



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE CHANCAY EN EL
PERIODO 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BILLY ALEX COLLAZOS JARA

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE CHANCAY EN
EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BILLY ALEX COLLAZOS JARA

ASESORA

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dr. Luis Manuel Taxa Rojas

Miembro: Dr. José Antonio Galarreta Zegarra

Miembro: Dra. Katherine Iris Gutarra Chuquin

DEDICATORIA

El presente informe está dedicado a mis padres, gracias por brindarme su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años de carrera universitaria. Viviré eternamente agradecido por cada consejo que me brindaron, sin ustedes no hubiera logrado esta primera meta.

Billy Alex Collazos Jara

AGRADECIMIENTOS

En esta oportunidad, agradezco a mis docentes formadores del Hospital de Chancay, doctores de gran sabiduría quienes se esforzaron por encaminarme a ser un mejor profesional sin dejar de lado al ser humano detrás del mandil.

Billy Alex Collazos Jara

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Importancia del internado en su profesión	1
1.2 Expectativas y logros	1
1.3 Casos clínicos según especialidad	1
1.3.1 Cirugía general	1
1.3.2 Pediatría	4
1.3.3 Ginecología y Obstetricia	7
1.3.4 Medicina Interna	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	14
2.1 Situación antes de la emergencia sanitaria	14
2.2 Situación durante la emergencia sanitaria	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	17
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	19
4.1 Rotación de cirugía	19
4.2 Rotación de pediatría y neonatología	20
4.3 Rotación de gineco obstetricia	20

4.4 Rotación de medicina interna	20
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24
ANEXOS	26
1. Manejo de la apendicitis aguda en adultos	27

RESUMEN

Objetivo: Describir las competencias que fueron adquiridas con éxito durante el internado médico realizado en el hospital de Chancay en los años 2020 y 2021. **Métodos:** Se seleccionaron ocho historias clínicas, cada una correspondiente a las rotaciones de pediatría, cirugía, ginecología y medicina interna, respectivamente. **Resultados:** A pesar de las diversas dificultades presentadas durante el año, se culminó el internado médico adquiriendo distintos conocimientos que serán útiles para la nueva etapa profesional. **Conclusiones:** Podemos concluir que, durante este tiempo, se ha logrado un nivel de conocimientos adecuado, óptimo y concordante con lo que hoy en día se espera de un médico cirujano; además de eso, egresaremos con la experiencia de haber vivido de cerca la crisis sanitaria.

ABSTRACT

Objective: To describe the acquired proficiencies during my medical internship, which I started and finished successfully at the hospital of Chancay. Besides, I want to mention the limitations that took place due to the sanitary emergency of 2020 and 2021. Methods: In total, 8 medical records were selected. 2 for each one of the specialties of pediatrics, surgery, gynecology and internal medicine. Results: In despite of the difficulties occurred during the year, I could finish the medical internship acquiring knowledge that will be useful for the new following professional stage. Conclusions: It can be concluded that, during this period, I have reached an adequate, optimum and concordant level of knowledge, according to the actual expectations of a doctor. Furthermore, we will all graduate with the experience of having seen closely the health crisis.

INTRODUCCIÓN

El hospital de Chancay se inauguró el 17 de septiembre de 1971, es un establecimiento de salud categorizado como nivel II-2 (1).

El internado médico inició en enero del 2020, el hospital de Chancay realizó una inducción a todos los estudiantes, el cual estuvo a cargo del Dr. Carlos Pau Dulanto, quien se desempeña como director adjunto del nosocomio. En esta reunión se nos mencionó que su objetivo como institución era dar a conocer a los nuevos internos de medicina el reglamento de internado del hospital, internalizar los conceptos y normas administrativas del hospital, mencionarnos la misión y visión interna, así como lograr que los Internos brinden una atención de calidad a los pacientes basados en sus derechos, con un enfoque ético y humanizado.

Se inició el año con la rotación de cirugía; sin embargo, casi a mediados de marzo, se notificó el primer caso confirmado de coronavirus en el Perú, paralizando nuestras labores asistenciales para reemplazarlas por un confinamiento obligatorio. En esos meses, la universidad se encargó de brindar el apoyo académico mediante clases virtuales; hasta noviembre del 2020, que nos reincorporamos a nuestras labores hospitalarias, encontrándose un panorama diferente al habitual, por lo que se capacitó al interno de medicina con actualizaciones de la enfermedad por COVID-19, además se dio charlas del uso correcto del equipo de Protección Personal (EPP) y la correcta técnica de higiene de manos para la prevención de la propagación del virus.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Importancia del internado en su profesión

El internado Médico es la etapa donde el estudiante, junto a sus habilidades y conocimientos, se instruye para el afrontamiento de casos reales para que así se vaya adaptando a la realidad de la práctica clínica.

la importancia del internado médico al ser el último peldaño de la etapa curricular en la que el estudiante tiene la oportunidad de aprender realizando, que es la mejor forma de adquirir conocimientos.

