca y garganta:** mucosa oral hidratada, orofaringe no congestiva
- **Cuello:** simétrico, no se palapa tiroides hipertrofiada
- **Aparato respiratorio:** murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruido agregados
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos
- **Abdomen:** simétrico, no distendido, con cicatrices antigua tipo pfannenstiel. RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+), timpanismo conservado.

EXÁMENES AUXILIARES:

Hb: 12 Hto: 36% LEU : 8.45 x 10³ plaquetas: 233x 10³ G: 108

U: 16 Cr: 0.41 GS: O+ TS: 1'.30 BT: 0.27 BD: 0.11 BI: 0.16
TGO: 17 TGP: 20 FA: 149 GGT: 23 Serológicos: negativos .

ECOGRAFIA ABDOMINAL: 21/11/2019

- **Hígado:** LHD: 145mm: Ecogenicidad incrementada tamaño y morfología conservada de bordes regulares sin lesiones focales ni difusas, no dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas calibre normal: colédoco: 3mm, porta 9mm
- **Vesícula biliar:** mide 51x22mm, paredes 3mm, con contenido anecogénico ocupadas en su totalidad ocupadas en su totalidad de múltiples cálculos menores de 11mm
- **Páncreas:** cabeza 19mm, cuerpo: 16mm. Tamaño morfología y ecogenicidad conservados
- **Bazo:** 81x30mm tamaño, morfología y ecogenicidad conservado
- **Riñones:** de tamaño, morfología y ecogenicidad conservados
- **Asas intestinales:** de contenido y motilidad conservados; no liquido en cavidad abdominal

IMPRESION DIAGNOSTICA: Litiasis vesicular múltiple

Radiografía tórax: Normal 28/12/19 Campos pulmonares adecuadamente ventilados, se muestra radiotransparencia y vascularidad conservados, no se aprecia consolidación ni lesiones nodulares. Silueta cardiaca de morfología habitual. segmentos óseos y partes blandas sin evidencias de alteraciones

RIESGO CARDIOLÓGICO: II

RIESGO ASA: II

Plan de trabajo:

- Hospitalización con los resultados de exámenes de laboratorio: perfil hepático, perfil bioquímico, hemograma completo, examen de orina completo, exámenes serológicos.
- Preparación para cirugía por laparoscopia.

CASO CLINICO N° 2:

Filiación:

Fecha: 24/01/20

Nombre y Apellido: FCR

Edad: 24 años

Sexo: Masculino

Estado civil: soltero

Ocupación: estudiante universitario

Fecha de nacimiento: 09/11/1996

Lugar de nacimiento: lima

Lugar de residencia: Distrito de pueblo libre

Enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: +/- 10 horas

Forma de inicio: Brusco Curso progresivo

Síntomas y signos principales: dolor en fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos, estreñimiento, fiebre.

RELATO DE LA ENFERMEDAD

Paciente de 24 años de edad de sexo masculino, refiere cuadro clínico de 20 horas de evolución caracterizado por dolor tipo retortijón, de inicio súbito, sin causa aparente, de gran intensidad localizado en mesogastrio y posteriormente en fosa iliaca derecha, irradiado a hipogastrio; el dolor es permanente sin modificaciones y se exagera al movimiento con una intensidad 10/10. Se acompaña de alzas térmicas no cuantificadas, vómitos alimentarios y estreñimiento. Por lo que acude de emergencia del hospital Santa Rosa.

Antecedentes Patológicos:

- Diabetes (-)
- HTA (-)
- TBC (-)

Alergias: niega

Antecedentes quirúrgicos:

Ninguno

Antecedentes epidemiológicos:

Enfermedades infecto contagiosas: varicela a los 7 años

Hábitos nocivos: tabaco: niega, alcohol: esporádico, drogas nocivas: niega

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: vive (55 años) aparentemente sano
- Madre: vive (53 años) Hipertensión arterial
- Hijos: Niega

EXAMEN CLÍNICO

- **Piel y tejido celular subcutáneo:** no presencia de edemas, no cianosis
- **Cabeza:** normocéfalo ojos simétricos pupilas foto reactivas a la luz
- **Boca y garganta:** mucosa oral hidratada, orofaringe no congestiva
- **Cuello:** simétrico, no se palapa tiroides hipertrofiada
- **Aparato respiratorio:** murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos
- **Abdomen:** Abdomen Globoso a expensas de TCSC, sin presencia de cicatrices RHA (+), blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, Mc Burney (+), Blumberg (+), Signo del Psoas (+), Obturador (-).
- **Neurológico:** **LOTEP**, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización

EXÁMENES AUXILIARES:

LEU: 15,0 x 10³, Hb: 13 Hto: 39% G: 102 U: 16 Cr: 0.41 TS:
1'.28 BT: 0.25 BD: 0.10 BI: 0.16 TGO: 17 TGP: 20 FA: 141 GGT:
23 Serológicos: negativos. Grupo sanguíneo: o positivo.

Examen completo de orina 05/04/2021

COLOR: AMARILLO, **ASPECTO:** LIGERAMENTE TURBIO, **PH:** 5.0,
Leucocitos: 1-2x campo, **HEMATIES:** ausentes, Células epiteliales: Escasas,

IMPRESION DIAGNOSTICA: Apendicitis aguda, D/C COMPLICADA

Plan de trabajo:

Apendicetomía de emergencia

NPO

- CINA 9/1000cc

- Ceftriaxona 1 gramos ev stat
- Metronidazol 500mg ev stat
- CFV

1.2 ROTACION EN EL SERVICIO GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS

CASO CLÍNICO N°1

1.- FILIACION

- Nombre: F.N.B
- Sexo: Femenino
- Edad: 29 años
- FN: 20/02/1982
- Procedente: Huancas
- Estado civil: Conviviente
- Ocupación: Ama de casa
- Fecha de ingreso: 03/04/2021

Enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: 14 horas

Forma de inicio: insidioso Curso progresivo

Síntomas y signos principales:

- Contracciones uterinas.
- Eliminación del tapón mucoso.
- Perdida de líquido amniótico

RELATO DE LA ENFERMEDAD

Paciente de 39 años de edad refiere que hace 14 horas presenta perdida de líquido amniótico, refiere presentar dolor abdominal tipo contracción a nivel de hipogastrio de leve intensidad, percibe movimiento fetales activos por lo que acude a su centro de salud Andarapa, es monitorizada con LCF=160-170

latidos por minuto, por lo que deciden referirla acompañado por su esposo al hospital de Andahuaylas.

Funciones biológicas

- **Apetito:** Conservado
- **Sed:** Conservado
- **Orina:** 3 veces al día de características normales
- **Deposiciones:** 1 vez al día de características normales
- **Sueño:** Conservado

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS

- Vivienda de adobe 3 habitación, cuenta con los servicios básicos de agua y luz.
- Alimentación: balanceada

Hábitos nocivos

- Alcohol: niega Tabaco: niega Drogas: niega.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Nacimiento de parto eutócico.
- Inmunización no precisa.
- Desarrollo psicomotriz: aparentemente normal.
- Alimentación balanceada.
- No refiere cambio de pareja

Antecedentes Gineco-Obstétrico

- Menarquía: 15 años
- IRS: 18 años
- RC: 4/30
- PAP: hace 1 año, resultado negativo
- G2P0010
- MAC: Ninguno

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

- HTA: niega
- Diabetes: niega
- TBC: niega
- Asma: niega
- Hospitalizaciones: Hospitalización anterior por cirugía túnel carpiano (2006).
- Alergias: Niega
- Transfusiones sanguíneas: Niega

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: Vive (60 años) diabetes mellitus tipo 2.
- Madre: Vive (58 años) aparentemente sana.
- Hermanos: 02 aparentemente sanos
- Pareja: 31 años aparentemente sano.

