



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LABORES Y EXPERIENCIAS MÉDICAS REALIZADAS POR UN
INTERNO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES EN LOS AÑOS 2020 – 2021**

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

**PRESENTADA POR
ALDO ALEX MARTINEZ CARTAGENA
AHMED ALBERTO PARAGULLA BOCANGEL**

ASESOR

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

**LIMA, PERÚ
2021**



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LABORES Y EXPERIENCIAS MÉDICAS REALIZADAS POR UN
INTERNO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES EN LOS AÑOS 2020 – 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**ALDO ALEX MARTINEZ CARTAGENA,
AHMED ALBERTO PARAGULLA BOCANGEL**

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: Dr. Victor Cuba Vásquez

Miembro: Dr. Rommel Silva Romero

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedicamos a nuestros padres que nos apoyaron desde un inicio en esta linda carrera, a los familiares que hemos perdido por esta pandemia y a nuestros amigos y cointernos con los cuales hemos compartido experiencias en este año atípico de internado.

Aldo y Ahmed

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por permitirnos terminar con bien este año de internado, a nuestros padres por todo su apoyo durante toda la carrera, en las noches de desvelo y a la Universidad por darnos las armas para poder desenvolvernos con gran desempeño en nuestra día a día como internos.

ÍNDICE

Págs	
Portada	i
Jurado	2
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	
1	
1.1 Medicina Interna	1
1.1.1 Caso 1: Hipertensión arterial	2
1.1.2 Caso 2: Diabetes Mellitus	3
1.1.3 Caso 3: Ascitis	3
1.1.4 Caso 4: Intoxicación por Carbamatos	4
1.2. Pediatría	5
1.2.1 Caso 1: Síndrome Obstructivo Bronquial	6
1.2.2 Caso 2: Arañazo de Gato	6
1.2.3 Caso 3: Enfermedad Diarreica Aguda	6
1.2.4 Caso 4: Anemia	7
1.3. Cirugía General	7
1.3.1 Caso 1: Apendicitis Aguda	7
1.3.2 Caso 2: Infección de Sitio Operatorio	9
1.3.3 Caso 3: Mordedura de Can	9
1.3.4 Caso 4: Retención Urinaria	
10	
1.4. Ginecología y Obstetricia	9
1.4.1 Caso 1: Preeclampsia	11
1.4.2 Caso 2: Gestación no evolutiva	11

1.4.3 Caso 3: Preeclampsia Puerperal	12
1.4.4 Caso 4: Aborto en curso	13
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	14
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
3.1 Medicina Interna	16
3.1.1 Caso 1: Hipertensión Arterial	16
3.1.2 Caso 2: Cetoacidosis Diabetica	18
3.1.3 Caso 3: Ascitis	21
3.1.4 Caso 4: Intoxicación por carbamatos	22
3.2 Pediatría	21
3.2.1 Caso 1: Síndrome Obstructivo Bronquial	21
3.2.2 Caso 2: Arañazo de gato	26
3.2.3 Caso 3: Enfermedad Diarreica Aguda	28
3.2.4 Caso 4: Anemia	26
3.3 Cirugía General	29
3.3.1 Caso 1: Apendicitis Aguda	29
3.3.2 Caso 2: Infección del Sitio Operatorio	31
3.3.3 Caso 3: Mordedura por Can	33
3.3.4 Caso 4: Retención Urinaria	34
3.4 Ginecología y Obstetricia	32
3.4.1 Caso 1: Preeclampsia	32
3.4.2 Caso 2: Mastitis	34
3.4.3 Caso 3: Preeclampsia Puerperal	40
3.4.4 Caso 4: Aborto en curso	41
CAPÍTULO IV REFLECCIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	44

RESUMEN

El internado médico es un peldaño más para todo estudiante de la carrera de medicina, es el escenario donde se busca afianzar en la práctica todos los conocimientos adquiridos en la universidad. Es el momento de prender el trabajo en equipo y de las vivencias hospitalarias, es momento de relacionarse con los compañeros de las distintas profesiones en beneficio del paciente.

El Hospital Sergio E. Bernales se encuentra ubicado en el Av. Tupac Amaru N° 8000 P.J. Collique (km 14.5 de la carretera Lima – Canta) en el distrito de Comas. Es una institución de Tercer Nivel de Atención con categoría III – I.

Las experiencias contadas continuación, relatan de las rotaciones de las 4 especialidades más importantes que tiene el hospital y son de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Gineco-Obstetricia.

La 1ra rotación se dio en el servicio de medicina interna, fueron 75 días, prepandemia, en la que existían las guardias nocturnas, donde el interno de medicina trabajaba 30 horas, con buena enseñanza por parte de sus maestros docente, días en que se hacía docencia, nos nutríamos de la visita médica. Todo cambio al llegar la Pandemia del nuevo coronavirus. Se perdieron muchas cosas, y una de ellas lo mejor, el buen aprendizaje práctico. Hasta donde duro el internado médico, se aprovechó al 100%. En este contenido se describirán 16 experiencias vividas, prepandemia y durante la pandemia, se indicará como llego el paciente, el examen físico que se le realizo, los procedimientos y el manejo oportuno que se le realizo al paciente.

ABSTRACT

The 1st rotation was in the internal medicine service, they were 75 days, pre-pandemic, in which there were night guards, where the medical intern worked 30 hours, with good teaching by their teachers, days in which they were I was teaching, we were nourished by the medical visit. Everything changed when the new coronavirus pandemic arrived. Many things were lost, and one of them the best, good practical learning. As long as the medical internship lasted, it was used 100%. In this content, 16 lived experiences will be described, pre-pandemic and during the pandemic, it will be indicated how the patient arrived, the physical examination that was performed, the procedures and the timely management that was performed on the patient.

The medical internship is one more step for every student of the medical career, it is the stage where it is sought to consolidate in practice all the knowledge acquired in the university. It is time to start teamwork and hospital experiences, it is time to interact with colleagues from different professions for the benefit of the patient.

The Sergio E. Bernales Hospital is located at Av. Tupac Amaru N ° 8000 P.J. Collique (km 14.5 of the Lima - Canta highway) in the district of Comas. It is a Third Level of Care institution with category III - I.

The experiences recounted below, relate the rotations of the 4 most important specialties that the hospital has and are Internal Medicine, Pediatrics, General Surgery and Gynecology-Obstetrics.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es un peldaño más de todo estudiante de medicina que aspira a ser médico, es el escenario en donde afianza todos sus conocimientos adquiridos en sus años de estudio en la universidad; es la interacción más importante que se tiene con el paciente antes de ingresar a ese universo de población ya como profesional de la salud.

Durante esta nueva etapa, el interno de medicina adquiere conocimientos y destrezas de cómo solucionar problemas en pocos segundos, ya que es ese tiempo que se tiene para poder pensar en un plan de trabajo o emitir posibles diagnósticos con tan solo ver los signos y síntomas con los que viene el paciente; es por ello que el internado juega un rol trascendental en la preparación de todo alumno que pertenece a una facultad de medicina y que aspira a ser médico, el trabajo en equipo es otro punto en desarrollar en esta etapa, ya que el interno de medicina debe aprender a trabajar con distintos profesionales de la salud, incluso con médicos que están desarrollando su especialización ya que el análisis y desarrollo de alguna patología es integral. Las actividades y las experiencias que se describirán en este trabajo se basan en la experiencia vivida en los 4 servicios más importantes que tiene el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, que son Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Gineco-Obstetricia. Los temas que se mencionarán en las distintas especialidades en las que se realizó la rotación fueron en primer lugar porque son las patologías más comunes y/o más frecuentes que llegan al hospital, por ejemplo en Medicina interna se menciona patologías como La Hipertensión Arterial donde la sociedad Peruana de Cardiología en un estudio que realizo sobre Factores de las

enfermedades cardiovasculares en el Perú, elaborado entre los años 2010 y 2011, desarrollándose en todo el territorio peruano incluyendo la provincia del Callao; este estudio realizó la misma metodología que su anterior estudio, TORNASOL I, que consta de cuestionarios, equipos debidamente calibrados para la medición de la presión arterial; se llevó a cabo en personas > 18 años de ambos sexos, con un mínimo de 500 personas por ciudad, que se encuentren en la vía pública y lejos de los hospitales o de centros de salud cercano. Se obtuvieron un total de 14675 encuestados, donde el promedio de edad fue de 49.2 años y se llegó a la conclusión de que la prevalencia de la Hipertensión Arterial en el Perú había aumentado de 23.7%, obtenidos en el estudio de Tornasol I, a 27.3% obtenidos en el estudio de Tornasol II.(1)

El centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de Enfermedades realizó un análisis sobre las causas de Mortalidad en el Perú del año 1986 al 2015, en indicaron que la tasa específica de mortalidad por parte de las enfermedades del aparato circulatorio en el año 2015 fue de 85 defunciones por 100 000 habitantes, que comparadas a la tasa de 1986 muestra una reducción del 49%. La mortalidad por parte de la Enfermedad Hipertensiva paso del lugar 15, del cual se encontraba en 1986, hacia el lugar 10 en el año 2015, y la tasa específica de Mortalidad paso de ser de 9,6 ; que figuraba en el año 1986, a 14.2 en el 2015 por 100 000 habitantes.(2)

La Hipertensión Arterial es un gran problema de salud pública en aquellos países en vías de desarrollo como el Perú, según la Encuesta elaborada por ENDES en el año 2017. La prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de ≥ 15 años se redujo de 14.8% , en el 2014, a 13.6% al 2017, ello implica que más de 3 millones de peruanos viven con hipertensión Arterial (3)

Entonces conforme vemos al estudio presentado, es evidente un notorio incremento en cuanto a la prevalencia de Hipertensión Arterial, es por ello que en el trabajo se describen experiencias obtenidas, sobre patologías frecuentes, en el servicio de Medicina Interna, en particular a aquellas experiencias dentro de la Emergencia del hospital que nos empapó de un

rico conocimiento teórico-práctico así como emocional, ya que es cuestión de minutos en que se debe realizar una adecuada anamnesis para poder plantearnos el diagnóstico e iniciar un plan de trabajo. Son las enfermedades que más llamó la atención de los internos, ya que un aspirante a tener el título profesional de Médico Cirujano debe saber manejarlos, tratarlos y prevenirlos.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Medicina Interna

El internado cumple un papel fundamental en la formación de todo estudiante de medicina que cursa el último año de estudio, es el ámbito adecuado para poner en práctica todos aquellos conocimientos que se brindados por los maestros año tras año, es el momento de la integración de la parte teórica asociada a la práctica profesional, es el momento en poder adquirir habilidades y destrezas para el manejo integral del paciente, de tal manera que el trabajo en equipo juega un rol fundamental y es el pilar de todo éxito en el ámbito de la salud, es por ello que resulta de mucha importancia para el desarrollo profesional.

