



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.  
BERNALES**

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

**PRESENTADA POR  
ALISSON FRANCISCA MEJIA SÁNCHEZ  
RAFAEL JHONATAN YNFAnte VALVERDE**

**ASESOR**

**DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ  
2021**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO  
E. BERNALES**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**ALISSON FRANCISCA MEJIA SÁNCHEZ**

**RAFAEL JHONATAN YNFANTE VALVERDE**

**ASESORA**

**DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Cesar Baltazar Mateo

**Miembro:** Mg. Oscar Otoyá Petit

**Miembro:** Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

## **DEDICATORIA**

“A nuestros padres, que en todo momento nos brindaron su apoyo incondicional, su sacrificio, su firmeza antes todas las adversidades; pero sobre todo por nunca soltarnos y guiarnos por este camino. Y una dedicación en especial a nuestras fieles compañeras durante todas las noches de desvelo por nunca dejarnos solos y poder estudiar a gusto, gracias pequeñita y blacky”

Alisson Francisca Mejia Sánchez  
Rafael Jhonatan Ynfante Valverde

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a nuestros padres, por el continuo apoyo y amor durante toda la formación medica. En segundo lugar, a nuestro maestro, por todas las enseñanzas y experiencias vividas al largo de la carrera. Y sin duda alguna a cada uno de nuestros pacientes por la confianza y enseñanzas que nos llevamos de ellos, ya que son experiencias que nunca se plasmaran en un libro. También agradecer a cada una de nuestras amistades que nos brindaron su apoyo, no solo en los buenos momentos sino también en los malos. Esta de por demás agradecer a nuestra Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martin de Porres, por todo el apoyo brindado a lo largo de esta hermosa y digna carrera.

## ÍNDICE

<b>Portada</b>	<b>i</b>
<b>Jurado</b>	<b>ii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iv</b>
<b>Resumen</b>	<b>vii</b>
<b>Abstract</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>ix</b>
<b>CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Rotación de Medicina</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Rotación de Pediatría</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Rotación de Cirugía General</b>	<b>23</b>
<b>1.4 Rotación de Gineco Obstetricia</b>	<b>31</b>
<b>CAPITULO II CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	<b>41</b>
<b>CAPITULO III APLICACION PROFESIONAL</b>	<b>45</b>
<b>3.1 Abordaje en medicina interna</b>	<b>45</b>
<b>3.2 Abordaje en pediatría y neonatología</b>	<b>52</b>
<b>3.3 Abordaje en cirugía general</b>	<b>62</b>
<b>3.4 Abordaje en ginecología - obstetricia</b>	<b>69</b>
<b>CAPITULO IV REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>80</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>84</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>85</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>86</b>

## RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional ha sido elaborado sobre las experiencias obtenidas en el internado médico en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. El internado médico es el periodo en el que inician las prácticas pre-profesionales en la carrera de medicina, en las cuales el estudiante consolida e integra los conocimientos obtenidos desde un punto de vista práctico. Además de adquirir competencias a nivel social y poner en práctica las habilidades de relación interpersonal, como una correcta relación médico paciente asociado a la empatía.

El objetivo principal para la realización de este trabajo es que se pueda informar sobre los conocimientos adquiridos en el actual contexto, comprendiendo las cuatro especialidades básicas hospitalarias: Medicina interna, Pediatría, Cirugía general y Ginecología y obstetricia.

El curso normal del internado médico se vio interrumpido por las medidas tomadas por el gobierno ante la llegada de la COVID 19 al país. Siendo así que el 16 de marzo del 2020 se suspenden las actividades para los internos del Hospital Sergio E. Bernales. Finalmente, bajo el decreto de urgencia N° 090-2020 y la resolución ministerial N° 622 – 2020 se reanudaron las actividades en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales el 15 de octubre del 2020, todo esto provisto por el Ministerio de Salud.

Los internos tuvieron dificultades para que se cumplieran las condiciones bajo las que retornaron, principalmente al acceso a un adecuado equipo de protección primaria. Aun así, con todas las limitaciones en el actual contexto que nos tocó hacer el internado nunca perdimos el compromiso con nuestra carrera y la necesidad del aprendizaje práctico que es la principal fuente de preparación para la realización del SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud), de manera responsable con nuestra salud y la de nuestra familia asumimos los costos por nuestros equipos de bioseguridad con el objetivo de obtener la experiencia necesaria y hemos logrado realizar nuestro trabajo satisfactoriamente.

Palabras claves: Interno de Medicina, pandemia, COVID 19, SERUMS

## **ABSTRACT**

The present work of professional sufficiency has been elaborated on the experiences obtained in the medical internship at the Sergio E. Bernales National Hospital. The medical internship is the period in which the pre-professional practices begin in the medical career, in which the student consolidates and integrates the knowledge obtained from a practical point of view. In addition to acquiring competencies at a social level and putting into practice the skills of interpersonal relationships, such as a correct doctor-patient relationship associated with empathy.

The main objective of this work is to report on the knowledge acquired in the current context, covering the four basic hospital specialties: Internal Medicine, Pediatrics, General Surgery and Gynecology and Obstetrics.

The normal course of the medical internship was interrupted by the measures taken by the government due to the arrival of COVID 19 to the country. Thus, on March 16, 2020, the activities for interns at the Sergio E. Bernales Hospital were suspended. Finally, under Emergency Decree No. 090-2020 and Ministerial Resolution No. 622 - 2020, activities were resumed at the Sergio E. Bernales National Hospital on October 15, 2020, all provided by the Ministry of Health.

The interns had difficulties in fulfilling the conditions under which they returned, mainly access to adequate primary protection equipment. Even so, with all the limitations in the current context in which we had to do the internship, we never lost our commitment to our career and the need for practical learning, which is the main source of preparation for the SERUMS (Rural and Urban Marginal Health Service). In a responsible manner with our health and that of our family, we assumed the costs for our biosafety equipment with the objective of obtaining the necessary experience and we have been able to perform our work satisfactorily.

Keywords: Medical Internship, pandemic, COVID 19, SERUMS

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó con el objetivo de evidenciar nuestro grado de preparación académica y el aprendizaje obtenido del último año de la carrera universitaria durante nuestro internado médico en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Esto dado frente a las adversidades del contexto de estar atravesando una pandemia, así como también expresar las experiencias vividas de esta durante nuestras rotaciones en el hospital siendo este un hospital para atención de pacientes COVID – 19.

El internado médico es el periodo en el que inician las prácticas preprofesionales en la carrera de medicina, en las cuales el estudiante consolida e integra los conocimientos obtenidos durante los 7 años de carrera desde un punto de vista práctico. Además de adquirir competencias a nivel social y poner en práctica las habilidades de relaciones interpersonales, como una correcta relación médico paciente asociado a la empatía.

El objetivo principal para la realización de este trabajo es que se pueda informar sobre los conocimientos adquiridos durante el internado en el actual contexto, comprendiendo las 4 especialidades básicas hospitalarias: Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Medicina Interna.

El internado médico inició oficialmente el 01 de enero del 2020. Nuestra primera rotación tuvo una duración de casi 3 meses, en ellos pudimos abarcar bajo la tutoría de los médicos y gracias a la atención a los pacientes una gran cantidad de patologías, las más frecuentes aquellas que llegaban a las emergencias o las no tan frecuentes aquellas que requerían un tratamiento más prolongado en piso de hospitalización. Incorporando así nuestra teoría y poniendo en práctica nuestros conocimientos para hallar el diagnóstico y tratamiento adecuado.

El curso normal del internado médico se vio interrumpido por las medidas tomadas por el gobierno ante la llegada de la COVID 19 al país. Puesto que aun nos encontrábamos en condición de estudiantes las universidades a nivel nacional y los centros hospitalarios decidieron resguardar nuestra seguridad suspendiendo así nuestras actividades. Siendo así que el 16 de marzo del 2020 se suspenden las actividades para los internos del Hospital Sergio E. Bernales.

Pasaron 6 meses de conversaciones entre el ministerio de salud y la asociación peruana de internos de medicina juntos con las universidades a nivel nacional que lograron quedar en términos y condiciones para nuestro retorno que finalmente bajo el decreto de urgencia N° 090-2020 (2) y la resolución ministerial N° 622 – 2020 (3) se reanudaron las actividades en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales el 15 de octubre del 2020.

En su retorno se encontraron con una realidad de internado totalmente diferente a como iniciaron. Tuvieron bastantes limitaciones para el desarrollo de capacidades en la atención por tener menor flujo de paciente en los servicios, menor tiempo de rotaciones y menos docencia. Por otro lado, adquirieron nuevos conocimientos sobre esta enfermedad, a identificar signos y síntomas para llegar a un diagnóstico más acertado, el manejo adecuado según guías actualizadas y en práctica el manejo de pacientes secuestrados post COVID 19.

El presente trabajo de suficiencia profesional está estructurado en cuatro capítulos. El primer capítulo trata sobre la trayectoria profesional: la importancia del internado médico en la carrera, los logros alcanzados, la adquisición de competencias e integración de sus conocimientos en base a lo frecuentemente visto en cada rotación. En el segundo capítulo abarca sobre el contexto en el que se desarrolló esta experiencia: descripción del centro hospitalario, definición de categoría, ubicación y población objetiva, situación nacional e institucional antes y durante la pandemia. El tercer capítulo habla sobre la aplicación profesional: en base a lo más frecuentemente visto en cada servicio se mencionan casos clínicos, como se abordaron y la terapéutica empleada. El cuarto capítulo trata de la reflexión crítica de la experiencia del internado pre-pandemia y durante esta, dificultades que se tuvieron y como

se resolvieron.

## **CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El Internado Médico forma parte crucial y esencial de la carrera profesional de Medicina Humana. Es el año que te permite integrar los conocimientos teóricos – prácticos con el paciente, adquirir mayor experiencia con el trato directo con ellos, así como también la legalidad y ética implicada en la atención de estos.

Este se lleva a cabo en el último año de la carrera de Medicina Humana en establecimientos de salud de II y III nivel de atención de todo el Perú.

Se rota por las cuatro más grandes especialidades hospitalarias: Medicina interna, Pediatría, Cirugía general y Ginecología y obstetricia. Durante nuestras rotaciones por estos servicios aprendemos a darles a los pacientes una atención integral. Aprendemos el manejo de las emergencias de las patologías más frecuentes de cada especialidad, así mismo de el manejo hospitalario de ellas o también de patologías no tan frecuentes que requieren un tratamiento más prolongado. Las visitas médicas que se les pasa a los pacientes son los momentos en los que el interno puede aprender más sobre la enfermedad de su paciente, sus clasificaciones si es que las tuviera, métodos diagnósticos y tratamientos más adecuados basados en guías.

Se realizaban actividades extracurriculares por el bienestar del paciente, como lo eran los trámites para exámenes de laboratorio, sacar cita para estudios por imágenes, llevar a los pacientes a realizarse estos estudios muchas veces a otros centros hospitalarios. También se abarcaban horas académicas donde se realizan exposiciones y clases magistrales con patologías comunes, que será de mucho aprovechamiento para nuestra carrera como médicos cirujanos.

El curso normal del Internado Médico se vio interrumpido por la pandemia por

el virus SARS – COV – 2. El 16 de marzo del 2020 se inició el aislamiento social obligatorio por lo que se indicó a los internos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales la suspensión total de sus actividades hasta nuevo aviso. Hasta ese entonces los internos de medicina ya habían completado casi los 3 meses de rotación en los servicios en los que se encontraban. Y finalmente cuando retornaron según decreto de urgencia y resolución ministerial el 15 de octubre al hospital cada uno logró completar la totalidad de áreas por servicio de rotación.

### **1.1 Rotación de Medicina**

En el servicio de Medicina Interna se tienen las siguientes áreas de rotación en piso: hospitalización de medicina interna, infectología, neumología, gastroenterología y geriatría. En estas áreas se realizaba la evolución de los pacientes a diario, se solicitaban exámenes de laboratorios los cuales teníamos que facturar y efectivizar, en caso de análisis por gases arteriales nosotros mismos nos encargábamos de la toma de muestra de sangre para que los resultados estén disponibles más rápidamente para visita médica y así llevar un mejor control de la evolución del paciente. En caso de haber alguna interurrencia con estos se comunicaba al médico residente a cargo y se empezaba la visita médica por el paciente más complicado y de ser necesario se trasladaba al paciente a intermedios donde se tenía que continuar con su seguimiento. En servicio de tópicos de medicina se atendían las emergencias. Las patologías más frecuentemente vistas fueron: Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones, crisis hipertensiva, síndrome doloroso abdominal, accidentes cerebro vasculares, hemorragias digestivas altas y bajas, infecciones urinarias, neumonías, insuficiencias respiratorias y tuberculosis (10).

## Caso N°01

Paciente varón de 52 años ingresa al servicio de emergencia indicando que desde hace 2 días realiza deposiciones negras con leve dolor abdominal en región de epigastrio, además de ello presenta mucho cansancio y sensación de debilidad generalizada. Niega náuseas, vómitos, sensación de alza térmica ni cefalea.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

### Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, poco hidratada, elástica. Llenado capilar 2 segundos, mucosas secas. Palidez ++/+++.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico, de buena intensidad. No soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presente, dolor a la palpación profunda en epigastrio.
- Genitourinario: puño percusión lumbar (negativo), punto reno ureterales(negativo)
- Sistema nervioso central: orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow:15/15.
- Tato rectal: dedo en guante con presencia de heces color verde oscuro.

### Funciones Vitales:

- Temperatura :37 °C
- Frecuencia cardíaca: 55 por minuto
- Presión arterial: 100/50
- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto
- Saturación: 97 %

Diagnostico Emergencia:

1. Hemorragia digestiva alta: d/c enfermedad de ulcera péptica vs. Varices
2. d/c anemia severa

Manejo en Emergencia:

1. NPO
2. Na Cl 0,9% 1000 cc > 30 gotas x'... I y II frasco
3. Omeprazol 80 mg EV STAT luego 40 mg EV cada 12 horas
4. Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
5. Poligelina 500 cc PRN a PA < 90/60
6. Control de funciones vitales
7. Se solicitan exámenes auxiliares: hemograma completo, examen de orina, perfil hepático

Reevaluación con resultados de exámenes auxiliares

Hemograma:

- leucocitos: 10.00
- hemoglobina: 5.40
- plaquetas: 200.00
- neutrófilos segmentados: 65%

Examen de orina:

- leucocitos: 1 – 3 por campo
- hematíes: 0 por campo

Perfil hepático: sin alteraciones

Se hospitaliza a pabellón varones en medicina interna.

## Caso N°02

Paciente varón de 54 años ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, refiere haber notado que su pie derecho estaba hinchado, enrojecido y que además que pesaba. Menciona que hace 2 meses tuvo un accidente en su trabajo en dónde se lesionó el primer dedo del pie derecho cuando un clavo se le incrustó y que no se percató hasta horas después porque no tiene sensibilidad en ese pie.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

### Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, no cianosis.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico, de buena intensidad. No soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presente, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: puño percusión lumbar (negativo), punto reno ureterales(negativo)
- MM.II derecho: presencia de úlcera en dorso y región anterior de primer dedo de pie derecho con área necrótica
- Sistema nervioso central: orientado en tiempo, espacio y persona.  
Escala Glasgow:15/15.

### Funciones Vitales:

- Temperatura :37 °C
- Frecuencia cardíaca: 84 por minuto
- Presión arterial: 120/80

- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto
- Saturación: 97 %
- Hemoglucofotest: 404 g/dl

#### Diagnostico Emergencia:

1. Diabetes mellitus tipo 2 no controlada
2. Pie diabético Wagner IV
3. Neuropatía diabética

#### Manejo en Emergencia:

1. Dieta hipoglúcida + líquidos a voluntad
2. Na Cl 0,9% 1000 cc > 30 gotas x'... I frasco
3. Insulina 7U SC después del I frasco
4. Na Cl 0,9% 1000 cc > 30 gotas x'... II y III frasco
5. Ceftazidima 2 gr EV cada 8 horas
6. Ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas
7. Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
8. Control de funciones vitales

#### Reevaluación

##### Hemograma:

- leucocitos: 20.00,
- hemoglobina: 15.00
- plaquetas: 280.00
- neutrófilos segmentados: 85%

##### Bioquímica:

- Glucosa: 264 g/dl
- urea: 45
- creatinina: 1.03

Se hospitaliza a pabellón varones en medicina interna.

### **Caso N°03**

Paciente varón de 63 años, reingresa al HNSEB por el área de emergencia, con su hermano, refiriendo que hace dos días había sido dado de alta por el servicio de medicina interna por haber debutado con un cuadro de accidente cerebro vascular (ACV) de tipo isquémico , al ingreso refiere presentar un tiempo de enfermedad 2 días asociado dolor abdominal difuso que al transcurrir las horas se localiza a nivel del cuadrante superior derecho acompañado de náuseas, vómitos de contenido alimenticio en 3 oportunidades, deposiciones líquidas en 5 oportunidades durante el día y aumento de temperatura cuantificada en 38°C. Indica haber tomado medicamentos para el dolor, pero al no observar mejoría clínica , deciden traerlo por emergencia.

- Antecedentes patológicos: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular isquémico secular, colecistectomía por coledocolitiasis y alcoholismo crónico desde los 20 años
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

#### Examen físico:

- Piel y faneras: hipertérmico, sudoración profusa, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, ictericia generalizada de moderada intensidad (+++/+++), no edemas
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa discretamente disminuido en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico acelerados, de buena intensidad. No soplos audibles, ingurgitación yugular no perceptible
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presente de adecuada intensidad, doloroso a la palpación superficial, profunda en cuadrante superior derecho y epigastrio, no visceromegalia ni signos peritoneales. Mc Burney (negativo), Murphy (positivo)
- Genitourinario: puño percusión lumbar (positivo), punto reno ureterales

(positivo), no globo vesical

- Sistema nervioso central: desorientado en tiempo, espacio; orientando en persona. Escala Glasgow: 14/15. Hemiplejía izquierda, Babinski (positivo), no signos meníngeos.

Funciones Vitales:

- Temperatura :38 °C
- Frecuencia cardíaca: 138 por minuto
- Presión arterial: 120/80 mm Hg
- Frecuencia respiratoria: 24 por minuto
- Saturación: 96 %

Diagnostico en emergencia:

1. Síndrome doloroso abdominal
  - 1.1 Descartar colangitis
  - 1.2 Coledocolitiasis de novo de moderada probabilidad
2. Síndrome febril
  - 2.1 Descartar neumonía intrahospitalaria (bacteriana vs viral)
  - 2.2 Descartar infección del tracto urinario
3. Diabetes mellitus por antecedente
4. Colectomía por colelitiasis por antecedente
5. Hipertensión por antecedente
6. Accidente cerebro vascular (ACV) de tipo isquémico por antecedente.

