



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES DURANTE EL INTERNADO MÉDICO DEL AÑO 2020-
2021**

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

**PRESENTADO POR
WILFREDO EMANUEL RONDAN VEGA**

**ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD DEL HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES DURANTE EL INTERNADO MÉDICO DEL AÑO 2020-
2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR:

WILFREDO EMANUEL RONDAN VEGA

ASESOR:

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ

2021

Jurado

Presidente: MG. María Isabel Mercado Herrera

Miembro: MG. Karin Narda Gálvez Carrillo,

Miembro: ME. Zoila Roxana Villa Zapata,

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno más de mis propósitos

A mis familiares, por brindarme su amor, apoyo, comprensión y educación en cada paso dado.

Wilfredo Emanuel Rondan Vega

Índice

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
1.1 Rotación en Cirugía	11
1.2 Rotación de Medicina Interna	16
1.3 Rotación en Gineco-Obstetricia	19
1. 4 Rotación en Pediatría y Neonatología	23
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	27
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	30
3. 1 Rotación en Cirugía	30
3. 2 Rotación en Medicina Interna	33
3.3 Rotación en Gineco-Obstetricia	35
3.4 Rotación en Pediatría y Neonatología	38
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	411
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	444
FUENTES DE INFORMACIÓN	455
ANEXOS	51

ANEXO N°1 Mapa de localización del Hospital Sergio E. Bernales.

ANEXO N°2 Dimensiones y localización de los distritos que colindan con el Hospital Sergio E. Bernales.

ANEXO N°3 Cuadro comparativo de la consulta externa entre las especialidades médicas del departamento de medicina del 2015 al 2018.

ANEXO N°4 Cuadro comparativo de la consulta externa en el Departamento de Gineco-Obstetricia entre 2015 al 2018.

Resumen

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales se ubica entre los distritos de Carabaylo, Comas e Independencia, posee la categoría de Tercer Nivel de Atención (III-1). Fue construido durante el gobierno de Oscar R. Benavides para implementar

asistencia médica a la comunidad, pero con una especial atención a los pacientes con tuberculosis.

Cada año, el centro médico recibe a numerosos estudiantes para realizar el internado. Este es fundamental para en el currículo del personal médico, permitiendo consolidar e integrar los conocimientos adquiridos. En esta institución el estudiante de medicina puede rotar dentro de las cuatro áreas troncales: cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia con una duración de 12 meses, rotando en cada departamento alrededor de 3 meses.

La llegada de la pandemia de Covid 19 al Perú, generó incertidumbre dentro de las áreas de la salud, debido al cese de actividades de los internos y residentes que realizábamos las prácticas en el Hospital. El Gobierno al ver la falta de profesionales de la salud, permitió la continuación del internado disminuyendo la duración de esta a 2 meses por cada rotación.

Las condiciones en la que se encuentran el Hospital Sergio E. Bernales siguen siendo precarias antes y durante la pandemia. El Hospital presenta numerosas carencias como la escasez de recursos, una infraestructura decadente, falta de equipos; así como la inseguridad de los internos que se encuentran en contacto con personas de riesgo a contagio. Se espera que mejoren para brindar una mejor atención y de calidad.

Abstract

The Sergio E. Bernales National Hospital is located between the districts of Carabayllo, Comas and Independencia, it has the category of Third Level of Care (III-1). It was built during the government of Oscar R. Benavides to implement

medical assistance to the community, but with special attention to tuberculosis patients.

Every year the medical center welcomes numerous students for internships. Being the internship the fundamental objective of the medical staff to consolidate and integrate the knowledge acquired. The intern must perform a rotation within the four core areas: surgery, internal medicine, pediatrics, gynecology and obstetrics with a duration of 12 months, rotating in each department around 3 months.

The arrival of the Covid 19 pandemic in Peru, generated uncertainty within the health areas. The Government, seeing the lack of health professionals, allowed the continuation of the internship, reducing the duration from 3 to 2 months for each rotation.