EXAMEN CLÍNICO

PA: 110/60mmHg FC:100 x' FR:23 x' TC° : 38.5°C Peso; 68
kg SatO2: 95%

- **General** AREG, AREH, AREN, despierta, ventila espontáneamente
- **Cabeza:** normocéfalo, sin tumoraciones, de adecuada implantación pilosa
- **Piel:** tibia elástica hidrata llenado capilar menor a 2 segundos
- **Ojos:** Simétricos, móviles, pupilas isocóricas fotorreactivas, conjuntivas rosadas.
- **Nariz:** fosas nasales permeables.
- **Oídos:** pabellón auricular adecuadamente implantado, CAE permeable, audición conservada.
- **Boca:** simétrica, mucosas orales húmedas, lengua central móvil, encías rosadas no sangrantes, piezas dentarias incompletas en regular estado general.
- **Orofaringe:** no congestiva, úvula central y móvil.
- **Cuello:** cilíndrico, central, móvil, tiroides no palpable, no adenopatías, no ingurgitación yugular.

- **Tórax:** simétricos amplexación pulmonar conservado Mamas: blandas no tumoraciones, secreción calostrual a la presión digital.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes.
- **Abdomen:** útero ocupado por gestación única
 - AU:33cm
 - LCF:170
 - SPP: LCI
 - DU:3/10" ++ 30" Movimientos fetales :: ++
- **Genitourinario:** genitales externos de características normales. Se evidencia perdida de líquido amniótico en escasa cantidad verde espeso con mal olor
- **Tacto vaginal:** dilatación:3cm, incorporación:90% , altura de presentación :-2 membranas rotas
- **Pelvis ginecoide:**

EXÁMENES AUXILIARES:

Ecografía: feto único en LCI, PF =3000 mg, Placenta anterior: III , ILA :85
03/04/21

Hemograma

HB :12.8 gr/dl , neutrófilos : 95% HCT:37. WBC:25.16 GlucosA:106
Urea :23 CreatininA:1.21 PCR: positivo prueba de antígeno-covid19: no reactivo

IMPRESION DIAGNOSTICA:

- GESTANTE DE 40 5/7SS X FUR
- SFA
- RPM>12 HORAS
- D/C corioamnionitis

PLAN DE TRABAJO:

Cesárea de emergencia

- NPO,
- CIna 9 /1000cc 30 gotas por minuto
- Ampicilina 2gramos ev c/6horas,

- Ranitidina 50 mg,
- Metamizol 1 gramo ev
- Metoclopramida 10mg (STAT),
- CFV.
- Control LCF,
- Monitoreo materno fetal.

CASO CLINICO N° 2

1.- FILIACION

- Nombre: L. N. C. L.
- Sexo: Femenino
- Edad: 26 años
- FN: 01/12/1994
- Natural: Pacucha
- Procedente: Pacucha.
- Estado civil: Conviviente.
- Ocupación: Ama de casa
- Fecha de ingreso: 18/10/20220
- Informante: Directa

Enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: 1 dia

Forma de inicio: insidioso Curso progresivo

Síntomas y signos principales:

- Dolor pélvico.
- Ginecorragia .

RELATO DE LA ENFERMEDAD

Paciente de 26 años de edad refiere que desde hace un día estando en su domicilio presentó dolor a nivel de hipogastrio de moderada intensidad acompañado de sangrado vaginal de color rojo oscuro de regular cantidad sin mal olor niega alza térmica, niega náuseas, niega vómitos; por lo que acude

a su centro de salud Pacucha donde se decide referirla al hospital de Andahuaylas en compañía de familiares.

Funciones biológicas

- **Apetito:** Conservado
- **Sed:** Conservado
- **Orina:** 3 veces al día de características normales
- **Deposiciones:** 1 vez al día de características normales
- **Sueño:** Conservado

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS

- Vivienda de ladrillo 3 habitación, cuenta con los servicios básicos de agua y luz.
- Alimentación: balanceada

Hábitos nocivos

- Alcohol: niega Tabaco: niega Drogas: niega

Antecedentes personales

- Nacimiento de parto eutócico.
- Inmunización no precisa.
- Desarrollo psicomotriz: aparentemente normal.
- Alimentación balanceada.
- No refiere cambio de pareja

Antecedentes Gineco-Obstétrico

- Menarquía: 13 años
- FUM: 08/08/2020
- RC: 3/30 días /EG = 6semanas
- G2P1001
- MAC: ninguno

Antecedentes patológicos

- HTA: niega

- Diabetes: niega
- TBC: niega
- Asma: niega
- Hospitalizaciones: ninguno
- Alergias: Niega
- Transfusiones sanguíneas: Niega

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: Vive (45 años) aparentemente sano.
- Madre: Vive (42 años) aparentemente sana.
- Hermanos: 04 aparentemente sanos
- Pareja: Aparentemente sano.
- Hijos: 01 aparentemente sano.

EXAMEN CLÍNICO

PA: 110/60mmHg FC:89 x' FR:23 x' T° 36.2 °C Peso; 64
kg SatO2: 99%

- **General** AREG, AREH, AREN, despierta, ventila espontáneamente, Colaboradora
- **Piel:** tibia elástica hidratada llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
- **Cabeza:** normocéfalo, sin tumoraciones, de adecuada implantación pilosa.
- **Ojos:** Simétricos, móviles, pupilas isocóricas foto reactivas, conjuntivas rosadas.
- **Nariz:** fosas nasales permeables.
- **Oídos:** pabellón auricular adecuadamente implantado, CAE permeable, audición conservada.
- **Boca:** simétrica, mucosas orales húmedas, lengua central móvil, encías rosadas no sangrantes, piezas dentarias incompletas en regular estado general.
- **Orofaringe:** no congestiva, úvula central y móvil.
- **Cuello:** cilíndrico, central, móvil, tiroides no palpable, no adenopatías, no ingurgitación yugular.

- **Tórax:** simétricos amplexación pulmonar conservado Mamas: blandas no tumoraciones, secreción calostrual a la presión digital.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes.
- **Abdomen:** RHA (positivos) blando, depresible doloroso a la palpación superficial y profundo a nivel del hipogastrio.
- **Genitourinario:** genitales externos de características normales.
- **Tacto vaginal:** se evidencia sangrado en regular cantidad con orificio cervical externo abierto, presencia de restos ovulares en guantes
- **Neurológico:** Paciente con Glasgow 15 /15 LOTEPE.

EXÁMENES AUXILIARES:

Ecografía transvaginal: se encuentra un útero en AUF 8X5 cm, presencia de endometrio heterogéneo de 21mm, anexos libres.

05/04/21

HB :11 gr/dl HCT:33. Leucocitos :9,67, neutrófilos: 50 , plaquetas : 212 mg/dl GLUCOSA:106 UREA :23 CREATININA:1.21 PCR:POSITIVO PRUEBA DE ANTIGENO-COVID19: NO REACTIVO

EXAMEN COMPLETO DE ORINA 05/04/2021

COLOR: amarillo, aspecto: ligeramente turbio, PH: 5.0, leucocitos: 3-5 xc, hematíes: 0-2 xc, células epiteliales: escasas, bacterias: regular

IMPRESION DIAGNOSTICA:

Aborto incompleto

PLAN DE TRABAJO:

- Dieta blanda más LAV
- NaCl a 9/1000cc
- Ceftriaxona 2gramos EV stat
- AMEU
- CFV

1.3 ROTACIÓN EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA-NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS

CASO CLÍNICO N°1

1.- FILIACION

- Nombre: E Y S
- Sexo: masculino
- Edad :6 días
- Raza: mestiza
- FN: 03/12/2021
- Procedente: San Jerónimo.
- Fecha de ingreso: 09/12/2021

Enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: 2 día

Forma de inicio: insidioso Curso progresivo

Síntomas y signos principales:

- Tinción amarillenta en la piel.
- Febrícula
- Deshidratado
- Distensión abdominal

RELATO DE LA ENFERMEDAD

Madre del neonato refiere que hace dos días su bebé presenta distensión abdominal después de lactar además de coloración amarillenta en las conjuntivas , cara , tórax y abdomen; un día antes del ingreso refiere que su bebé se encuentra hipoactivo con débil succión , y sensación de alza térmica por lo que acude de emergencia al hospital de Andahuaylas.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sed: disminuida
- Orina: con volumen disminuido
- Deposiciones: sin alteraciones

ANTECEDENTES PERSONALES

- Nacimiento de parto eutócico.
- Inmunización: BCG, HVB
- Desarrollo psicomotriz: sin alteraciones