Manejo en Emergencia:

1. Nada por vía oral (NPO)
2. Na Cl 0,9% 1000 cc > 30 gotas x'
3. ranitidina 50 mg EV
4. hioscina 20 mg EV
5. metamizol 1.5 gr EV
6. Na Cl 0,9% 100 cc EV
7. se solicita exámenes auxiliares

## 8. reevaluación con resultados

Reevaluación con exámenes de laboratorio:

### Hemograma

- Leucocitos:14.40 mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina: 12.6 g/dl (normocítica normocrómica)
- Plaquetas:271.00 mm<sup>3</sup>
- Neutrófilos segmentados: 66%
- Neutrófilo abastonado: 0%

### Bioquímica

- Glucosa: 80 mg/dl
- Urea: 9 mg/dl
- Creatinina: 0.37 mg/dl
- Amilasa: -
- Lipasa :2377
- PCR:0.97

### Perfil hepático

- Fosfatasa alcalina: 2155
- Gamma glutamil transpeptidasa :2249
- Albumina:3.6
- Bilirrubina total: 11.2
- Bilirrubina directa :8.75
- TGO:848
- TGP:904
- Tiempo protrombina:12.3 segundos
- INR: 0.8

Los nuevos diagnósticos tras reevaluacion, son:

1. Pancreatitis aguda leve de probable etiología biliar
2. Síndrome icterico obstructivo
  - 2.1.1 descartar neoplasia maligna de via biliar vs pancreatico
3. Coledocolitiasis de novo de moderada probabilidad
4. Diabetes mellitus por antecedente

5. Colecistectomía por colelitiasis por antecedente
6. Hipertensión por antecedente
7. Accidente cerebro vascular (ACV) de tipo isquémico por antecedente.

Al observar que la clínica persiste y exámenes auxiliares patológico, se decide hospitalizar al pabellón de medicina interna.

#### **Caso N°04**

Paciente varón de 41 años ingresa a emergencia del HNSEB con su conviviente refiriendo que una semana antes el paciente presentaba deposiciones oscuras en episodios de 3- 4 veces al día asociado a náusea, vómitos, malestar corporal general, afebril; al ver dicho cuadro deciden llevarlo de manera particular a un gastroenterólogo, donde lo programaron para una endoscopia gástrica, donde evidenciaron gastritis, úlceras gástrica y positivo para H. Pilory. Posterior a los diagnósticos obtenidos en su consulta particular, continúa con toma de medicamentos prescritos observando leve mejoría clínica. Al recibirlo en emergencia se evidenció pérdida del conocimiento, desorientado en tiempo, espacio y persona asociado a una mirada hacia arriba con pérdida de orina, deposición líquida oscura y comportamiento agresivo.

- Antecedentes patológicos: acrocianosis hace 12 años, gastritis (H. pilory), insuficiencia respiratoria crónica hace 15 años y estreñimiento crónico
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

Examen físico:

- Piel y faneras: fría, llenado capilar < 2 ss, ictericia (++/+++) a nivel de escleras, no cianosis
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa discretamente disminuido en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico acelerados, de buena intensidad. No soplos audibles, ingurgitación yugular no perceptible

- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presente de adecuada intensidad, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia ni signos peritoneales. Matidez 3 cm debajo de reborde costal derecho, telangiectasias de 3 x 5 cm a nivel pectoral derecho
- Genitourinario: puño percusión lumbar (negativo), punto reno ureterales (negativo), no globo vesical.
- Tacto rectal: esfínter anal normotenso, ampolla rectal con heces líquidas de color negro.
- Sistema nervioso central: desorientado en tiempo, espacio y persona, con comportamiento agresivo al momento del examen físico, no focaliza, no signos meníngeos, Glasgow: 13/15.

#### Funciones Vitales:

- Temperatura :37.3 °C
- Frecuencia cardiaca: 82 por minuto
- Presión arterial: 130/80 mm Hg
- Frecuencia respiratoria: 19 por minuto
- Saturación: 86 %

#### Diagnóstico de emergencia:

1. Hemorragia digestiva alta
  - 1.1 Descartar si es de tipo variceal vs ulcera péptica
2. Descartar cirrosis hepática descompensada
  - 2.1 Encefalopatía grado II
  - 2.2 Varices esofágicas medianas
3. Insuficiencia respiratoria aguda
  - 3.1 Descartar neumonía adquirido en la comunidad vs sar cov-2

#### Manejo en Emergencia:

- Nada por vía oral (NPO)
- Dextrosa 5% 1000 cc
- Nacl 20 % (1 ampolla) I frasco
- Kcl 20 % 10cc (1 ampolla)

- Nacl 0.9 % en 100 cc (II frasco)
- Octreotide 0.1 mg
- Nacl 0.9 % en 100 cc
- Omeprazol 80 mg EV STAT, luego 40mg EV cada 12 horas
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
- Enema evacuante STAT
- Enema de lactulosa 200 cc
- Nacl 0.9% 10 cc
- Se solicita exámenes auxiliares
- Control de funciones vitales y signos de alarma
- Oxigenoterapia, condicional a una  $STO_2 < 90\%$
- Reevaluación con resultados

Reevaluación con exámenes de laboratorio

Hemograma:

- Hemoglobina: 6.8 g/dl
- Linfocitos: 23.5%
- Plaquetas: 123.00 mm<sup>3</sup>
- Neutrófilos segmentados: 56%
- Neutrófilo abastonado: 0%

Bioquímica:

- Glucosa: 80 mg/dl
- Urea: 57 mg/dl
- Creatinina: 1.1 mg/dl
- PCR: 1.4 mg/dl

Perfil hepático:

- Fosfatasa alcalina: 378 U/l
- Gamma glutamil transferasa: 181 U/l
- Albumina: 3.5 g/dl
- Bilirrubina total: 0.53 mg/dl
- DHL: 401 U/L
- TGO: 51 U/L
- TGP: 42 U/L

AGA y electrolitos

- Ph sangre: 7.46
- PCO<sub>2</sub>: 24.3
- PO<sub>2</sub>: 80.4
- Na serico: 142.3
- K serico: 3.59
- HCO<sub>3</sub>: 17.3
- Prueba rápida Covid 19: IgG (Positivo)

Al observar que la clínica persiste y exámenes auxiliares patológico, se decide hospitalizar al pabellón de medicina interna

## **1.2 Rotación de Pediatría**

En el servicio de Pediatría las áreas a rotar comprendían: piso de hospitalización pediátrica donde encontrábamos a aquellos pacientes que presentaban patologías crónicas que necesitaran un tratamiento más prolongado o cuadros agudos que no había terminado resolverse en tópico de emergencia y necesitaban exámenes auxiliares o un mayor seguimiento. La otra área es tópica de pediatría, en donde se atendían las emergencias más frecuentes según grupo etáreo, se evaluaba al paciente de manera completa y se solicitaban exámenes auxiliares para poder llegar más prontamente al diagnóstico de la enfermedad. Las patologías más frecuentemente vistas fueron: diarrea aguda infecciosa, infección de tracto urinario, convulsión febril, asma, neumonía, faringoamigdalitis, urticaria, enfermedades exantémicas. En el servicio de neonatología las áreas a rotar fueron: Intermedios I donde se encontraban los recién nacidos afectados por cesarea para evaluar periodo de adaptación en caso de complicarse pasaban al área de Intermedios II donde se encontraban los pacientes con patologías que requerían hospitalización. UCIN pacientes en cuidados críticos, prematuros y el área de puerperio, acá se encuentra el recién nacido de parto eutócico o aquel nacido por cesarea que ya pasó el periodo de adaptación. Las patologías más frecuentemente vistas han sido: enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración de liquido meconial, sepsis neonatal, ictericia neonatal, asfixia perinatal que necesitó de reanimación cardio – pulmonar (11).

## **Caso N°01**

Paciente mujer de 1 año de edad ingresa por emergencia con su madre refiriendo un tiempo de enfermedad de 2 días, en el cual indica presentar vómitos alimentarios en más de 10 oportunidades, deposiciones líquidas con moco sin sangre en más de 5 ocasiones al día y aumento de temperatura cuantificado de 38 °C. Además de ello madre indica que, al primer día de evidenciar los síntomas, llevo a la menor al centro de salud Santa Luzmila-Comas, donde la trataron con trimetropin- sulfametoxazol y suero de rehidratación oral, viendo así que no hubo mejora clínica y los síntomas de la menor fueron incrementando es el motivo por el cual acude a emergencia de nuestro nosocomio HNSEB.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

### Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia, mucosa oral semi húmeda
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico, no soplos agregados
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos de intensidad aumentada, no doloroso a la palpación profunda ni superficial.
- Sistema nervioso central: despierta, alerta, responde a estímulos táctiles y verbales.

### Funciones Vitales:

- Frecuencia cardíaca: 142 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 28 por minuto
- Saturación: 98 %
- Temperatura :38.5 °C

Diagnostico Emergencia:

1. Deshidratación moderada
2. Síndrome emético
3. Síndrome febril

Manejo en Emergencia:

1. NPO por 2 horas
2. Dextrosa 5% en 1000 cc
3. Nacl 20% en 20cc
4. Kcl 20% en 10 cc
5. Ranitidina 10 mg EV cada 8 horas
6. Metamizol 250 mg EV , PRN T°>38 °C
7. Solicita exámenes auxiliares: hemograma completo, PCR, reacción inflamatoria en heces, radiografía de tórax
8. Balance hidro electrolítico
9. Control de funciones vitales más observación de signos de alarma
10. Paciente pasa a observación

Reevaluación:

Madre de la paciente, refiere que aún sigue persistiendo 4 episodios de deposiciones con moco sin sangre y que no tolera adecuadamente liquido por vía oral. En los exámenes de laboratorio encontramos:

Hemograma:

- Leucocitos: 5.600 mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina: 8.3 g/dl
- Plaquetas: 414.000 mm<sup>3</sup>
- Segmentados: 50%
- Abastionados:0 %
- Linfocitos: 42%

Bioquímica:

- Glucosa: 291
- Urea: 11
- Creatinina:0.41

- Na sérico: 121
- K sérico: 3.78
- Reacción inflamatoria en heces: 0-1 leucocitos por campo, 0 hematíes

En base a la persistencia de síntomas y exámenes de laboratorios, se plantea como diagnósticos actuales:

1. Deshidratación moderada
2. Diarrea aguda infecciosa
3. Anemia moderada

Plan: se indica pase a hospitalación del servicio de pediatría

### **Caso N°02**

Paciente varón de 1 año ingresa con su madre indicando un tiempo de enfermedad de 1 día, por presentar dificultad respiratoria (tos persistente, aleteo nasal, roncaje en el pecho, tiraje intercostal), además de ello indica presentar aumento de temperatura no cuantificada. Motivo por el cual acude a emergencia de nuestro nosocomio HNSEB.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega
- Nebulizaciones anteriores: niega

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares, tiraje subcostal, sibilantes al final de respiración
- Cardiovascular: ruido cardiaco rítmico, no soplos agregados

- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos de adecuada intensidad, no doloroso a la palpación profunda ni superficial.
- Sistema nervioso central: despierta, alerta, responde a estímulos táctiles y verbales.

#### Funciones Vitales:

- Frecuencia cardiaca: 140 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 33 por minuto
- Saturación: 95%
- Temperatura :38.2 °C

#### Diagnostico Emergencia:

1. Síndrome febril
2. Crisis asmática
3. Descartar Neumonía intrahospitalaria
4. Descartar atelectasia

#### Manejo en Emergencia:

1. Metamizol 370 mg IM STAT
2. Salbutamol 100 mg: 6 puff cada 20 minutos por 3 veces
3. Dexametasona 6mg IM STAT
4. Se solicita exámenes auxiliares: hemograma completo, PCR, VSG, radiografía de tórax, prueba hisopada para Covid 19

#### Reevaluación

Madre de la paciente, refiere que aún sigue persistiendo cuadro de dificultad respiratoria, pero con ligera mejoría a comparación del ingreso. En los exámenes de laboratorio encontramos:

#### Hemograma:

- Leucocitos :13 mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina:11.8 g/dl
- Plaquetas: 317.000 mm<sup>3</sup>
- Neutrófilos segmentados: 10.4 mm<sup>3</sup> (80%)

- Linfocitos: 1.82 mm<sup>3</sup>
- Velocidad de sedimentación globular (VSG): 20 mm/l
- Radiografía de tórax, encontramos: infiltrado parénquimal compatible con neumonía

En base a la persistencia de síntomas y exámenes de laboratorios, se plantea como diagnósticos actuales:

1. Síndrome febril
2. SOBA
  - 2.1. Descartar Neumonía
  - 2.2. Desacartar Atelectasia
3. Plan: se indica pase a hospitalación del servicio de pediatría

### **Caso N°03**

Recién nacido a término de 40 semanas con aspiración de líquido amniótico espeso verdoso, quien fue producto de parto eutócico con maniobra de Kristeller, nace sin tono, pálido, sin esfuerzo respiratorio ni gesticulaciones, APGAR 4 al minuto y 7 a los 10 minutos. Requirió ventilación con ambu durante 3 minutos logrando una frecuencia cardiaca > 100, recuperando tono y color y esfuerzo respiratorio. Se le realizó lavado gástrico donde se evidencio salida de liquido verdoso.

- Antecedentes maternos: no refiere
- Antecedentes prenatales: bradicardia durante trabajo de parto hasta 70 latidos por minutos

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, acrocianosis, máscara equimótica.
- Cráneo: moldeamiento cefálico
- Tórax y pulmones: taquipneico, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, presencia de subcrépitos y roncus difusos. Silverman – Anderson:

6 puntos, desbalance toraco-abdominal (1), tiraje intercostal (2), retracción esternal (1), aleteo nasal (1), quejido espiratorio (1)

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: globuloso, muñón umbilical verdoso cubierto con apósitos, no visceromegalia.
- Genito-urinario: genitales femeninos, no lesiones ni malformaciones.
- Sistema nervioso central: despierta, reactiva a estímulos.

Funciones vitales:

- Frecuencia cardiaca: 177 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria 62 latidos por minuto
- Saturación: 87 – 90%

Diagnóstico de emergencia:

- Recién nacido a término femenino pequeño para la edad gestacional
- Depresión respiratoria moderada (Silverman – Anderson: 6ptos)
- Pequeño para la edad gestacional simétrico

Manejo de emergencia:

1. Pase a intermedios I
2. NPO reposo gástrico por 2 horas luego inicio de lactancia con formula 25cc cada 3 horas
3. Ampicilina 128 mg EV cada 12 horas
4. Gentamicina 10 mg EV cada 24 horas
5. Control de signos de alarma y control de funciones vitales
6. Se solicita hemograma, grupo y factor, bilirrubina total, directa e indirecta, y radiografía de tórax
7. Reevaluación con resultados

## Reevaluación

Llegan los análisis de laboratorio y de imágenes, obteniendo:

Hemograma:

- leucocitos: 15.20
- hemoglobina: 20.1
- plaquetas: 161.0
- neutrófilos segmentados: 63.5%
- Grupo y factor: O positivo

Bioquímica:

- bilirrubina total: 13.38
- bilirrubina directa: 0.58
- bilirrubina indirecta: 12.8

Rx de tórax: se evidencia infiltrado grueso a predominio de hemitórax derecho compatible con SALAM

Evidenciando los resultados, paciente se hospitaliza en intermedios II

Diagnósticos:

1. RNAT femenino de 40 ss pequeño para la edad gestacional
2. Depresión moderada
3. SALAM
4. Ictericia neonatal (BT: 13.38, no rango de fototerapia)

Terapéutica:

1. Inicio de nutrición enteral mínima
2. Continuar antibioticoterapia
3. Control de funciones vitales

#### **Caso N°04**

Paciente varón de 1 año ingresa por emergencia con su madre refiriendo un tiempo de enfermedad de 3 días, en el cual indica presentar entre 6 a 7 episodios de deposiciones líquidas de color verdoso con moco sin sangre, vómitos de contenido alimenticio entre 3 a 4 veces al día con fiebre persistente cuantificada de 38°C, motivo por el cual acude en primera instancia a un policlínico particular, donde el médico de dicho centro le recetó enterogermina y racecadotril por en jarabe, pero al ver que no hubo mejoría clínica y los síntomas persistían acuden a emergencia de nuestro nosocomio HNSEB.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega
- Nebulizaciones anteriores: niega

#### Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, mucosa oral seca, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia, no signo del pliegue
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares, tiraje subcostal, sibilantes al final de respiración
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico, no soplos agregados
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos de intensidad aumentada, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, no signos peritoneales
- Sistema nervioso central: despierta, alerta, responde a estímulos táctiles y verbales, moviliza las 4 extremidades, no focaliza, no signos meníngeos

#### Funciones Vitales:

- Frecuencia cardíaca: 150 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 31 por minuto
- Saturación: 98%

- Temperatura :38.5 °C

#### Diagnóstico de emergencia:

1. Deshidratación moderada
2. Síndrome febril
- 2.1 Descartar diarrea agua infecciosa bacteriana vs viral
3. Síndrome emético

#### Manejo en emergencia

1. Nada por vía oral (NPO)
2. Dextrosa 5% 100 cc
  - a. Nacl 20 % 20 cc
  - b. Kcl 20 % 10cc
3. Ranitidina 10 mg EV cada 8 horas
4. Metamizol 210 mg EV, condicional  $T^{\circ} > 38.5^{\circ}C$
5. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma
6. Se solicita exámenes auxiliares: hemograma completo, PCR, glucosa, urea, creatinina, electrolitos séricos. radiografía de tórax, prueba hisopado para Covid 19
7. Paciente pasa a observación

#### Reevaluación

Madre del paciente, refiere que aún sigue persistiendo el cuadro de ingreso, pero con ligera mejoría. En los exámenes de laboratorio encontramos:

- Leucocitos: 18.000 mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina :9.3 g/dl
- Plaquetas: 496.000 mm<sup>3</sup>
- Neutrófilos segmentados: 3.800 mm<sup>3</sup> (53.5%)
- Linfocitos:2.900 mm<sup>3</sup> (40.8)
- Glucosa: 172 mg/dl
- Urea: 28 mg/dl
- Creatinina: 0.38 mg/dl
- Sodio: 128.9

- Potasio: 3.20
- PCR:0.12 mg/dl

En base a la persistencia de síntomas y exámenes de laboratorios, se plantea como diagnósticos actuales:

1. Deshidratación moderada
2. Diarrea infecciosa viral vs bacteriana
3. Síndrome emético
4. Intoxicación alimentaria probable
5. Anemia leve

Paciente pasa a hospitalización

### **1.3 Rotación de Cirugía General**

En el servicio de Cirugía General se rotaron por las siguientes áreas: piso de hospitalización de cirugía general, traumatología, urología, cirugía pediátrica. En piso de cirugía general se evolucionaba al paciente, se inspeccionaba la herida operatoria si esta tuviese más de 24 horas de la operación, el médico asistente durante la visita médica realizaba preguntas para reforzar nuestro conocimiento, posterior a la visita médica se realizaban curaciones de heridas, debridación, drenaje de abscesos, colocación o retiro de bolsas de colostomía y retiro de puntos. En tópico de emergencia de cirugía las patologías mas frecuentemente atendidas han sido: heridas punzocortantes, fracturas y luxaciones, politraumatizados, traumas abdominales abiertos y cerrados, amputaciones. Y las operaciones realizadas más frecuentes fueron: Apendilap o apendicectomía abierta por apendicitis aguda, hernioplastias por hernias complicadas y laparotomías exploratorias por lesión por proyectil de arma de fuego o arma blanca. Se pudieron adquirir mayores destrezas quirúrgicas durante las guardias debido a que el interno tenía la oportunidad de poder suturar los diferentes tipos de heridas o poder subir a sala de operaciones para instrumentar o ser ayudante (12).

## Caso N°01

Paciente varón de 25 años ingresa a emergencia por el servicio de medicina refiriendo presentar desde 11 horas antes de su ingreso dolor abdominal que primero se localizaba en región epigástrica y luego en cuadrante inferior derecho, se asocian náuseas y vómitos en 2 oportunidades y por persistencia de sintomatología decide acudir al hospital. Niega otras molestias.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

### Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico, de buena intensidad. No soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Mc Burny positivo, Blumberg positivo
- Genitourinario: puño percusión lumbar (negativo), punto reno ureterales(negativo)
- Sistema nervioso central: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow: 15/15.