The conditions in the Sergio E. Bernales Hospital continue to be precarious before and during the pandemic. The Hospital has numerous shortcomings such as scarcity of resources, a decaying infrastructure, lack of equipment; as well as the insecurity of the inmates who are in contact with people at risk of contagion. They are expected to improve to provide better and quality care.

Introducción

En 1982, el Hospital Nacional Sergio E. Bernales toma su nombre en memoria del maestro y científico de la carrera médica peruana. Fue ordenado construirse durante el Gobierno del Mariscal Oscar R. Benavides, dedicado de manera exclusiva a la asistencia de la población infantil de menores recursos económicos (1).

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales es una institución de Tercer Nivel de Atención con categoría III-1 de alta complejidad, que tiene como misión brindar y garantizar la atención de salud integral y especializada de manera oportuna asegurando la satisfacción del usuario de la población del Cono Norte de la provincia de Lima, fundamentalmente los distritos de Comas, Carabayllo, Los Olivos, Puente Piedra y la provincia de Canta.

La creación de este centro de salud tuvo como prioridad brindar tratamiento a niños con TBC pulmonar, pero al transcurrir el tiempo y con la inmigración de provincianos provenientes de la sierra y la selva central que se asentaron en los distritos ahora conocidos como Comas exigió una ampliación en la atención (2).

Los valores que se imparten por en equipo médico dentro del centro de salud son el respeto mutuo, responsabilidad, cooperación, integridad, vocación de servicio, identificación, eficiencia, objetividad, proactividad, ética y solidaridad (1).

Actualmente, el centro de salud cuenta con 16 departamentos para atender a una población total de 865 100 entre los distritos de Carabayllo y Comas, los cuales permiten a los estudiantes de medicina realizar sus prácticas de internado (2).

El Perú durante el mes de marzo del año 2020, se informó de manera oficial el primer caso de COVID-19 en el territorio, el gobierno tomó medidas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para reducir su

propagación suspendiendo de manera indefinida actividades laborales, educativas y otras, buscando incentivar el aislamiento obligatorio. Con lo ocurrido, se llevó a cabo la suspensión del internado médico por un tiempo prolongado, debido a que muchos de los internos se encontraban cohabitando con posibles pacientes con comorbilidades ⁽³⁾.

Luego de un periodo prolongado de tiempo, el Hospital Sergio E. Bernales dio luz verde para la continuación y finalización de las actividades que realizábamos los internos en el Hospital. Dentro de las condiciones se redujo el tiempo de duración de 3 meses a 2 meses de atención por cada rotación, ayudando a acelerar el proceso de las prácticas y evitar posibles contagios entre ellos y los pacientes con comorbilidades.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado es un eslabón fundamental en el currículo de un médico, en la cual consolida e integra los conocimientos adquiridos en años previos en un escenario clínico en las unidades de atención médica. Esta permite al estudiante de medicina rotar dentro de las cuatro áreas troncales de la medicina: cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia.

El interno conoce a través de la experiencia la frustración, la muerte, la fatiga física de las guardias, así como enfrenta todo tipo de temores y permitiéndole reconocer sus limitaciones. El internado representa una verdadera odisea y preámbulo de metas mayores ^(4,5).

El Hospital E. Bernales cuenta con numerosos departamentos para la atención de la población. Como primer departamento con mayor número de consultas dentro del Hospital E. Bernales es Cirugía General. El área tuvo un aumento del 45% más que el año anterior y actualmente cuenta con un número total de 40 camas, siendo la cirugía de tórax la más aclamada.