1.2 Expectativas y logros

El internado es la mejor oportunidad para que el interno de medicina fortalezca y lleve a la práctica todos los conocimientos adquiridos en el transcurso de toda la formación médica (2). Para lograr llevar a cabo este proceso se contaba con la asesoría y seguimiento continuo por parte de la universidad, los tutores y docentes designados por áreas de especialidad, añadido a la continua preparación por parte de las academias, sumando conceptos teóricos y muy poco de la parte práctica que al final es la finalidad de este año crucial de internado médico.

1.3 Casos clínicos según especialidad

1.3.1 CIRUGÍA GENERAL

APENDICITIS AGUDA

Caso clínico

Anamnesis: Mujer de 27 años de iniciales BLFA, con tiempo de enfermedad de 7 horas, acude a la emergencia por dolor abdominal, asociado a náuseas y vómitos. presenta fiebre, se le coloca una vía para la administración de fluidos y se le pide un hemograma.

Antecedentes personales: Niega

Alergias: No alergias conocidas

Exploración:

- AREG, AREH, AREN
- Temperatura: 38.1°C Peso: 55 kg
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos
- TYP: Tórax simétrico, con buena amplexación. MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados.
- CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación profunda en mesogastrio y dudoso dolor en fosa iliaca derecha, rebote negativo, dudosa defensa a la palpación en fosa iliaca derecha.
- ORL: COA sin alteraciones, faringe sin alteraciones. Amígdalas normales. No exantema, no signos de irritación meníngea.
- SNC: LOTEP, escala de Glasgow 15/15

Se deja al paciente en observación. Migración de dolor hacia FID de inicio en mesogastrio. persiste dolor tipo cólico con pérdida de apetito. se le hace una nueva exploración abdominal: dolor a la palpación profunda en FID. Murphy (negativo). McBurney (positivo), Blumberg (negativo), Valsalva (positivo), Psoas (negativo). No visceromegalias. Puño percusión renal (negativa) Alvarado 7.

Analítica: Leucocitos: 16570. HB: 12 g/dl, Segmentados: 15 y PCR: normales. Coagulación: normal.

Diagnóstico: Abdomen agudo

Plan: Ante la exploración física y el empeoramiento de parámetros analíticos se decide exploración quirúrgica por presentar escala de

Alvarado en 7.

Se administra Cefazolina 2g + Metronidazol 500mg profiláctico (3). En la exploración intraoperatoria se observa una apendicitis supurada. En el postoperatorio se instaura analgesia y dieta de líquidos claros y avanzar según su tolerancia a una dieta regular. El paciente evoluciona favorablemente, permaneciendo afebril, por lo que se decide el alta hospitalaria a las 48 horas de la cirugía y su control por consultorio externo en 7 días.

HERNIA UMBILICAL

Caso clínico

Anamnesis: Varón de 32 años de iniciales EBRP, refiere que desde hace 1 año y sin ninguna causa aparente, presento masa palpable en región umbilical la cual incremento de tamaño progresivamente hasta alcanzar un diámetro de 2.5 cm aproximadamente, esta se acompaña de prurito ocasional y dolor tipo urente de intensidad leve 2/10, se incrementa al realizar esfuerzo físico intenso. motivo por el cual acude a consulta externa donde se le programa para SOP.

Antecedentes personales:

- Automedicación con aines
- Alcohol cada semana hasta llegar a la embriaguez.

Alergias: Niega

Exploración:

- AREG, ABEH, AREN
- Temperatura: 36.3°C, peso: 98 kg, IMC: 36.03
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos
- TYP: Tórax simétrico, con buena amplexación. MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen

- Inspección: Coloración de la piel concuerda con el resto del cuerpo, abultamiento en región umbilical de aproximadamente 2 cm de

diámetro.

- Palpación: Blando depresible, no doloroso a la palpación superficial, pero si a la profunda 4/10, presencia de masa a nivel de región umbilical de aproximadamente 2.5 cm de diámetro.
- Percusión: Timpánico en todo marco colónico.
- Auscultación: RHA (+)
- ORL: COA sin alteraciones, faringe sin alteraciones. Amígdalas normales. No exantema, no signos de irritación meníngea.
- SNC: LOTEP, escala de Glasgow 15/15.

Se pasa al paciente a hospitalización para programarlo para SOP, con buen estado general, hemodinámicamente estable, asintomático, afebril, con expectativa quirúrgica para resolver hernia umbilical.

Analítica: Leucocitos: 6570, plaquetas 267000 HB: 14.6 g/dl, PCR: normales. Coagulación: normal.

Diagnóstico: Hernia umbilical

Plan: Ante la exploración física se le programa para cirugía electiva hernioplastia.

Nota postquirúrgica, se le realiza una hernioplastia con hallazgo quirúrgico. Hernia umbilical con defecto aponeurótico de 1.5 cm de diámetro aproximadamente. sin ninguna complicación. se le prescribe 1) dieta completa 2) CFV 3) Ketorolaco 30mg IV c/8 horas y alta.

Paciente postquirúrgico, afebril, hidratado, con evolución favorable, buena diuresis, tolera la vía oral. Alta con ibuprofeno 400 mg VO C/ 8 horas, cita por consultorio externo en 8 días (4).