### Funciones Vitales:

- Temperatura: 37 °C
- Frecuencia cardíaca: 82 por minuto
- Presión arterial: 100/60
- Frecuencia respiratoria: 16 por minuto
- Saturación: 98 %

Diagnostico Emergencia:

1. Síndrome doloroso abdominal: D/C apendicitis aguda

Tratamiento:

1. NPO
2. Na Cl 0,9% 1000 cc ... l frasco, 20 gotas x'
3. Ranitidina 50 mg
4. Na Cl 0,9% 100 cc
5. Interconsulta a Cirugía general
6. Se solicitan exámenes auxiliares: prequirúrgicos, prueba rápida de antígenos para COVID 19.

Reevaluación

Llegan exámenes de laboratorio, obteniendo:

Hemograma:

- leucocitos: 11.80
- hemoglobina: 16.7
- plaquetas: 259.00
- neutrófilos segmentados: 89%.

Examen de orina:

- leucocitos aislados: 4 – 6 por campo
- hematíes: 0 por campo.

Es evaluado por cirugía general quien lo diagnostica como abdomen agudo quirúrgico: apendicitis aguda complicada y le da pase a su servicio.

Se programa al paciente a sala de operaciones donde se realiza una apendicectomía abierta + secado de cavidad + colocación de dren pen rose y se realiza cierre por planos. Pasa al servicio de hospitalización de cirugía general.

## Caso N°02

Paciente varón de 26 años ingresa a emergencia en silla de ruedas con un tiempo de enfermedad de 30 minutos quien refiere haber sido impactado por una moto lineal mientras iba caminando al lado de la pista, indica haber caído sobre su hemicuerpo derecho y presenta dolor intenso en hombro derecho y limitación a la movilización por lo que decide acudir al hospital. Niega pérdida de la consciencia, náuseas, vómitos o cefalea.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

### Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis.
  - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico de buena intensidad, no soplos audibles.
  - Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes. No doloroso a la palpación.
  - Genitourinario: puño percusión lumbar (negativo), punto reno ureterales(negativo)
  - MM.SS D: clavícula dolorosa a la digitopresión en 1/3 medio. Antebrazo doloroso a la digitopresión en 1/3 distal además de presentar deformidad y limitación funcional. Solución de continuidad tipo excoriativa en dorso de mano y codo derecho.
  - MM.II D: Sin alteraciones, ni lesiones.
  - Sistema nervioso central: orientado en tiempo espacio y persona.
- Escala Glasgow: 15/15.

### Funciones Vitales:

- Temperatura: 36.5 °C

- Frecuencia cardiaca: 108 por minuto
- Presión arterial: 110/80
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
- Saturación: 97 %

Diagnostico Emergencia:

1. Policontuso
2. d/c fractura de clavícula
3. d/c fractura de radio

Manejo en Emergencia:

1. Se solicita radiografía de antebrazo derecho frontal y lateral
2. Se solicita radiografía de clavícula derecha en 2 posiciones
3. Manejo por traumatología

Reevaluación:

Con resultados de imágenes por el servicio de traumatología.

Rx de antebrazo derecho: se evidencia fractura a nivel de radio distal

Rx de clavícula derecha: se evidencia fractura en 1/3 medio de clavícula

Tratamiento:

1. Yeso braquio-palmar derecho
2. Tratamiento conservador: inmovilización de hombro con cabestrillo
3. Eterocoxib 120 mg cada 24 horas por 5 días
4. Control por consultorio externo.

### **Caso N°03**

Paciente varón de 57 años que llega a la emergencia del HNSEB con un tiempo de enfermedad de 8 horas caracterizado por dolor en zona inguinal derecha con aumento de volumen, pero sin cambios de color, que apareció tras realizar esfuerzo físico

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes familiares: niega
- Antecedentes personales: consumidor cocaína y marihuana 3 veces a la semana
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

Examen físico:

- Piel: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Plano, RHA + conservados en intensidad y frecuencia, dolor a la palpación superficial y profunda, sonoridad abdominal conservada, no viseromegalia
- Región inguinocrural derecha: se palpa tumoración de +- 6 x 3 cm poco móvil, doloroso a la palpación profunda, irreductible, sin signos de flogosis ni peritoneales
- Genitourinario: PPL – PRU -
- SNC: LOTEP. Glasgow 15/15

Funciones Vitales:

- PA: 130/70 mmHg
- FC: 105 x minuto
- FR: 20 x minuto
- T°: 36.8° C
- SaO2: 98%

Diagnostico de emergencia

1. Síndrome doloroso abdominal

1.1 descartar hernia inguino escrotal derecha encarcelada

Reevaluacion:

Ecografía de partes blandas de región inguinal derecha: Se observan varias imágenes hipocogénicas, la mayor 30 x 28 mm de bordes irregulares

Se programa al paciente a sala de operaciones donde se realiza el método TEP (totalmente extraperitoneal) donde se observa el apéndice cecal con cambios inflamatorios contenido en el saco herniario, se reparó el defecto herniario con malla de polipropileno y se cerró por planos

#### **Caso N°04**

Paciente varón de 30 años que llega a la emergencia del HNSEB con tiempo de enfermedad de 10 horas caracterizado por dolor tipo cólico en epigastrio intensidad 10 /10 que irradia a fosa iliaca derecha aumentando en intensidad acompañado de náuseas y vómitos en 5 ocasiones de contenido bilioso y el último alimentario, hiporexia y sensación de alza térmica cuantificada de 38.5 °C

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes familiares: madre hipertensa
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

Examen físico:

- Piel: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

- Abdomen: Plano, RHA +, blanco poco depresible, dolor a la palpación superficial en cuadrante inferior derecho. Mc Burney (+) Rovsing (+) Blumberg (-)
- Genitourinario: PPL – PRU -
- SNC: LOTEPE. Glasgow 15/15

#### Funciones Vitales:

- PA: 110/60 mmHg
- FC: 110 x minuto
- FR: 21 x minuto
- T°: 38.2°C
- SaO2: 99%

#### Diagnostico de emergencia

1. Síndrome doloroso abdominal
  - 1.1 descartar apéndice aguda supurada o flemonosa

#### Reevaluacion:

Se recogieron exámenes de laboratorio, obteniendo:

#### Hemograma

- Leucocitos: 11200
- Hemoglobina: 13.2
- Plaquetas: 320000

Se realiza apendicectomía laparoscópica donde se evidencia apéndice cecal de 4.8 x 3 cm paracecal descendente supurado en 2/3 distales con base indemne, meso ancho, ciego móvil.

#### **1.4 Rotación de Gineco Obstetricia**

En el servicio de Ginecología - Obstetricia se rotaron por las siguientes áreas: Ginecología donde se encontraban las pacientes con problemas netamente ginecológicos, estos incluían quistes a pedicelo torcido, miomatosis uterina, sangrado uterino anormal que requirió legrado biopsico y neoplasias. Alto riesgo obstetrico acá se encontraban las pacientes que necesitaban un monitoreo fetal continuo por patologías añadidas. UCIN aquí se encontraban las puérperas por cesarea y finalmente puerperio donde se encontraban las puérperas por parto eutócico. En tópico de emergencia llegaban un gran número de gestantes en trabajo de parto, también aquellas referidas de otros centros de salud por bradicardia fetal o por no percibir movimientos fetales. Gestantes con embarazos no evolutivos o embarzos ectópicos, éstas últimas eran programadas para entrar a sala de operaciones. Gestantes con sangrado en la segunda mitad del embarazo. Gestantes con enfermedades hipeertensivas. Pacientes que llegaban por sangrado uterino anormal que según grupo etario debían realizarse estudios y descartar patologías. En todas estas pacientes se realizaba una buena anamnesis y un adecuado examen físico priorizando en el examen ginecológico, realizando tacto vaginal, visualizando con especuloscopia. En caso de ser obstétrico se realizaban trazados de monitoreo fetal, y según fuera el caso se decidía si era parto eutócico o parto por cesárea. En ambos casos tuvimos la oportunidad de participar, en atender un parto eutócico y subiendo a sala de operaciones a instrumentar o ser ayudante para una cesárea de emergencia (13).

#### **Caso N°01**

Paciente mujer, tercigesta de 37 años ingresa al servicio de Emergencia Ginecología – Obstetricia del HNSEB, contando con una ecografía transvaginal particular donde se evidencia embarazo ectópico izquierdo, negando sintomatología al momento del examen físico.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: apendicetomía laparoscópica (2018)

- Contacto COVID: Si, esposo positivo hace 1 semana, en tratamiento

- G 3 P 1 0 1 1:

- Primera gestación: Parto vaginal (2000)
- Segunda gestación: Aborto (2006)
- Tercera gestación: Gestación actual

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia, mucosa oral semi húmeda
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico, no soplos agregados
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos de adecuada intensidad, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, no signos peritoneales.
- Genitourinario: puño percusión lumbar (negativo), punto renoureteral (negativo)
- Tacto vaginal: cérvix presenta orificios cervicales cerrados, no presencia de sangrado vaginal
- Sistema nervioso central: Ubicado en tiempo, espacio, persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Funciones Vitales:

- Frecuencia cardíaca: 82 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto
- Saturación: 98 %
- Temperatura :37 °C
- Presión arterial: 100/ 70 mm Hg

#### Diagnostico Emergencia:

1. Descartar embarazo ectópico izquierdo

#### Manejo en Emergencia:

1. Nacl 0.9% 1000cc (30 gotas, 2 frascos)
2. Cefazolina 2gr EV
3. Sonda Foley permeable
4. Se solicita ecografía transvaginal: observa imagen de aspecto sacular que mide 15 mm con contenido de una vesícula vitelina de 4.2 mm , botón embrionario de 4.6 mm con actividad cardiaca presente ; adyacente se evidencia ovario de 23 x 25 x 26 mm con presencia de cuerpo lúteo ;descartándose al final una masa anexial izquierda, compatible con embarazo ectópico no complicado
5. Control de funciones vitales
6. Se solicita exámenes de laboratorio:
  - BHCG cuantitativa: 197.000 mU/ml

#### Hemograma:

- Leucocitos: 6.700 mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina: 12.10 g/dl
- Plaquetas: 316.00 mm<sup>3</sup>
- Neutrófilos segmentados: 4.62 mm<sup>3</sup> (69 %)
- Linfocitos: 1.76 mm<sup>3</sup>

#### Bioquímica:

- Glucosa: 84 mg/dl
- Urea:18 mg/dl
- Creatinina: 0.65 mg/dl

#### Examen de orina:

- Leucocitos: 15-20 por campo
- Nitritos: negativo
- Prueba rápida covid 19: igM/igG

7. Programación a sala de operaciones para una laparotomía exploratoria

### **Hallazgos operatorios de laparotomía exploratoria:**

- A nivel de la trompa izquierda, exactamente en la fimbria se encuentra tejido trofoblástico y sangrado activo
- Ovario izquierdo de aspecto normal
- Anexo contralateral normal
- Sangrado total: +/- 100 cc

Paciente tolera acto quirúrgico pasa hospitalización para periodo de recuperación.

### **Caso N°02**

Paciente mujer, tercigesta de 28 años ingresa al servicio de Emergencia Ginecología – Obstetricia del HNSEB, presentando cefalea, visión borrosa, tinnitus y con un episodio de haber convulsionado hace 1 hora antes del ingreso. Niega perdida de líquido, sangrado; percibe movimientos fetales y contracciones uterinas esporádicas.

- Antecedentes patológicos: antecedente de preeclampsia en dos cesáreas anteriores
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: Cesáreas
- Contacto COVID: Niega
  
- G 3 P 0 0 0 2:
  - Primera gestación: Parto cesárea (2014)
  - Segunda gestación: Parto cesáreo (2016)
  - Tercera gestación: Gestación actual

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos

pulmonares, no ruidos agregados

- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico, no soplos agregados
- Abdomen: ocupado por útero grávido de 34 cm, maniobra de Leopold (indica longitudinal cefálico izquierdo), latido cardíaco fetal: 147 latidos por minuto, dinámica uterina ausente
- Genitourinario: puño percusión lumbar (negativo), punto renoureteral (negativo)
- Tacto vaginal: cérvix posterior, con una dilatación de 0 cm, implantación o incorporación de 0 cm, altura de presentación: -3, membranas ovulares integra, sin sangrado ni pérdida de líquido.
- Sistema nervioso central: desorientado en tiempo, espacio, persona, Glasgow 13/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Funciones Vitales:

- Frecuencia cardíaca: 78 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto
- Saturación: 96 %
- Temperatura :37 °C
- Presión arterial: 160/ 110 mm Hg

Diagnostico Emergencia:

1. Tercigesta de 34 semanas 2/7 por ecografía del I Trimestre
2. Preeclampsia con criterios de severidad mas eclampsia
3. Alto riesgo obstétrico: cascareada anterior 2 veces, no controles prenatales

Manejo en Emergencia:

1. Nada por via oral (NPO)
2. Nacl 0.9% 1000 cc, pasar 500 cc a chorro
3. Nacl 0.9% 50 cc
4. Sulfato de magnesio (5 ampollas)
5. Betametasona 12 gr EV STAT
6. Nifedipino 10 mg, condicional a una presión arterial mayor a 160/ 110

7. Cefazolina 2gr EV
8. Exámenes de auxiliares:

Hemograma:

- Leucocitos: 13.700 mm<sup>3</sup>
- Hemoglobina: 7.3 g/dl (microcítica hipocrómica)
- Plaquetas: 271.00 mm<sup>3</sup>
- Neutrófilos segmentados: 12.33 mm<sup>3</sup> (90%)
- Linfocitos :8 %

Bioquímica:

- Glucosa: 67 mg/dl
- Urea: 17 mg/dl
- Creatinina: 0.68 mg/dl
- Albumina: 2.6 g/dl

Perfil hepático:

- Bilirrubina total: 0.36 mg/dl
- Fosfatasa alcalina: 161 U/L
- TGP: 10 U/L
- TGO: 18 U/L
- Deshidrogenasa láctica :394 U/L
- AGA: Ph = 7.31, PCO<sub>2</sub>= 26.8, PO<sub>2</sub>=136.0, HCO<sub>3</sub>= 15.6
- Potasio sérico: 3.63 mmol/L
- Sodio sérico 137.5 mmol/L

9. Se programa a cesárea de emergencia

Hallazgos operatorios por cesárea de emergencia:

- Recién nacido vivo, en presentación cefálica
- Sangrado total: +/- 600cc
- Líquido amniótico claro
- Se observa infiltrado inflamatorio en cara posterior del 20%
- No se observa líquido en apertura de cavidad
- Permanece con sonda Foley

Paciente tolera acto quirúrgico pasa hospitalización para periodo de recuperación.

### **Caso N°03**

Paciente mujer, multigesta de 27 años ingresa al servicio de Emergencia Ginecología – Obstetricia del HNSEB, presentando pérdida de líquido amniótico de hace aproximadamente 1 hora, niega sangrado, percibe movimientos fetales y contracciones uterinas esporádicas.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: AMEU (aspiración manual endouterina) en 2 oportunidades
- Contacto COVID: Niega
  
- G 5 P 2 0 2 2:
  - Primera gestación: Parto vaginal (2013)
  - Segunda gestación: Parto vaginal (2016)
  - Tercera gestación: Aborto retenido (2017)
  - Cuarta gestación Aborto retenido (2019)
  - Quinta gestación: Gestación actual

### Examen físico

- Piel y faneras: tibia, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: ruido cardíaco rítmico, no soplos agregados
- Abdomen: altura uterina: 33 cm, Leopold: longitudinal cefálico derecho, latido cardíaco fetal: 142 por minuto, dinámica uterina :2 en 10 en 20 segundos, movimientos fetales: presente
- Genitourinario: puño percusión lumbar (negativo), punto renoureteral

(negativo)

- Tacto vaginal: membranas ovulares rotas con presencia de líquido amniótico claro, pelvis ginecoide
- Especuloscopia: se evidencia pérdida de líquido amniótico claro
- Sistema nervioso central: Ubicado en tiempo, espacio, persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización

Funciones Vitales:

- Frecuencia cardíaca: 80 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto
- Saturación: 98 %
- Temperatura :37 °C
- Presión arterial: 110/ 70 mm Hg

Diagnostico Emergencia:

1. Multigesta de 36 semanas 2/7 por ecografía del I Trimestre
2. No trabajo de parto
3. Ruptura prematura de membrana (aproximadamente +/- 1 hora)

Manejo en Emergencia:

1. Paciente queda alojada en centro obstétrico
2. Dieta blanda más líquido a voluntad
3. Nacl 0.9% 1000 cc
4. Cefazolina 2 gr EV cada 6 horas
5. Monitoreo fetal
6. Misoprostol 25 ugr EV cada 6 horas
7. Exámenes de laboratorio:
  - Leucocitos:8.400 mm<sup>3</sup>
  - Hemoglobina: 13.3 g/dl (normocítica normocrómica)
  - Plaquetas: 197.00 mm<sup>3</sup>
  - Neutrófilos segmentados: 6.13 mm<sup>3</sup> (73%)
  - Linfocitos :1.93 %
  - Glucosa: 99 mg/dl

- Urea: 14 mg/dl
- Creatinina: 0.59 mg/dl
- Examen de orina: 4-6 leucocitos por campo, 25-30 hematíes por campo, nitritos negativos y células epiteliales de regular cantidad
- Prueba rápida covid 19: negativo
- Ecografía obstétrica: evidencia gestación activa de 36 semanas 2/7 por ecografía del I Trimestre; también se evidencia circular simple de cordón a nivel del cuello

#### Reevaluación

- Paciente inicia trabajo de parto y es llevado a sala de partos eutócicos para dar a luz.
- Paciente da a luz satisfactoriamente por parto eutócico y es dirigida al área de puerperio para su proceso de recuperación.

#### **Caso N°04**

Primigesta de 30 años que acude a su primer control prenatal a las 8 semanas de gestación según FUR obteniéndose un examen de orina patológico.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: Niega

#### Al examen físico:

- Piel: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos
- Abdomen: Útero grávido
- Genitourinario: PPL – PRU -
- SNC: LOTEP. Glasgow 15/15

Funciones Vitales:

- PA: 120/70 mmHg
- FC: 88 x minuto
- FR: 18 x minuto
- T°: 36.6°C
- SaO<sub>2</sub>: 98%

Diagnostico de emergencia:

1. Primigesta de 8 semanas por fecha de ultima regla
2. Infección urinaria activa

Laboratorio

Examen de orina

- Leucocitos: 12 – 14 x campo
- Hematíes: 0 x campo
- Células epiteliales: 2 – 4 x campo

Paciente con embarazo activo de 8 semanas con bacteriuria asintomática inicia tratamiento VO dosis única con fosfomicina 3 gramos y se la cita a control de examen de orina en dos semanas

## **CAPITULO II CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales fue inaugurado el 15 de agosto de 1940, bajo la administración de la comunidad religiosa Las hermanas Carmelitas con el nombre de Preventorio. Años más tarde el 06 de mayo de 1959 cambia su nombre a Sanatorio de Collique equipándose para el tratamiento de enfermedades respiratorias, incrementando infraestructura física y administrativa y creando mayores servicios de limpieza y generales. Debido al aumento creciente de la demanda éste adopta un nuevo nivel de atención pasando a llamarse así Hospital Infantil de Collique, pero aun carecía de un centro quirúrgico. Durante 1970 se constituye como un hospital general y cambian nuevamente el nombre a Hospital base n°9. Finalmente, en 1982 toma el nombre de Hospital Sergio E. Bernales en memoria del médico y catedrático universitario peruano Sergio Ernesto Bernales García (7).