1.1 Rotación en Cirugía

Desde el 2014 el hospital presenta como principales casos de consulta ambulatoria a pacientes adolescentes y adultos jóvenes las patologías biliares como apendicitis aguda, colelitiasis, etc. ⁽⁶⁾

La apendicitis aguda es la primera causa de cirugía abdominal, donde el grupo más afectado generalmente oscila entre los 10 a 19 años. La gran mayoría de los casos de apendicitis son por la obstrucción de la luz del apéndice por fecalitos, parásitos o casos de procesos que produzcan una inflamación. Los síntomas más frecuentes son la aparición de dolor abdominal difuso o localizado en epigastrio, migrando a la fosa ilíaca derecha, asociado a la fiebre, anorexia, náuseas y/o vómitos ⁽⁷⁾.

Otra patología muy frecuente vista en el hospital es la colelitiasis o litiasis biliar es una enfermedad frecuente en la población adulta que se caracteriza por la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar compuesta mayoritariamente de litiasis de colesterol, litiasis negra o pigmentaria ⁽⁸⁾.

Caso clínico A:

Anamnesis:

a. Filiación: Paciente de sexo femenino de 35 años.
Natural y procedente de San Martín de Porres, Lima

b. Enfermedad actual:

TE: 7 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente acude refiriendo dolor abdominal en cuadrante superior de intensidad 8/10 hace más o menos 7 días que calma parcialmente con analgésicos, el día de hoy no tolera la vía oral y el dolor no calma con analgésicos motivo por el cual acude a la emergencia de este nosocomio.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes personales:** niega hospitalizaciones previas, niega cirugías, refiere reacciones adversas medicamentosas a los corticoides

- Examen físico:

Peso 67 kg - Talla 1.51 cm - FC 78 lpm - FR 18 rpm - T 37°C

Sat O2 98% - PA 110/70 mmHg.

Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes.

Abdomen:

- **Inspección:** globuloso.
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos presentes
- **Palpación:** blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo, no masas.
- **Percusión:** timpánico.

Genitourinario: PRU (-) PPL (-), sin alteraciones.

Neurológico: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas foto reactivas.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal
 - D/C Colecistitis crónica reagudizada.
 - D/C Pancreatitis aguda.

Plan:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc (30 gotas por minuto I y II)
3. Clna 0.9% 100cc (STAT)
Ketoprofeno 100mg
Hioscina 20mg

Dimenhidrinato 10mg

Omeprazol 40mg

Plan de trabajo:

S/S Hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, perfil hepático, amilasa, lipasa.

Informe quirúrgico:

- Diagnóstico preoperatorio: colecistitis crónica reagudizada.
- Diagnostico post-operatorio: colecistitis crónica reagudizada.
- Operación realizada: colelap.
- Hallazgos operatorios: vesícula biliar de 6x3cm de paredes delgadas con múltiples cálculos en su interior
- Descripción del procedimiento:
 1. AA+CCE.
 2. Incisión transumbilical, neumoperitoneo abierto.
 3. Laparoscopia diagnostica.
 4. Colocación de t2, t3 y t4 según técnica francesa
 5. Disección de triangulo de Calot hasta identificar visión crítica de seguridad.
 6. Clipaje y sección de arteria cística y conducto cístico.
 7. Colecistectomía mixta.
 8. Revisión de hemostasia.
 9. Exéresis de vesícula biliar en bolsa de guante por t1.
 10. Cierre de pared por planos.
 11. Paciente pasa a URPA.

Tratamiento post operatorio inmediato:

- 1) NPO x 12 horas, luego iniciar tolerancia oral
- 2) NaCL 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto
- 3) Ketoprofeno 100mg EV C/8horas
- 4) Ranitidina 50mg EV c/8horas
- 5) CFV c/8h

Caso clínico B:

Anamnesis:

a. Filiación: Varón de 16 años

- Natural y procedente de Comas, Lima

b. Enfermedad actual:

TE: 3 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente acude refiriendo que presenta dolor abdominal tipo opresivo localizado en cuadrante inferior derecho de intensidad 6/10 que no se irradia, asociado a náuseas e hiporexia, refiere sensación de alza térmica el día de ayer, motivos por el cual acude a emergencia el día de hoy.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** niega
- **Antecedentes quirúrgicos:** niega
- **Antecedentes familiares:** niega
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

- **Examen físico:**

Peso 62 kg - Talla 1.68 cm - FC 80 lpm - FR 19 rpm - T 37°C

Sat O₂ 98% - PA 100/70 mmHg.