1.3.2 PEDIATRÍA

ESCABIOSIS

Caso clínico

Anamnesis: Ingresa paciente varón de 6 años de edad de iniciales DFDA.

Tiempo de enfermedad 2 semanas de evolución de inicio insidioso y curso progresivo, acude al área de emergencia por presentar exantema generalizado y prurito intenso por las noches, lo que le ocasiona gran irritabilidad.

Antecedentes personales: Niega

Alergias: Niega

Medicinas de uso frecuente: Antes de acercarse al hospital, tomo antihistamínicos y corticoides tópicos sin presentar mejoría alguna.

Exploración:

- AREG, ABEH, ABEN
- Temperatura: 36.5°C, peso: 50 kg
- Piel: Se encuentran lesiones papuloeritematosas, lesiones costrosas de 2-3mm de diámetro en miembros superiores, miembros inferiores, tórax y abdomen, pliegues axilares, nalgas y región interdigital, además de escoriaciones en todas las zonas mencionadas. Se respeta área cefálica
- TYP: Tórax simétrico, con buena amplexación, MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda.
- Locomotor: ROT
- SNC: LOTEP, escala de Glasgow 15/15. Presenta irritabilidad

Analítica: Ante la sospecha clínica, se realizó un raspado de las lesiones para el estudio histológico

Diagnóstico: ESCABIOSIS

Plan de trabajo:

Se le inicia tratamiento tópico, con Permetrina en crema al 5%, esperando la confirmación del laboratorio.

Posteriormente a los 2 días el análisis del raspado da positivo, encontrándose en las muestras al parásito *Sarcoptes scabiei*, regresa para su resultado y se le indica lo siguiente:

Continuar con Permetrina al 5%, esta crema debe aplicarse en toda la

superficie cutánea, desde el cuello hasta las plantas de los pies, incluyendo las áreas de difícil acceso como debajo de las uñas. Una vez que se aplicó el medicamento al paciente, deberá quedarse de 8-14 horas con la crema, posteriormente se debe bañar al paciente (5). Este proceso debe repetirse 1 a 2 veces por semanas, ya que aún los huevos que están depositados en la epidermis aún maduran en 7 días y llega a la etapa de adultez en 3 semanas. Además de esto, se debe usar antihistamínicos como clorfenamina 3 ml cada 6 horas para disminuir el prurito.

Se recomienda a la mamá del paciente, lavar todas las prendas que estuvieron en contacto con el niño usando agua en altas temperaturas, contando ropa personal, sábanas y demás.

Familiares que estuvieron en contacto con el paciente también deben iniciar el tratamiento, presenten o no la sintomatología.

INGESTA DE MONEDA

Caso clínico

Anamnesis: Paciente LBCP varón de 5 años acude a la emergencia acompañado de su madre por sospecha de ingesta de moneda de 20 céntimos, con 1 hora, no presenta dificultad respiratoria ni tos.

Antecedentes personales: Niega

Alergias: Niega

Medicinas de uso frecuente: Niega

Exploración:

- AREG, ABEH, ABEN
- Temperatura: 36.5°C, peso: 14 kg
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos.
- TYP: Tórax simétrico, con buena amplexación, MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda.
- Locomotor: Reflejos osteotendinosos normales.
- SNC: LOTEP, escala de Glasgow 15/15.

Diagnóstico: Ingesta de moneda

Plan de trabajo:

Se le pide radiografía cervico-torácica, evidenciándose la presencia de un cuerpo extraño (aparentemente una moneda en región esternal, a nivel de 1/3 medio del esófago. se pasa al paciente a observación y se pide una radiografía control en 6 horas. dado que el paciente no refería ningún signo ni síntoma se le indica a la madre regresar en 72 horas para un control con radiografía ya que las ingestas de monedas se eliminan de manera espontánea sin ningún riesgo (6).

1.3.3 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ABORTO TARDÍO

Caso clínico

Anamnesis: Mujer de 34 años gestante de 20 semanas por ecografía de I trimestre, con iniciales RMC. Tiempo de enfermedad de 5 horas de inicio insidioso y curso progresivo, acude a la emergencia por presentar contracciones uterinas cada 3 minutos desde hace 4 horas, niega pérdida de líquido y sangrado.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes ginecológicos: Menarquia: 13 años, G2 P1001, FUR: 02/10/2020, URS: Hace 3 semanas.

Alergias: Niega

Exploración:

- AREG, ABEH, ABEN
- Temperatura: 36.5°C, peso: 50 kg
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos.
- TYP: Tórax simétrico, con buena amplexación, MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: grávido AU: 20 cm SPP: LPD LCF: 154 x', movimientos

fetales presentes

- G-U: TV cérvix centrado permeable 2 dedos, incorporado 80%, membranas ovulares íntegras
- Locomotor: ROT
- SNC: LOTEPE, escala de Glasgow 15/15

Se hospitaliza a la paciente, RP NaCl 0.9% de 1000cc a 30 gotas/min. Además, se le indica Cefazolina 1gr EV cada 8 horas, Hioscina 20mg IM STAT, luego PRN al dolor, metamizol 1g, luego PRN a dolor, reposo absoluto, vigilar signos de alarma, CFV.