Ingresar al internado es como entrar a un mundo nuevo, del cual no se sabe cuáles son las coordenadas para seguir para poder ubicarse, pero como siempre repiten los grandes maestros, si no se vive no se sabrá de que se trata; es experimentar tanto momentos agradables como desagradables, y es precisamente de ello de lo que uno aprende y adquiere experiencia.

En el Internado se piensa encontrar un servicio de salud, debidamente estructurado que posee todos los materiales, equipos y personal adecuado para poder brindar una atención de calidad a los pacientes, pero grande es la sorpresa del interno de medicina al encontrar que no es precisamente como se imagina, que cuando, por ejemplo, haya alguna patología pulmonar y se necesiten pruebas de imágenes como tomografías, lastimosamente no las hay, y/o si los hay, este se encuentra malogrado de tal manera que es el paciente quien se lo tiene que hacer de manera particular o simplemente

esperar a que se hagan los trámites pertinentes para poder realizar una referencia, mediante el Sistema de Referencia-Contrarreferencia y que a veces ese trámite puede durar días incluso semanas, por todo ello se dilata mucho el tiempo para emitir un diagnóstico oportuno del paciente.

Estando dentro del Tópico de Emergencia de Medicina Interna, se describirá las características del área; se empezará describiendo el ambiente, un área de aproximadamente 10 metros de largo y 5 de ancho, con materiales prefabricados de poca iluminación y de poca ventilación, dentro de este ambiente se encuentran 2 áreas integrada por el personal de enfermería y otro por el de los médicos; el área médica conformado por los siguientes profesionales de la salud: 01 Medico Asistente de Emergencias y Desastres Naturales, 03 médicos Residentes, distribuidos, 02 en tópico de medicina y 01 Residente mayor se dedica exclusivamente al monitoreo y evolución de los pacientes hospitalizados y puestos en observación, además también se suman a ellos 4 internos de medicina en la guardia de día y en la guardia de noche son 3 internos, cabe mencionar que el número de internos de medicina se redujo durante la pandemia, llegando a conformar solo 02 internos de guardia de día y ningún interno durando la guardia de noche. Frente al tópico de Medicina se entra el área de enfermería, conformado por 01 licenciado + 02 técnicos de enfermería.

El turno del Interno de medicina en el Hospital Nacional Sergio E. Bernal es: si se está de guardia día, consta de 12 horas, iniciado a las 7am y terminando a las 7pm; luego vienen a relevar los cointernos que reemplazan en la guardia noche que inicia de 7pm y concluye a las 7am del día siguiente. En el Hospital se reciben, las 24 horas, una gran cantidad de pacientes adultos mayores de 15 años, con patologías diversas y algunas más frecuentes que otras.

1.1.1 Caso 1: Hipertensión Arterial

Dentro de las patologías más comunes que se describen en el silabo de Medicina Interna, del Internado Médico de la Universidad San Martín de Porres, se encontraron en la Emergencia, a la Hipertensión Arterial, pero que llegan como emergencias hipertensivas o urgencias hipertensivas, se evaluaba al paciente y se les indicaba su adecuado manejo, que comparado al tratamiento que indican las guías internacionales fueron similares hasta idénticas, el manejo oportuno de las patologías hipertensivas evitaba terminar con graves consecuencias irreversibles en el paciente, tales como accidentes cerebrovasculares de tipo isquémicas, que son las más frecuentes, y hemorrágicas.

1.1.2 Caso 2: Diabetes Mellitus

Otra patología que se encontraba muy a menudo en la emergencia del servicio de medicina interna, eran los cuadros de hiperglicemia o hipoglucemia, patologías que se encuentran descritas dentro del silabo de la universidad, el manejo de la diabetes mellitus no era muy del todo correcto ya que se siguen administrando insulina a escala móvil para pacientes que venían con cuadros de hiperglicemia, lo que difiere con los manejos que recomiendan las guías internacionales. En el capítulo siguiente se darán más detalles acerca de cómo es el manejo tanto en el área de emergencia y en el área de piso del servicio de medicina interna del hospital mencionado.

1.1.3 Caso 3: Ascitis

Paciente se apersona a emergencia por un dolor abdominal el cual se ha ido incrementando hace ya un par de días aproximadamente, agregándose un aumento de volumen del abdomen significativamente, no es la primera vez que viene por ese mismo motivo ya es conocido por los residentes, sobre todo la residente de segundo año de gastroenterología. Es un paciente en

aparente regular estado general, indica que es un paciente cirrótico ya hace algunos años y que viene para que le saquen el líquido para así estar aliviado, me indica que no es la primera vez que le hacen, la residente me indica que hay paciente con más prioridad que le diga que espere un momento que mientras consigue lo indicado en la receta se avanzara con dichos pacientes y luego se le atenderá. Se le indica y el paciente asiente sabiendo que no tiene ningún inconveniente.

La residente señala que yo haré el procedimiento porque días previos justo en la hora académica, luego de pasar visita a los pacientes, se explicó el tema y el método del procedimiento. Después de un par de horas aproximadamente se le indica al paciente pasar al lugar de procedimientos, donde ya se acondiciono para hacer el procedimiento. Minutos antes la residente me evalúa y refuerza ciertos detalles del procedimiento y asiente que estoy listo para poder hacer la paracentesis.

Se indica a la licenciada de colocarle la vía e ir pasándole la poligelina, luego se procede a señalar el lugar donde se introducirá la aguja y con el tubo colector y sus dos botellas de 3 litros ya traídos por el paciente se inicia la extracción de líquido ascítico. De estos se separa para el análisis 3 frascos y se manda a personal para que inicien los estudios respectivos.

Luego de un par de horas se logra extraer 6 litros, se deja que descanse el paciente y al observar que no hay ninguna complicación se indica que tendrá que sacar una cita por consultorio externo ya con resultados para seguir con su tratamiento y su seguimiento.

1.1.4 Caso 4: Intoxicación por Carbamatos

En una guardia nocturna de sábado para domingo en la cual no faltaba paciente con intoxicación alcohólica, llega una madre con su hija en una silla de ruedas, al parecer una adolescente que llega en estado de desmayo, la madre nos refiere que horas antes la adolescente se encerró en su cuarto y luego la madre ingresa y ve a la adolescente tendida en su cama y a su lado

una botella de gaseosa con un sobre de un Campeón (intoxicación por carbamatos), inmediatamente el asistente y el R3 movilizaron a la paciente y es donde te miran y te dicen hoy aprenderás muy importante para tú experiencia como interno y médico en tu SERUM, vamos a realizar un lavado gástrico y posterior la administración de Atropina . Luego de terminar, la paciente todavía se quedó en observación para ver su evolución y de acuerdo con eso mandarla a su casa e indicarle una consulta con el departamento de psicología.

1.2 Pediatría

El rotar en el servicio de Pediatría fue el retorno de los internos de medicina a sus respectivas prácticas clínicas, ya que se estuvo en aislamiento y se prohibieron toda práctica en los diferentes hospitales y centros de salud ya que el nivel de contagio era demasiado alto y no se tenían suficientes equipos de protección para ser distribuidos tanto a Médicos asistentes, residentes y personal de salud colaborador, pero con diversas reuniones entre las autoridades pertinentes se llegó a un acuerdo para el regreso de los internos de medicina al campo laboral, algunos distribuidos en hospitales y otros en Centros de salud ya que las aglomeraciones estaban totalmente prohibidas.

Es por ello por lo que al retornar al Servicio de Pediatría se encontraría un nuevo panorama, muy distinto al que se encontraba en épocas prepandemia, tales como en el número de pacientes, normalmente en piso de Pediatría se hospitalizaban un aproximado de 30 a 40 pacientes antes de que surgiera la pandemia por coronavirus. En épocas de pandemia se encontraban hospitalizados un máximo de 10 pacientes, este hecho perjudicaría tremendamente en el desempeño y aprendizaje del Interno de Medicina.

1.2.1 Caso 1: Síndrome Obstrutivo Bronquial

Dentro de los pocos casos que se pudo apreciar en el servicio de Hospitalización de Pediatría fueron las Enfermedades Pulmonares obstructivas en su mayoría crisis asmáticas, que fueron admitidas por la emergencia y luego pasaron a piso para la correcta administración de su tratamiento.

De esa enfermedad aprendimos la correcta administración de la dosis de rescate de los beta-bloqueadores, ya que no se estaban permitidas las nebulizaciones por el hecho de emitir microgotas, que podrían haber sido puntos de contagios si algunos de los pacientes eran positivos al nuevo coronavirus, ya que para el ingreso se podrían admitir pacientes con prueba rápida negativas, hoy en día se sabe que hubo muchos falsos negativos en aquel entonces.

La Emergencia del servicio de pediatría, el tópico, está conformado por un área de 5m x 4m, un área muy reducido, tenía buena ventilación, pero el ambiente era muy pequeño, conformado por 1 medico asistente, 2 médicos residentes, 1 interno de medicina y su personal de enfermería correspondiente, se lograba solucionar la mayoría de los casos que a este servicio llegaban.

1.2.2 Caso 2: Arañazo de Gato

Tal es el caso de una niña que ingresa con su madre, alarmados, ya que la menor había sido arañada por su mascota, su gato, y luego de 2 días había presentado dolor, fiebre, y adenopatías, de inmediatamente se piensa en la Enfermedad del Arañazo del gato, producida por un bacilo Gram negativo.

Esta patología llego a la emergencia tal cual se había definido en las clases de Infectología que se realizaron en la universidad, así que se pudo integrar el conocimiento teórico con la práctica. Luego se pasó con el tratamiento oportuno y la respectiva notificación al departamento de epidemiología.

Otra patología que se pudo apreciar durante la rotación en pediatría fueron las deshidrataciones causadas por la enfermedad diarreica aguda que presentaban los pacientes pediátricos, que también sirvieron mucho en la práctica clínica ya que según la formación teórica recibida nos indica que el primer paso es la hidratación oral del paciente, salvo que no haya una buena tolerancia oral o se tenga un cuadro de deshidratación severa con compromiso de sensorio, para optar por la hidratación por vía endovenosa.