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS

- Edad gestacional: 38 semanas
 - Nació con APGAR: 8 min y 9 a los 5min
 - Peso nacimiento: 3500 gramos
 - Pc= 35cm, PT = 35, PA = 34
 - Grupo sanguíneo = o positivo
 - Mamá O POSITIVO
- Parto:** cesárea por doble circular de cordón
Lactancia: lactancia materna exclusiva

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: Vive (38 años) aparentemente sano.
- Madre: Vive (25 años) aparentemente sana.
- Hermanos: 0

EXAMEN CLÍNICO

FC:89 x' FR:46 x' T° 36.8 °C

Peso: 2980 SatO2:

99%

- **General** AREG, AREH, AREN, despierto, ventila espontáneamente,
- **Piel:** tibia elástica poco hidratada llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, presencia de coloración amarillenta hasta muslo.
- **Cabeza:** normocéfalo, fontanela anterior normotensa
- **Ojos:** Simétricos, móviles, pupilas isocóricas foto reactivas, conjuntivas ictéricas.
- **Nariz:** fosas nasales permeables.
- **Oídos:** pabellón auricular adecuadamente implantado, CAE permeable,
- **Boca:** mucosa oral poco hidratada

- **Orofaringe:** no congestiva, úvula central y móvil.
- **Cuello:** cilíndrico, central, móvil
- **Tórax:** simétricos amplexación pulmonar murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes.
- **Abdomen:** levemente distendido RHA (positivos) blando, depresible no doloroso a la palpación superficial y profundo
- **Genitourinario:** de acuerdo a su edad.
- **Neurológico:** llanto poco vigoroso, no signos meníngeos ni de focalización

IMPRESION DIAGNOSTICA:

- Ictericia por lactancia materna
- Deshidratación neonatal

PLAN DE TRABAJO:

- Lactancia materna exclusiva más 30cc cada 3 horas por succión directa
- Dextrosa al 6.5 % 100cc, CLNa 20% 0.7cc , CIK al 20 % 0.6cc (VT= 357 , 14.9cc por hora)
- Fototerapia continua mas cuidados
- CFV + BHE
- Se solicita exámenes de laboratorio: bilirrubina total , bilirrubina fraccionadas, glucosa

CASO CLÍNICO N°2

FILIACION

- Nombre: RN ÑCC
- Sexo: femenino
- Edad :1 día
- Raza: mestiza
- FN: 13/02/2021
- Procedente: ROCCHA CHINCHEROS APURIMAC

RELATO: TE: 1 DIA

Neonato de sexo femenino de 39ss x Capurro nacido de parto por cesárea - polihidramnios severo que durante la permeabilización anal se observa un tope de la sonda de aproximadamente 3cm ,además de distensión abdominal marcada ,no presencia de meconio se realiza aspiración por sonda orogástrica de aproximadamente 80ml de líquido amniótico claro ,actualmente paciente estable con requerimiento mínimo de oxígeno 1litro ,con indicación de referencia a centro de mayor complejidad ya que no contamos con cirujano pediatra ni neonatólogo

ANTECEDENTES:

Natales: Parto cesárea 13/02/2021 hora 10:10am , EG: 39 semanas, PN: 2920 gr. APGAR: 8,9, PC: 34.9 cm, PT: 31.5 cm, PA: 34.5 cm PB: 10.8cm,vacunas BCG(13/03/2021),HBV(13/02/2021)

Maternos: EDAD: 24 años, G1P001, CPN: 6, Exámenes laboratorios: serológicos: VDRL: negativo, HIV: negativo, Examen de orina: negativo 23/01/21, HBV (-), polihidramnios por eco del IIIT. Examen de prueba rápida Covid 19- negativo.

EXAMEN FÍSICO: FC: 120x min. FR: 62x min. TEMP: 36.6°C , peso: 2920g, Facie Dow (hepicto hipertelorismo).

PIEL Y Fanaras : cianosis generalizada

CABEZA: Fontanela normotensas sin patologías, nariz piramidal amplia.

CUELLO: Corto

TORAX: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, Escala Silverman A: 3 puntos

CARDIACO: RCR de buena intensidad, no soplos auscultables, no frêmito.

ABDOMEN: distendido, RHA (+), matidez, se palpa masa en hemiabdomen izquierdo sugerente de asas intestinales, No VMG.

EXTREMIDADES: simétricas, hipotónicas, Barlow (-), Ortolani (-)

SNC: Activo Reactivo al estímulo.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Pendiente exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, trasaminasas, TP, TTPA, G-U-Cr, Grupo y factor → a las 24h.

Rayos x invertograma: no se realiza por no contar con personal capacitado

Rayos "X" Abdominal:

TRATAMIENTO:

NPO + SOG a gravedad, Dextrosa al 10% 100cc, gluconato de calcio 10% 2.9cc c/8h EV, suspender si FC < 100LCF, Ampicilina 145mg c/12h Ev, Amikacina 43mg c/24h ev, oxigenoterapia si SatO₂< 90%, Monitoreo de distensión abdominal y distrés

IMPRESION DIAGNOSTICA:

- ATRESIA ANAL
- TAQUIPNEA TRASNSITORIA DEL RECIEN NACIDO

Plan de trabajo:

Paciente debe ser referido a centro de mayor complejidad para evaluación y manejo por la especialidad neonatología, cirugía pediátrica.

1.4 ROTACION EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS

CASO CLÍNICO N°1

1.- FILIACION

Nombre: AAP

Edad: 71 años

Sexo FEMENINO

Procedencia: Nueva Esperanza - Chicmo-Apurimac

Fecha : 19/03/2021

Tiempo de enfermedad: 5dia

Forma de inicio: insidioso Curso: progresivo

Síntomas y signos principales:

- Dolor abdominal
- Melena
- Hematemesis

- Palidez
- Astenia
- Hiporexia

Relato de la enfermedad

Paciente mujer de 71 años que ingresa a emergencia con hematemesis 5 veces al día asociado a dolor en epigastrio y mesogastrio con deposiciones melénicas en dos oportunidades sin sensación de alza térmica, presentando astenia al realizar sus actividades e hiporexia por lo que sus familiares notaron pérdida de peso progresiva en los últimos meses; recibe atención en emergencia por médico de turno quien solicita exámenes de laboratorio resultando hemoglobina de 5.3mg/dl se decide inmediatamente transfundir dos paquetes globulares y pase al hospitalización del servicio de medicina interna, se solicitó control de hemoglobina post transfusión resultando 9,3mg/dl, se logra estabilizar a la paciente y se solicita una endoscopia por médico de turno, se comunica que el médico gastroenterólogo se encuentra en cuarentena por contagio del COVID -19 y se decide referir a un centro de mayor complejidad

Antecedentes:

HTA hace 2 años, hospitalizada por una gastritis aguda más hematemesis y melena hace 4 años

Examen físico:

- PA: 111/90mmHg, FC: 65x min. FR: 19x min. TEMP: 36.8°C, peso: 56kg
- PIEL Y F: T/E/H, llenado capilar menos 2 seg, palidez (++/+++)
- CUELLO: simétrico no se palpan ganglios linfáticos inflamado
- TORAX: MV pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.
- CARDIACO: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos
- ABDOMEN: Plano, RHA (+), blando depresible doloroso a la palpación a nivel de epigastrio y mesogastrio
- GU: PPL negativo
- EXTREMIDADES: móviles según rango articulares.
- SNC: LOtep, Glasgow 15/15. No signos de focalización.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma (19/03/2021) :

Leucocitos: 5.28×10^3 ,

Plaquetas: 143000,

Hemoglobina: 9.3g/dl., TP=16.9, TPPA=30

Examen bioquímico (16/03/2021) :

Glucosa = 195 mg/dl I, creatinina = 1.24 mg/dl, albúmina = 3.53, TGO = 21, LDH = 18 u/l, TGP = 21 U/L prueba Covid- 19 : no reactivo

Ecografía abdominal 17/03/2021:

- Hígado: de forma, tamaño y localización conservada, no se delimitan lesiones focales.
- Vías biliares intrahepáticas se evidencia de calibre conservado, con paredes hiperecogénicas, colédoco: 5mm
- Vesícula biliar piriforme con contenido anecoico de 56 x 32 mm de paredes delgadas de 3mm diámetro asociado a barro biliar. no líquido peri vesicular
- Cavidad abdominal: flanco y fosas iliacas no líquido libre, meteorismo intestinal incrementado
- Anillo gástrico engrosado de 4mm
- Conclusión: litiasis vesicular asociado a barro biliar vesicular

Tomografía de abdomen : 17 /03/2021:

litiasis o barro vesicular en particular no se definen lesiones proliferativas en estomago ni en asas intestinales

TRATAMIENTO:

- NPO ,
- Dextrosa 5% , NaCl 1 ampolla , ClK 1 ampolla (xx gotas por minuto)
- Ceftriaxona 2 gr EV c/ 24 horas
- Omeprazol 40 mg Ev c/12 horas

- Sucralfato 5cc VO C / 8 horas

IMPRESION. DIAGNOSTICA.