Analítica: Prueba antígena negativa, Hb 11.2 g/dL, Hexagon VIH no reactivo, VDRL no reactivo, urea 11, creatinina 0.5, leucocitos 13,240, plaquetas 340000, examen de orina normal.

Diagnóstico:

- Gestante de 20 semanas por ecografía de primer trimestre
- Amenaza de aborto

Plan de trabajo:

Se hospitaliza a la paciente con las indicaciones previas, luego de permanecer 3 horas hospitalizada, la gestante presenta pérdida de líquido y sangrado.

A la exploración física se encuentra abdomen grávido, altura uterina de 20 cm. SPP LPD, latidos cardiacos fetales imperceptibles, movimientos fetales no presentes, al tacto vaginal se encuentra cérvix dilatado, membranas rotas, presencia de sangrado. RP: 1) NPO 2) NaCl 0.9% 1000cc + 90 UI Oxitocina 3) Cefazolina 1 g c/8 horas EV 4) CFV + OSA 5) se programa para legrado.

De esta manera concluimos, que la paciente presenta un aborto incompleto, por lo que se les informa a los familiares e ingresa a sala de partos para continuar la expulsión de feto y extracción de placenta. Feto 380 gr, sexo masculino. Se procede a programar el legrado uterino.

Post legrado: paciente con evolución favorable, con leve dolor RP: 1) NPO 2) NaCl 0.9% 1000cc + Oxitocina 20 UI 30 gotas por minuto. 3) Ergotamina 0.2 mg VO c/8horas 4) Cefazolina 1g EV c/8 horas. 5) CSV + OSA 6) pasa a hospitalización materno.

Por último, se le indica interconsulta con psicología, para posteriormente ser dada de alta. RP: 1) Dieta completa y líquidos a voluntad. 2) Retirar vía 3) Doxiciclina 100mg 1tab VO x 7 días 4) Ergometrina 0.2 mg VO cada 8h por 3 días. 5) Interconsulta con psicología.

PARTO EUTÓCICO

Caso clínico

Anamnesis: Gestante de 37 semanas 3/7, 22 años de edad acude por emergencia con contracciones uterinas y sangrado, con dolor en la región lumbar, que empezó hace 5 horas y se fue incrementando. Niega pérdida de líquido, si pérdida de sangre poca cantidad, refiere que no ha comido porque vomitó a las 13 horas y está con náuseas, sólo ha tomado un poco de agua.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes ginecológicos: Menarquia: 13 años, IRS:16 años, número de parejas: 3, FUR:02-01-20, G:1 P:0, CPN en centro de salud 3, no trae tarjeta.

Alergias: Niega

Exploración:

- AREG, ABEH, ABEN
- Temperatura: 36.5°C, peso: 45 kg
- Piel: T/H/E, palidez de piel y mucosas, llenado capilar 2 segundos.
- TYP: Tórax simétrico, con buena amplexación, MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Grávido AU: 31 cm SPP: LPD LCD: 134 x', movimientos fetales presentes.
- G-U: sangrado +, I: 80%, D: 5 cm, AP: - 3, pelvis ginecoide, variedad de presentación no precisable.
- Locomotor: ROT
- SNC: LOTEP, escala de Glasgow 15/15

Se pasa a observación para continuar con trabajo de parto

Analítica: Hemograma: HB: 9,8 g% grupo o RH+, HTO: 29%, leucocitos: 9,290 pmc, abastionados: 1%, segmentados: 70%, eosinófilos: 1%, basófilos: 0%, monocitos: 5%, linfocitos: 18%.

• Ecografía: Biometría fetal: DBP: 90 mm. AC: 334 mm, LF: 70 mm, sexo: femenino. Peso: 2,930 gramos, Diagnostico: Gestación de 37. 2 semanas por BMF. Crecimiento en percentil 50.

• RPR y prueba rápida de VIH negativas. Prueba rápida COVID 19 (-).

Diagnóstico:

- Gestante de 37 semanas 3/7 Trabajo de parto fase activa
- Anemia moderada
- Hemorragia obstétrica de la 2da mitad

Plan de trabajo:

Se constata atención de parto de RNV, de sexo masculino peso: 3820 gramos, APGAR 9 -9, Capurro 37 semanas, líquido amniótico claro. alumbramiento dirigido tipo Schultze, membranas y cotiledones íntegras, placenta de 500 g, dimensiones: 24x22x2, forma ovoide, tamaño de cordón umbilical 55 cm, sangrado vaginal 150 cc, resto de canal sin alteraciones.

Evolución: Post parto inmediato

Al examen: paciente AREG, AREN, AREH

Piel: T/H/E llenado capilar < 2 segundos.

Tórax Y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ACP, no rales

Mama: Blanda, simétrica, con secreción de calostro.

Abdomen: Útero contraído 2 cm por debajo de cicatriz abdominal, no signos peritoneales, rebote negativo.