El actual hospital se encuentra ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la avenida Túpac Amaru N° 8000 en Collique en el distrito de Comas, provincia Lima y departamento del mismo nombre, cuenta con un área de terreno libre de 578.100,47 m<sup>2</sup> y un área construida de 16.833,33 m<sup>2</sup>. Cuenta con una cantidad de 1351 trabajadores entre personal asistencial y administrativo, siendo tan solo el 14.1% personal médico y un 20,1% profesionales no médicos. Dentro de sus límites geográficos y sus cinco correderos viales y sociales tiene un área de gran afluencia y accesibilidad directa por los distritos de Carabayllo, Comas e Independencia, y de forma indirecta por los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa, San Martín, Los olivos; distritos de la provincia de Canta y pacientes referidos de las regiones de salud de Huánuco y San Martín (8).

El hospital es un órgano desconcentrado de la dirección de salud V – Lima ciudad. Pertenece a la dirección de redes integradas de salud lima norte. Es un centro que cuenta con una alta capacidad resolutoria de nivel de complejidad III-1, brinda atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, que abarca en su mayoría la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud medico quirúrgicos de mayor complejidad.

El Hospital Sergio E. Bernales es uno de los principales hospitales del MINSA, es una institución especializada que cuenta con los siguientes tipos de atenciones: consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico y unidades de cuidados intensivos para ciertos servicios. Tiene un bajo flujo de referencia de pacientes debido a que este se da en situaciones poco frecuentes, estos son: un cierre de servicios debido a una emergencia sanitaria, no contar con apoyo al diagnóstico por imágenes, no brindar tratamientos más especializados, así como también por carecer de médicos especializados las 24 horas del día todos los días del año como un neurocirujano. El hospital también es un establecimiento de referencia de las tres de cuatro microrredes de salud: Santa Luzmila, Collique III y Carabayllo, y de los dieciséis centros de salud y quince puestos de salud (9).

Durante el inicio del internado médico del año 2020 no hubo dificultades para la realización de las practicas y se obtuvieron el mayor provecho en conocimientos gracias a la variabilidad de casos que ingresaban al hospital.

El 26 de febrero del 2020 ante la alerta lanzada por la OMS por los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad COVID 19 y por su gravedad caracterizándola como una pandemia se tomaron medidas a nivel mundial ante la inminente llegada de esta enfermedad. El ministerio de salud anunció a través de una conferencia brindada que cinco hospitales de Lima se encontrarían listos para albergar algún paciente sospechoso, encontrándose entre estos el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Para ello 11 de febrero se habían aprobado la resolución ministerial N° 039-2020/MINSA (1) “Plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del coronavirus 2019-ncov” y la resolución ministerial 040-2020/MINSA (4) “Protocolo para la atención de personas sospechosas o infección confirmada por coronavirus 2019-ncov”. Mediante estas resoluciones se hizo un envío de

Alerta epidemiológica sobre el riesgo de introducción de casos importados del nuevo coronavirus en el país y la indicación de una guía provisional del manejo clínico de la infección respiratoria aguda severa (5).

El 06 de marzo del 2020 el presidente anunció el primer caso de un paciente con COVID 19 en el Perú. El 07 de marzo se aprueba mediante la resolución ministerial N° 084-2020/MINSA (6) el documento técnico Atención y manejo clínico de casos de COVID – 19, escenario de transmisión focalizada cuyo principal objetivo fue reconocer y brindar atención de manera oportuna los casos sospechosos, probables y confirmados de COVID – 19.

Casi por concluir la primera rotación de cada servicio y al confirmarse el primer caso de COVID 19 en nuestro país el 15 de marzo del 2020 el gobierno tuvo que instaurar un estado de emergencia nacional y el aislamiento social obligatorio que finalmente se prolongó por meses. Los internos aun en su carácter de estudiantes no contaban con las condiciones necesarias para continuar con sus actividades en los centros hospitalarios por lo que se suspendieron las prácticas pre-profesionales del internado médico.

Desde entonces fue en aumento el número de casos de COVID 19. En mayo del 2020 tuvimos la primera ola de la enfermedad y las medidas de contención hicieron que finalmente en setiembre del mismo año hubiera un descenso importante de casos de COVID 19.

Ha sido una lucha sostenida por el sistema de salud y los centros hospitalarios dentro de estos el Hospital Sergio E. Bernales para aumentar la capacidad de respuesta incrementando sus recursos humanos, financieros, físicos y materiales.

Puesto que el sistema de salud colapsó por la inmensa cantidad de pacientes infectados por la COVID 19 y la escasa cantidad de personal asistencial, el ministerio de salud propone el retorno de los internos del área de salud. Para el retorno de los internos a los centros hospitalarios se promulga el Decreto de Urgencia N° 090-2020 (2) y la Resolución Ministerial N° 622-2020 (3) con el objetivo de la reanudación laboral de los internos del área de la salud en condición de trabajadores, además de asegurar las condiciones en las que se iba regresar dado el contexto de la pandemia. Finalmente, los internos de medicina retornan progresivamente a sus actividades siendo así que el 15 de octubre se reanuda el internado médico en el Hospital Sergio E. Bernales.

Sin embargo, la suspensión progresiva de las medidas de contención hizo que haya un incremento los casos de COVID 19 a nivel mundial y nacional. Teniendo así una segunda ola en enero del 2021 con un nuevo repunte de casos positivos y fallecidos por la enfermedad, esto sumado a la aparición de nuevas cepas del sars-cov-2, el incremento de la necesidad de uso de camas UCI ha hecho que se vuelva una situación insostenible para el sistema de salud, colapsando así por la alta demanda de recursos sanitarios en un contexto de escasez.

Al retornar evidenciamos grandes cambios en el hospital. Estos cambios se dieron principalmente en la redistribución de disposición de las áreas y en los recursos humanos. También debido al aumento de demanda de pacientes en el hospital, éste dejó de contar con algunos exámenes auxiliares indispensables para el adecuado diagnóstico y seguimiento del paciente.

Los internos tuvieron dificultades para que se cumplieran las condiciones bajo las que retornaron, principalmente al acceso a un adecuado equipo de protección primaria. También tuvieron restricciones en cuanto a la atención integral de los pacientes y un menor flujo de estos, disminuyendo así la variabilidad de casos vistos y la oportunidad de integrar los conocimientos con la práctica.

## CAPITULO III APLICACION PROFESIONAL

### 3.1 Abordaje en medicina interna

Con respecto al caso clínico de **Hemorragia digestiva alta (HDA)**, se tomo como referencia la Guía Practica para el Manejo de Hemorragia Digestiva Alta No Variceal del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion (HNDAC), emitida por resolución directorial el 2015; en el cual define a una HDA, como un sangrado intestinal que ocurre proximal al ángulo de Treitz habiéndose descartado sangrado peri oral no digestivo como epistaxis, sangrado faríngeo, hemoptisis y pseudomelena (14).

Cabe resaltar que la mayoría de los casos de HDA es de tipo no varicial abordando un (80 al 90% de los casos) y dentro de este de grupo, las enfermedades ulcero péptico es la más frecuente, principalmente la de tipo duodenal, la cual muchas veces esta asociada a infección por H. pylori o ingesta de AINEs (14).

El diagnóstico principalmente debe de ser clínico, en el cual se evidencia hematemesis y/o melena pudiendo estar asociado a ortostatismo, taquicardia, hipotensión, mareos, palidez y debilidad general; esto dependera a la magnitud del sangrado.

Según la Guía del HNDAC todo paciente con HDA debe ser hospitalizado, si el paciente ingresa hemodinámicamente inestable se le debe colocar dos catéteres venosos periféricos de gran calibre o catéter venoso central para la administración de cristaloides y/o expansores plasmáticos para la estabilización de la volemia (14).

La guía indica tener en consideracion algunos parámetros, como (14):

- Pacientes hemodinamicamente inestable, deberán recibir transfusión de paquete globular para mantener hematocrito > 30%
- Pacientes sin enfermedades concomitantes deberán ser transfundidos para mantener hematocrito > 21%
- Pacientes con sangrado activo y coagulopatía deben ser transfundidos con plasma fresco congelado y plaquetas

También recomienda estratificar la valoración de riesgo según la escala de Blatchford lo cual ayudará en la toma de decisiones acerca del tiempo de realización de endoscopia, tiempo de alta y nivel de cuidado.

En cuanto al tratamiento médico, los inhibidores de bomba de protones (IBPs) EV pueden ser considerados si la endoscopia se va a retrasar o no podrá ser realizada, además de ello se puede emplear luego de la endoscopia con procedimiento terapéutico ya que disminuyen significativamente el riesgo de re sangrado en casos de úlceras con sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido, seguido de terapia oral estándar (6).

Se recomienda realizar endoscopia alta dentro de las primeras 24 horas en todo paciente con Blatchford (>0), para determinar la lesión causante del sangrado y realizar terapia endoscópica si en caso lo necesite; tener en cuenta que en pacientes con inestabilidad hemodinámica o signos de sangrado activo la endoscopia dentro de las 12 horas puede ser considerada como un gold estándar.

La guía también recomienda inyectoterapia con adrenalina (1:10000) en 1 – 2 ml alrededor de la úlcera combinada con termocoagulación más sonda bipolar o probeta dorada o mecanoterapia con clips.

El alta hospitalaria se realizará luego de una hemostasia exitosa, estabilizando hemodinamicamente al paciente sin evidencia de resangrado durante el periodo de hospitalización (72 horas aproximadamente) e inicio adecuado de tolerancia vía oral; en caso de pacientes con alto riesgo, lo ideal es realizarle tratamiento endoscópico (14).

Con respecto al caso clínico se comparo con el protocolo dado por la Guía Clínica del HNDAC donde se evidencia similitud en el manejo brindado en nuestro nosocomio; a la evaulacion se halla una escala de Blatchford (0 – 23 puntos): 12 puntos. Dentro de los exámenes de laboratorio se evidencia anemia severa razón por la cual es transfundido con 3 paquetes globulares, después de ello se le solicita hematocrito control 12 horas post transfusión, en el cual se evidencia una hemoglobina de 7.6 mg/L. Como estuvo hospitalizado en el servicio de Medicina Interna, se solicita interconsulta y pase al Servicio de Gastroenterología para la realización de una Endoscopia la cual se realizó dos días después del ingreso y no dentro de las 24 horas como dicta la Guía (14).

Se le solicita hematocrito control 12 horas post endoscopia, el cual tiene como resultado 9.5 mg/L. Es dado de alta hospitalaria 48 horas post endoscopia por el servicio de Gastroenterología con funciones vitales conservadas y explicandole signos de alarma.

Con respecto al caso clínico de **Pancreatitis**, se tomo referencia el articulo costarricense, emitido el 2019 en base a Pancreatitis Aguda basada fisiopatológí- manejo inicial y en base a la evidencia UptoDate, donde indican que la pancreatitis es una inflamación aguda del páncreas la cual se evidencia clínicamente por dolor abdominal en epigastrio que aparece de manera abrupta y persistente, asociado a irradiación en zona lumbar. La etiología puede ser extensa, pero en nuestro medio la causa más frecuente es por litiasis vesicular seguido de la alcohólica (15) (16) (17).

En relación con el caso clinico se evidencio que la causa es por el consumo excesivo de alcohol, debido a que en antecedentes menciona ser una consumidora crónica de alcohol (15) (16).

Uptodate menciona que ante la sospecha clínica de pancreatitis la presencia de 2 de tres criterios se podría hacer el diagnostico, siendo estos: dolor en

epigastrio de inicio agudo y que es de manera persistente con irradiación a espalda, es decir un dolor típico en cinturón, elevación de las enzimas pancreáticas tres veces su valor normal y la presencia de imágenes positivas para pancreatitis (16).

Debido al tiempo en que permanecen elevadas las enzimas, la lipasa es más sensible y específica pasadas las 72 horas desde el inicio del cuadro clínico. Una vez realizado el diagnóstico se debe realizar scores para poder evaluar la severidad y pronóstico del paciente además del manejo inicial.

Dentro de los más usados tenemos al Score de Ranson, BISAP, APACHE y MARSHALL, teniendo los siguientes parámetros (16) (17):

### Escala Ranson

Admisión o Diagnóstico	Durante las primeras 48 horas
Edad >55 años	Caída del Hematocrito 10%
Leucocitos > 16000/mm <sup>3</sup>	X ↑ BUN > 5mg /dl
Glucemia > 200mg/dl	Calcemia < 8mg/dl
LDH > 350 UI	X PaO <sub>2</sub> <60 mmHg
TGO > 250 UI	X Déficit de Base > - 4mmol/L
	Déficit estimado de fluidos > 6L

### Escala Marshall

CRITERIOS DE MARSHALL MODIFICADOS					
Sistema orgánico	0	1	2	3	4
Respiratorio (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> )	> 400	301 - 400	201 - 300	101 - 200	≤ 100
Renal (Creatinina sérica mg/dL)	<1,4	1,5 - 1,8	1,9 - 3,6	3,7 - 4,9	≥ 5
Cardiovascular (TAS mmHg)	> 90	< 90 que responde a líquidos	< 90 sin respuesta a líquidos	< 90 con pH entre 7,2 - 7,3	< 90 con pH <7,2

Interpretación → un puntaje ≥ 2 en cualquier órgano define la presencia de fallo orgánico

## Escala Bisap

CRITERIOS	
1. UREA – (BUN)	> 53,5mg/dl · (>25mg/dl)
2. EDAD	>60 años
3. SIRS (≥ 2 criterios)	· FC >90lpm · T <sup>a</sup> >38° C o < 36°C · FR >20rpm o PaCO <sub>2</sub> < 32mmHg · Leucocitos > 12.000 o <4.000/mm <sup>3</sup>
4. ESTADO MENTAL	Disminución de conciencia (Glasgow <15)
5. DERRAME PLEURAL	Presencia de derrame pleural en Rx tórax

Cabe resaltar que, dentro de estas escalas, un mal pronóstico de la enfermedad indicaría los siguientes parámetros:

- APACHE > 8
- RANSON > 3
- BISAP > 2
- MARSHALL > 2
- OBESIDAD (IMC > 30)
- PCR > 150 mg/l
- IL6 y PROCALCITONIA elevada

La literatura menciona que lo más importante dentro del manejo del paciente durante las primeras 24 horas es evitar falla multiorgánica y dentro de las complicaciones tardías, es decir pasadas las 24 horas es evitar cuadros de sepsis (16).

Debido a esto lo más importante para la supervivencia del paciente es que

una vez hecho el diagnóstico se maneje de manera oportuna teniendo en cuenta la hidratación, manejo del dolor y nutrición.

El manejo inicial es con la hidratación del paciente, la cual tiene evidencia de disminuir la mortalidad y mejorar el pronóstico; la hidratación ideal es con el uso de cristaloideos o lactato de Ringer, la cual se inicia con 5-10ml/kg, este valor varía de acuerdo con las comorbilidades del paciente, como enfermedades renales o problemas cardiovasculares. Una vez iniciada la reposición de líquidos es importante la reevaluación del paciente durante las primeras 6 horas desde el ingreso de manera continua (17).

Otro punto para el manejo inicial del paciente es el control del dolor, Uptodate menciona que se pueden usar opioides de manera segura, siendo el fentanilo EV o meperidina con un monitoreo continuo durante las primeras 24-48 horas de los signos vitales, diuresis, electrolitos, para corroborar su eficacia y seguridad (17).

Uptodate menciona que a menos que exista sospecha o se evidencie la presencia de gérmenes mediante un cultivo, no dar tratamiento con antibioticoterapia, no recomiendan dar de manera profiláctica independientemente del tipo de pancreatitis o la gravedad ya que podría agravar o causar resistencia bacteriana (17).

Entonces evaluando el manejo del paciente por parte de nuestro nosocomio vemos que clínicamente se sospecha de una pancreatitis aguda y ante la sospecha se le realizan pruebas de laboratorio con las cuales hacen el diagnóstico, una vez hecho el diagnóstico proceden al manejo integral del paciente, además de la realización de los scores para evaluar el pronóstico del paciente.

Al encontrarse el paciente estable hemodinámicamente y presentar una pancreatitis leve, proceden con el seguimiento y monitorización para poder ver la evolución del paciente en las siguientes horas.

Una vez que el paciente se encontró asintomático y tolero la vía oral, además de que los exámenes de laboratorio revirtieron se pudo dar de alta. El manejo de la pancreatitis fue el adecuado según la fuente consultada.

Con respecto al caso del paciente que ingresa con diagnóstico de **Diabetes Mellitus tipo II** por antecedente, neuropatía diabética, pie diabético Wagner 4 y celulitis miembro inferior izquierdo. El diagnóstico de **Pie Diabético** se realiza de forma clínica examinando el pie de la persona con DM retirándole los zapatos de ambos pies para evaluar si hay neuropatía, isquemia de miembro inferior, ulcaración, callos, infección y/o inflamación, deformidades, gangrena, artropatía de charcot evaluando también pulsos periféricos.

La clasificación del pie diabético se realiza mediante la Clasificación Wagner y Fontaine (18).

**Wagner:**

0: Ninguna lesión. Pie de riesgo: callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades ortopédicas

1: Úlcera superficial. Destrucción del espesor total de la piel

2: Úlcera profunda. Penetra piel, grasa, ligamentos, pero sin afectar hueso. Infectada

3: Úlcera profunda, absceso, osteomielitis. Extensa y profunda, secreción, mal olor.

4: Gangrena limitada. Necrosis de una parte del pie, o de los dedos, talón o planta.

5: Gangrena extensa. Todo el pie afectado, efectos isquémicos

**Fontaine:**

I: Asintomático

Ila: Claudicación leve (> 150m)

Ilb: Claudicación moderada a severa (<150m)

III: Dolor isquémico en reposo

IV: Úlcera o gangrena

El tratamiento se da de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético del MINSA recomienda que todo pie diabético Wagner > 2 debe ser referido a un II o III nivel de atención, en el cual se deberá de valorar si es necesaria una intervención quirúrgica para eliminar el tejido desvitalizado o necrótico o drenar abscesos e iniciar terapia antibiotica de amplio espectro vía parentearl para gram – y anaerobios (18).

En el caso clínico se siguieron las pautas de la Guía, se debridó el tejido desvitalizado y se hospitalizo en piso Medicina, donde completo tratamiento EV parenteral por 10 días evolucionando favorablemente.

### **3.2 Abordaje en pediatría y neonatología**

En base a los 4 casos clínicos planteados durante la emergencia, se realizo una evaluación completa y sistemática del paciente tanto en la anmesesis como en el examen físico, para que en base a ello se obtenga un diagnotisco y tratamiento eficiente, pues en todo momento la terapéutica brindada se rige mediante las normas emitidas por la guía del MINSA (19).

Con respecto al abordaje sobre los cuadros de deshidratación, se tiene que identificar cual es la causa y agente que lo origina, ya que este cuadro de deshidtracion se puede deber a sindromes febriles, diarreas infecciosas que pueden ser de tipo viral o bacteriano, síndromes eméticos o cuadros de intoxicación alimentaria.