Hemorragia digestiva alta

PLAN DE TRABAJO

Paciente debe ser referido a centro de mayor complejidad para manejo por la especialidad de gastroenterología.

CASO CLÍNICO N°2

1.- FILIACION

NOMBRE: LIA

EDAD: 31 años

SEXO: Femenino

PROCEDENCIA: HUANCABAMBA- ANDAHUAYLAS-APURIMAC

FECHA: 03/03/2021

Fecha de ingreso: 24/02/21

Tiempo de enfermedad: 3 semanas

Forma de inicio: insidioso Curso: progresivo

Síntomas y signos principales:

- Disnea moderados esfuerzos
- Tos productiva
- Hiperchromía en piel
- Eritema malar
- Caída de cabello

Relato de la enfermedad

Paciente mujer de 31 años que ingresa por emergencia con disnea a moderados esfuerzos, tos productiva con expectoración blanquecina, anasarca, además de lesiones descamativas pruriginosas con pigmentación hiperocrómica en abdomen, axila y pómulos, presencia de eritema malar, además de alopecia según la escala ludwing grado II-2.

Actualmente disnea a moderados esfuerzos, edema a predominio de extremidades inferiores y superiores (++/+++).

ANTECEDENTES:

Ginecológicos: menarquia a los 17 años, FO: G2P2002, histerectomía: 3 año.

Alergias: niega

EXAMEN FÍSICO:

PA: 100/60 MMHG, FC: 89x min. FR: 29x min. TEMP: 36.6°C , peso: 55kg

PIEL Y F: T/E/H, llenado capilar menos 2 seg, presencia de lesiones cutáneas de aspecto escamoso generalizada con hiperpigmentación en áreas de abdomen ,axila y pómulos, presencia eritema malar.

Cabello: con alopecia según escala de Ludwig II-2

CUELLO: simétrico

TORAX: MV disminuido en Hemitórax derecho, se auscultan crépitos

Hemitórax derecho .

CARDIACO: RCR de buena intensidad, se auscultan soplo funcional.

ABDOMEN: Plano, RHA (+), blando depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda

EXTREMIDADES: simétricas, móviles según rango articulares

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15. No signos de focalización.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Hemograma (24/02/21): Leucocitos= 17.72×10^3 , Hb=9.5, Hct=30.4, MCV=69.9, MCH =21.9, plaquetas= 133,

Examen completo de orina (26/02/21) sedimentos: leucocitos =18 - 20 por campo, examen químico nitritos (+++), leucocitos (+).

HIV : NO REACTIVO. Anticuerpos Hbs Ag: No reactivo. Anticuerpos Sífilis: No reactivo.

Perfil de hemostasia TP=24 .7 TPPA=42.4, INR =2.8, Exámenes de inmunoserología: factor reumatoideo: negativo, anticuerpos de sífilis negativo,

Covid 19 negativo.

AGA (25/02/2021): PH:7.44 PCO2: 34 PO2: 49 HCO3: 23.2 SAT O2: 86% ,Na: 139, k: 2.7 , Ca: 1.1 Hb: 9.9 g/DL.

Glucosa (01/03/21): 80 mg/dl, urea: 23, creatinina: 0.68 mg/dl, albumina:1.78 g/dl LDH: 976 U/L PCR: Positivo, TGP: 7 U/L Albumina: 1.78 g/dl TGO: 37 U/L GGT: 37 U/L Fosfatasa alcalina: 161 U/L Globulina: 4.17 g/dl

Hemograma (01/03/2021): Leucocitos: 4.17×10^3 , Plaquetas: 94,

Hemoglobina: 8.2 g/dl.

Ecografía Abdominal (25/02/2021) =se evidencia esteatosis hepática grado 3, esplenomegalia leve, ascitis leve más derrame pleural, nefropatía tipo 1 bilateral.

Radiografía de tórax: Efusión pleural de Hemitórax derecho.

TRATAMIENTO:

- Dieta blanda hiposódica, hipo grasa, hiperproteica VT=1000cc en 24 horas.
- Noradrenalina 6 mg+ dextrosa 5% 100 → tituable para PAM mayor a 65 mmHg
- Ceftriaxona 2gramos EV C/24 horas.
- Furosemida 40 mg 1 amp cada 12 horas.
- Espironolactona 25mg 1 tb mañana y noche.
- Ranitidina 50 mg 1 ampolla VE c/8horas.
- Clorfenamina 10mg 1 ampolla EV c/8horas
- Permetrina tópica en lesiones (noche)

Impresión diagnóstica:

- Lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación
- Paciente debe ser referido a centro de mayor complejidad para manejo por la especialidad de reumatología

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Santa Rosa

Es una entidad del Ministerio de Salud que brinda atención integral al paciente a través de sus diferentes servicios especializados, hospitalización, consultorio externo y emergencia para brindar un diagnóstico y manejo oportuno; priorizando la atención de la madre gestante y recién nacido. (3)

Es un hospital de nivel de complejidad de tipo III, que tiene por misión la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, garantizando una atención integral a las personas a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y a los usuarios que son remitidos por cada uno de los establecimientos de salud de su jurisdicción, favoreciendo a los pobladores de menores ingresos económicos para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida. (4)

Tiene una población usuaria en los distritos Pueblo Libre con un 23%, Distrito de Magdalena 10%, Jesús María 6% y el 61% del resto de los distritos de Lima, el mayor grupo poblacional que hace uso de los servicios hospitalarios del Hospital, se encuentra entre las gestantes (adolescentes y adultos).

El hospital Santa Rosa presenta cuenta con recursos altamente calificado en el Área Asistencial y administrativa siendo evaluados de acuerdo a las exigencias de la demanda con una infraestructura, tecnología y equipamiento para brindar un servicio oportuno que permita la satisfacción del usuario y del personal de salud de la institución.

Dentro del hospital su distribución es por departamentos altamente organizados de la siguiente manera:

- Departamento de Cirugía
- Departamento de Medicina.
- Departamento de Ginecología y Obstetricia
- Departamento de Pediatría.
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Departamento de Oncología
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes
- Departamento de Odontología
- Departamento de Enfermería.
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- Departamento de Nutrición y Dietética.
- Departamento de Servicio Social.
- Departamento de Farmacia

Los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de este hospital se encuentran enfocados en la respuesta a las Prioridades Sanitarias establecidas en el marco del Plan Operativo Institucional para asegurar la continuidad de la atención de los usuarios en los diferentes establecimientos de salud; de los diferentes niveles de atención de manera oportuna y eficiente, en beneficio de la salud de la población. (5)

Durante esta etapa del internado antes de la pandemia tuvimos la accesibilidad de rotar en el servicio de cirugía general con las disposiciones tanto del hospital como de la universidad cumpliendo los horarios establecidos, actividades académicas y las prácticas asignadas en hospitalización, emergencias, sala de operaciones y consultorios supervisado por nuestros tutores.

2.2 HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS

Es un hospital que brinda servicios de promoción y prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para la población usuaria de la región Apurímac con

eficacia y calidad, cuenta con recursos humanos competentes y con equipos básicos en las áreas clínica.