Genitourinario: Loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Diagnóstico: Puérpera inmediata de parto vaginal, anemia moderada.

24 horas después del parto se le da de alta con sulfato ferroso 300 mg c/24 horas por 30 días.

1.3.4 MEDICINA INTERNA

REACCIÓN ALÉRGICA MEDICAMENTOSA

Caso clínico

Anamnesis: Mujer de 92 años de iniciales EDCDM, con tiempo de enfermedad de 5 días, acude a la emergencia por lesiones ampollasas distribuidas por todo el cuerpo, asociada al uso de Bactrim (7).

Antecedentes personales:

- DM 2 > 50 años - Metformina 850 mg, 1 después del almuerzo.
- HTA > 50 años - Losartán 50 mg, mañana y noche.
- fractura de cadera > 25 años.

Alergias:

- Alérgica a las sulfas.

Exploración:

- AREG, AREH, AREN
- Piel: Lesiones ampollares con bases eritematosas de distinto tamaño distribuidas por todo el cuerpo respetando cara, cuello, tórax y $\frac{2}{3}$ superiores de abdomen.
- Temperatura: 36.2°C, peso: 48 kg
- TYP: Tórax simétrico, con buena amplexación. MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+) no presenta dolor en ningún cuadrante, rebote negativo, no visceromegalias.
- ORL: COA sin alteraciones, faringe sin alteraciones. Amígdalas normales. No exantema, no signos de irritación meníngea.
- Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15.

Se pasa a la paciente a observación en NPO, se le aplica NaCl 0.9% a chorro, Omeprazol 40 mg, Clindamicina, Ceftriaxona, Hidrocortisona, se le pide un hemograma completo y electrolitos, prueba de antígenos para SARS-CoV-2.

Analítica: plaquetas 121 000, Leucocitos: 10150. HB: 13.8 g/dl, Glucosa: 320 mg/dL, Segmentados: 89 y PCR: no reactivo. Coagulación: normal.

Diagnóstico:

- Síndrome de Stevens-Johnson vs reacción alérgica a medicamentos.
- D/C PTI
- DM 2
- HTA

Plan:

Se la hospitaliza con dieta hipoglúcida, NaCl 0.9% 1000 cc, Hidrocortisona 100 mg c/8 horas, Clindamicina 600 mg c/ 8 horas, Insulina cristalina a escala móvil y curación de lesiones.

Evolución:

El 2 día de hospitalización se le hace interconsulta a dermatología llegando al diagnóstico 1) RAM 2) d/c eritema pigmentado ampollar generalizado (8). se le añade al tratamiento solución de Burow, Betametasona tópico y Mupirocina para las curaciones de las lesiones mañana y noche.

A los 5 días de hospitalización las lesiones estaban en proceso de remisión y se le pidió un nuevo control de hemograma saliendo todos los valores normales plaquetas en 150000, leucocitos 4220 coagulación y bilirrubinas normales.

Paciente presenta evolución favorable, afebril, con lesiones en remisión por lo que se le da el alta con Dexametasona 10 mg VO cada 24 horas por 5 días, Losartán 50 mg, Metformina 850 mg VO 1 tableta c/ 24 horas, Betametasona tópica, Mupirocina tópico y solución de Burow con control por consultorio externo en 5 días.

LITIASIS RENAL

Caso clínico

Anamnesis: Varón de 29 años de iniciales JCMA, con tiempo de enfermedad de 1 día, acude a la emergencia refiriendo dolor en flanco y fosa iliaca izquierda que se irradia a región inguinal ipsilateral 7/10, de inicio súbito mientras estaba manejando, el paciente refiere que tomó Ibuprofeno 800mg lo que disminuyó el dolor, a esto se añadió náuseas y vómitos con contenido gástrico en 1 ocasión, y refiere orina color lavado de carne.

Antecedentes personales:

- Apendicectomía abierta hace 15 años
- Cálculo renal hace 3 años.

Alergias: Niega

Exploración:

- AREG, ABEH, ABEN
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos
- Temperatura: 36.2°C Peso: 68 kg
- TYP: Tórax simétrico, con buena amplexación. MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+) no presenta dolor en ningún cuadrante, rebote negativo, no visceromegalias.
- ORL: CAE sin alteraciones, faringe sin alteraciones. Amígdalas normales.
- G-U: Puño percusión lumbar izquierdo (positivo), puntos renoureterales (negativos)
- Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Se pasa a la paciente a observación en NPO, Ketorolaco 30 mg IM y se le pide una ecografía renal, hemograma y examen de orina

Ecografía renal: Riñón izquierdo con litiasis en pelvis renal de 7 mm. e hidronefrosis izquierda grado I.

- Analítica: Leucocitos 7800, urea 36 mg/dl, creatinina 0.98 mg/dl, examen de orina leucocitos 8 -9/c, hematíes, no gérmenes y oxalato de calcio.

Diagnóstico: Litiasis renal

Plan: Se le pide UROTEM sin contraste y se le reevalúa, tamaño de 6 mm en uréter distal, UH: 820, hidronefrosis grado 1.