En base al abordaje de una diarrea infecciosa, se tiene que buscar el agente causal según el grupo etario, días que debuta con la clínica y la consistencia de las deposiciones, asociado o no a restos hemáticos.

Según la guía del MINSA sobre el abordaje de enfemerdades diarreicas, indica (19):

- Diferencias entre los tipos de diarrea, según su consistencia, días de sintomatología y agentes mas frecuentes en cada una de estas (19).

	DIARREA ACUOSA	DIARREA DISENTÉRICA
CARACTERÍSTICAS	Diarrea sin sangre, se le puede asociar: Vómitos, fiebre y disminución del apetito.	Diarrea con sangre, se puede acompañar de: Fiebre elevada, mal estado general, cólicos, pujo y tenesmo, convulsiones en ocasiones (Shigella).
FRECUENCIA	80 - 85% de los casos	15 - 20% de los casos
EVOLUCIÓN	Generalmente remite espontáneamente en una semana	Debe ser derivado al Centro de Salud
ETIOLOGÍA	<i>Rotavirus</i> <i>E.coli</i> enterotoxigénica <i>V. cholerae</i> <i>Giardia lamblia</i>	<i>Shigella sp.</i> <i>Campylobacter jejuni</i> <i>E. coli</i> enteroinvasiva <i>Entamoeba histolytica</i>

- Identificar el estado de hidratación en base a los signos y síntomas evidenciados por el paciente, y poder clasificarlo según el grupo que pertenezca para un adecuado abordaje (19).

TRATAMIENTO	PLAN A	PLAN B	PLAN C
1.EVALÚE: ESTADO DE CONCIENCIA	Bien alerta	Intranquilo Irritable	*Comatoso Hipotónico*
OJOS	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
LÁGRIMAS	Presentes	Escasas o ausentes	Ausentes
BOCA Y LENGUA	Húmedas	Secas	Muy secas
SED	Bebe normal	Sediento, bebe rápido y ávidamente	*Bebe mal o no es capaz de beber*
2.EXPLORE: SIGNO DEL PLIEGUE (&)	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	*Desaparece muy lentamente *(>2 segundos)
3.DECIDA:	NO TIENE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN	SI PRESENTA DOS O MÁS SIGNOS: TIENE DESHIDRATACIÓN	SI PRESENTA DOS O MÁS SIGNOS INCLUYENDO POR LO MENOS UN "SIGNO" TIENE DESHIDRATACIÓN CON SHOCK
4.TRATE	USE PLAN A	USE PLAN B Pese al niño	USE PLAN C Pese al niño

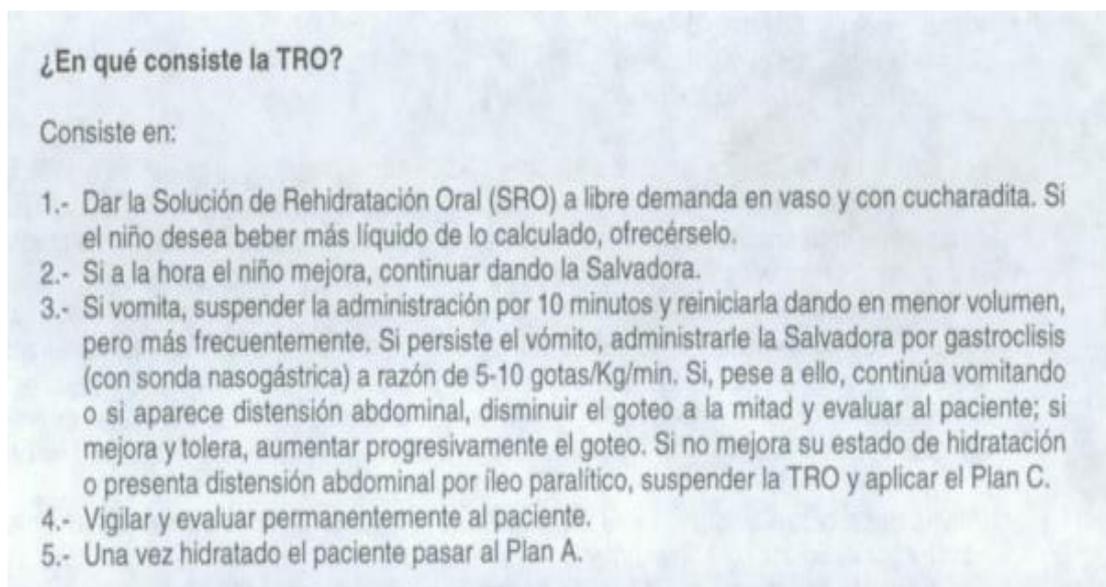
**PLAN A**, indica:

- Aumentar la ingesta de líquidos adecuados
- Continuar con una adecuada alimentación y orientación nutricional
- Reconocer los signos de alarma, en caso el paciente empeore clínicamente
- Educar para evitar nuevos episodios de diarrea

**PLAN B**, indica:

- El objetivo de este plan es reponer las pérdidas mediante terapia de rehidratación oral (TRO) que ocasionaron la deshidratación y así poder compensar las pérdidas actuales por diarrea

El esquema que indica del MINSA, en base a TRO, es:



**Plan C:**

- El objetivo es reponer rápidamente el déficit previo mediante terapia endovenosa, ya que el paciente en este nivel se encuentra en shock

El esquema que establece el MINSA, base a la terapia endovenosa:

### Esquema para la Terapia Endovenosa Rápida:

Administrar 100 ml/Kg de peso de Solución Polielectrolítica, Lactato de Ringer o Solución Salina normal. No debe ser empleada por ningún motivo la Solución de Dextrosa, ya que sólo proporciona agua y glucosa sin electrolitos. Seguir el siguiente esquema de infusión:

Primera Hora: 50 ml/Kg de peso.

Segunda Hora: 25 ml/Kg de peso.

Tercera Hora: 25 ml/Kg de peso.

Tener en consideración las principales complicaciones, en caso haya un mal manejo desde una primera instancia, como (19):

COMPLICACIONES	CAUSAS	CONDUCTA
CONVULSIONES	Se presentan cuando se administra soluciones endovenosas de una composición inadecuada (líquidos hipotónicos)	Cefirse al manejo del niño deshidratado con shock y evaluar constantemente (cada hora), durante la fase de reparación. Para evitar convulsiones usar Solución Polielectrolítica.
HIPOKALEMIA	Por el reemplazo inadecuado del potasio perdido durante la diarrea. Puede causar debilidad muscular, íleo paralítico y arritmia cardíaca.	Cefirse al manejo del niño deshidratado con shock. Dar alimentos ricos en potasio durante y después del episodio de diarrea. Para evitarla, reponer el déficit con líquidos que contengan potasio o iniciar con la TRO.
HIPOGLICEMIA	Suele presentarse por agotamiento de las reservas de glucógeno y puede presentarse rápidamente en el niño. Se manifiesta con estupor prolongado y convulsiones.	Reponer los líquidos perdidos con soluciones que contengan glucosa (SPE).
SOBREHIDRATACIÓN	Se manifiesta por edema generalizado, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, trastorno de la conciencia y aumento de peso superior al déficit calculado al momento del ingreso.	Evaluación clínica constante del niño (cada hora) durante la fase de reparación del déficit. Para evitarla reponer sólo el déficit calculado.
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	Sospechar insuficiencia renal si a pesar de haberse repuesto el déficit adecuadamente, el niño no micciona.	Para evitarla se debe reponer el déficit dentro de las primeras 3 horas de tratamiento y evaluar constantemente (cada hora) el estado de hidratación del paciente.

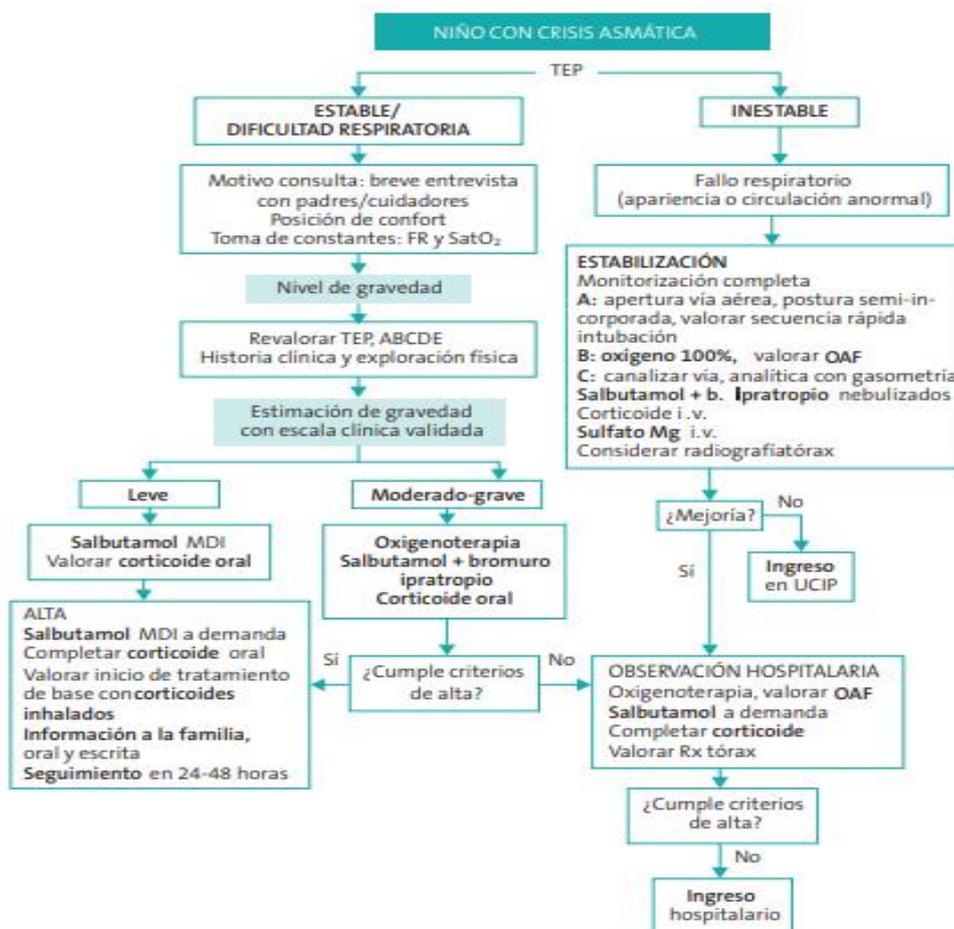
Con respecto al manejo de una **crisis asmática**, el esquema que tiene similitud al tratamiento realizado en emergencia de nuestro nosocomio es el de la guía española de pediatría, el cual consta una clasicación de score pulmonare, el cual nos categoriza la gravedad de una crisis, para poder establecer una terapéutica dirigida (20).

Tabla 1. Pulmonary Score

Puntuación PS	Frecuencia respiratoria por edad		Sibilancias	Uso de músculos accesorios (ECM)
	<6 años	>6 años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración	Moderado
3	>60	>50	Inspiración y espiración sin fonendoscopio*	Máximo

Leve: < 3 puntos  
 Moderado: 4-6 puntos  
 Severo: > 6 puntos

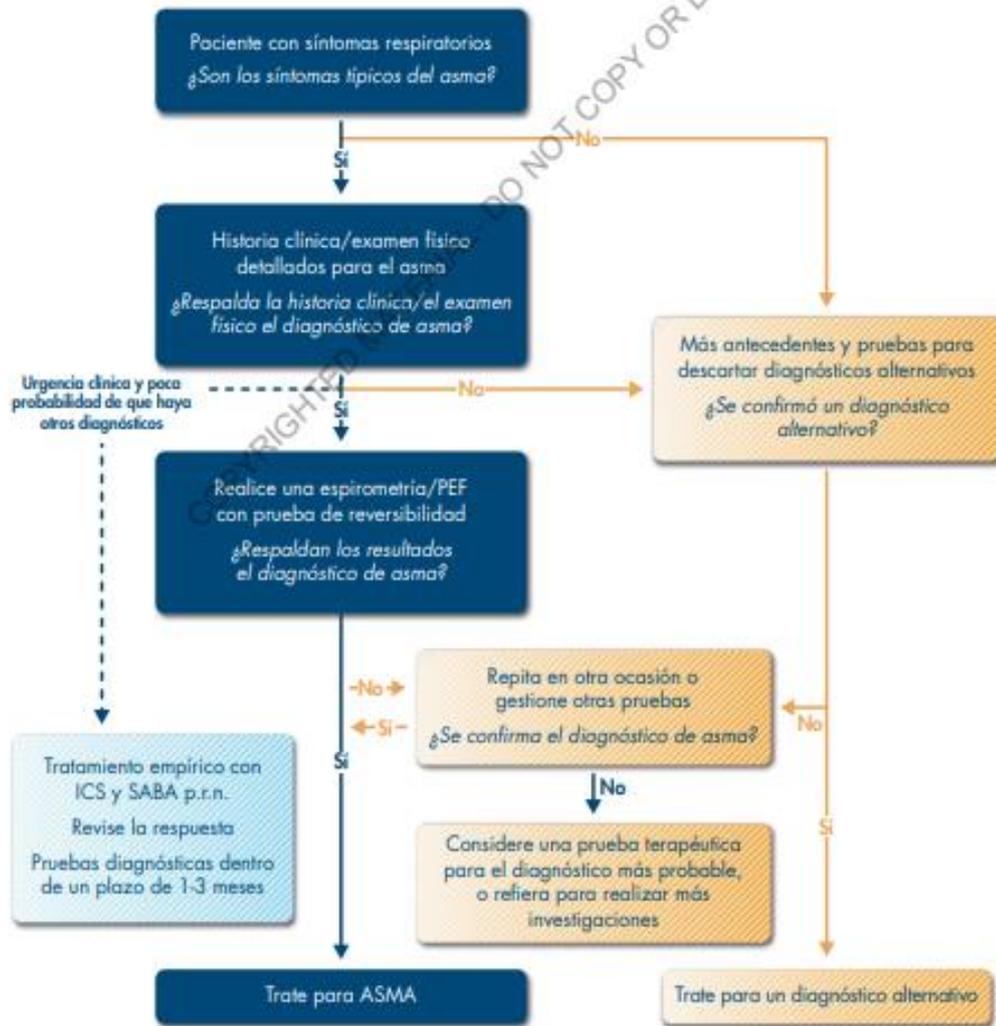
\*Si no hay sibilancias y la actividad del ECM está aumentada, puntuar 3.



Otra guía encargada de clasificar y enfocar el tratamiento ante una crisis asmática es la guía GINA 2019, la cual indica que ya no debería iniciarse con un SABA como monoterapia. Por lo cual recomiendan que todos los

adolescentes mayores de los 12 años y adultos reciban tratamiento controlador que contenga corticoides inhalados para reducir el riesgo de presentar exacerbaciones graves y para controlar los síntomas (21).

**Cuadro 1. Diagrama de flujo para el diagnóstico de asma en la práctica clínica**



## ADULTOS Y ADOLESCENTES MAYORES DE 12 AÑOS

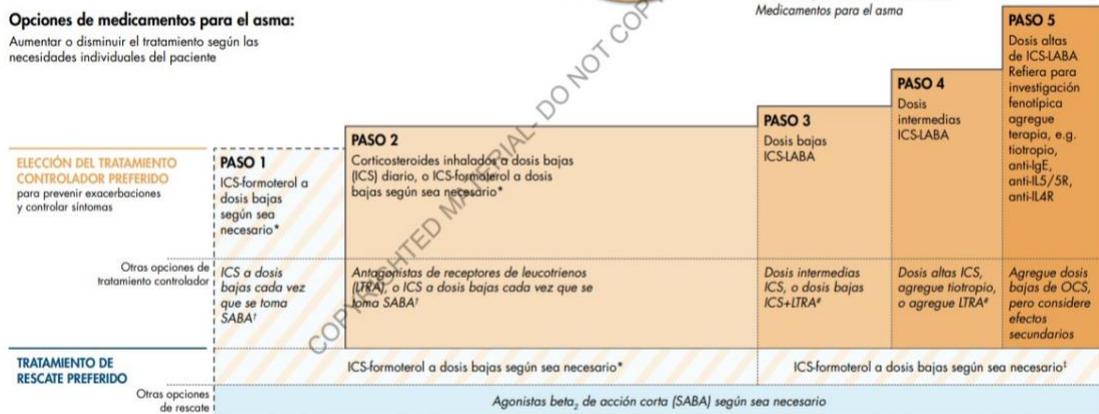
### Tratamiento personalizado para el manejo de asma:

Evalúe, Ajuste el tratamiento, Revise la respuesta



### Opciones de medicamentos para el asma:

Aumentar o disminuir el tratamiento según las necesidades individuales del paciente



Otra guía basada en el diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática, es la guía GEMA 5.0 – 2020, la cual nos brinda criterios diagnósticos para que en base a ello se establezca una terapéutica adecuada (22).

Tabla 4.2. Evaluación de la gravedad de la crisis de asma

	Crisis leve	Crisis moderada	Crisis grave	Crisis vital
<b>Disnea</b>	Leve	Moderada	Intensa	Respiración agónica, parada respiratoria
<b>Habla</b>	Párrafos	Frases	Palabras	Ausente
<b>Frecuencia respiratoria (x')</b>	Aumentada	> 20	> 25	Bradipnea, apnea
<b>Frecuencia cardíaca (x')</b>	< 100	> 100	> 120	Bradicardia, parada cardíaca
<b>Presión arterial</b>	Normal	Normal	Normal	Hipotensión
<b>Uso musculatura accesoria</b>	Ausente	Presente	Muy evidente	Movimiento paradójico toracoabdominal, o ausente
<b>Sibilancias</b>	Presentes	Presentes	Presentes	Silencio auscultatorio
<b>Nivel de consciencia</b>	Normal	Normal	Normal	Disminuido o coma
<b>FEV<sub>1</sub> o PEF (valores referencia)</b>	> 70 %	< 70 %	< 50 %	No procede
<b>SaO<sub>2</sub></b>	> 95 %	< 95 %	< 90 %	< 90 %
<b>PaO<sub>2</sub> mm Hg</b>	Normal	< 80 (hipoxemia)	< 60 (insuficiencia respiratoria parcial)	< 60
<b>PaCO<sub>2</sub></b>	Normal	< 40	< 40	> 45 (insuficiencia respiratoria hipercápnica)

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; x': por minuto; SaO<sub>2</sub>: Saturación de oxihemoglobina; PaO<sub>2</sub>: presión arterial de oxígeno; PaCO<sub>2</sub>: presión arterial de anhídrido carbónico.