Pertenece a la dirección de salud Apurímac II con una categoría de NIVEL II-2, es un hospital referencial de la jurisdicción de Andahuaylas, Chincheros, Ayacucho y Cusco, que brinda servicios competentes en las diferentes áreas de manejo tanto hospitalario, asistencial y docencia para el beneficio de la población usuaria como del personal de salud priorizando la atención de la madre gestante y recién nacido con énfasis exclusivo de lactancia materna. El grupo poblacional que hace uso de los servicios hospitalarios del Hospital, se encuentra entre niños, adolescentes adultos y gestantes.

El hospital se encuentra en la provincia de Andahuaylas que tiene una extensión de 3 987,00 kilómetros cuadrados y se divide en veinte distritos, además cuenta con una población aproximada de 143 846 habitantes.

La Organización estructural del hospital SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS se encuentra conformado por las siguientes áreas

- Administración
- Unidad de Estadística e Informática
- Unidad de Seguros
- Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
- Unidad de Gestión de Calidad
- Unidad de Recursos Humanos
- Unidad de servicios generales y mantenimiento
- Unidad Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Legal

PARTE ASISTENCIAL

- Departamento de Medicina
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Pediatría
- Departamento de Gineco Obstétrica

- Departamento de Odontología
- Departamento de Enfermería
- Departamento de Emergencia
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes
- Departamento Apoyo al Tratamiento.

El internado en los momentos de pandemia ha producido grandes inconvenientes en los procesos de un internado regular los cuales se tomaron medidas y el cumplimiento del decreto de urgencia N°090-2020 como el retorno progresivo a los hospitales y centros de salud , acortándose las horas de prácticas y evitando ir a las áreas COVID- 19 con el fin de salvaguardar nuestra salud y evitar así el contagio , el hospital de Andahuaylas en coordinación con el área de epidemiología nos brindaron EEP completos y toma de pruebas rápidas para COVID 19 mensualmente , a pesar del cumplimiento de bioseguridad frente a esta enfermedad y debido a la alta tasa de propagación tuvimos médicos asistentes y compañeros cointernos contagiados por el Covid 19 por lo que tuvieron que cumplir la cuarentena estricta .

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Servicio de Cirugía en el Hospital Santa Rosa

Caso clínico N° 1: colecistitis crónica calculosa

Preparación para la cirugía programada por laparoscopia: Se realiza la historia clínica previa más el riesgo quirúrgico completando los exámenes de laboratorio faltantes, se solicitaba los materiales que se utilizaran para el acto quirúrgico indicada por el médico cirujano.

Según el rol los internos ingresábamos a las cirugías programadas con ciertas funciones designadas por el tutor.

Reporte quirúrgico:

Fecha: 16/01/20 Hora de inicio: 9:00am Hora termino: 10.30am

Procedimientos de la operación:

- Asepsia y antisepsia más colocación de campos estériles
- Técnica de laparoscopia utilizada francesa o americana, con 4 puertos o trocares
- Se procedía la instalación de neumoperitoneo con CO2 por punción con presión recomendada 12mmHg.
- Exposición del pedículo hepático mediante la disección de la unión cístico vesicular con electrocauterio a 20w de intensidad
- Disección progresiva del triángulo, cerca de la pared vesicular teniendo en cuenta la identificación de la arteria cística
- Clipeado de la arteria cística y conducto cístico
- Exposición y retiro de la vesícula biliar con una correcta disección
- Revisión de hemostasia

- Suturar las heridas operatorias por los 4 tocares
- Paciente tolera acto quirúrgico (6).

Diagnóstico Preoperatorio: colecistitis crónica calculosa

Diagnóstico Postoperatorio: colecistitis crónica calculosa

Operación practicada:

Colecistectomía laparoscópica Hallazgos: vesícula biliar de 9x3x3cm con adherencia a epiplón, pared gruesa. con contenido de cálculos biliares de +- 1.5 cm de diámetro

Post operatorio:

- NPO por 6 horas luego tolerancia oral
- CINA al 9/1000 cc XX gotas por min
- Metamizol 1gramo EV cada 8 horas
- Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
- CFV

Primer día post operado: Paciente refiere leve dolor a nivel de las heridas operatoria afebril hemodinámicamente estable con tolerancia oral progresiva, con evolución favorable en condiciones de alta

Según la guía de práctica clínica del Es salud para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis :

Se Considera la indicación de colecistectomía laparoscópica en pacientes con colelitiasis asintomática que pertenezcan a alguno de los siguientes grupos:

- En caso de riesgo de malignidad o Litiasis asociadas a pólipo(s) > a 1 cm de diámetro o Vesícula biliar calcificada (porcelana)
- Cálculo(s) \geq a 3 cm.
- Colelitiasis asintomática asociada a coledocolitiasis
- Pacientes trasplantados (antes o durante el trasplante)
- Condiciones hemolíticas crónicas (anemia de células falciformes). (7)

Según la guía de uptodate

El procedimiento para una Colecistectomía electiva:

En pacientes que presentan un cólico biliar típico más cálculos biliares que se observan en las imágenes ecográficas se recomienda colecistectomía electiva para prevenir nuevos cólicos asociados a complicaciones

Los pacientes que son diagnosticados con colecistitis calculosa aguda serán ingresados al hospital para ser manejados quirúrgicamente previa hidratación intravenosa, control del dolor, y antibióticos intravenosos

Generalmente la colecistectomía se realiza por vía laparoscópica, aunque también se puede realizar a través de una incisión abierta en el cuadrante superior derecho. Al comparar el procedimiento de la colecistectomía abierta y la colecistectomía laparoscópica se concluye que se acorta la duración de la estancia hospitalaria y se reduce el dolor posoperatorio

La colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda puede volverse más exigente al presentarse inflamaciones severas, sangrado adherencias en el triángulo de calot o sospechas de la lesión del conducto biliar por tal motivo los cirujanos deben estar preparados una técnica alternativa colecistectomía abierta o subtotal para garantizar la seguridad del paciente. (8)

Caso Clínico N ° 2: Apendicitis aguda

La preparación de la cirugía de emergencia por apendicetomía: Se realiza la historia clínica de emergencia más el riesgo quirúrgico, se solicita los materiales que se utilizaran para la cirugía, se prepara para ingresar a sala de operación.

Según el rol los internos por guardias en emergencia ingresábamos a las cirugías con ciertas funciones designadas y supervisadas por el tutor.

Reporte quirúrgico:

Fecha: 25/01/20

Hora de inicio: 9:00pm Hora termino: 10.30pm

Diagnóstico Preoperatorio: Apendicitis aguda

Diagnóstico Postoperatorio: apendicitis aguda complicada más abdomen agudo quirúrgico

Procedimientos de la operación:

Se procede a realizar una apendicectomía de urgencia.

Apendicetomía abierta, más rafia cecal por apendicitis aguda complicada más abdomen agudo quirúrgico.

Post operatorio:

- NPO por 6 horas luego tolerancia oral.
- ClNa 9%1000cc (500cc Ev. STAT)
- Ceftriaxona 2gramos Ev c/24h
- Metamizol 500mg Ev c/8 horas
- Omeprazol 40mg Ev c/24h
- Tramadol 100mg Ev c/8horas
- CFV.

Primer día post operado

Paciente refiere leve dolor a nivel de la herida operatoria con signos vitales estables niega náuseas, niega vómitos, tolera adecuadamente dieta indicada, evolución favorable, en condiciones de alta

Según Uptodate la apendicitis aguda no perforada:

El tratamiento indicado es la apendicectomía, que puede ser abierta o por vía laparoscópica.

En un paciente establece con apendicitis aguda no perforada se recomienda la apendicectomía dentro de las 12 horas; previamente deben recibir hidratación intravenosa, control del dolor y antibióticos intravenosos. El momento de la cirugía también depende de los recursos completos en el quirófano y la disponibilidad de los cirujanos. Una vez que se ha tomado la decisión de realizar la operación el paciente debe proceder al quirófano con la menor demora posible para minimizar la posibilidad de progresión a perforación.

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

Los pacientes que proceden directamente de la sala de urgencias al quirófano para la apendicectomía sin más demora deben recibir antibióticos profilácticos dentro de una "ventana" de 60 minutos antes de la incisión inicial.