1.2.3 Caso 3: Enfermedad Diarreica Aguda

El día de la emergencia se presentó una madre con un lactante (3 meses) en brazos, donde la madre nos refiere que desde hace 15 horas su hija presenta un diarrea líquida en 5 oportunidades, sin moco, sin sangre. La lactante está activa, con una mucosa hidratada.

Al evaluarla se evidencia una deshidratación moderada donde ameritaba que se quede para observarla que intentara tolerancia oral con sales de rehidratación y de ese modo poder ver su evolución y decidir si se va a casa o internarla para iniciar una hidratación vía enteral.

1.2.4 Caso 4: Anemia

Lactante en brazos de su madre viene a emergencia porque en su Centro de Salud no le han podido atender debido a la pandemia ya que el personal hoy no asistió por ser caso sospechoso de COVID 19, madre refiere que le indicaron que vaya al hospital para su tamizaje del bebé ya que el tiene como antecedente de ser un prematuro de 35 semanas.

Se le hace el tamizaje al lactante encontrándose un resultado de 9.1 g/dL. Motivo por el cual cataloga como una anemia moderada por déficit de hierro; por lo que se da tratamiento con 6 gotas de hierro polimaltosado cada 24 horas por 30 días.

1.3 Cirugía General

El servicio de Cirugía General se encuentra contiguo al de Medicina Interna, posee un área mucho más grande, con algunas deficiencias en su servicio como en cualquier otra área, posee 2 ambientes unos de tóxico y otro ambiente para procedimientos, conformado por 1 medico asistente, 2 médicos residentes, y en épocas de pandemia, podían estar 2 internos de medicina, uno que hace horario de 6 horas y otro que hace guardia diurna.

1.3.1 Caso 1: Apendicitis Aguda

Una de las patologías más comunes que llegaban a la emergencia del servicio de cirugía, eran los dolores abdominales, que muchos de ellos eran por abdomen quirúrgicos, los pacientes venían refiriendo dolor en flanco derecho y que previo a ello habían percibido dolo en epigastrio y sanción de náuseas, asociado a pérdida del apetito, el diagnostico de apendicitis aguda es netamente clínico, es por ello que se recurría, en muchas ocasiones, a los conocimiento teóricos obtenidos en la universidad para poder desarrollarse en la práctica clínica, quedando demostrado una vez más lo importante que es la teoría y constatarlo en la práctica.

Otra patología que se pudo observar con frecuencia en la rotación de Cirugía general fueron las hernias inguinales, que eran más frecuentes en los varones y entre ellos del lado derecho, el manejo desde el ingreso del paciente fue el más adecuado, comparado con las guías internaciones, entre ellas el uptodate.

1.3.2 Caso 2: Infección de Sitio Operatorio

Las Infecciones de la herida operatoria, patología eran muy comunes en el servicio, eran complicaciones de la herida que dejaban las apendicetomías, que por una mala técnica o por contaminación, las heridas llegaban a evolucionar a infección de sitio operatorio (ISO), el manejo realizado era el uso de antibioticoterapia más la correcta limpieza.

1.3.3 Caso 3: Mordedura de Can

Ya faltando una hora para terminar la guardia diurna, se apersona una señora de aproximadamente 50 años sola con una facie de dolor y rastros de sangre en pantorrilla derecha y cubriendo con la mano derecha el antebrazo izquierdo donde se evidencia rastros de sangre. Con dificultad para caminar se aproxima sollozando y comenta que fue atacada por un perro cerca de su casa el cual no es de ninguno de los vecinos, se le hace acostarse en la camilla y se observa que presenta un solución de continuidad tipo colgajo en V de 5 cm de largo y una profundidad de 0.5 cm aproximadamente, en pantorrilla derecha con escoriaciones tanto en pantorrilla como en antebrazo y manos. Se le da un lavado con cloruro y desinfección de herida, luego se procede a poner un punto para no esté tan expuesta la herida, pero no afrontarla ya que al ser un herida por can el cual presenta una gran cantidad de bacterias en su saliva, hay una gran posibilidad de infectarse y no cerrarse totalmente hará que al hacer un lavado diario ayudara a mantener limpia la heria.

Luego se le explica a la paciente que tiene que hacerse un lavado diario de la herida y tomar sus antibióticos Amoxicilina con Ácido Clavulánico cada 8 horas por 7 días e ir al día siguiente al centro antirrábico para iniciar su tratamiento contra la rabia.

1.3.4 Caso 4: Retención Urinaria

Un lunes típico en tiempos de pandemia en el tópico de Urología es que lleguen un regular número de pacientes por obstrucción urinaria, este fue uno de aquellos donde un paciente varón de aproximadamente de 70 años portador de sonda Foley con bolsa colectora de orina, el cual va a emergencia por presentar nuevamente una retención urinaria sumado a un dolor en hipogastrio y presencia y globo vesical. El paciente es caso típico de un paciente con hiperplasia benigna de próstata que por motivos de una nueva retención urinaria y que al no presentar sepsis, insuficiencia renal, sospecha de malignidad no se ah podido programar para una cirugía y también se suma la pandemia que no se puede hacer cirugías programadas, solo se puede hacer cirugías de emergencia.

En el tópico se le indica que es tiempo de cambiarle la sonda y así pueda miccionar y aliviar el dolor. Se llega a realizar el procedimiento con la lidocaína y poder lubricar la uretra y así poder ingresar con la sonda, luego del procedimiento se le indica la toma de tamsulosina 0.4 mg cada 24 horas por unos 3 a 4 días y luego regrese y evaluar para poder retirarle la sonda.

1.4 Ginecología y Obstetricia

El servicio de Ginecobstetricia, entre los 4 servicios que tiene el Hospital Sergio E. Bernales, es quien tiene el área de emergencia mayor dimensión, se encuentra más aislado y con mejor ventilación, cuenta con 4 compartimentos, el primero que se encuentra al ingreso que es el tópico de emergencia, en este ambiente se encuentra una obstetra tomando las funciones vitales a las pacientes que ingresan, luego pasan al 2do ambiente que es donde se hace el examen físico a la paciente, luego al 3er ambiente donde se le realiza el monitoreo fetal y si es que lo amerita se le realiza una ecografía en el 4to ambiente.

En la emergencia del servicio ingresan pacientes obstétricas o ginecológicas y llegan con patologías interesantes, quizás se podría decir que es el único

servicio que ha disminuyo en cantidad de gestantes, pero muy poco, ya que aún se sigue manteniendo la demanda de estas pacientes.

La última rotación que fue de las que más se había esperado y de las que diversos residentes nos aconsejaban que más atentos estemos ya que veremos mucho en nuestro Serums; también nos comentaron que el Hospital Sergio Bernales era el que más casos veía ya que era hospital referencial de cono Norte, lo malo que el grupo anterior nos comentó que con la pandemia también era uno de los más afectados ya que se había reducido el espacio debido que se compartía con pediatría el pabellón y que neonatología tampoco contaba con muchas incubadoras, motivo por el cual muchas de las cesáreas eran derivadas a un hospital de mayor complejidad ya sea hospital Loayza, Cayetano o Centro Materno Infantil.

1.4.1 Caso 1: Preeclampsia

Un caso común e interesante es el ingreso a la emergencia de una madre joven de aproximadamente 24 años, de nacionalidad extranjera, con hipertensión arterial, cefalea, tinnitus y presencia de escotomas, evidenciándose una gestante con sospecha de preeclampsia que, agregado los signos premonitorios, se le cataloga como preeclampsia con Criterios de severidad. Entonces desde ese momento se evidencia en la práctica todos los pasos a seguir en una Clave azul; y el conocimiento teórico que se tiene de la patología se ve plasmando en la práctica.

1.4.2 Caso 2.1: Gestación no evolutiva

Otra de las patologías comunes en Gineco-obstetricia son los abortos y también los embarazos no evolutivos, la paciente llegando a la emergencia con dolor y/o sangrado vaginal y que para poder analizarlos se le toma una ecografía transvaginal para ver sus características. Con la Ecografía

transvaginal, nos demuestra un gestación no evolutiva de 11semanas, se le indica a la paciente lo encontrado, y se le explica que se le tiene que realizar un procedimiento para poder extraer los restos, un caso interesante para poder desarrollar las técnicas aprendidas en las rotaciones anteriores del curso de ginecología.

1.4.2 Caso 2.2: Mastitis.

A la emergencia de ginecología, vienen muy a menudo las madres puérperas tardías, refiriendo dolor y presencia de masa con secreciones en la mama, la mayoría que venían con esta patología eran mujeres que tenían su primer hijo y por causa de una mala técnica de lactancia, se llegaban a inflamar, el interno de medicina era quien evaluaba la parte física y se hacia la descripción correspondiente en la Historia clínica, se observaba que en el tratamiento iba dirigido a bacterias gram +.

Muchos llegamos a definir cuál será la especialidad para seguir y poder enfocarnos si realmente esa especialidad nos agrada más, algunos se dan cuenta que la especialidad que imaginaron desde inicios de año, no es lo que imaginaban y descubren una nueva y ahí definen como se verán como especialistas.

1.4.3 Caso 3: Preeclampsia Puerperal

Uno de los casos que se veía muy común eran las preeclampsias, pero este caso fe muy particular ya que la paciente de 20 años primigesta derivada de su Centro de Salud por contracciones uterinas y embarazo en vías de prolongación, niega perdida de líquido, niega perdida de sangrado y percibe movimiento fetales. Se le hace la evaluación en lo cual se le diagnostica como una paciente G1 de 40 semanas 6/7, no trabajo de parto y embarazo a término.

Motivo por el cual se indica quedarse para observación y que se inicie cervical con misoprostol 25mg (1/8 de la pastilla) vía vaginal 3 dosis cada 6 horas. Luego de eso se le vuelve a evaluar donde se evidencia que no hay cambios a nivel cervical (inducción fallida) motivo por el cual se le programa para cesárea. La paciente luego de dar a luz empieza hacer picos de presión de 160/110 las cuales se controlan con nifedipino luego al no controlarse se agrega metildopa y al tercer día luego de ver los resultados del perfil de Preeclampsia con rangos normales se le indica el alta con indicaciones.