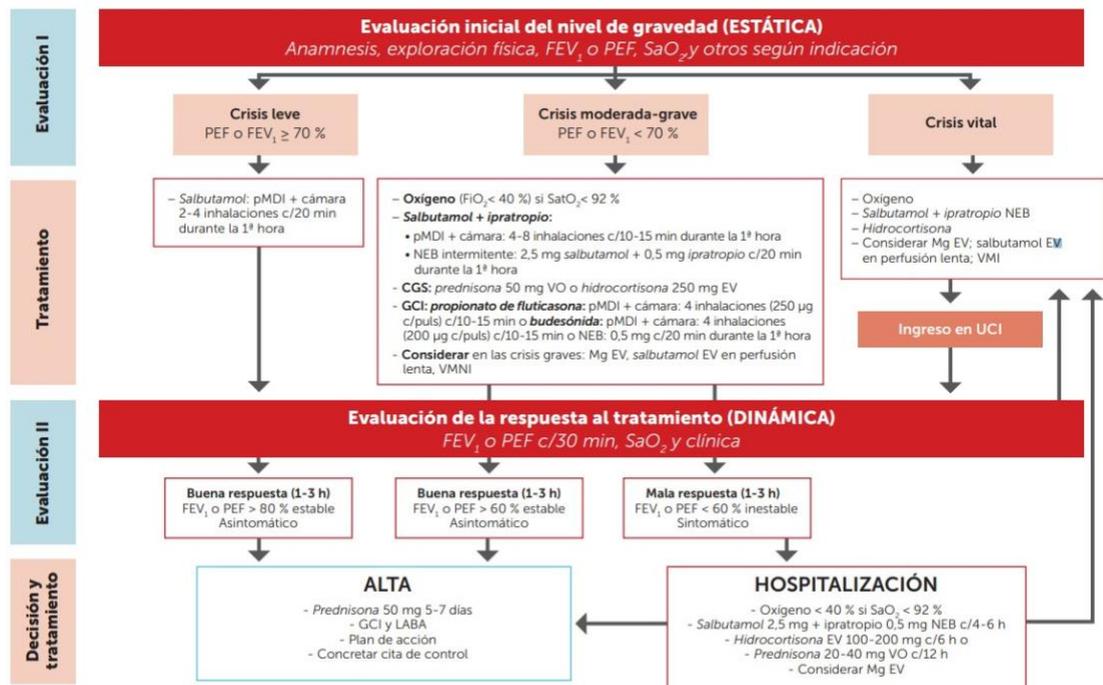


FIGURA 4.1. Manejo terapéutico de la crisis de asma del adulto.

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SaO<sub>2</sub>: saturación de oxihemoglobina; pMDI: inhalador presurizado; NEB: nebulizado; VO: vía oral; EV: vía endovenosa; GCI: glucocorticoides inhalados; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; VMI: ventilación mecánica invasiva; min: minuto; Mg: magnesio; mg: miligramo; µg: microgramo; c/: cada; LABA: agonista β<sub>2</sub> adrenérgico de acción larga; GCS: glucocorticoides sistémicos

Con respecto al **síndrome de aspiración meconial (SALAM)**, es caracterizado por la dificultad respiratoria marcada que se presenta desde el nacimiento, debido a la presencia de líquido amniótico meconial debajo de las cuerdas vocales durante la primera respiración. Para poder evaluarlo es importante tener en cuenta la escala de Silverman Anderson, ya que nos permite clasificar los tipos de dificultad respiratoria; otro punto a evaluar es el APGAR, ya que permite analizar las capacidades fisiológicas del bebé para adaptarse a la vida extrauterina tras el nacimiento. Todos estos puntos para tocar se encuentran en la guía de prácticas clínicas para la atención del recién nacido del MINSA (23).

## Silverman y Anderson:

SIGNOS	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINAL	Sincronizado	Hundimiento de tórax y abdomen	Discordancia
TIRAJE INTERCOSTAL	Ausente	Apenas visible	Marcada
RETRACCION XIFOIDEA	Sin retracción	Apenas visible	Marcada
ALETEO NASAL	Ausente	Mínima	Marcada
QUEJIDO ESPIRATORIO	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible



**0 puntos:** Sin dificultad respiratoria  
**1 a 3 puntos:** Con dificultad respiratoria leve  
**4 a 6 puntos:** Con dificultad respiratoria moderada  
**7 a 10 puntos:** Con dificultad respiratoria severa



## Apgar:

 <b>TEST DE APGAR</b>			
SIGNO	0	1	2
<b>LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO</b>	AUSENTE	MENOS DE 100	100 A MAS
<b>ESFUERZO RESPIRATORIO</b>	AUSENTE	IRREGULAR O DEBIL	REGULAR O LLANTO
<b>TONO MUSCULAR</b>	FLACIDEZ	FLEXION MODERADA DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS
<b>IRRITABILIDAD REFLEJA</b>	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO VIGOROSO O TOS
<b>COLOR DE PIEL Y MUCOSAS</b>	PALIDEZ O CIANOSIS GENERALIZADA	CIANOSIS DISTAL	ROSADO COMPLETAMENTE



PUNTAJE APGAR	CONDICIONES CLINICAS DEL RECIEN NACIDO
7 a 10	VIGOROSO, CONDICION SATISFACTORIA
4 a 6	LEVEMENTE DEPRIMIDO, ASFIXIA MODERADA, APNEA PRIMARIA
0 a 3	SEVERAMENTE DEPRIMIDO, PROBABLE ASFIXIA SEVERA O GRAVE, CONSIDERAR APNEA SECUNDARIA

## **El Tratamiento para Síndrome de Aspiración Meconial Leve es:**

Oxigenoterapia, la cual se divide en fases (23):

### **Fase I:**

- En una dificultad respiratoria leve evaluada previamente por la escala de Silverman Anderson se administra entre 4 a 6 litros por minuto, asegurando un FiO<sub>2</sub> al 40% y saturación de O<sub>2</sub> entre 85 - 95%.

### **Fase II:**

- Si requiere FiO<sub>2</sub> > 40% para mantener una saturación de O<sub>2</sub> entre 88 - 95%, iniciar presión positiva continua de las vías respiratoria (CPAP) al final de la espiración
- Se requiere de incubadora y posición de Trendelemburg, a pesar de que el neonato presente funciones vitales estable, debido a la permanencia de signos radiográficos patológicos.
- Monitorización continua si hubo aspiración pulmonar de meconio, porque estos neonatos pueden agravarse en las primeras 36 horas del nacimiento.
- Sí el neonato requiere un aporte de oxígeno para SO<sub>2</sub> >88% asociado a cuadros de insuficiencia respiratoria o hipercapnea referir de manera inmediata cuidados intensivos, debido a las complicaciones que pueda desencadenar.

### **Fase III:**

- Si se fracasa en la Fase II y se evidencia una PaO<sub>2</sub> < 50mmHg, PaCO<sub>2</sub> > 60 mmHg, ingresaríamos a un cuadro acidosis persistente con deterioro clínico y una marcada dificultad respiratoria
- Si el neonato presentara signos de Hipertensión Pulmonar, administrar ventilación con alta frecuencia u oxido nitrico, para ello es importante poder controlar las funciones vitales
- Realizar cateterismo umbilical, para la obtencion de muestras laboratoriales

- Si se sospechara de un cuadro infeccioso, el inicio de la antibióticoterapia sería lo ideal ya que evitaríamos complicaciones como Hipertensión pulmonar., Neumotórax. y Hemorragia pulmonar

- Algunos valores estándar para manejar, SAM a considerar sería:

- **Parámetros ventilatorios en SAM:**

PARÁMETRO	VALORES
Presión de inspiración máxima (PIP)	20-30 mmHg (20-50)
Presión positiva al final de la espiración (PEEP)	4 - 5 (4 - 6)
Tiempo de inspiración (Ti)	0.5 - 0.7 (0.3 - 0.5)
Frecuencia respiratoria (FR)	20 - 25x' (30 - 80)
<b>Objetivos gasométricos;</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ PO<sub>2</sub></li> <li>■ PCO<sub>2</sub></li> <li>■ Ph</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ &gt; 50 mmHg</li> <li>■ 40 - 45 mmHg</li> <li>■ &gt; 7.20</li> </ul>

### 3.3 Abordaje en cirugía general

Respecto al manejo de una **apendicitis**, la guía de práctica clínica del departamento de Cirugía General del Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa, indica que el abordaje al paciente tiene que ser completo y multidisciplinario.

Cabe definir los estadios de la apendicitis, ya que, de acuerdo con cada uno de esto, va el enfoque a la terapéutica (24).

FASE	TIEMPO	CARACTERÍSTICA	GERMEN	CLÍNICA
<b>Congestiva o catarral</b>	4 a 6 horas	Disminución del flujo linfático y venoso	Escherichia coli (E. Coli)	Dolor visceral asociado a náuseas y vómitos
<b>Supurado o flemosa</b>	6 a 12 horas	Proliferación bacteriana	E. Coli > Bacterioides	Dolor somático (Mc Burney positivo)
<b>Necrosada o gangrenosa</b>	12 a 24 horas	Disminución del flujo arterial	Bacterioides > E. Coli	Fiebre
<b>Perforada</b>	24 horas	Presente las complicaciones, como la peritonitis		

Cabe resaltar que la apendicitis, es la primera causa de abdomen agudo quirúrgico, ya que se manifiesta como un dolor abdominal agudo localizado

en fosa ilíaca derecha que se acompaña de irritación peritoneal y en muchos de los casos reacción sistémica expresada por leucocitosis.

A pesar de los múltiples métodos auxiliares diagnósticos hoy en día el examen clínico es lo más importantes, pues teniendo la destreza de poder diagnosticar de manera oportuna, evitaríamos la evolución de la enfermedad y por ende sus complicaciones.

Con respecto a los exámenes auxiliares tenemos:

- Hemograma, donde indica leucocitosis con desviación izquierda
- Reactantes de fase aguda: elevación de la proteína C reactiva (PCR)
- Examen de orina, evidencia de leucocituria, hematuria sin nitritos
- Radiografía torácica, para descartar un cuadro de neumonía
- Ecografía, importante para descartar otras causas de dolor abdominal en mujeres de edad fértil
- Tomografía con contraste, es de mejor precisión, pues nos permite ver tanto la dilatación como engrosamiento apendicular

Escalas diagnósticas con determinación terapéutica, en cuadros de apendicitis tenemos (24):

#### Escala de Alvarado modificada

Signos	Puntos
Dolor migratorio en la fosa ilíaca derecha	1
Anorexia	1
Náusea/vómito	1
Hipersensibilidad en fosa ilíaca derecha	2
Rebote en fosa ilíaca derecha	1
Elevación de la temperatura > 38 °C	1
Signos extras: Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal	1
Laboratorio	
Leucocitosis de 10,000-18,000 cel/mm <sup>3</sup>	2

## Interpretación

- **Riesgo bajo (0-4 puntos):** Observación ambulatoria, teniendo en cuenta los signos de alarma; ya que cuenta con bajo riesgo de perforación.
- **Riesgo intermedio (5-7 puntos):** Se Hospitaliza y se solicita exámenes de laboratorio, imagen, debido a que hay un riesgo del 50%, de tener la enfermedad
- **Riesgo alto (8-10 puntos):** Estos pacientes deben ser sometidos a cirugía de inmediato, debido a que la probabilidad de tener la enfermedad es de un 90%.

Otra escala, emitida el 2010, para el cuadro de apendicitis es la Escala Ripsa, la cual indica (24):

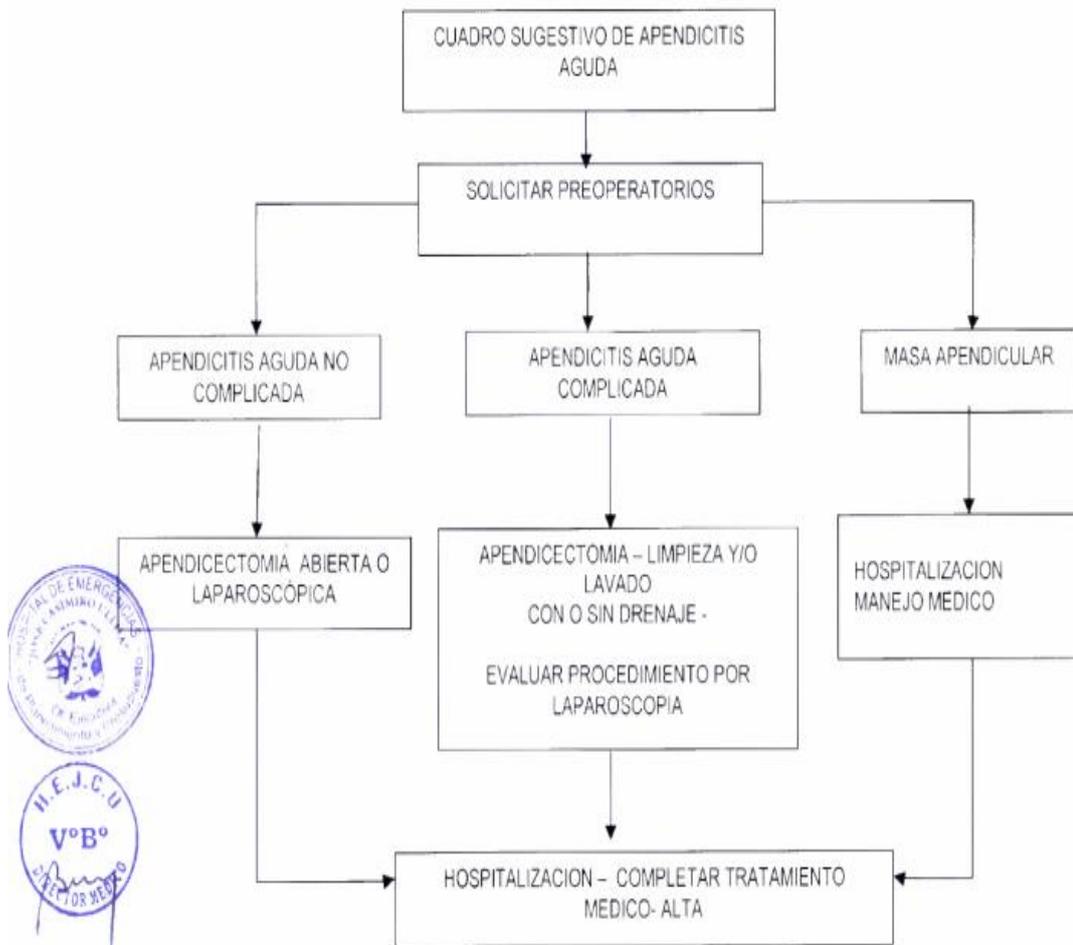
Escala RIPASA	
Datos	Puntos
Hombre	1
Mujer	0.5
< 39.9 años	1
> 40 años	0.5
Extranjero NRIC <sup>1</sup>	1
Síntomas	
Dolor en fosa iliaca derecha	0.5
Náusea/vómito	1
Dolor migratorio	0.5
Anorexia	1
Síntomas < 48 h	1
Síntomas > 48 h	0.5
Signos	
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	1
Resistencia muscular voluntaria	2
Rebote	1
Rovsing	2
Fiebre > 37° < 39 °C	1
Laboratorio	
Leucocitosis	1
Examen general de orina negativo	1

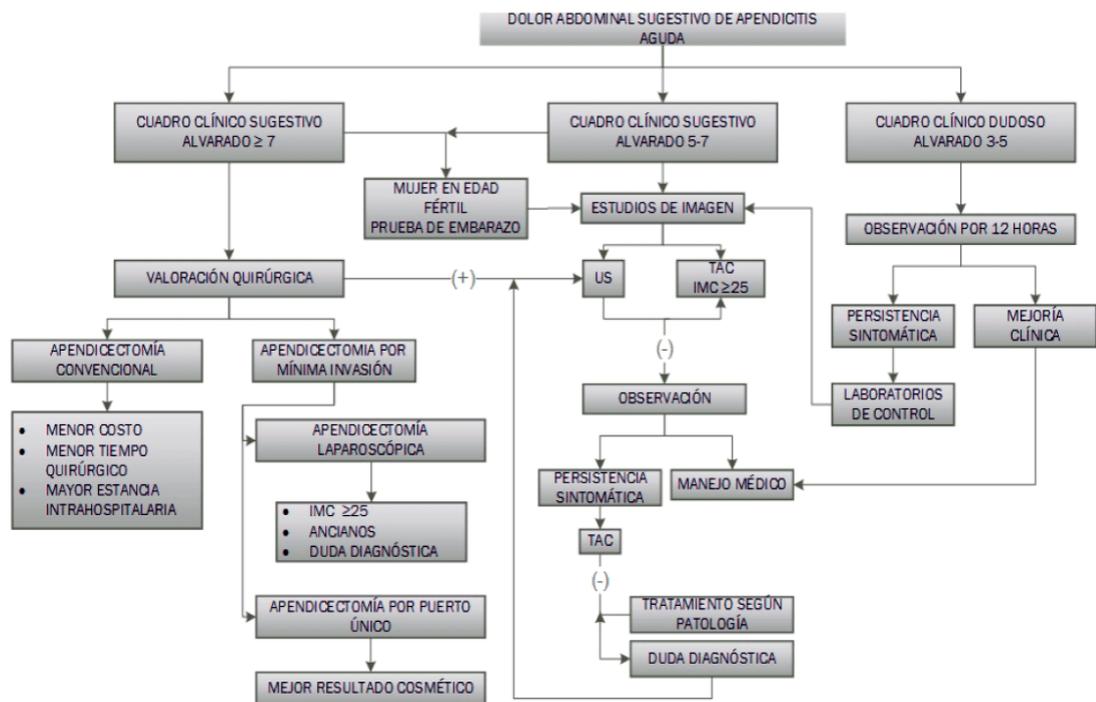
- **< 5 puntos:** Improbabilidad para un cuadro de apendicitis.
- **5-7 puntos:** Baja probabilidad para un cuadro de apendicitis se observa al paciente en urgencias y se repete la escala en 1-2 h, si éste

aumenta se revalora con el puntaje obtenido.

- **7.5-11.5 puntos:** Alta probabilidad para un cuadro de apendicitis. Aquí se tiene en cuenta la valoración del cirujano para una probable apendicectomía
- **> 12 puntos:** Diagnóstico un cuadro de apendicitis y el paciente si o si requiere ingreso a sala de operaciones

Teniendo en cuenta las escalas diagnosticas y terapéuticas planteadas en la guía de practica clínica del departamento de Cirugía General del Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa, en nuestro nosocomio se sigue empleando la escala de Alvarado para el abordaje pacientes con apendicitis, por ello se maneja se maneja estos fluxogramas (24).





Un punto importante para recalcar en el manejo frente a una (24):

- Apendicitis aguda no perforada:** Es importante verificar la base, si la cual se encuentra en buen estado, se realizará un proceso a muñón libre; pero si la base se encuentra comprometida, lo ideal sería realizar una jareta invaginante o bolsa de tabaco. El tipo de incisión usualmente empleada en el intraoperatorio es la de rockey – Davis y en el posoperatorio es importante monitorar al paciente dejandola entre 6- 12 horas en NPO dependiendo del tipo de anestesia que se le coloco, la antibioticoterapia profiláctica se discontinua dependiendo de los hallazgos encontrados por el cirujano y deambulación precoz es lo ideal (mínimo a las 24 horas de la intervención) para evitar complicaciones como la trombosis de miembros inferiores (24).
- Apendicitis aguda con peritonitis localizada:** El tipo de incisión que usualmente se recomienda es la de rockey – Davis; el proceso quirúrgico a realizar es una apendicetomía mas drenaje laminar o tubular por contrabertura, ya que en la mayoría de los casos la piel y el tejido celular subcutaneo se deja abierto para un cierre diferido después de 4 a 5 dias. En el posoperatorio, dentro de las primeras 24 horas se indica la movilización precoz del dren laminar para romper el tapón de fibrina, hasta su cierre diferido

entre el 4 a 5 día, todo esto asociado a una adecuada limpieza diaria de la herida con suero fisiológico. Los antibióticos de primera elección son la Gentamicina asociado a Clindamicina o Metronidazol, aunque algunos cirujanos prefieren la Amikacina, en comparación con la Gentamicina, la toma de estos usualmente es por 7 días, en caso el cirujano indique que hay una infección severa se extenderá por 10 días (24).