En general, es adecuada una sola dosis de antibiótico preoperatorio para la profilaxis de heridas quirúrgicas. Las pautas establecidas por Medical Letter y el Surgical Care Improvement Project sugieren las siguientes opciones para la apendicectomía: una dosis única de cefoxitina (2 g IV) o cefotetan (2 g IV), o la combinación de cefazolina (2 g si <120 kg o 3 g si ≥120 kg IV) MÁS metronidazol (500 mg IV) o, en pacientes alérgicos a penicilinas y cefalosporinas, clindamicina MÁS uno de los siguientes: ciprofloxacina , levofloxacina , gentamicina o aztreonam.

Después de la apendicectomía abierta o laparoscópica para la apendicitis no perforada, los pacientes pueden comenzar con una dieta de líquida y avanzar según su tolerancia a una dieta regular. No se requieren antibióticos en el posoperatorio. La mayoría de los pacientes son dados de alta dentro de las 24 a 48 horas posteriores a la cirugía. El alta el mismo día es factible, más comúnmente después de una apendicectomía laparoscópica (9)

3.2 Servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital Subregional de Andahuaylas

Caso Clínico N° 1

La preparación para la cesárea de emergencia previamente se realiza la historia clínica más el riesgo quirúrgico, se solicita los materiales que se utilizaran para la cirugía y se prepara a la gestante para ingresar a sala de operación.

En las condiciones en que nos encontramos por el covid-19 a los internos de medicina se nos restringieron el ingreso a las salas de operaciones; sin embargo, tomando las medidas adecuadas y en coordinación con nuestros tutores accedimos a los ambientes de sala de operaciones con las indicaciones y el uso adecuado de los EPP.

Reporte quirúrgico:

Fecha: 03/04/21

Hora de inicio: 2:00pm

Hora termino: 3.00pm

Diagnóstico Preoperatorio: GESTANTE DE 40 5/7SS X FUR, SFA,
RPM>12 HORAS

Diagnóstico Postoperatorio: Confirmado MAS CORIOAMNIONITIS

Operación practicada:

Cesárea de emergencia

Procedimiento de la operación:

- Asepsia y antisepsia más colocación de campos estériles
- Incisión transversal infraumbilical
- Apertura por planos hasta cavidad
- Histerotomía convencional más extracción de recién nacido en cefálico
- Extracción de placenta en forma manual más escobillonaje
- Histerorrafia con cadgut cc1 en 1 plano
- Revisión de hemostasia
- Cierre de pared por planos hasta piel
- Paciente tolera acto quirúrgico

Hallazgos:

- Recién nacido de sexo femenino
- Peso 2990 kgr
- Apgar 7y 9 a los 5 minutos
- Capurro de 40 semanas
- Placenta normoincerta
- Líquido amniótico fétido

Post operatorio:

- NPO por 6 horas, luego tolerancia oral y progresar dieta
- Ceftriaxona 1gr c/12hrs por 7 días
- Ampicilina 2 gramos c6/horas por 7 días
- Ranitidina
- Metamizol

- Ambulación asistida
- Cuidados de la herida operatoria
- CFV

Primer día post cesareada

Post cesareada inmediata por sufrimiento fetal agudo mas corioamnionitis

Paciente se encuentra con dolor a nivel de la herida operatoria, hemodinamicamente estable, se encuentra recibiendo las indicaciones medicas

Según la guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia del

Instituto Nacional Materno Perinatal la rotura prematura de membranas en gestación \geq a 34 semanas, con o sin corioamnionitis: (34 semanas o 2.800 g) (32 semanas o 2.000 g)

Gestante tiene que permanecer en hospitalización y reposo posición decúbito lateral más hidratación intravenosa.

La guía también indica el Inicio con antibióticos profilácticos después de 6 horas de RPM ya que reduce la morbilidad infecciosa materna, pero no es significativa en los RN. Se sugiere como profiláctico: Ampicilina o Cefalosporina 1°G (1-2 g EV c/6 h); y en caso de corioamnionitis: Cefalosporina 3°G (2g EV c/24 h) con Aminoglucósido (Amikacina 1 g EV c/24 h).

- Terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes:
 - Si el test de Bishop es mayor o igual a 7: Inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal monitorizado.
 - Si el test de Bishop es menor de 7: Maduración Cervical con 2 mU de Oxitocina por 10 horas y luego Inducción del parto.
 - Si la inducción no responde luego de 6 horas, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea

En caso de corioamnionitis: Extraer el producto sin importar edad gestacional. Interrumpir gestación por causa fetal (distrés, infección) o materna (infección):

- Taquicardia fetal persistente.

- Taquicardia materna persistente.
- Hipertermia 38 °C o más.
- Dolor uterino fuera de la contracción.
- LA purulento o fétido.
- Proteína C reactiva mayor de 2 mg/dl.
- Leucocitos mayor de 12.000 por campo o Abastionados mayor al 6 %.
- Ecografía con oligoamnios severo: ILA < 2. (10)

Caso Clínico N° 2 AMEU:

La preparación para el procedimiento de AMEU primero se realiza la historia clínica de la paciente con las medidas de bioseguridad usando adecuadamente el EPP y respetando el distanciamiento, se le solicita sus exámenes de laboratorio para descartar otras patologías y se procede a la preparación de los materiales para el procedimiento en supervisión del médico de ginecología.

Procedimiento del AMEU:

- Paciente en posición de Litotomía
- Colocación de espejo vaginal
- Antisepsia de zona cérvico vaginal
- Pinzamiento de labio anterior
- Bloqueo para cervical
- Histerometría de 12cm
- Introducción de cánula N° 10
- Aspiración Endo uterina
- Retiro de instrumento

Hallazgos:

- Contenido endouterino : gran cantidad de retos ovulares aproximadamente 60cc
- Sangrado: 30cc
- Complicaciones u observaciones: ninguna

Post AMEU:

Paciente se encuentra con signos vitales estables, refiere leve dolor a nivel del hipogastrio, se encuentra en condiciones de alta

Alta con indicaciones:

- Dieta completa más LAV NaCl 9/1000cc (40 gotas po min), azitromicina 1 gramo VO STAT
- Control y orientación en signos de alarma
- Control en su centro de salud

Según la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal

En pacientes hemodinámicamente estables con diagnóstico de aborto no complicado \leq de 12 semanas se procede a una evacuación uterina a través de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o Legrado uterino después de 12 semanas de edad gestacional.

En caso de Aborto No Complicado, el manejo post AMEU es ambulatorio. En los casos de aborto frustrado o retenido mayor de 12 semanas de gestación, considerar manejo hospitalario y legrado uterino en centro quirúrgico, previo estudio de los factores de coagulación.

Manejo de aborto incompleto

Instalar vía endovenosa segura con CINA 9 ‰. Solicitar exámenes auxiliares: Ecografía transvaginal, hemograma, Grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, RPR, prueba de Elisa VIH o prueba rápida.

Procedimiento:

Si el tamaño uterino es menor de 12 cm:

– AMEU ambulatorio, previa dilatación del cuello, si fuera necesario. Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm:

- Si el cuello uterino está abierto, existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, madurar el cuello con prostaglandinas: 200 μ g de misoprostol en el fondo de saco vaginal cada 6 horas, máximo 4 dosis; luego realizar el legrado uterino.

- Si la metrorragia es abundante, colocar una vía segura, aplicar ergometrina o misoprostol y evacuar el contenido uterino inmediatamente en sala de operaciones. Si cérvix estuviera cerrado, realizar una dilatación instrumental seguida de legrado uterino, o mediante histerectomía abdominal en último caso. En caso de aborto incompleto no complicado, el manejo es ambulatorio y en el aborto incompleto complicado se debe hospitalizar. Asimismo, el manejo en pacientes adolescentes es hospitalario (10)

3.3 Servicio de Pediatría en el Hospital Subregional de Andahuaylas

Caso Clínico N°1

Neonato es traído por su madre a emergencia pediátrica, es evaluado por médico quien decide hospitalizarlo en el servicio de neonatología por los signos y síntomas que presenta (Tinción amarillenta en la piel, febrícula, piel deshidratada, distensión abdominal), se solicita exámenes de laboratorio.