1.4.4 Caso 4: Aborto en curso

Una de las experiencias no gratas de esta rotación son dar la mala noticia a las madres que el feto ya no se encuentra con vida y hacerle pasar por la desagradable pasaje de dar a luz a un feto sin vida.

Paciente de 24 años que refiere que hace una 6 horas presenta dolor tipo cólico, sangrado vaginal y no percibe movimientos fetales hace dos días, inmediatamente se hace monitoreo fetal y no se encuentra latidos fetales, se hace un tacto vaginal y se encuentra un Orificio Cervical Interno abierto, se realiza una ecografía transvaginal y se encuentra un útero con contenido. Se le induce a trabajo de parto para la expulsión del feto.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

A la hora de escoger un hospital, en el cual se pueda obtener el mayor de los beneficios para poder forjar el mejor desempeño en el último año de la carrera de medicina, el estudiante de quinto año tendrá que tener en cuenta diversos motivos que priorice, uno de estos es que el hospital a escoger sea un hospital referencia en un cono de la ciudad, el cual sea una institución de tercer nivel para esto debe contar con todas las especialidades brindando una atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada. De las opciones que presentó la universidad destacó por los requisitos que se necesitan para poder desarrollar un buen internado el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

El Hospital Sergio E. Bernales se encuentra ubicado en el Av. Tupac Amaru N° 8000 P.J. Collique (km 14.5 de la carretera Lima – Canta) en el distrito de Comas. Es una institución de Tercer Nivel de Atención con categoría III – I (que fue obtenida a través de la Resolución Administrativa N° 190-2019-MINSA/DIRIS-LN/6) que presenta las siguientes especialidades como dermatología, endocrinología, hematología, infectología, oncología, cirugía oncológica, cirugía cardiovascular, cirugía plástica, cirugía de cabeza y cuello, neurocirugía, neonatología nefrología, emergenciológica, geriatría y cirugía pediátrica. Con lo cual brinda una atención integral a la población de del Cono Norte, principalmente Comas y Carabayllo, pero también a distritos de Independencia, Los Olivos, Puente piedra, y la provincia de Canta por su cercanía.

En tiempos antes de la pandemia el hospital atendía en la emergencia un promedio entre 30 a 40 pacientes por área y un aproximado de 15 paciente en consultorio externo en sus dos turnos ya sea en sus dos turnos. Y los días de febrero se empezó a escuchar de un virus que estaba abarcando la zona de China la cual se veía algo muy lejos y se miraba como astronautas las vestimentas de ya estaban enviando al hospital, no sabíamos que era que se iba a usar a diario y que esta iba a cambiar totalmente nuestra vida. Y un día llegó y cambio todo en el hospital.

Todos los internos fuimos suspendido y regresados a nuestras casas y que esta solo sería por 15 día, todos ilusos nosotros. Mantuvimos contacto con nuestros residentes lo cuales se hicieron nuestros amigos y preocupados por su situación y que estaba pasando en nuestro hospital el cual ya le habíamos agarrado cariño. Las primeras noticias era que ellos también iban al hospital cada dos días y que solo pasaban visita muy rápidamente con todos los implementos de seguridad y mucho miedo a algo que era muy nuevo y desconocido.

Nos contaban que también la distribución cambio totalmente, el área COVID abarco casi todo el hospital ya muy pocos pacientes no COVID que se daba de alta muy rápidamente y se hospitalizaba casos muy graves, para aprovechar más los espacios y evitando la aglomeración de personas todos los consultorios externos fueron suspendidos y posteriormente se empezó a dar, pero de manera virtual hasta el día de hoy.

Actualmente se mantiene esta distribución ya que la situación no mejora para nada y por cómo se mantiene, personas que no respetan las normas, se ve que la situación se mantendrá por un buen tiempo todavía.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Medicina Interna

3.1.1 Caso 1: Hipertensión Arterial

En los últimos años, todo aquel país que busca y/o alcanza el desarrollo, los estilos de vida y los hábitos no saludables se han ido incrementando, ocasionando una prevalencia alta de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La OMS ha pronosticado que habrá un aumento considerable de estos pacientes crónicos, aquellos que usen medicamentos y personas que más necesiten de internamientos en hospitales, generando de esta manera una mayor demanda de los servicios de salud y la respectiva disminución de la economía. (4)

Para hacer el diagnóstico de la presión arterial se basa en presiones $\geq 140/90$ mmHg sin importar la edad o sexo. (5)

El contexto de la experiencia resulta en la guardia nocturna de Medicina interna, en época de prepandemia alrededor de las 2 de la madrugada, llega una paciente mujer de aproximadamente 45 años, con antecedente de Hipertensión Arterial diagnosticados años atrás y que toma captopril, pero de forma irregular, niega otro antecedente, con tiempo de enfermedad de 2 horas, de inicio brusco y curso progresivo, refiere presentar dolor de cabeza, malestar general, refiere también que ve lucecitas en el ambiente, y un

sonido agudo en el oído izquierdo, refiere que todo ello resulto luego de presentar un discusión familiar.

Luego del relato de la enfermedad y evidenciando algunos signos y síntomas tales como: cefalea, escotomas, tinnitus, y además agregando que es una paciente diagnosticada anteriormente con hipertensión arterial y con tratamiento irregular, se evalúa físicamente a la paciente y se toman los signos vitales correspondientes.

Presión Arterial: 180/100 mmHg; Temperatura: 37°C, Fc: 110 lpm, Fr: 22rpm
Sato2: 98%. Se procede al examen físico:

EXAMEN FÍSICO	
Piel y Faneras	Turgente, hidratada, elástica; llenado capilar < 2'', no presencia de edemas, no ictericia, no palidez facial
Tórax y Pulmones	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados
Cardiovascular	No se observa ni se palpa choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda
Genito Urinario	Puño percusión lumbar (PPL): negativo; Punto Renoureterales (PRU): negativos
Sistema Nervioso Central	Despierta, Lucida Orientada en Tiempo, Espacio y Persona, Escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos

TRATAMIENTO:

- 1- IECA: Captopril 25mg, Vía Oral, STAT (Al monto)
- 2- ENALAPRIL 10mg c/24h 8am
- 3- AMLODIPINO 5mg c/24h 6pm

Al tratar a un paciente que llega a la emergencia, debemos descartar que sea una emergencia o urgencia hipertensiva, la diferencia de una y otra es que en la emergencia hipertensiva hay presión arterial de PAS>180 Y PAD>120 y con lesión de órgano blanco; es por ello que al hacer el examen clínico debemos descartar algún daño de órgano blanco, por ejemplo:

- Alteración del sensorio
- Infarto Agudo de miocardio
- Disección de aorta
- Enfermedad renal

3.1.2 Caso 2: Cetoacidosis Diabética

La Cetoacidosis diabética es una de complicaciones agudas críticas de diabetes mellitus, caracterizada por presentar los siguientes componentes bioquímicos: Hiperglucemia >300, acidosis metabólica, pH <7.3; HCO₃<18 y asociado a Cetonemia con cetonuria > 3mmol/L, cabe mencionar que esta complicación se puede presentar en cualquier tipo de Diabetes como debut. (6)

La características clínicas de esta complicación son (7):

- Sequedad de piel y mucosas
- Taquicardia
- Extremidades frías
- Llenado capilar lento
- Debilidad muscular
- Hipotensión arterial
- Oliguria
- Taquipnea y/o respiración de Kussmaul

Tratamiento:

- 1- hidratación
- 2- Potasio

3- Insulinoterapia

4- Bicarbonato

En la guardia diurna, en el área de emergencia del Servicio de Medicina Interna, llega un paciente de aproximadamente 50 años, con antecedente de Diabetes Mellitus de larga data con tratamiento irregular con Metformina 850 mg, 2 veces al día, llega al hospital con tiempo de enfermedad 3 días, inicio insidioso y de curso progresivo, refiriendo sudoración abundante, sed excesiva, cansancio, respiración rápida, palpitaciones.

Paciente refiere que en las últimas semanas no ha estado tomando sus pastillas que le indico su médico endocrinólogo, al observarse las condiciones del paciente se le tomas las funciones vitales:

Presión Arterial: 100/60 mmHg; Temperatura: 37.6°C, Fc: 125 lpm, Fr: 30 rpm Sato2: 97%. Glucosa (glucotest): 350 gr/ml; Al examen físico presenta:

Según los signos y síntomas evidenciados y referidos por el paciente, tales como signos de deshidratación, taquicardia, taquipnea con aliento de olor a manzana, sudoración, hipotensión, y por momentos poco confuso, el interno procede a realizarle el examen físico, para descartar alguna otra patología que pudo haber generador su cuadro.

EXAMEN FÍSICO	
Piel y Faneras	Poco Turgente, piel seca, mucosa oral seca, poco elásticas elástica; llenado capilar > 2'', no presencia de edemas, no ictericia, no palidez facial
Tórax y Pulmones	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados.
Cardiovascular	No se observa ni se palpa choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda

Genito Urinario	Puño percusión lumbar (PPL): negativo; Puntos Renoureterales (PRU): negativos
Sistema Nervioso Central	Despierta, Lucida poco Orientada en Tiempo, Espacio y Persona, Escala de Glasgow 13/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos

Al evaluar el cuadro sintomatológico del paciente y contrastándolo con los antecedentes que tiene, se piensa en una Cetoacidosis diabética, por lo que se procede a pedir exámenes de laboratorio e iniciar el manejo oportuno, ya que en esta patología lo que se tiene como objetivo es corregir, la deshidratación, la hiperglicemia, los trastornos electrolíticos y la patología de base que esta desencadenando este cuadro

- Rp:
 - NaCl 0.9% 1000cc I, II, III, IV, para corregir la deshidratación
 - Insulina R, 0.1U/kg/h, para corregir la hiperglicemia
 - Se solicitó: AGA, para evaluar los trastornos electrolíticos

El diagnóstico de la Cetoacidosis diabética es un tanto clínica y complementado con Análisis de Gases Arteriales (AGA), ya que este examen nos permite evaluar los niveles de Hco₃ bicarbonato, y el pH arterial, el nivel de glucosa en sangre y los electrolitos, para poder clasificar la Cetoacidosis Metabólica con Anión Gap Elevado o no.

A su vez luego del correcto manejo de la patología se debe educar al paciente para poder prevenir nuevamente este cuadro que podría llevar a consecuencias mortales, es por ello que se debe indicar al paciente la constante medicación, enfatizar en no discontinuar la medicación para la Diabetes, y corregir estilos de vida y una correcta alimentación.