- se le da terapia médica expulsiva con alfa bloqueantes Tamsulosina 0.4 mg una vez al día hasta la expulsión de cálculo, manejo del dolor con Ketorolaco 10 mg vía oral y medidas generales al alta (9).

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de Chancay se inaugura el 17 de septiembre de 1971, es un establecimiento de salud categorizado como nivel II-2, el cual está edificado sobre un área de 6,273 m². Tiene a su cargo la formulación, planificación, organización, ejecución y evaluación de las acciones integrales de salud en el ámbito de la jurisdicción de la provincia de los distritos de Chancay y Aucallama de la provincia de Huaral, departamento de Lima.

Tienen como uno de sus objetivos brindar atención integral y especializada de salud a la población del Hospital de Chancay y SBS de la Región Lima, con equidad, calidad y transparencia; priorizando a los grupos vulnerables, en conjunto con el sector público, privado y otras entidades.

Se cuentan con diversas especialidades, como lo son cirugía general, pediatría y neonatología, gineco obstetricia, medicina interna, neurología, urología, oftalmología, gastroenterología, neumología, infectología, hematología, traumatología, medicina física y rehabilitación. En caso lleguen pacientes y no se pueda tener la capacidad resolutive en el nosocomio, serán referidos dependiendo su complejidad y especialidad; pueden ser gestantes, adultos mayores o pacientes pediátricos, cada uno de ellos podrá cursar con patologías propias a sus grupos etarios y serán llevados a los hospitales más cercanos que cuenten con las especialidades y equipos oportunos para poder atenderlos de manera rápida y eficaz.

2.1 Situación antes de la emergencia sanitaria

- El interno de medicina podía desplazarse en todas las áreas del hospital, rotar en consultorios externos de acuerdo a la especialidad que estuviera cursando, área de hospitalización y emergencia; al

final de la rotación respectiva, podría tener los conocimientos teóricos y prácticos bien complementados, logrando así fijar de manera pedagógica los conceptos dirigidos hacia un médico cirujano.

- El interno podía realizar guardias nocturnas en el área de emergencia, lo que ayuda mucho para tener capacidad resolutive y facilidad de decisión ante cualquier evento inesperado.
- Había mayor confluencia de pacientes, por lo que cada interno podía visualizar diferentes tipos de patologías.
- El interno realizaba sus prácticas profesionales por una mayor cantidad de horas que en muchos casos, no era remunerado.
- Se realizaban presentaciones académicas en donde se abordaban temas de la especialidad correspondiente, además se discutían los casos clínicos más sobresalientes que llegaban durante la semana.

2.2 Situación durante la emergencia sanitaria

- Durante la pandemia, para que el interno regrese a su centro de labores, debía presentar una prueba molecular o serológica de resultado negativo, solo así estaba apto para retomar sus prácticas hospitalarias.
- El interno solo puede desplazarse en área no COVID, además de esto, necesita el implemento necesario como el uso del equipo de protección personal (EPP), en el cual encontrábamos un mandilón, mascarilla N°95, protector facial, gorras y botas descartables.
- Las rotaciones disminuyeron en tiempo, además se dividió la cantidad de alumnos en dos grupos y se les indicó venir el primer grupo desde el día 1 al 15 de cada mes y al segundo grupo desde el día 16 al 30 de cada mes. Con esta medida, se redujo a solo 1 mes la rotación, lo que en condiciones normales hubiera tomado un periodo de 3 meses.
- El número de pacientes disminuyó por el temor de la población de contagiarse en el hospital, además muchas emergencias terminaron complicando aún más la vida del paciente, ya que esperaban hasta último momento y no tenían como primera opción traerlos al

nosocomio

- Se tomaron áreas de gineco obstetricia y medicina interna, trasladando dichas especialidades a diversas áreas con menos aforo. Se priorizó tener más espacio para pacientes COVID ya que empezaron a aumentar los casos positivos en el área.
- El área de hospitalización redujo el aforo al 50%, además las áreas destinadas a procedimientos se redujeron a solo un interno por paciente que dificulta aún más el aprendizaje visual, auditivo y táctil. El ingreso de familiares también fue restringido, todos los reportes fueron dados mediante llamadas telefónicas o de manera directa a un solo familiar responsable
- Se contó con menos personal de salud, docentes del hospital fallecieron a causa de la enfermedad por coronavirus, además muchos otros por decreto supremo fueron mandados a sus hogares a realizar cuarentena.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Se utilizaron diferentes métodos de investigación para poder complementar las prácticas hospitalarias, siempre basadas en la evidencia y centrada en el bienestar del paciente. Para ello, se requirió de distintas modalidades de aprendizaje, para ginecología fue de mucha ayuda la guía del colegio americano de obstetricia y ginecología (ACOG), también el interno utilizó bastante la telemedicina para capacitarse en tiempo real sobre la especialidad de pediatría, diversos hospitales dan cátedras mediante sus plataformas en tiempo real, lo cual fue muy conveniente para el contexto en el que nos encontramos ahora.