EXÁMENES AUXILIARES:

10/12/20

HB :18gr/dl HCT:54. Leucocitos :9,67 , plaquetas : 212 mg/dl
 GLUCOSA:60 bilirrubina total : 16.43mg/dl , BD =2.14 mg/dl , BI =14.29

Neonato de sexo masculino pasa al servicio de neonatología con el diagnóstico de Ictericia por lactancia materna más deshidratación neonatal moderada previa a una historia clínica

Indicación medica

- LME mas 30cc cada 3 horas por succión directa
- Dextrosa al 6.5 % 100cc , CLNa 20% 0.7cc , CLKa al 20 % 0.6cc (VT= 357 , 14.9cc por hora)
- Fototerapia continua mas cuidados
- Reforzar técnica de lactancia materna
- CFV + BHE
- Se solicita exámenes de laboratorio bilirrubina total, bilirrubina fraccionadas y glucosa de control

Primer día de hospitalización

Neonato se encuentra con signos vitales estables en la servocuna radiante, licenciada de enfermería no reportan ninguna otra interurrencia y se refuerza técnica de lactancia materna.

Días siguientes de hospitalización el neonato presenta buena succión y deglución, hidratado con ganancia de peso ponderal sin ningún signo de alarma es dado de alta en condiciones favorables indicándole los signos de alarma correspondientes y control por su centro de salud en dos días

Según la guía del hospital Carrión por su nivel de complejidad y la capacidad resolutive el manejo indicado en RNAT O RNPT mayores o igual a 35 semanas de acuerdo a la edad y al nivel de bilirrubina va de acuerdo al nivel de atención.

Se indica tratamiento con fototerapia en el tiempo hasta conseguir que los niveles de bilirrubina se encuentren en las curvas por debajo del nivel de fototerapia según el rango de seguridad y el uso de protección ocular

Criterios de alta:

cuando la condición del paciente esta estable y los niveles de bilirrubina indirecta se encuentran en descenso y por debajo del nivel requerido para fototerapia con buena tolerancia oral. (11)

Según uptodate la ictericia por leche materna se define como la persistencia de la hiperbilirrubinemia neonatal benigna más allá de las primeras dos a tres semanas de edad. Por lo general, se presenta después de los primeros tres a cinco días de vida, alcanza su punto máximo dentro de las dos semanas posteriores al nacimiento y disminuye progresivamente a niveles normales en el transcurso de 3 a 12 semana

En los lactantes con ictericia que reciben exclusivamente leche materna, los niveles de TB > 5 mg / dL (86 micromol / L) a menudo persisten durante varias semanas después del parto. Aunque la hiperbilirrubinemia es generalmente leve y por lo general no requiere intervención, debe monitorearse para asegurarse de que permanezca en la forma no conjugada y no aumente (12)

Caso Clínico N°2

Neonato de sexo femenino de 39ss x Capurro con APGAR DE 8 y 9 a los cinco minutos nacido de parto por cesárea - polihidramnios severo, recibió atención inmediata y a la evaluación se evidencia que la permeabilización anal se observa un tope de la sonda de aproximadamente 3cm, además de distensión abdominal marcada, con facie Down, no presencia de meconio se realiza aspiración por sonda orogástrica de aproximadamente 80ml de líquido amniótico claro,

Neonato permanece con requerimiento mínimo de oxígeno a flujo libre de un litro con indicación de referencia

TRATAMIENTO:

NPO + SOG a gravedad, Dextrosa al 10% 100cc, gluconato de calcio 10% 2.9cc c/8h EV, suspender si FC < 100LCF, Ampicilina 145mg c/12h Ev, Amikacina 43mg c/24h ev, oxigenoterapia si SatO₂< 90%, Monitoreo de distensión abdominal y distrés

impresión diagnostica:

- ATRESIA ANAL
- TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO

Plan de trabajo:

Paciente debe ser referido a centro de mayor complejidad para evaluación y manejo por la especialidad neonatología, cirugía pediátrica.

Según Uptodate las malformaciones anorrectales: se deben a la detención del descenso caudal del tabique uorrectal a la membrana cloacal. Las malformaciones resultantes van desde ano imperforado aislado hasta cloaca persistente. Estas malformaciones se clasifican como lesiones supra elevadoras "altas", que terminan por encima del cabestrillo elevador y se asocian típicamente con fístulas, y lesiones infra elevadoras "bajas", que terminan debajo del cabestrillo elevador y no están asociadas con fístulas.

Se ha observado dilatación intestinal transitoria aislada a las 12 semanas de gestación en un feto con atresia anorrectal; el colon distal puede estar dilatado

prenatalmente. El canal anal puede parecer pequeño, o el canal anal y el recto pueden estar ausentes.

Las anomalías asociadas ocurren hasta en el 50 por ciento de los casos. La atresia anal se asocia más comúnmente con la asociación VACTERL (atresia vertebral, anal, cardíaca, fístula traqueoesofágica, renal, de extremidades) y ocurre con mayor frecuencia en la trisomía 21

Evaluación de diagnóstico prenatal: el feto debe ser evaluado para detectar anomalías asociadas, incluida la asociación VACTERL. Sugerimos la ecocardiografía, dada la mayor prevalencia de malformaciones cardíacas con malformaciones anorrectales.

El hallazgo de una anomalía estructural fetal aumenta la posibilidad de una anomalía cromosómica o un defecto genético molecular y, por lo tanto, es razonable ofrecer pruebas genéticas de diagnóstico (13)

3.4 Servicio de Medicina Interna en el Hospital Subregional de Andahuaylas

Caso N°1

Paciente es traído por sus familiares con los signos y síntomas (Dolor abdominal ,melena hematemesis, palidez, astenia, hiporexia) es evaluado por médico de emergencia con el diagnostico de hemorragia digestiva alta se indica tratamiento y pase al hospitalización del servicio de medicina interna , se le realiza historia clínica y la referencia a hospital de mayor complejidad, se necesita una endoscópica de urgencia por sangrado activo evidenciado en las heces tipo melena , medico gastroenterólogo se encontraba en sus 15 días de cuarentena por caso Covid 19 positivo.

TRATAMIENTO:

- NPO ,
- Dextrosa 5% , NaCl 1 ampolla , ClK 1 ampolla (xx gotas por minuto)
- ceftriaxona 2 gr EV c/ 24 horas
- omeprazol 40 mg Ev c/12 horas
- sucralfato 5cc VO C / 8 horas

IMPRESION. DIAGNOSTICA.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

PLAN DE TRABAJO

Paciente debe ser referido a centro de mayor complejidad para manejo por la especialidad de gastroenterología

Según uptodate Los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda suelen presentar hematemesis (vómitos de sangre) y / o melena (heces negras alquitranadas). La evaluación inicial de los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda implica una evaluación de la estabilidad hemodinámica y reanimación si es necesario. A continuación, se realizan estudios de diagnóstico (generalmente endoscopia), con los objetivos del diagnóstico y, cuando sea posible, el tratamiento del trastorno específico.

La endoscopia es la modalidad diagnóstica de elección para identificar lesiones hemorrágicas en el tracto gastro intestinal superior. Además, una vez que se ha identificado una lesión hemorrágica, la endoscopia terapéutica puede lograr una hemostasia aguda y prevenir la hemorragia recurrente en la mayoría de los pacientes.

Manejo preendoscópico: antes de la endoscopia, los pacientes deben recibir medidas de apoyo generales, que incluyen:

Suministro de oxígeno suplementario mediante cánula nasal.

- Nada por boca
- Dos catéteres periféricos de gran calibre (calibre 18 o mayor) o una vía venosa central

Se recomienda la endoscopia digestiva alta en un plazo de 24 horas para la evaluación y el tratamiento de los pacientes ingresados con hemorragia digestiva alta aguda. Para los pacientes con sospecha de sangrado por varices, realizamos una endoscopia dentro de las 12 horas posteriores a la presentación. (14)

Caso clínico N° 2

Paciente es traída por su esposo a emergencia con los signos y síntomas (disnea moderados esfuerzos, tos productiva, hiperemia en piel, eritema malar, caída de cabello) es evaluado por medico de turno con la impresión I

diagnostica de Lupus eritematoso sistémico; se solicita exámenes de laboratorio correspondiente y se hospitaliza en el servicio de medicina interna.