3.1.3. Caso 3: Ascitis

La ascitis es el acumulo de líquido (>25 ml) dentro de la cavidad peritoneal. La ascitis es la complicación más común de la de la cirrosis, un aproximado de 60 % de pacientes con cirrosis compensada desarrollan ascitis en un plazo de 10 años durante el curso de su enfermedad. (17)

Esta se puede clasificar como no complicada o como refractaria donde no puede movilizarse o reaparecer precozmente en menos de 4 semanas.

El paciente el cual ingresa por emergencia, un varón de 74 años que se apersona por aumento considerable de volumen a nivel abdominal desde hacía aproximadamente 3 semanas agregándose molestias abdominales difusas. Respecto a sus antecedentes, nos refiere bebedor hace 20 años, no alérgico a medicamentos. Niega intervenciones quirúrgicas. Esta es la segunda vez que acude a emergencia por el mismo motivo hace 2 meses, donde se le realiza el procedimiento de paracentesis, se le hacen los exámenes de rutina de los cuales no recuerda los resultados, solo que le dijeron que presentar cirrosis por lo cual ha dejado de tomar desde ese día.

A su llegada a Emergencia, presentaba un aparente regular estado general, caminando, orientado, hidratado, con una leve ictericia en esclera, a la auscultación respiratoria el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados; auscultación cardiaca rítmicas de buen tono, no soplos audibles al momento. Presenta un abdomen batraciano a tensión, no doloroso a la palpación, presencia de signo de la oleada positivo, timpánico.

Luego se procedió hacer una paracentesis diagnóstica, extrayéndose líquido, según el procedimiento. Para esto se determinó si presentaba alguna de las contraindicaciones tanto absolutas como relativas, las cuales son (18) :

Absolutas:

- 1) Trastornos graves, no corregidos, de la coagulación sanguínea y/o trombocitopenia grave asociados a fibrinólisis primaria o una coagulación intravascular diseminada (CID) clínicamente manifiesta.

- 2) obstrucción intestinal
- 3) infección de la pared abdominal.

Relativas:

- 1) Escasas cooperación del paciente.
- 2) Cicatriz quirúrgica en la zona de punción (desplazar la entrada unos 2 cm).
- 3) Hipertensión portal grave con circulación colateral abdominal.
- 4) Peritonitis bacteriana espontánea (PBE) (realizar una paracentesis diagnóstica previa, de confirmación).
- 5) Infección de la pared abdominal.
- 6) Hepatomegalia y/o esplenomegalia gigante.
- 7) Embarazo
- 8) Colecciones pequeñas.

Posterior a realizar el procedimiento con una extracción aproximadamente de 6 litros. De los cuales se manda dos muestras para estudio para estudio macroscópico, estudio microscópico y estudio bioquímico.

Luego se le indicó al paciente que saque su cita por consultorio externo con resultados para su seguimiento de su cirrosis.

3.1.4 Caso 4: Intoxicación por carbamatos

Una adolescente en silla de ruedas traída por su madre, la cual nos refiere que en horas de la noche su hija tuvo una discusión con su enamorado, el cual terminó la relación el cual unos 30 minutos antes encontró a su hija tendida en su cama, la cual no respondía al llamado y encontró una botella y un sobre de Campeón (carbamato).

La paciente de 17 años llega en estado somnoliento, diaforética, sialorrea, taquipnea, bradicardia, presencia de Miosis, al examen respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados; la auscultación cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos de elevada intensidad

y frecuencia aumentada, no soplos audibles. Con una escala de Glasgow: 11 motora (5), verbal (3), ocular (3).

Inmediatamente se determina que es una intoxicación por carbamatos y se lleva al espacio de procedimientos donde se indica el lavado gástrico, mientras se espera que familiar consiga el antídoto de elección el cual es la atropina, la cual se administra 1 ampolla de 1mg IV cada 15 a 20 minutos hasta síntomas de atropinización (19).

Para el lavado gástrico como se indica en los estudio es efectivo en la primera hora y en lugares donde no se cuente con el antídoto ideal, este procedimiento se realiza de la siguiente manera:

La paciente en decúbito lateral, se le inserta una sonda nasogástrica gruesa, luego se administra suero salino entre unos 200 a 300 ml en el adulto, se repite hasta que el liquido salga claro entre unas 8 a 10 veces. Posterior a esto se indica un descanso para luego una reevaluación y que regrese más tarde para una consulta con el psicólogo.

3.2 Pediatría

3.2.1 Caso 1: Síndrome Obstructivo Bronquial

El síndrome obstructivo bronquial es un conjunto de síntomas que son recurrentes y a su vez recidivantes, y entre las manifestaciones que más sobresalen son: las sibilancias difusas, y son más frecuentes en los lactantes que vienen a consultas en los niveles primarios de atención y son también la principal y más frecuente causa de hospitalización en el servicio de pediatra.

Llegar al diagnóstico de un síndrome obstructivo Bronquial, es complicado, debido a la gran variedad de causas. (8)

A la emergencia del Servicio de Pediatra llega un niño de aproximadamente 7 años con su madre, la señora refiere que su niño fue diagnosticado como Asma Bronquial hace 3 años, no utiliza inhaladores como tratamiento, llega a la emergencia con un tiempo de en enfermedad 2 días, de inicio insidioso,

curso progresivo; la madre refiere que su menor hijo ha presentado desde hace 2 días problemas para poder respirar, lo ve agitado, refiere que le da prednisona en jarabe, 1 cucharada cada 6 horas, como le indico el farmacéutico, y no le calma, refiere también que ha usado su inhalador, salbutamol, 2 puff cada 8 horas, observando un poco de mejoría, así estuvo hasta la mañana antes del ingreso por emergencia, ya observo que su hijo empieza a toser y nota que se agita cada vez más, por tal motivo decide traerlo por emergencia. Al observarse las condiciones del paciente se le tomas las funciones vitales:

Temperatura: 37 °C, Fc: 120 lpm, Fr: 36 rpm Sato2: 92%. Al examen físico presenta:

EXAMEN FÍSICO	
Piel y Faneras	Turgente, hidratada, elástica; llenado capilar < 2'', no presencia de edemas, no ictericia, no palidez facial
Tórax y Pulmones	Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes difusos, no crépitos. Con tirajes Subcostales, intercostales, aleteo nasal
Cardiovascular	No se observa ni se palpa choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda
Genito Urinario	Puño percusión lumbar (PPL): negativo; Punto Reno ureterales (PRU): negativos
Sistema Nervioso Central	Despierto, Lucido Orientado en Tiempo, Espacio y Persona, Escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos

Se cataloga la severidad de la crisis asmática según escala Bierman y Pierson o Score Pulmonare según sea la edad. Y de acuerdo a ello se daba el tratamiento oportuno.

Tabla I. Valoración clínica de la crisis. <i>Pulmonary Score</i>				
Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de músculos accesorios ECM
	<6 años	≥6 años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración (estetoscopio)	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	>60	>50	Inspiración y espiración, sin estetoscopio*	Actividad máxima

*Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo (ECM) está aumentada, puntuar el apartado sibilancias con un 3.

LEVE: 0 – 3 Puntos

MODERADO: 4 – 6 puntos

SEVERO: 7 – 9 puntos

Según la Score Pulmonare, el mer... moderada es por ello que se le trato de la siguiente manera:

SEGÚN SATURACION:

LEVE: >94%

MODEADO: 91 – 94%

SEVERO: <91

Rp:

- Salbutamol terapia de rescate → 6 – 8 puff con cámara, 3 tandas en 1 hora.

Se observó al paciente con disnea, con tirajes, con saturación baja de oxígeno, además a ello los sibilantes difusos, y más los antecedentes de asma bronquial, se procedió con el manejo del paciente. Antes de la pandemia se utilizaban las nebulizaciones para las exacerbaciones de las crisis asmáticas, pero por el motivo de que pueden ser muy peligros en cuanto al contagio de SARS-COV2, por las microgotas que este emana, se optaron por la terapias de rescate con B2 Agonistas de Acción Corta, Tales como el Salbutamol.

3.2.2 Caso 2: Arañazo de gato

La enfermedad del arañazo de gato es una enfermedad bacteriana, causado por la *Bartonella Henselae*, caracterizado clínicamente por linfadenopatía regional y autolimitada, esta patología fue descrita en el año 1950 en Francia, pero fue hasta el año 1992 que se aisló esta bacteria.

Es una enfermedad de diversas manifestaciones, y que debe ser descartada si el menor hace fiebre prolongada y haber tenido contacto con los gatos y más aún si es son menores de 1 año. (9)

La linfadenopatía se puede desarrollar semanas después de la exposición y puede persistir durante varios meses antes de que se resuelva. Los pacientes infectados muestran síntomas sistémicos.

Para confirmar el diagnósticos se hace con pruebas serológicas, y se tiene que mencionar que la mayoría de los pacientes tendrán una resolución espontanea de la enfermedad. El tratamiento de primera línea son los macrólidos (Azitromicina) 1 tableta cada 24 horas por 5 días. (10)

Estando en la emergencia de pediatría, se acerca al servicio una madre con su menor hija de aproximadamente de 6 años, refiriendo que hace 3 días estaba jugando con su mascota, un gato, y refiere que este le había arañado en antebrazo, y que luego de días empezó a presentar dolor, fiebre no cuantificada, y que le habían aparecido unas “bolas” en el cuello; madre refiere que mismo cuadro le había sucedido a su mayor hijo. No le da ningún medicamento y lo trae inmediatamente por emergencia.

Se toman las funciones vitales de la paciente:

Temperatura: 38.5 °C, Fc: 110 lpm, Fr: 20 rpm Sato2: 98%. Al examen físico presenta:

EXAMEN FÍSICO	
Piel y Faneras	Turgente, hidratada, elástica; llenado capilar < 2´´, no

	presencia de edemas, no ictericia, no palidez facial, presencia de 2 masas a nivel cervical de aproximadamente 1 x 2 cm, escoriaciones a nivel de antebrazo derecho
Tórax y Pulmones	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
Cardiovascular	No se observa ni se palpa choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda
Genito Urinario	Puño percusión lumbar (PPL): negativo; Punto Renoureterales (PRU): negativos
Sistema Nervioso Central	Despierto, Lucido Orientado en Tiempo, Espacio y Persona, Escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos

Rp:

- Metamizol 30-50mg/kg por dosis
- Azitromicina 10mg/kg 1ra dosis x 1 día, luego 5mg/kg c/24h x 4días restantes
- I/C a Epidemiología para la toma de muestra e identificar los anticuerpos (IgG) para corroborar el Diagnostico.