- **Apendicitis aguda con peritonitis generalizada:** El tipo de incisión que usualmente se recomienda es la mediana infraumbilical paramedial derecha y en casos de duda diagnóstica se emplea la laparotomía exploratoria, la única diferencia en el manejo con la apendicitis aguda con peritonitis localizada es que aquí se realiza lavado exhaustivo de la cavidad abdominal, excepto en casos haya abscesos localizados concomitante (24).

En base al manejo de **hernias inguino escrotales**, según la guía de práctica clínica del departamento de Cirugía General del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion, indica un examen físico completo, en el cual se tiene que precisar el tipo de hernia, con sus características correspondientes para un adecuado abordaje (25) (26).

**En el prequirúrgico;** solicita exámenes auxiliares de laboratorio como hemograma completo, urea, creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático y para la elaboración de la prequirúrgica radiografía de tórax y electrocardiograma (25).

**En el intraoperatorio;** consiste en la realización de una hernioplastia, que se basa en la reparación de la pared musculo aponeurótica, siempre con una adecuada sepsis y hemostasia. Lo que se recomienda actualmente es usar material no absorbible y sin tensión para la colocación de la malla de polipropileno, ya que tiene menor tasa de recurrencia, menos dolor posoperatorio y retorno precoz a actividades habituales; tener en cuenta el uso de antibioticoterapia profiláctica está indicada para este tipo de operaciones (25).

**En el posoperatorio**, los analgésicos, antibióticos que cubren gram negativos y anaerobios, están recomendado en casos de cirugía complicada de emergencia. En una hernia selectiva y programada, no recomienda el uso de antibióticos (25).

En base al caso clínico planteado, lo primero que se realizó fue el examen clínico completo, para luego pasar al uso de exámenes auxiliares; cuyo diagnóstico obtenido al final fue una hernia inguino escrotal derecha complicada.

Lo que se recomienda para los cuidados terapéuticos son hidratación endovenosa, analgesia y antibioticoterapia profiláctica para gram +, 30 minutos antes de la intervención quirúrgica; la técnica que usualmente se prefiere es sin tensión, con malla de polipropileno y vía laparoscópica (25) (26).

Siguiendo con el tratamiento dado en emergencia, se programó al paciente a sala de operaciones para realizar la técnica laparoscópica TEP (totalmente extraperitoneal) donde se observa el apéndice cecal con cambios inflamatorios, contenido en el saco herniario; se reparó el defecto herniario con malla de polipropileno y se cerró por planos hasta la piel.

Luego del proceso quirúrgico, paciente pasa hospitalización donde se mantuvo con antibioticoterapia EV, presentó febril el primer día por lo que se realizaron exámenes de laboratorio y radiografía de tórax, para poder descartar un cuadro de atelectasia; pero siendo los resultados recibidos dentro de parámetros normales, al 3er día de hospitalización al mantenerse afebril, tolerar vía oral y deambular es dado de alta.

### 3.4 Abordaje en ginecología - obstetricia

En base a los 4 casos clínicos planteados durante la emergencia, se realizó una evaluación completa y sistemática del paciente tanto en la anamnesis como en el examen físico, puesto que ello nos ayudara a un diagnóstico, tratamiento oportuno y eficiente, pues en todo momento la terapéutica brindada se rige a las normas emitidas por la guía de la Maternidad de Lima y mediante revisión en UpToDate (27) (28).

Tener en cuenta que el servicio de Ginecología – Obstetricia, es un área de mucho riesgo, ya que los cuadros de hemorragia son la principal causa de mortalidad materna de tipo directa.

En caso al manejo de un **embarazo ectópico**, se debe de tener en cuenta:

- Diagnóstico oportuno
- tratamiento adecuado y efectivo
- Aseguramiento de un adecuado manejo hemodinámico
- Preservar, en la medida de lo posible, la Capacidad Reproductiva
- Prevenir complicaciones

Los dos exámenes de elección para el diagnóstico de un embarazo ectópico son la ecografía pélvica transvaginal (Eco-TV) y los niveles séricos de la fracción beta de la Gonadotropina Coriónica humana ( $\beta$ -hCG). Por lo tanto, podemos decir valores de  $\beta$ -hCG por encima de los 2500 mUI/m, con útero vacío a la ECO-TV es altamente sugestivo de embarazo ectópico.

En relación con el estado hemodinámico, verificar si la paciente esta (27) (28):

- **Hemodinámicamente estable** (embarazo ectópico no complicado), en el cual las medidas generales en emergencia son la canalización de vía para infusión de solución salina, colocación de sonda Foley para contabilizar diuresis y monitoreo de funciones vitales. Dentro del tratamiento médico se emplea el uso de metotrexato 50 mg por  $m^2$  de superficie corporal, por vía intramuscular profunda, el cual se vio una efectividad del (90%), aplicándolo a dosis única (27) (28).

**Criterios para uso de Metotrexate (27) (28):**

- ✓ Paciente hemodinámicamente estable
- ✓ Masa anexial ecográficamente menor de 3,5 cm de diámetro
- ✓ Sin evidencia de actividad cardiaca embrionaria
- ✓ b-HCG menor de 5000 mUI/mL.
- ✓ Ausencia de líquido libre o menor de 100 mL en fondo de saco posterior a la ECO-TV.
- ✓ Ausencia de patologías coadyuvantes que contraindiquen el uso de Metotrexate.

- **Hemodinámicamente inestable** (embarazo ectópico roto), el manejo inicial es similar al de un ectópico no complicado, pero con la diferencia de poder añadir oxígeno por canula binasal a 3 litros y preparar al paciente para una laparatomía exploratoria.

Los criterios de alta en pacientes con manejo médico, estará de acuerdo con su evolución y al cumplimiento de los criterios post Metotrexate y en pacientes con manejo quirúrgico, el alta hospitalaria se realizará a las 72 horas posteriores a la cirugía, si cumple con una adecuada estabilidad hemodinámica y ausencia de complicaciones (27) (28).

En caso al manejo de una **Preeclampsia**, según la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, se debe tener en cuenta que es un trastorno de la gestación que se presenta después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria, la cual se divide en (29):

- **Preeclampsia leve o sin criterios de severidad:** Es aquella gestante hipertensa con una presión arterial sistólica < 160 mmHg, diastólica < 110 mmHg y con proteinuria cualitativa de (1 +) o de (2 +) en tira reactiva, con una proteinuria cuantitativa  $\geq$  300 mg y < 5g en orina de 24 horas (29).

El manejo adecuado, sería:

- ✓ Evaluación de bienestar fetal por lo menos cada 72 horas
- ✓ No usar antihipertensivos en forma horaria
- ✓ En caso de una gestación entre las 32 a 34 semanas se procederá a administrar corticoides para maduración pulmonar feta con betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis; luego de 48 horas de iniciado el corticoide se culminará la gestación.

En gestaciones entre las 24 y 31 semanas, se debe administrar corticoides y tratar de dar un manejo expectante hasta donde sea posible la viabilidad

- ✓ En gestaciones  $\geq 34$  semanas, culminar si o si el embarazo.

- **Preeclampsia severa o con criterios de severidad:** Aquella preeclampsia asociada a una presión arterial sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o diastólica  $\geq 110$  mmHg y/o con evidencia de daño de órgano blanco, con o sin proteinuria. Los daños a órganos blanco son (29):

- Evidencia de daño renal:

- Creatinina sérica  $> 1.1$  mg/dl o una duplicación de la creatinina sérica basal en ausencia de enfermedad renal.

- Evidencia de daño neurológico:

- Cefalea
- Alteraciones visuales (escotomas, fotopsias, visión borrosa o doble)
- Alteraciones auditivas (tinnitus)
- Hiperreflexia

- Evidencia de alteración hematológica:

- Recuento de plaquetas  $< 100,000/\text{mm}^3$

- Evidencia de daño hepático:

- Elevación de enzimas hepáticas al doble de los valores normales ( $\geq 70$  UI/L) y/o dolor persistente en cuadrante superior derecho o epigastrio, que no responde a la medicación

- Edema pulmonar.

El manejo adecuado, sería (30):

**ACTIVACION DE LA CLAVE AZUL**, desde el primer momento en que damos con el diagnóstico, seguido de:

✓ **Hidratación:** se realiza colocando NaCl 9 % por una vía endovenosa, 1000 cc a chorro en 20 minutos, teniendo en cuenta siempre la verificación de los signos de deshidratación (29).

✓ **Prevención de la convulsión:** canalizando otra vía endovenosa, colocar sulfato de magnesio (5 ampollas de SO<sub>4</sub> Mg al 20 % en 50 cc de NaCl 9 ‰), de los cuales 40 cc (4 gr) pasarlo en 20 minutos y continuar con los 10 cc (1 gr) por hora hasta las 24 horas posparto. En caso de una eclampsia se administrará 40 cc (4 g) en 20 minutos y se continuará con 20 cc (2 g) por hora, hasta las 24 horas posparto.

Tener en consideración, los efectos adversos que pueda producir el sulfato de magnesio, por ello se tiene que realizar un monitoreo continuo reflejo rotuliano, diuresis (> 30 cc/hora, que es lo adecuado), frecuencia cardíaca, respiratoria y el estado de consciencia. En caso haya intoxicación por sulfato de magnesio, aplicar gluconato de calcio al 10 % endovenoso en un periodo de 10 minutos (29).

✓ **Antihipertensivo:** Aplicar alfa - metildopa 1 gr vía oral cada 12 horas una vez diagnosticado preeclampsia con criterios de severidad, evaluando siempre la presión arterial a los 20 minutos, porque si después de ese tiempo observamos lesión de órgano blanco y una presión diastólica mayor a 110 mm Hg, tenemos que dar Nifedipino 10 mg vía oral (29).

✓ **Culminar con la gestación**, sería lo más apropiado ante estos eventos. En caso al manejo de una **Ruptura prematura de membrana (RPM)**, es definida por la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, como una ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas, cabe considerar que causa el 50 % del parto pretérmino y contribuye al 20 % de todas las muertes perinatales (30).

El diagnóstico clínico, lo evidenciamos cuando (30):

**Ruptura prematura de membranas sin infección intraamniótica (30):**

- ✓ Pérdida de líquido claro, no fetido
- ✓ Funciones vitales estables

**Ruptura prematura de membranas con infección intraamniótica (30):**

- ✓ Pérdida de líquido turbio, purulento o fétido
- ✓ Temperatura mayor de 38 °C
- ✓ Taquicardia materna: Frecuencia cardiaca mayor de 90 lat/min.
- ✓ Taquicardia fetal: Frecuencia cardiaca fetal mayor de 160 lat/min.
- ✓ Abdomen doloroso: útero doloroso, irritabilidad uterina.
- ✓ Sintomatología de sepsis o Shock séptico.

El uso de exámenes de auxiliares es importante hoy en día porque ayuda a corroborar el examen físico, entre ellos tenemos (30):

- ✓ Test de Nitrazina, donde un valor de pH > 6 del líquido amniótico, es indicativo para RPM.
- ✓ Test de Fern o del hehecho, es positivo cuando se evidencia arborización de cristalización de sales de cloruro de sodio
- ✓ Ecografía, donde la disminución del volumen del líquido amniótico es indicativo para RPM.
- ✓ Amniocentesis, consiste en inyectar Azul de Evans en cérvix o vagina; si se mancha de azul, confirma diagnóstico de RPM
- ✓ Otros estudios, que también ayudarían serían la determinación de Alfa Microglobulina y Fibronectina en fondo de saco vaginal

Cabe indicar que la principal complicación de la RPM es la Corioamnionitis, ya que para el diagnóstico de esta debemos de tener en cuenta (30):

- ✓ Leucocitos (> de 12.000), asociado a desviación izquierda
- ✓ Proteína C reactiva (> 5)
- ✓ Gram de líquido amniótico, con leucocitos (> 50) por campo y presencia de células plasmáticas.
- ✓ Cultivo de líquido amniótico "gold estándar", para la identificación de

bacterias (Streptococo grupo Beta, gonococo, Chlamydia), micoplasma y ureaplasma.

- ✓ Glucosa en Líquido amniótico (< 14 mg/dl)
- ✓ Monitoreo fetal, indicaría taquicardia fetal (> 160) latidos por minuto asociado también a taquicardia materna (> 100) latidos por minuto
- ✓ La ausencia de respiración fetal y de movimientos corporales en un periodo de 30 minutos, indica Infección intraamniótica
- ✓ IL 6 (> 7.9) ng/ dl
- ✓ Glucosa (< 15) mg/ dl
- ✓ Sensibilidad a la palpación abdominal, flujo vaginal con mal olor

El manejo adecuado, según la la Guia de la Maternidad de Lima, indica (30):

- Que no se recomienda terapia con tocolíticos
- El sulfato de magnesio como neuroprotector debe ser administrado antes de las 32 semanas, para disminuir el riesgo de parálisis cerebral
- Los antibioticos profilácticos recomendados son, Ampicilina 2 gr endovenoso cada 6 horas más Eritromicina 250 mg cada 6 horas por 2 días, luego de ello rotar a Amoxicilina 250 mg via oral cada 8 horas más Eritromicina 333 mg cada 8 horas hasta completar los 7 días . también se recomienda la combinación entre Ampicilina y Gentamicina, todos estos esquemas son de suma utilidad, ya que ayudan a prevenir de la corioamnionitis (30).

<b>Gestación a termino (mayores a 37 semanas)</b>
Proceder al parto Antibiótico profiláctico para el Streptococo grupo Beta
<b>Gestación pretermino tardío (entre las 34 0/7 y 36 6/7 semanas)</b>
Manejo similar a las gestaciones a termino
<b>Gestación pretermino (entre las 24 0/7 y 33 6/7 semanas)</b>
Manejo expectante Antibioticoterapia profilaxis recomendada para prolongar el periodo de latencia si no existen contraindicaciones Maduración pulmonar, con corticoterapia Antibiótico profiláctico para el Streptococo grupo Beta

Gestaciones inmaduras (menores a 24 semanas)
<p>Consejería del paciente</p> <p>Manejo expectante vs inducción de labor de parto</p> <p>Antibióticos no se recomiendan antes de la viabilidad</p> <p>Profilaxis para el Streptococo grupo Beta no es recomendable antes de la viabilidad</p> <p>Corticoides no se recomiendan antes de la viabilidad</p> <p>Sulfato de magnesio no se recomienda antes de la viabilidad</p>

Tener en cuenta, que, para el manejo de la Corioamnionitis, el gold estándar es Ampicilina 2 gr endovenoso cada 6 horas mas Gentamicina 1.5 mg/kg cada 8 horas.

Si se llegara a realizar una cesarea adicionar Clindamicina 900 mg endovenoso cada 8 horas hasta las 24 horas post parto afebril.

La via de parto ideal es siempre vaginal, siempre y cuando las condiciones obstétricas lo permitan.

En caso al manejo de una **Infección del tracto urinario en el embarazo**, debemos considerar algunas terminologías basado en la Guia de Practica Clínica y de Prodecimientos en Obstetricia y Perinatologia del Institutono Nacional Materno Perinatal, como (31):

- **Bacteriuria asintomática:** Es la presencia de bacteriuria significativa en una mujer sin síntomas de infección del tracto urinario, con un urocultivo > 100.000 UFC/ml de un solo germen. En caso de haber mas de dos gérmenes, indica una contaminación, mas que una bacteriuria (31).
- **Cistitis:** Presencia de síntomas de la parte baja de las vías urinarias (disuria, poliaquiruria, dolor pélvico sin fiebre) con bacteriuria significativa en un urocultivo, ósea cuenta con un urocultivo de por lo menos 100.000 UFC/ml. La piuria pudiera estar presente (31).
- **Pielonefritis aguda:** Infección de la vía excretoria alta y del

parénquima renal de uno o ambos riñones y que suele presentarse en el último trimestre de gestación y es casi siempre secundario a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o no tratada correctamente y que presenta signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente como pirexia, dolor lumbar, náuseas, vómitos, deshidratación, taquicardia materna y fetal (31).

Tener en consideración el examen por excelencia para el diagnóstico de Infección del tracto urinario en el embarazo, es el urocultivo; cuyo agente más frecuente entre un 90 -80 % es el *Escherichia coli*.

Otro punto para considerar es que todas las infecciones urinarias sean sintomáticas o asintomáticas se relacionan con un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.

Como se comentó en las definiciones la complicación más importante de la bacteriuria asintomática es la pielonefritis aguda; pues la cistitis no suele progresar a una pielonefritis.

Las complicaciones de una pielonefritis incluyen shock séptico, disfunción renal transitoria, disminución del hematocrito por hemólisis, insuficiencia respiratoria o síndrome del distrés respiratorio del adulto (31).

INFECCIÓN URINARIA	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	RECOMENDACIONES
<p align="center"><b>Bacteriuria asintomática y cistitis aguda</b></p>	<p><b>Nitrofurantoina:</b> 100mg VO cada 6 horas por 7 días.  <b>Cefalexina:</b> 500mg VO cada 6 horas por 7 días.  <b>Amoxicilina:</b> 500mg VO cada 8 horas por 7 días.</p>	<p>Tratamiento ambulatorio.  Urocultivo control, 2 semanas posterior al tratamiento.  En bacteriuria recurrente considerar terapia supresora.</p>
<p align="center"><b>Pielonefritis aguda</b></p>	<p><b>Ceftriaxona:</b> 1 a 2 gr endovenoso cada 24 horas.  <b>Cefazolina:</b> 1 a 2 gr cada 6 a 8 horas.  <b>Gentamicina:</b> 3 mg/kg/día endovenoso.</p>	<p>Hospitalización.  Exploración obstétrica.  Hidratación parenteral.  Balance hídrico y diuresis.  Antipiréticos.  Reevaluación en 48 horas para cambio a vía oral y completar 10 a 14 días de tratamiento.</p>

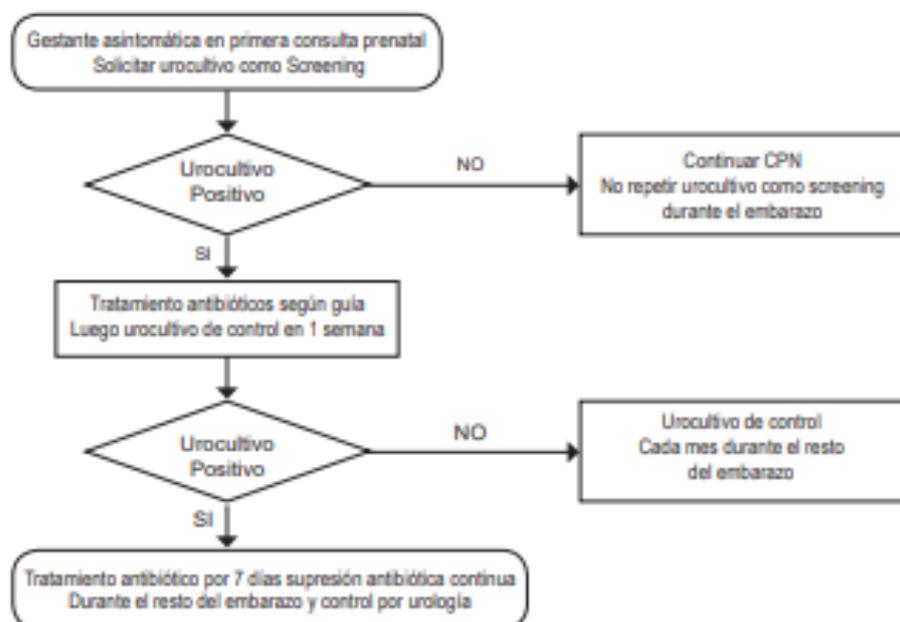
Hay que considerar que la terapia supresora consiste en la administración de Nitrofurantoina 100 mg via oral diario hasta el termino del embarazo. También puede utilizarse cefalexina 500 mg o cefuroxima 500 mg via oral diario.