Indicaciones medicas

- Dieta blanda hiposódica, hipograsa, hiperproteica VT=1000cc en 24 horas.
- Noradrenalina 6 mg+ dextrosa 5% 100 → titulable para PAM mayor a 65 mmHg
- Ceftriaxona 2gramos EV C/24 horas.
- Furosemida 40 mg 1 amp cada 12 horas.
- Espironolactona 25mg 1 tb mañana y noche.
- Ranitidina 50 mg 1 ampolla VE c/8horas.
- Clorfenamina 10mg 1 ampolla EV c/8horas
- Permetrina tópico en lesiones (noche)

Impresión diagnostica:

- Lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación
- Paciente debe ser referido a centro de mayor complejidad para manejo por la especialidad de reumatología

Según UpToDate Los objetivos de la terapia para los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es garantizar la supervivencia a largo plazo, lograr la menor actividad posible de la enfermedad, prevenir el daño orgánico, minimizar la toxicidad de los medicamentos, mejorar la calidad de vida y educar a los pacientes sobre su papel en el manejo de la enfermedad.

El tratamiento del LES se individualizada según las preferencias del paciente, las manifestaciones clínicas, la actividad y gravedad de la enfermedad y las comorbilidades. Los pacientes requieren un seguimiento a intervalos regulares por parte de un reumatólogo u otro proveedor para optimizar las terapias farmacológicas y no farmacológicas y lograr los objetivos del tratamiento. Los pacientes a menudo tienen afectación del sistema multiorgánico y pueden requerir atención multidisciplinaria.

La estrategia de manejo para el LES es generalmente consistente con las guías desarrolladas por organizaciones profesionales, incluyendo la Liga Europea Contra el Reumatismo, la Sociedad Británica de Reumatología y otras.

Dada la heterogeneidad de la presentación de la enfermedad y el curso clínico entre los pacientes con LES, se debe realizar una evaluación de la actividad de la enfermedad en cada visita a la clínica. Además, las características atribuibles al LES activo deben distinguirse del daño crónico, la toxicidad de los fármacos y otras afecciones como la infección o la fibromialgia (o el dolor crónico centralizado). Por ejemplo, una proteinuria marcada y una tasa de filtración glomerular reducida pueden resultar de una inflamación activa o de glomérulos cicatrizados. La diferenciación entre estas dos posibilidades tiene implicaciones terapéuticas significativas, ya que la terapia inmunosupresora no debe incrementarse en este último escenario. Del mismo modo, el dolor articular puede estar relacionado con una sinovitis activa para la que pueden estar indicados los glucocorticoides

La elección de la terapia para el lupus eritematoso sistémico (LES) es muy individualizada y depende de los síntomas predominantes, la afectación de órganos, la respuesta a la terapia previa y la actividad y gravedad de la enfermedad. Los efectos adversos de los agentes terapéuticos individuales y las preferencias del paciente también deben tenerse en cuenta al determinar la terapia (15)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado de medicina durante los meses del 1 de enero al 15 de marzo antes de la pandemia fue una experiencia sin restricciones en el campo clínico cumpliendo nuestros horarios, asistencia a las salas de operaciones en cirugía, guardias y rotaciones en emergencias.

Luego con la llegada de la pandemia del Covid – 19 se tuvo que suspender y reiniciar de manera progresiva en otros establecimientos de salud y hospitales de provincia ya que los hospitales de inicio suspendieron y limitaron el número de internos por lo que tuvimos que optar por otros centros de salud.

Dentro de las dificultades que se evidencio fue adquirir los equipos de protección personal (EPP) ya que eran limitados y escasos.

A pesar de los inconvenientes se pudo culminar el internado cumpliendo el decreto de urgencia emitido por el Ministerio de Salud.

CONCLUSIONES

Durante los diez meses de internado he logrado alcanzar los objetivos trazados por la Universidad, tanto en el campo clínico y teórico a pesar de la situación atípica por la pandemia del Covid – 19.

A mi percepción los profesionales de salud entre ellos médicos, licenciadas en enfermería, obstetras y técnicos de los distintos servicios, demuestran competencias y trabajo en equipo por el bien de la salud de los pacientes.

Se concluye que el internado medico es una etapa valiosa en la formación de los estudiantes de medicina que debe ser priorizada donde se desarrollan nuevas competencias para la atención integral de la salud.

RECOMENDACIONES

Ante la situación de la pandemia es recomendable continuar con los requisitos enviados por el MINSA para la seguridad del interno cumpliendo los horarios establecidos y usando adecuadamente del EPP para disminuir el riesgo de contagio por el Covid -19.

Adecuarnos al nuevo aprendizaje mediante el uso de la tecnología virtual, para continuar con los estudios y las practicas hospitalarias

Es considerable la comunicación constante por parte de los coordinares y tutores de los hospitales y centros de salud con la universidad para el desarrollo continuo de los temas indicados en el syllabus del internado según la rotación correspondiente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico [Internet]. [citado 30 de abril de 2021] Disponible. / <https://amp.cmp.org.pe> › AMP › article ›
- 2.- SÍLABO MEDICINA (INTERNADO) USMP-FMH 2020 [Internet]. [citado 30 de abril de 2021] Disponible https://medicina.usmp.edu.pe/images/academico/departamentos/internado/2020/13_ciclo/SILABO_MEDICINA_2020.pdf
- 3.-Plan estratégico del Hospital Santa rosa [Internet]. [citado 30 de abril de 2021] Disponible <file:///C:/Users/User/Downloads/planEstrategicoHSR2002-2006-desbloqueado.pdf>
- 4.- Ministerio de salud del Hospital Santa rosa setiembre 2020 [Internet]. [citado 30 de abril de 2021] Disponible. <https://www.hsr.gob.pe/>
- 5.- Ministerio de salud del Hospital Santa rosa resolución directorial setiembre 2017 [Internet]. [citado 30 de abril de 2021] Disponible. <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2017/resoluciones/RD-377-2017.pdf>
- 6.- la guía de práctica clínica del Hospital Santa rosa [Internet]. [citado 30 de abril de 2021]. Disponible <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-493-2015.pdf>
- 7.- Guía de práctica clínica del Essalud [Internet]. [citado 30 de abril de 2021]. Disponible en http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf

8.- Charles M Vollmer, Jr, MD Tratamiento de la colecistitis aguda por cálculos

[internet]. Uptodate .com [citado el 30 de abril de 2021] Disponible en:https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=calculo%20biliar%20&topicRef=673&source=related_link

9.- Douglas Smink, MD, MPH Manejo de la apendicitis aguda en adultos

[internet]. Uptodate .com [citado el 30 de abril de 2021] Disponible en : https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H17

10.- Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 30 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

11.- Guía del hospital Carrión por su nivel de complejidad y la capacidad resolutive [Internet]. [citado 30 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-pediatr%C3%ADa.html>

12.- Ronald J Wong, BA Hiperbilirrubinemia no conjugada en el recién nacido: patogenia y etiología [internet]. Uptodate .com [citado el 30 de abril de 2021] Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-the-newborn-pathogenesis-and-etiology?search=breastfeeding%20jaundice&source=search_result&selectedTitle=1~16&usage_type=default&display_rank=1#H15

13.- Dorothy I Bulas, MD Diagnóstico prenatal de atresia esofágica, gastrointestinal y anorrectal [internet]. Uptodate .com [citadel 30 de abril de 2021] Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-diagnosis-of-esophageal-gastrointestinal-and-anorectal->

atresia?search=%20anal%20atresia&source=search_result&selectedTitle=1~48&usage_type=default&display_rank=1

14.- John R Saltzman, Abordaje de la hemorragia digestiva alta aguda en adultos [internet]. Uptodate .com [citado el 30 de abril de 2021] Disponible en [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=upper%20gastrointestinal%20bleeding&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

[adults?search=upper%20gastrointestinal%20bleeding&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=upper%20gastrointestinal%20bleeding&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

15.- Daniel J Wallace, MD Manifestaciones clínicas y diagnóstico del lupus eritematoso sistémico en adultos [internet]. Uptodate .com [citado el 30 de abril de 2021] Disponible en : <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-and-prognosis-of-systemic-lupus-erythematosus>

[adults?search=lupus%20eritematoso%20systemic&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-and-prognosis-of-systemic-lupus-erythematosus)