Esta patología es causada por un bacilo gran negativo que se encuentra en la pulga de los gatos, esta pulga se convierte en su vector, y cuando hay una lesión por arañazo del animal la persona empieza a desarrollar todo el cuadro clínico descrito. La enfermedad se tuvo que notificar a epidemiología para que le puedan tomar la muestra de sangre e identificar los anticuerpos para *Bartonella Henselae*.

3.2.3 Caso 3: Enfermedad Diarreica Aguda

Lactante de 3 meses en brazos de su madre, la madre refiere que hace 15 horas ha presentado 5 cámaras de deposición líquida sin moco, sin sangre, no refiere vómitos. Paciente de parto eutócico a las 39 semanas, sin antecedentes de importancia. Con todas las vacunas hasta el momento. Lactante irritable, presencia de escasas lágrimas, se evidencia mucosas secas y ojos hundidos, al resto de la evaluación normal. Se determina al lactante como una deshidratación leve a moderada por lo que se le indica a la madre probarle tolerancia oral con las sales de rehidratación a 100cc/kg/4h y que se va a quedar en observación para ver cómo va el paciente. Si se llega a tolerar la vía oral y si es así se podrá ir a casa, igual con sus sales de rehidratación.

Como sabemos la diarrea en los pacientes pediátricos es una forma de deshidratación muy común y más consultada en las emergencias por las madres. En los primeros meses de vida se considera más la diarrea por el cambio de consistencia de las heces que por la cantidad de deposiciones. En su gran mayoría esta diarrea es de etiología viral porque de acuerdo al estado que presente el paciente basado en sus parámetros: conciencia, los ojos, la sed, el pliegue, las mucosas y las lágrimas se determinará si este si presenta una deshidratación leve moderada o severa y de acuerdo a ellos poder determinar que plan seguir: A, B o C donde A es un tratamiento ambulatorio, el B es de observación y evaluar luego de 4 horas si se va a casa o necesita hospitalización para un mejor tratamiento y el plan C si amerita hospitalización. Todo esto indicado según la guía clínica emitida por el estado peruano (21).

3.2.4 Caso 4: Anemia

Lactante en brazos de su madre viene porque le indicaron que vaya al hospital para su tamizaje del bebé ya que él tiene como antecedente de ser

un prematuro de 35 semanas y porque hoy no atendían en el Centro de Salud.

Es un lactante de 6 meses de edad, con antecedente de parto pre término de 35 semanas, madre no trae el carné de vacunación, al examen lactante reactivo a estímulos, sigue la mirada al examinarlo ya se sienta solo. Afebril, piel tibia, hidratada, elástica, leve palidez. Al resto del examen normal. Lactante pesa 5.1 kg y presenta una talla de 68 cm. Por lo que se observa una desnutrición aguda Se le hace el tamizaje al lactante con un resultado de 9.1 g/dL. Motivo por el que se cataloga como una anemia moderada por déficit de hierro; por lo que se da tratamiento con 6 gotas de hierro polimaltosado cada 24 horas por 30 días y que regrese a su posta para consejería nutricional para hacer el seguimiento al lactante (22).

Se explica a la madre que el tratamiento dura 6 meses en los cuales debe acercarse cada mes para recibir medicación ajustada al peso del paciente además de realizarle controles de hemoglobina periódicos.

3.3 Cirugía General

3.3.1 Caso 1: Apendicitis Aguda

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, aun así, su etiología se mantiene desconocida, se han asociado a su fisiopatología con factores ambientales. Siendo la temperatura un posible factor clave en la variación estacional de la incidencia de la enfermedad. (11)

Las principales causas por las que el apéndice se obstruye son: fecalitos, parásitos, hiperplasia linfoidea.

La obstrucción del apéndice facilita una invasión de bacterias, causando una infección local que posteriormente puede dar lugar a la formación de abscesos y necrosis a tal punto de perforarse y verter su contenido al peritoneo, causando una peritonitis una posible sepsis abdominal. Es por ello que esta patología se debe diagnosticar en sus primeras etapas, para dar un

tratamiento temprano y oportuno con la finalidad de hacer menos o ninguna complicación. (12)

En la Emergencia del servicio de cirugía general, un paciente varón de aproximadamente 52 años era referido del servicio de medicina interna, por presentar desde hace 20 horas dolor abdominal en fosa iliaca derecha, dolor de tipo cólico que se irradiaba al lado derecho, de intensidad moderada 6/10, refiere que dolor empezó en epigastrio, y que previo al dolor empezó a manifestar sensación de náuseas y vómitos, y pérdida del apetito, sensación de alza térmica.

Paciente refirió que no tomo ningún medicamento, el dolor aumento de intensidad, por lo que decide acudir a emergencia

Se toman las funciones vitales de la paciente:

Temperatura: 38.5 °C, Fc: 120 lpm, Fr: 18 rpm Sato2: 98%. Al examen físico presenta:

EXAMEN FÍSICO	
Piel y Faneras	Turgente, hidratada, elástica; llenado capilar < 2'', no presencia de edemas, no ictericia, no palidez facial, fascia dolorosa
Tórax y Pulmones	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados
Cardiovascular	No se observa ni se palpa choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Rovsing (+) Blumberg (+)
Genito Urinario	Puño percusión lumbar (PPL): negativo; Punto Reno ureterales (PRU): negativos
Sistema Nervioso	Despierto, Lucido Orientado en Tiempo, Espacio y Persona, Escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas

Central	fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos
----------------	--

Rp:

- NaCl 0.9% 1000cc
- s/s hemograma, examen de orina, ecografía

Al llegar los exámenes solicitados se observaron que el hemograma estaba incrementados los leucocitos con desviación estándar, además de la ecografía que indicaba signos sugestivos para apendicitis aguda.

Con todos los exámenes físicos que se le realizó al paciente más los exámenes de laboratorios, se utilizó la Escala de Alvarado que es la más frecuente de usar en el hospital para ver si se está ante la presencia de Abdomen quirúrgico y tomar una conducta quirúrgica para el paciente, como en este paciente que su escala de Alvarado salió 8 puntos que indica que se debería tomar una Conducta quirúrgica como tratamiento.

3.3.2 Caso 2: Infección del Sitio Operatorio

Las infecciones del sitio operatorio constituyen las infecciones más frecuentes relacionadas a los cuidados de la salud. A su vez conforman un problema relacionado con la seguridad de los cuidados de la salud y la eficiencia del sistema de salud. (13)

La infección del sitio quirúrgico es la más costosa y las más frecuente infecciones hospitalarias. La tasa de infección en apendicetomía oscila entre 1.3 – 3.1% según el CDC en E.E.U.U.

La infección del sitio operatorio está muy asociada a la estancia hospitalaria prolongada.

Existen diversos factores que alteran los mecanismos de defensa del hospedero, y se relacionan al incremento de la infección del sitio operatorio

estos factores son tanto endógenos (malnutrición, sobrepeso obesidad, comorbilidades) como exógenos (tiempo de enfermedad, profilaxis antibiótica, estancia hospitalaria). (14)

En el servicio de hospitalización de Cirugía General, se realiza la evolución de los pacientes post operados donde se encuentra la siguiente evolución:

Paciente varón de aproximadamente 55 años, Post operado 4 días de Apendicetomía abierta por apendicitis aguda necrosada.

Subjetivo: el paciente refiere que presenta dolor en la zona de la herida operatoria, y sensación de alza térmica, enfermería reporto que paciente ha hecho pico febril de 38.5°C

Objetivo: paciente en decúbito dorsal activo, ventila espontáneamente sin aporte de O2, con vía periférica permeable en dorso de mano izquierda, en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición e hidratación al examen físico:

EXAMEN FÍSICO	
Piel y Faneras	Turgente, hidratada, elástica; llenado capilar < 2'', no presencia de edemas, no ictericia, no palidez facial.
Tórax y Pulmones	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados
Cardiovascular	No se observa ni se palpa choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en zona de herida operatoria. Herida Operatoria: herida abierta, con bordes con signos de flogosis con secreción purulenta
Genito Urinario	Puño percusión lumbar (PPL): negativo; Punto Renoureterales (PRU): negativos
Sistema Nervioso	Despierto, Lucido Orientado en Tiempo, Espacio y Persona, Escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas

Central	fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos
----------------	--

Apreciación: Paciente varón de 55 años, hemodinámicamente estable, cursa en su 4to día de hospitalización por apendicetomía abierta, con pico febril de 38.5°C, con los siguientes diagnósticos:

- Post Operado 4 días, de Apendicetomía abierta por apendicitis aguda
- Infección del Sitio Operatorio tipo I

Plan:

- Dieta completa hiperproteica
- Vía Salinizada
- Metronidazol 500mg EV c/8h
- Ciprofloxacino 400mg EV c/12h
- Omeprazol 40mg EV c/24h
- CFV + OSA
- Limpieza de herida operatoria
- s/s Cultivo de secreción de Herida

Los pacientes muchas veces hacen infección del sitio operatorio, debido a una mala higiene o también debido a iatrogenia, debido a una mala praxis en el cierre de la herida, y eso agregado a que en el ambiente de hospitalización no se le brinda una correcta limpieza de la herida quirúrgica.

3.3.3 Caso 3: Mordedura por Can

Paciente mujer de 50 años que se apersona a emergencia cojeando del miembro inferior derecha y el antebrazo izquierdo con rastros de sangre, nos menciona que hace 20 minutos saliendo de su hogar fue atacada por un can callejero y que fue auxiliada por vecinos y no de ellos es quien le ayuda a trasladarse al hospital.

Al examen físico se evidencia en la pantorrilla derecha una solución de continuidad en "V" tipo colgajo de 5 cm largo y una profundidad 0.5 aproximadamente sumado con escoriaciones. En antebrazo izquierdo mordedura de can con rastros de sangre.