El hospital de Chancay y la Universidad de San Martín de Porres brindaron de forma paralela, clases virtuales que comprendían exposiciones por cada especialidad, además de análisis de casos clínicos en tiempo real mediante la plataforma Zoom

Ante cualquier duda presentada en el momento, el interno recurrió a la base de artículos científicos más completa a la que se tiene acceso, que es *Uptodate*. Es entonces, de esta manera que se reforzó y complementó los conocimientos teóricos.

Por último, se realizaron distintos procedimientos nuevos en cada especialidad, descritas a continuación:

- **Gineco obstetricia:** Se realizaron procedimientos como atención de partos vaginales y cesáreas, AMEU, legrados, post operatorio en el caso de las cesareadas. También se pudo ver operaciones de emergencia como ruptura de embarazo ectópico y otras programadas como miomectomías.
- **Cirugía:** Las cirugías mayores se realizaron en sala de operaciones,

como resolución de apendicitis agudas, Apendilap, apendicectomía abierta, Colelap, hernioplastias. También se atendieron cirugías menores en tópico de emergencia la mayoría de las veces

- **Pediatría y neonatología:** Atención de recién nacido, esto fue lo poco que pudo realizarse debido a la baja cantidad de pacientes durante esa rotación.
- **Medicina interna:** El interno pudo realizar toracocentesis, paracentesis y AGAs. También el interno estuvo a cargo de las referencias, se trasladaba con la ambulancia y en compañía del chofer, familiar y paciente; la labor designada en este caso era dejar en buen recaudo al paciente, una vez que el paciente se encontraba ya a cargo del hospital designado el interno pasaba a retirarse.

Así se pudo contrastar los conocimientos teóricos y prácticos, a pesar de todo el contexto vivido en la actualidad.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al iniciar el internado médico 2020 en el Hospital de Chancay, se realizaron las actividades con total normalidad, se dieron al interno las clases de bioseguridad correspondientes y se empezó a trabajar en equipo según la demanda de las tareas. Al iniciar la emergencia sanitaria, tardaron muchos meses aún para reincorporar a los internos a su centro de labores, muchos de ellos rechazaron su ingreso ya que se requería disminuir el número de eventos fatales reduciendo el aforo de los mismos. En el caso del hospital de Chancay, decidieron incorporar a sus internos de medicina, bajo una nueva lista de condiciones y salvaguardando siempre la integridad de cada alumno; sin embargo, fue complicado reanudar las actividades bajo este contexto, ya que el método de trabajo cambió mucho y las áreas en las que se podían ingresar también disminuyeron.

Ante la baja afluencia de pacientes, el ambiente laboral se tornó un poco hostil, ya que de alguna forma todos los internos necesitaban aprender lo máximo posible en el tiempo reducido de un mes por rotación que nos brindaron, es así que tuvo que haber una organización interna entre cointernos para poder todos tener las mismas oportunidades de revisar y atender a nuestros pacientes.

1.4 Rotación de cirugía

En esta rotación no hubo mayor problema por la emergencia sanitaria, esta fue la especialidad con la que se inició el año, por lo que se pudo llevar casi con total normalidad.

Las dificultades que pudieron presentarse en esta rotación, fue el hecho del acoplamiento a un nuevo estilo de vida y aprender a trabajar más en equipo. Además, las altas expectativas del personal y el hecho de haber tenido

internos que ya sabía trabajar muy bien para iniciar con los nuevos, de cierta forma es algo chocante, pues el interno ingresa con muchas ganas de aprender; sin embargo, en el camino se pueden cometer distintos errores.

Otra dificultad fue aprender el sistema del hospital, como se manejan y llenan sus formatos de historia clínica, interconsultas, recetas, etc. Cada institución tiene su forma de trabajo y esta vez no fue la excepción, al inicio fue un poco abrumante pero finalmente con constancia y práctica el interno pudo familiarizarse bien con todas las exigencias requeridas.

1.5 Rotación de pediatría y neonatología

En esta rotación sí existieron complicaciones, ya que fue con la que los internos de medicina se reincorporaron en el contexto de pandemia. Como es sabido, la población vulnerable eran los niños, ancianos y gestantes, por lo que en este servicio no había muchos pacientes debido al temor de contagio. No se tuvo diversidad de pacientes en el servicio de pediatría.

En neonatología; sin embargo, sí se pudieron observar un poco más de pacientes, la dificultad en este caso fue que los aforos estaban restringidos solo para el médico asistente y el residente; no se pudo realizar mucha atención temprana del recién nacido, como antes se estaba acostumbrado.

1.6 Rotación de gineco obstetricia

En esta rotación, el interno de medicina se iba acoplando al contexto de pandemia, además se fueron recuperando buena cantidad de espacios que antes estaban reservados para pacientes COVID. La noticia más importante en esta rotación fue que se retomaron las consultas externas, lo cual ayudó bastante a poder realizar la historia clínica dirigida por el docente, aprender de sus métodos de trabajos y su plan de tratamiento.

Las prácticas se complementaron de manera paralela con las clases otorgadas por la universidad y el hospital, mediante las presentaciones de casos clínicos o diversas enfermedades recurrentes en el servicio, esto ocupó a su vez una gran parte del tiempo del interno.