Si la pielonefritis persiste mas de 72 horas considerar, resistencia bacteriana, nefrolitiasis, absceso perirrenal, celulitis intrarenal u otras infecciones. En estos casos seria ideal solicitar una ecografía renal.

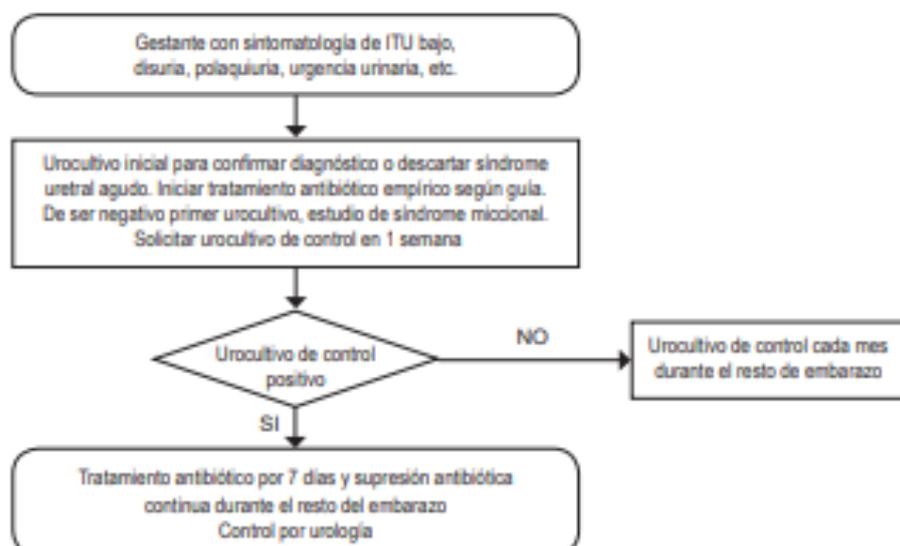
Algunos esquemas que pronone la guía de la Maternidad del Lima son (31):

## IX FLUXOGRAMA

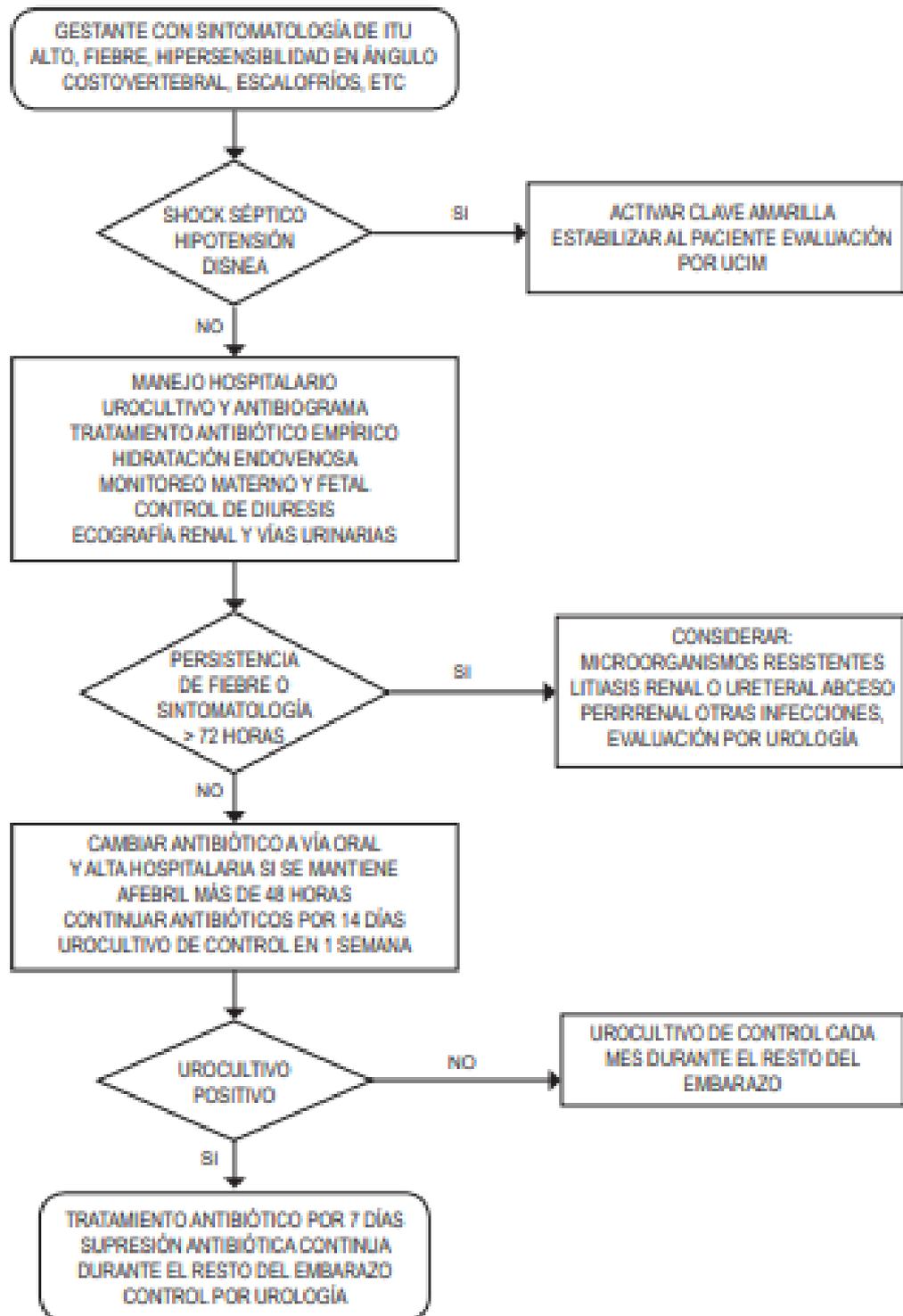
### BACTERIURIA ASINTOMÁTICA



### CISTITIS



## PIELONEFRITIS AGUDA



## **CAPITULO IV REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico es sin lugar a duda el año fundamental en la carrera de medicina humana, es el año en el cual se afianza los conocimientos y se pone en práctica la teoría, el año en el se desarrolla el profesionalismo médico a través de la empatía con los pacientes, la capacidad de colaboración entre profesionales y el aprendizaje constante, pero principalmente es el año en el que se conoce la realidad del sistema de salud y de la población, es decir, el que los prepara como futuros médicos para poder afrontar la problemática de salud del país.

El logro de un buen perfil profesional está basado en la cantidad de conocimientos adquiridos durante la carrera universitaria y de su año de internado médico. Para el desarrollo de este, se escogen sedes hospitalarias en el cual se realizarán rotaciones en las 4 grandes especialidades que son medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología y obstetricia. Durante estas, guiados por los médicos, se obtienen mayores habilidades y responsabilidades en cuanto a la atención integral del paciente.

Para el año de internado médico se escogió el Hospital Nacional Sergio E. Bernales debido a la situación socio demográfica en el que éste se encuentra. Durante los tres primeros meses del año 2020, pasaron largas horas en el hospital en los servicios de rotación con los pacientes, haciendo todo lo posible por ellos para agilizar sus exámenes e interconsultas para que, en el menor tiempo posible, obtengan el tratamiento adecuado para su enfermedad y de este modo reducir su tiempo de estancia hospitalaria.

El rol del estudiante de medicina ha variado a lo largo del tiempo, es importante recordar que el estudiante de medicina no es un trabajador remunerado, y más aún, no es médico. Sin embargo, los internos también se preocupan del cuidado clínico de los pacientes, realizando ciertas actividades propias de la labor médica, como entrevistar a los pacientes, responder llamados, dejar indicaciones médicas (siempre bajo supervisión), comunicarse con familiares, escribir evoluciones clínicas, realizar educación al paciente y su familia, asistir en procedimientos, y colaborar en los planes y decisiones clínicas que se toman sobre los pacientes.

Sin embargo, el 06 de marzo del 2020 se dio a conocer el primer caso de un paciente con COVID 19 en Perú y ante esta situación el estado tomó medidas para reducir y controlar la propagación de la enfermedad, estas incluían suspensión de actividades educativas, el cierre de las fronteras y el inicio del aislamiento social obligatorio. Debido a que los internos de medicina aún tienen condición de estudiantes, diversas universidades y centros hospitalarios decidieron suspender las actividades del internado médico. Así que el día 15 de marzo el Doctor Ortiz encargado del Internado Médico de la universidad emite un comunicado en el que se suspendía la permanencia de los internos en todas las sedes hospitalarias.

El 14 de agosto del 2020 el Ministerio de Salud Pública bajo la resolución ministerial N° 622-2020/MINSA (3), en la cual se aprobaba el documento técnico "Lineamientos para el inicio o reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco de decreto de urgencia N°090-2020 (2)". Este documento establecía medidas que proporcionarían un retorno seguro a las sedes hospitalarias.

El Hospital Sergio E. Bernales fue uno de los hospitales que permitió la reincorporación de las actividades; unos días antes del retorno brindaron una capacitación sobre las medidas de bioseguridad, el uso correcto de equipos de protección, así como el retiro de estos y del manejo de estrés laboral. Finalmente, el 15 de octubre retornaron al hospital, iniciando el primer grupo

del 15 de octubre al 23 de octubre y el segundo del 24 al 31 de octubre. Regularizándose el 1 de noviembre con el primer grupo durante los primeros quince días y el segundo los siguientes.

Si bien estas medidas permitieron regresar de forma segura a los hospitales, en poco tiempo, se evidenció el incumplimiento de estas, pues no se garantizó ni se supervisó que estas se dieran. El hospital no realizaba las pruebas cada 15 días como se había acordado, el escaso equipo de protección primaria brindado (2 mandilones, 1 respirador N95, 2 guantes, 2 gorros de cirujano) eran para 1 semana de asistencia. De tal forma, los mismos internos tenían que asegurar su equipo de protección para evitar la contaminación cruzada, afectando de este modo también su economía. El hospital dejó de realizar pruebas moleculares por lo que se vieron expuestos a atender a pacientes sin saber si eran COVID positivo o negativo, siendo consecuencia de ello, la posibilidad de estar infectados e infectar a sus familias con la enfermedad. Un internado en época de pandemia no es algo que se hubieran imaginado al iniciar el último año de la carrera, pero claramente es lo que les tocó afrontar como futuros profesionales.

Creemos que la pandemia por COVID-19 ha marcado profundamente la formación médica, lo que se verá reflejado en su práctica como médicos en cierta medida con el aprendizaje curricular, pero por sobre todo ha llevado a acercarse y a aprender sobre temas más humanos, como trabajo en equipo, incertidumbre y el final de la vida. De lo que están seguros es que egresarán con la experiencia, y quizás también la ventaja, de haber vivido y aprendido en carne propia de esta crisis sanitaria.

La pandemia por COVID-19 ha enseñado a tener una fuerza y resiliencia inagotable como seres humanos, lo que ha generado equipos de salud mucho más unidos y transversales. Aprendieron a sufrir, sí, a sufrir y a no tener miedo de expresar el sentir cuando sufrieron las pérdidas en carne propia. Pero también aprendieron lo gratificante que brinda la carrera y esa es la satisfacción de ver a ese paciente recuperarse y darle el alta después de mucho, que los tome de la mano y les diga gracias doctorcito(a) por todo lo

que hizo por mí. Eso es algo de sentirse orgullosos y agradecidos todos los profesionales de la salud, que siguen trabajando todos los días por el bienestar del paciente. Ese es el espíritu que se necesita para ser los futuros médicos que el Perú y mundo necesita.

## **CONCLUSIONES**

El Internado Médico resulta ser una práctica indispensable en la carrera de Medicina Humana, puesto que es el año en el que el interno aplica, integra y consolida sus conocimientos adquiridos durante los años previos.

El aprendizaje viene dado por la experiencia clínica de los casos que se ven durante el internado, pero se ha aprendido mucho más que patologías frecuentes y su abordaje. Hemos aprendido a llevar una atención integral del paciente, a conocer la realidad en la que viven estos y de ello hemos aprendido a ser más empáticos y solidarios. Hemos conocido las precariedades de nuestro sistema de salud y las maravillas que se hacen para que el paciente no sea perjudicado por sus carencias, siempre priorizando el bienestar de este.

Hemos aprendido a trabajar en equipo, a relacionarnos entre profesiones y la importancia de ello. En definitiva, hemos aprendido mucho más allá de lo que plantea un plan de estudios y sin lugar a duda se verá reflejado en nuestra práctica médica.

La pandemia por COVID 19 ha marcado profundamente en nuestra formación como futuros profesionales y el interno de medicina se tuvo que adaptar a la nueva realidad de un internado en pandemia. Lo vivido nos ha permitido continuar en cierta medida con nuestro aprendizaje curricular y concluir exitosamente el año más importante de la carrera.

## **RECOMENDACIONES**

La reanudación de actividades del internado médico fue dada como un instrumento para cerrar la brecha de recursos humanos frente a la pandemia de COVID 19. Ésta se estableció mediante la disposición de una resolución ministerial garantizando las medidas de bioseguridad, suministro de EPP, remuneración mínima vital y seguro de salud (32). Sin embargo, no se cumplieron en su totalidad quedando el interno desprotegido en vista de que nadie supervisó que estas medidas se dieran, además que solo fueron dadas por lo que dure el estado de emergencia dejando así en el aire a los internos que ingresen después de este periodo. Por este motivo recomendamos generar una ley para el internado en áreas de salud y sobretodo normativas que aseguren un internado íntegro, de calidad y que ofrezca los implementos necesarios como futuros médicos; todo esto dado dentro de un escenario seguro para ellos y sus familias.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. Plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-ncov. Resolución Ministerial N° 039-2020. [Internet]. 1 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/422383-039-2020-minsa>
2. Ministerio de Salud. Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la covid-19. Decreto de Urgencia N° 090-2020. [Internet]. 3 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>
3. Ministerio de Salud. Aprobar el Documento Técnico: Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020". Resolución Ministerial N° 622-2020. [Internet]. 14 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
4. Ministerio de Salud. Protocolo para la atención de personas con sospechas o infección confirmada por coronavirus (2019-ncov). Resolución ministerial N° 040-2020. [Internet]. 1 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/422384-040-2020-minsa>
5. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Nuevo coronavirus (nCoV). [Internet]. 16 de enero de 2020. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15675:paho-issues-epidemiological-alert-on-novel-coronavirus-for-the-americas&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15675:paho-issues-epidemiological-alert-on-novel-coronavirus-for-the-americas&Itemid=1926&lang=es)

6. Ministerio de Salud. Aprobar el Documento Técnico: Atención y manejo clínico de casos de covid-19 (coronavirus), escenario de transmisión focalizada. Resolución Ministerial N° 084-2020. [Internet]. 8 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/455338-084-2020-minsa>
7. Oficina de Epidemiología y Salud ambiental. Análisis Situacional de Salud 2014. Hospital Nacional Sergio E. Bernales. [Internet]. p 16 – 17. Disponible en: [ASIS-2014.pdf \(hnseb.gob.pe\)](#)
8. Oficina de Epidemiología y Salud ambiental. Análisis Situacional de Salud 2014. Hospital Nacional Sergio E. Bernales. [Internet]. p 20. Disponible en: [ASIS-2014.pdf \(hnseb.gob.pe\)](#)
9. Oficina de Epidemiología y Salud ambiental. Análisis Situacional de Salud 2013. p 119. Hospital Nacional Sergio E. Bernales. [Internet]. Disponible en: [https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13149/PLAN\\_13149\\_2014\\_2da\\_parte\\_ASIS\\_2013\\_HNSEB\\_a.pdf](https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13149/PLAN_13149_2014_2da_parte_ASIS_2013_HNSEB_a.pdf)
10. Silabo Medicina Interna adaptado- Internado2020. Universidad San Martín de Porres.
11. Silabo Pediatría adaptado- Internado2020. Universidad San Martín de Porres.
12. Silabo Cirugía General adaptado- Internado2020. Universidad San Martín de Porres.
13. Silabo Gineco-Obstetricia adaptado- Internado2020. Universidad San Martín de Porres.
14. Salazar V, et al. Guía de Práctica Clínica del Departamento de Medicina General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Diagnóstico y manejo de hemorragia digestiva alta no variceal. Lima HNDAC. 2016.p 1- 15. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-medicina.html>
15. Álvarez A. Dobles R. Álvarez A. y Dobles C. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. [Internet] Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022019000100013](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013)
16. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute->

pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search\_result&selected Title=3~150&usage\_type=default&display\_rank=3.

17. Management of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en:

[https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search\\_result&selected Title=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selected Title=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

18. García Funegra P. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2021 [cited 18 April 2021]. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3971.pdf>

19. Bvs.minsa.gob.pe. 2021. [online] Disponible en:

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701\\_MS-PSNB318-5.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-5.pdf)

20. Aeped.es. 2021. [online] Disponible en:

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04\\_crisis\\_asmatica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf)

21. Ginasthma.org. 2021. [online] Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>

22. GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA [Internet]; Disponible en: [https://www.semg.es/images/documentos/GEMA\\_5.0.pdf](https://www.semg.es/images/documentos/GEMA_5.0.pdf)

23. Bvs.minsa.gob.pe. 2021. [online] Disponible en:

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027\\_DGSP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf)

24. Tomas A. Pancorvo E. et al. Guía de Práctica Clínica del Departamento de Cirugía General del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Diagnóstico y Manejo de la Apendicitis Aguda. Lima HEJCU. 2017.p 1- 60. Disponible en:

[https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n\\_Directoral\\_N273-2017-DG-HEJCU\\_Guia\\_de\\_Practica\\_Clinica\\_Diagnostico\\_y\\_Manejo\\_de\\_Apendicitis\\_Aguda\\_compressed.pdf](https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N273-2017-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendicitis_Aguda_compressed.pdf)

25. Oscar B. Augusto D. et al. Guía de Práctica Clínica del Departamento de Cirugía General del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Diagnóstico y Manejo de Hernias Inguino Crurales. Lima HEJCU. 2014.p 61 - 65. Disponible en

<https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/220520141524311.pdf>

26. Gómez Arenas D. Guía de Práctica Clínica Hernia inguinal complicada en adultos del HNDAC. [Internet]. 2021 [citado 18 abril 2021];

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

27. Murga López, et al. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal. Diagnóstico y manejo de Embarazo Ectópico. Lima INMP. 2020.p 124 -133. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

28. Ectopic pregnancy: Methotrexate therapy - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy?search=embarking%20ectopic&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy?search=embarking%20ectopic&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)

29. Guevara Ríos, et al. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal. Diagnóstico y manejo de Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Lima INMP. 2018. p 87 – 97. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

30. Guevara Ríos, et al. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal. Diagnóstico y manejo de Rotura Prematura de Membrana. Lima INMP. 2018. p 110-117. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

31. Guevara ríos, et al. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal. Diagnóstico y manejo de Infección del Tracto Urinario en el Embarazo. Lima INMP. 2018. p 102 – 109. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

32. Fitzgerald A. Rojas D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta Med Perú. 2020;37(4):562-4. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.1852>