De inmediato se realiza un lavado exhaustivo de las heridas tanto con solución salina como con yodo povidona, para luego poner un punto de sutura no de cierre completo ya que estas heridas tienen se ser de higiene diaria con agua y jabón de parte de la paciente, sino se hace este punto para que no se quede el colgajo del miembro inferior suelta, puesto que este tipo de heridas generalmente se hace un cierre por segunda intención.

Posterior al procedimiento se le explica a la paciente que se tiene que hacer el lavado diario de las heridas y se le indica amoxicilina con acido clavulánico cada 8 horas por 7 días y que mañana retorne al hospital para que inicie su vacunación contra la rabia ya que, al ser un perro callejero, lo más probable que este no este vacunado.

3.3.4 Caso 4: Retención Urinaria

Varón de 70 años en aparente regular estado general, portador de sonda Foley con un bolsa colectora de orina, niega alergia a medicamentos, niega cirugías previas, afebril, sin antecedentes de importancia. Menciona que hace 4 días se presentó el mismo problema que fue la retención urinaria motivo por el cual se le hace los exámenes correspondientes, donde se le indica que PSA salió elevado (5), pero que no presentaba signos de alarma y que el doctor que lo atendió le realizó el tacto rectar donde no encontró evidencia de pensar en malignidad de la próstata pero si le dijo que presentaba una hiperplasia benigna de próstata y que se le iba colocar la sonda Foley y si presentaba de nuevo el episodio de retención urinaria regrese inmediatamente al hospital por emergencia.

Al examen físico se encuentra con un piel tibia, hidratada y elástica; la auscultación de pulmones sin alteraciones, auscultación cardiaca

igualmente, el abdomen se encontró blando depresible, presencia de globo vesical y leve dolor a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes. A nivel genitourinario puño percusión negativo, puntos renoureterales negativos, paciente portador de sonda Foley no permeable con bolsa colectora de orina de características normales.

Se indica un cambio de sonda el cual se indica que vaya a emergencia para que traiga los elementos necesarios: una sonda Foley N°18, gasas, lidocaína, guantes quirúrgicos, una bolsa colectora de orina y una jeringa de 20 cc. Con esto se procede al cambio de la sonda y posterior se indica al paciente tomar la Tamsulosina 0,4 mg cada 24 horas por 3 a 4 días y que regrese para evaluar y retirarle la sonda (20) .

3.4 Ginecología y Obstetricia

3.4.1 Caso 1: Preeclampsia

Uno de los objetivos del milenio es disminuir la muerte materna y siendo la causante de esta la Preeclampsia y la eclampsia, que son las primeras causas de muerte materna en el país. Es por ello que es importante el conocer todo lo relacionado acerca del diagnóstico, manejo actual y oportuno en base a las evidencias científicas para poder ayudar a disminuir la morbimortalidad materna-perinatal y todas las complicaciones que pueda causar.

La Preeclampsia se desarrolla a partir de la semana 20 de gestación, y se caracteriza por presentar Hipertensión arterial asociado a proteinuria o también puede darse con Hipertensión arterial sin proteinuria, pero con alguna afectación de órgano blanco, es una enfermedad que pueda causar daño de muchos órganos y sistemas y poner en peligro la vida de la gestante y de su hijo. (15)

Paciente gestante de aproximadamente 25 años llega al servicio de ginecología tras presentar desde hace 1 día dolor de cabeza, refiere que ve lucecitas en el ambiente y zumbido de oído, niega pérdida de líquido, niega sangrado y percibe movimientos fetales

Funciones vital:

Presión Arterial: 150/95 mmHg; Temperatura: 36.6°C, Fc: 85 lpm, Fr: 17 rpm
Sato2: 97%;

Antecedentes:

G3 P2002

- G1: A término, Parto Eutócico. Peso al Nacer: 3450gr.
- G2: A término, Parto por Cesárea, por Preeclamsia.


Al examen físico:

EXAMEN FÍSICO	
Piel y Faneras	Turgente, hidratada, elástica; llenado capilar < 2'', no presencia de edemas, no ictericia, no palidez facial.
Tórax y Pulmones	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados
Cardiovascular	No se observa ni se palpa choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no dolorosa a la palpación. Altura Uterina: 33cm; SPP; Longitudinal Cefálico Izquierdo; Latidos cardiacos fetales: 120 – 135 x'; Movimientos fetales: ++; Dinámica uterina (-) Tv: Cervix posterior, AP: -3; Membranas íntegras; pelvis: ginecoide
Genito Urinario	Puño percusión lumbar (PPL): negativo; Punto Renoureterales (PRU): negativos
Sistema Nervioso Central	Despierta, Lucida Orientada en Tiempo, Espacio y Persona, Escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos

Diagnóstico:

- G3 de 39 4/7 ss por eco de I trimestre
- NTP
- HTE: d/c Preeclampsia
- Aro: cesareada anterior.

Rp:

- NPO
 - NaCl 9% 100cc XXX gotas x´
 - NaCl 0.9% 50cc
 - MgSO 20% 5ampollas
- 
- 40CC EN 20' luego
10cc x hora
- Nifedipino 10mg PRN a PA >160/110
 - FCV + OSA
 - Monitoreo Materno Fetal
 - Control de PA c/15 min en hoja aparte
 - s/s Hemograma, Glucosa, Urea, creatinina, Perfil Hepático, DHL.

3.4.2 Caso 2: Mastitis

La causa principal del abandono evitable de la lactancia materna es la Mastitis.

El diagnóstico de la mastitis aguda es principalmente clínico, solo en algunos casos está determinado por el cultivo de leche.

El drenaje de la mama es fundamental para su tratamiento es por ello que debe mantenerse la lactancia materna. Si los síntomas persistieran se iniciará antibioticoterapia. No hay suficientes pruebas de la etiología de otras formas de la mastitis ya sea subclínica o subaguda, tampoco que sean responsables del dolor mamario o el escaso aumento de peso del lactante

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en esta patología son: dolor mamario, signos inflamatorios, pudiendo presentar fiebre, decaimiento, dolores articulares, escalofríos. (16)

En cuanto al tratamiento:

- drenaje del pecho
- antibióticos
- antiinflamatorios

Paciente mujer de aproximadamente 20 años, puérpera de 5 días que llega al servicio de emergencia de ginecología por presentar dolor moderado en ambas mamas, refiere sensación de alza térmica, se palpa una masa y que secreta líquido blanquecino.

Funciones vital:

Presión Arterial: 110/65 mmHg; Temperatura: 36.8°C, Fc: 75 lpm, Fr: 18 rpm
Sato2: 98%; Al examen físico presenta:

EXAMEN FÍSICO	
Piel y Faneras	Turgente, hidratada, elástica; llenado capilar < 2'', no presencia de edemas, no ictericia, no palidez facial.
Tórax y Pulmones	Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados
Mamas	Se observan lesión ambas mamas con signos de flogosis, con eritema, rubor, se palpan en mama derecha masa de aproximadamente 2x3 cm, masa semiblanda, que secreta líquido de aspecto lácteo. En mama izquierda se palpa masa semidura, con signos de inflamación que secreta líquido de aspecto lácteo, ambas mamas muy congestivas, dolorosas
Cardiovascular	No se observa ni se palpa choque de punta, Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no se auscultan soplos.
Abdomen	Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando,

	depresible, no dolorosa a la palpación.
Genito Urinario	Puño percusión lumbar (PPL): negativo; Punto Reno ureterales (PRU): negativos
Sistema Nervioso Central	Despierta, Lucida Orientada en Tiempo, Espacio y Persona, Escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos

Rp: Hospitalización

- DC + LAV
- Jeringa Salinizada
- Ciprofloxacino 400mg EV c/12h
- Clindamicina 600mg EV c/8h
- Metamizol 1gr
- Ketoprofeno 100mg VO c/8h
- Ss cultivo de secreción láctea
- Continuar lactancia materna

La mastitis es un problema muy común en mujeres puérperas primíparas, que en su mayoría es debido a una mala técnica de lactancia, lo recomendable es hospitalizar a la paciente para iniciar tratamiento con antibióticos, ya que la causa en un 50% es causado por bacterias Gram +, pero es muy importante no dejar la lactancia materna.

Debemos tener en cuenta que si la lesión es bilateral estamos frente a un caso de una mastitis congestiva, que e da mayormente en el puerperio precoz, y si es una puérpera tardía y la lesión es en una sola mama, estaríamos frente a una mastitis infecciosa.

3.4.3 Caso 3: Preeclampsia Puerperal

Se apersona primigesta de 20 años derivada de su Centro de Salud por contracciones uterinas y embarazo en vías de prolongación, niega perdida de líquido, niega perdida de sangrado y percibe movimiento fetales. Se le hace la evaluación en lo cual se le diagnostica como una paciente G1 de 40 ss. 6/7, no trabajo de parto y embarazo a término.

Motivo por el cual se indica quedarse para observación y que se inicie maduración cervical con misoprostol 25mg (1/8 de la pastilla) vía vaginal 3 dosis cada 6 horas. Luego de eso se le vuelve a evaluar donde se evidencia que no hay cambios a nivel cervical, por lo cual se repite el tratamiento y se reevalúa a las 6 hora posteriores, donde se evidencia que sigue sin cambios cervicales por lo que se determina inducción fallida, motivo por el cual se le programa para cesárea.

Puérpera inmediata de 12 horas, se le evalúa y se encuentra un pico de 162/110, pero la paciente no refiere cefaleas, ni tinnitus, ni escotomas, el resto de examen físico normal. Por este motivo se inicia tratamiento con nifedipino 10 mg vía oral PRN a PA >160/90 y se le cataloga como una Preeclampsia puerperal y se le indica hacerle un perfil de Preeclampsia.

Al día siguiente, se observa que las presiones varían entre 160/110, 150/90, 140/80 mmHg, la paciente no refiere molestia alguna el día anterior y que pudo dormir sin problemas el resto del examen físico normal por este motivo mientras se espera todavía los resultado de los exámenes se indica el metildopa 1gr vía oral cada 12 horas y nifedipino 10 mg vía oral cada 8 horas (23).

Puérpera mediata de 3 días, la paciente no refiere ninguna molestia, pero sigue su presión 150/40 mmHg, pero a la hora de la visita se le toma y se encuentra 140/90 y los resultados del perfil de Preeclampsia se encuentra dentro de los valores normales. Se plantea el alta con indicaciones: tratamiento de metildopa vía oral y se le indica cuales son los signos de alarma para que inmediatamente regrese por emergencia.