1.7 Rotación de medicina interna

Esta es la última rotación que se tendrá para culminar con el internado, para esta temporada, el interno tiene mayor participación en diversos ambientes. Se presenta mayores casos de pacientes post COVID en el área de

hospitalización, este representa un gran reto para el interno, ya que debe estar informando y actualizando constantemente según las últimas guías nacionales e internacionales sobre el manejo para pacientes que superaron el COVID-19. Si bien es cierto, estos pacientes ya se encuentran fuera de compromiso crítico, pero muchos de ellos al haber estado por mucho tiempo en postración presentan diversas dificultades del mismo, se pudo apreciar que la falta de movilidad en las piernas generó una disminución en la fuerza muscular, además de esto, la mayoría de estos pacientes necesitan recuperar su capacidad respiratoria mediante tratamientos de medicina física y rehabilitación, es por eso que se realiza un trabajo multidisciplinario, en el hospital se cubre este requerimiento y posteriormente se les da de alta, pero continúan sus terapias mediante teleconsultas.

Finalmente, a pesar de las complicaciones presentadas durante el año, de una u otra manera se pudo sobrellevar de la mejor manera y se logró aprovechar al máximo las oportunidades prácticas que se tuvieron.

Cada rotación tuvo su complicación, con el conocimiento adquirido y teniendo capacidad de decisión se pudo resolver, además que se tuvo grandes consejos brindados por familiares y docentes del hospital.

CONCLUSIONES

El internado médico, forma parte fundamental para la formación de los médicos, ya que es en este año donde los alumnos rotan por todos los distintos servicios aprendidos durante la carrera, pero esta vez de una manera más independiente, guiado por el docente a cargo.

Esta etapa de integración es necesaria para que el interno de medicina pueda incorporar todos sus conocimientos en la práctica clínica de tiempo completo.

Nuestro país ha sido uno de los más azotados por la enfermedad de COVID-19, debido a esta pandemia, se marcó un antes y después en nuestra formación médica, lo cual se verá reflejado en nuestra práctica como médicos.

Todas las experiencias que nos dejó este año, nos ha permitido continuar en cierta medida con nuestro aprendizaje curricular; sin embargo, lo que más se rescata es el acercamiento hacia los pacientes, se aprendió mucho más de los temas humanos y el trabajo en equipo, estas actitudes en muchas ocasiones son dejadas de lado dada la necesidad de adquirir la mayor cantidad de conocimientos en el menor tiempo.

Podemos concluir, que durante este tiempo, se ha logrado un nivel de conocimientos adecuado, óptimo y concordante con lo que hoy en día se espera de un médico cirujano; además de eso, egresaremos con la experiencia de haber vivido de cerca la crisis sanitaria.

RECOMENDACIONES

Si bien es cierto que se pudieron cumplir las metas propuestas para el internado médico, se deben dejar claras las nuevas directrices para los internos 2021, además de esto en la actualidad ya han información más clara con respecto al COVID-19, por lo que deberían estar mejor preparadas antes de iniciar el último año de prácticas preprofesionales

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bienvenido a Hospital de Chancay [Internet]. Hospital. 2021 [cited 14 April 2021]. Available from: <http://www.hospitaldechancay.gob.pe/>
2. Valadez S. [Internet]. Scielo.org.mx. 2021 [cited 14 April 2021]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v3n12/v3n12a4.pdf>
3. Uptodate.com. 2021. manejo de la apendicitis aguda en adultos. [online] Available at: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 [Accessed 22 April 2021].
4. Uptodate.com. 2021. manejo de hernias ventrales. [online] Available at: https://www.uptodate.com/contents/management-of-ventral-hernias?search=hernia%20umbilical&source=search_result&selectedTitle=3~52&usage_type=default&display_rank=3 [Accessed 23 April 2021].
5. Sarna: epidemiología, características clínicas y diagnóstico [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 14 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=escabiosis&source=search_result&selectedTitle=1~94&usage_type=default&display_rank=1

6. Uptodate.com. 2021. Cuerpos extraños del esófago y del tracto gastrointestinal en niños. [online] Available at: <https://www.uptodate.com/contents/foreign-bodies-of-the-esophagus-and-gastrointestinal-tract-in-children?search=ingesta%20de%20cuerpo%20extra%C3%B1o&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1> [Accessed 14 April 2021].
7. Trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol): información sobre medicamentos [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 14 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/trimethoprim-sulfamethoxazole-co-trimoxazole-drug-information?search=reacci%C3%B3n%20alergica%20a%20sulfas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
8. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: patogenia, manifestaciones clínicas y diagnóstico [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 19 May 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/stevens-johnson-syndrome-and-toxic-epidermal-necrolysis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=sd%20de%20s.%20johnson&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. Cálculos renales en adultos: diagnóstico y tratamiento agudo de la sospecha de nefrolitiasis [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 14 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/kidney-stones-in-adults-diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis?search=litiasis%20renal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

ANEXOS

ANEXO N°1

Manejo de la apendicitis aguda en adultos