3.4.4 Caso 4: Aborto en curso

Paciente de 24 años en su tercera gestación que se apersona por dolor abdominal, sangrado y no percibe movimientos fetales, paciente G3 P 2002 de partos anteriores vaginales a término, al examen físico a nivel de abdomen se encuentra, membrana no integra, dinámica uterina: ausente; al tacto vaginal se encuentra un OCI abierto.

Gestante de 18 semanas por ecografía de primer trimestre, no trabajo de parto. Por esto se le indica monitoreo fetal donde no se encuentra latidos fetales, posterior se realiza la ecografía obstétrica se encuentra un útero con contenido. Por este motivo se cataloga como un aborto en curso, se le indica exámenes de rutina (hemograma completo, urea creatinina, grupo y factor y examen de orina) y se le induce a la expulsión con oxitocina 40 UI, luego un legrado uterino y de esa muestra se manda a anatomía patológica (24).

CAPÍTULO IV: REFLECCIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Desde el momento que se postula para adjudicar una plaza al Hospital Sergio E. Bernales el interno va con una expectativa de poner práctica todos los conocimientos adquiridos durante todos los años que se permaneció en la universidad y de las prácticas clínicas que se adquirió en las distintas rotaciones en la que se envía de acuerdo con cada especialidad.

Los primeros 75 días de rotación en el hospital, fueron lo mejor que se pudo experimentar dentro de lo que es el Internado de medicina, ya que el interno permanecía muy pendiente de su paciente, incluso conversando en cada momento sobre el malestar que lo aqueja, pero todo eso se ve obstruido por la pandemia que se atraviesa en estos momentos.

Quién se ve más afectado es el Interno de medicina, ya que disminuyeron la cantidad de pacientes, y con ellos, las horas de experiencia que se puede sacar en cada caso clínico, en cada discusión en la visita médica, en algún procedimiento, desde la llegada de la pandemia causada por el nuevo coronavirus, el interno empezó a asistir menos horas a los hospitales, por resolución ministerial, que indicaba que solo se podía asistir 15 días, y 15 días se descansaba, con el fin de no generar aglomeraciones.

Otro punto que se puede mencionar, es la forma de cómo tratar al interno de medicina, lamentablemente esto viene por parte del personal de salud, se sabe que, no todos, pero hay algunos médicos que ignoran la presencia del interno de medicina, todos deberíamos entender que el interno se encuentra para apoyar en las labores, aun se prosigue en el proceso de aprendizaje del interno de medicina y es quien más se emociona al presentar un caso interesante, pero a veces se lo recarga de tantos procedimientos burocráticos, papeleos, que en muchas ocasiones se pierda de algunas

visitas y procedimientos que pudieran enriquecer el aprendizaje. Se pediría más apoyo y un mejor trato para el interno que en épocas de prepandemia lo daba todo al 100%, ya que no había restricciones.

CONCLUSIONES

1. Se ha perdido por estas circunstancias del COVID 19, la relación médico paciente, ya que por el distanciamiento social ahora la entrevista es bastante limitada rápida y muchas veces para un interno que está aprendiendo no deja poder ampliar bien un examen clínico, muchas veces por el miedo al contagio. Esta relación que es básica se está perdiendo un poco, esperemos que al pasar todo esto se fortalezca nuevamente esta relación.
2. Se ha podido corroborar en esta pandemia la importancia del interno como un apoyo en el trabajo del residente para hacer más ágil la atención en emergencia y de esta forma también el interno aprender a un examen más centralizado en un tópico de emergencia. De esta forma ante más horas y casos pueda ver el interno podrá adquirir la práctica para una mejor anamnesis pudiendo discriminar entre los síntomas cuales son los más importantes para poder llegar a un buen diagnóstico y de esta forma poder brindar el mejor tratamiento para el paciente.
3. Todavía se mantiene un trato vertical de parte de algunos residentes, pero ya de muy pocos asistentes, se pensará que este trato vendría de doctores de mayor edad, ya que ellos han tenido una formación de esa manera en su tiempo de internado, pero muy por el contrario son muy poco doctores mayores quienes tienen esa actitud, más bien muchos asistentes en esta época de pandemia se volvieron más paternalista, cuidando mucho a los internos para no estar tan expuestos ante casos

sospechosos; más bien se ve estas actitudes de mucho residentes donde menos precian la labor del residente o hacen como no existieran, felizmente cada vez son menos, ya que ahora muchos internos sobre todo internas se hacen respetar ante un trato no adecuado, puesto que con la pandemia se emitió decretos donde determinaban los deberes y derechos de los internos y de esta manera poder dar un documento con el cual se puede uno defender ante los malos tratos.

4. La pandemia mostró que la infraestructura del hospital es insuficiente para dar el mínimo de espacio para evitar la aglomeración entre el personal de salud, sobre todo un lugar para los interno para poder cambiarse o poder hacer las necesidades básicas. Al no tener un baño propio muchos de los internos lo comparten con personal técnico o en algunos casos con los pacientes. Puesto que residentes y licenciados no deseaban compartir sus servicios higiénicos.

RECOMENDACIONES

- Poder detallar más los deberes y derechos de los internos para que las siguientes promociones ellos puedan saber que labores les corresponde y cuales no y de esta forma no ser sorprendidos por licenciados y personal técnico donde derivan muchas veces su trabajo a los internos. también con ese documento poder ellos defenderse ante felizmente pocos residentes que quieran aprovechar su cargo y mal tratar y en algunos casos humillar a los internos.
- Se trató de cambiar el método de enseñanza por motivos de la pandemia, pero se reitera y confirma que el mejor método poder examinar, interactuar con la mayor cantidad de paciente que se pueda. Los 15 días de descanso se debería distribuir para poder ir a las guardias noches de esa forma no perder el ritmo del hospital, ver más casos interesantes y poder a prender más de los residentes que si desean enseñar.
- Se necesita establecer lugares para internos sobre todo que tengan unos servicios higiénicos propio y así no estar exponiéndose ellos, ni tampoco exponer al resto del personal. También tener un lugar donde

poder poner sus mochilas para de esta forma no estar contaminando sus maletas y no estar llevando estas a su casa con elementos contaminantes del hospital.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Segura L, Agustí R, Ruiz E. La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. Rev Peru Cardiol [Internet]. 2011;307(1):19–27. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v37n1/a3.pdf>
2. MINSA Ministerio de Salud del Peru. Análisis de las causas de mortalidad en el Perú, 1986-2015. Dge [Internet]. 2018;1–221. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_mortalidad.pdf
3. MINSA. Boletín epidemiológico del Peru 2019. Minsa [Internet]. 2019;28(21):1–38. Disponible en: www.dge.gob.pe
4. Ruiz Mori E, Ruiz M. H, Ramos Martínez P, Rodríguez-Alcántara J, Fernández-Fecundo P, Venegas-Fidel A, et al. Riesgo y edad vascular en una población ciudadin. Horiz Médico. 2016;16(4):25–31.
5. Segura Vega L. Nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas de altura y la nueva guía americana de hipertensión arterial. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2018;64(2):185–90.
6. Hernández MT, Estrada NC. Artemisa Cetoacidosis diabética. An Médicos. 2006;51(4):180–7.
7. Y HHD. Artículos especiales. 2012;3.

8. Delgado Fernández M del R. Síndrome Obstructivo Bronquial en el niño menor de 2 años. Área de Salud Integral José Félix Rivas. Estado Cojedes, Venezuela: 2007-2008. Rev Médica Electrónica. 2012;34(4):427–38.
9. FELIX TASAYCO KF. Características Clínicas Y Hallazgos De Laboratorio De La Enfermedad Por Arañazo De Gato En Pediatría Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2017-2018. 2018;
10. Fortes Gutiérrez S, Narro Flores ME, Castañeda Narvárez JL. Linfadenopatía cervical en pediatría. Rev Latinoam Infectología Pediátrica. 2020;33(1):44–8.
11. Tejada-Llacsá PJ, Melgarejo-García GC. Incidencia de apendicitis aguda y su relación con factores ambientales, Perú, 2013. An la Fac Med. 2015;76(3):253.
12. Asociación Colombiana de Cirugía, Mauricio J.; García-Acero M. Revista colombiana de cirugía. Rev Colomb Cirugía [Internet]. 2015;30(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3555/355540058005/>
13. Guanche Garcell H, González Valdés A, Pisonero Socías JJ, Gutiérrez García F, Pérez Díaz C. Incidencia de infección del sitio quirúrgico y cumplimiento de prácticas de prevención en apendicectomía y cirugía herniaria. Rev Cuba Cirugía [Internet]. 2018;57(4):193–7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932018000400004&lng=es&nrm=iso
14. Mamani Cuba L. Universidad Nacional De San Antonio Abad Del Cusco Facultad De Ciencias Agrarias Escuela Profesional De Zootecnia. Univ Nac San Antonio Abad del Cusco [Internet]. 2017;2014–8. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/1808>
15. Volumen REE. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Rev Eugenio Espejo. 2019;13(2):79–91.

16. Puesta M. Mastitis. Puesta al dia.pdf. 2016;114(6):576–84.
17. Gómez EM. Abordaje Diagnóstico Del Paciente Con Ascitis. Rev Medica Costa Rica Y Centroam. 2016;(620):505–9.
18. Mosquera Klinger G, Mayo Patiño M, Suárez Y. Paracentesis: datos sobre la correcta utilización. Univ Médica. 2018;59(1).
19. Valdivia M. Guía de manejo general del paciente intoxicado agudo Guidelines of general management of the acute poisoned patient. Guidel Gen Manag acute poisoned patient. 2005;29–33.
20. Will FC. Bibliografía Manejo urgente de la retención aguda de orina en hombres Emergency management of acute urinary RAO espontánea RAO precipitada. :498–500.
21. Ministerio de Salud-Colombia. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía de Práctica Clínica (GPC) para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años . Guía No 8 [Internet]. 2013;1–40. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_diarr ea/gpc_diarrea_profesionales.aspx
22. Niños EN, Gestantes M, Puérperas Y. Norma Técnica-Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/>
23. Álvarez-Fernández I, Prieto B, Álvarez FV. Preeclampsia | Preeclampsia. Rev del Lab Clin. 2016;9(2):8–12.
24. MINSA. Hospital Santa Rosa Departamento De Gineco-Obstetricia [Internet]. 2019. p. 1–125. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2019/resoluciones/RD-268-2019v.pdf>