Paciente en AREG, AREH, AREN, despierto, ventila espontáneamente.

Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen:

- **Inspección:** plano
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos presentes

- **Palpación:** abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Signo de Mc Burney positivo, Blumberg positivo, no masas, no visceromegalias.

- **Percusión:** sonoridad conservada

Genitourinario: PRU (-) PPL(-) sin alteraciones.

Neurológico: LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal
 - D/C Apendicitis aguda

RP:

1.NPO

2. Clna 0.9% 1000CC 30 gotas x min. I

3. Omeprazol 40mg ev stat

Plan de trabajo:

SS: Hemograma, glucosa, urea creatinina, examen de orina, y pre quirúrgicos.

Informe quirúrgico:

- Diagnóstico preoperatorio: apendicitis aguda.
- Diagnostico post-operatorio: apendicitis aguda flemonosa.
- Operación realizada: apendicectomía abierta.
- Hallazgos operatorios: apéndice cecal de 12x1.5cm flemonosa en toda su extensión, subserosa 2/3 proximales, base indemne.
- Descripción del procedimiento:
 1. AA+CCE.
 2. Incisión transversa en fosa iliaca derecha.
 3. Disección por planos hasta identificar hallazgos descritos.
 4. Sección y ligadura de mesoapéndice con seda negra 2.0, sección y ligadura de base apendicular a muñón libre.
 5. Revisión de hemostasia.
 6. Cierre de pared por planos.

7. Paciente pasa a URPA.
- No hubo complicaciones en el procedimiento.

Tratamiento post operatorio inmediato:

1. NPO x 6 horas, luego iniciar tolerancia oral
2. NaCL 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto
3. Ketoprofeno 100mg EV C/8horas
4. Ranitidina 50mg EV c/8horas
5. CFV c/8h

1.2 Rotación de Medicina Interna

En el departamento de medicina interna cuenta con un número total de 13 camas y se ha observado un incremento en el número de consultas en el año 2018 respecto a otros años (Anexo 3). Dentro de la especialidad de Neumología, la patología más atendida y por la cual fue creado este centro de salud es la tuberculosis ⁽²⁾.

La tuberculosis es un problema multicausal y una patología transmisible de larga duración y se produce por la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*. En el Perú, la Dirección de Prevención y Control de TB (DPCTB) reportó 31 668 casos en año 2018 ^(9,10).

La cefalea, en el año 2014, se coloca entre el octavo y treceavo en la lista de consultas más aclamadas dentro del Hospital E. Bernales específicamente en la población adulta y joven respectivamente. La cefalea pueden ser primarias o secundarias, siendo la primera la causante de la mayoría de consultas. Su elevada prevalencia y su carácter invalidante evita que los pacientes puedan desarrollar sus actividades diarias con normalidad ^(2,11).

Caso clínico C:

Anamnesis:

a. Filiación: Paciente varón de 32 años.

- Natural y procedente de Collique 4ta zona, Comas, Lima.

b. Enfermedad actual:

TE: 20 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente acude por presentar tos con expectoración de coloración amarillo verdosa de más de 20 días de evolución. Refiere pérdida ponderal de 6 kg en el último mes, sudoración nocturna, fiebre intercurrente, falta de apetito y disnea.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** paciente refiere estar en tratamiento TARGA hace 8 meses y contacto con familiar diagnosticado con tuberculosis pulmonar.
- **Antecedentes quirúrgicos:** no refiere.
- **Antecedentes familiares:** familiar diagnosticado con tuberculosis pulmonar.
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

- **Examen físico:**

Peso 55 kg - Talla 1.78 cm - FC 87 lpm - FR 20 rpm - T 37°C

Sat O₂ 98% FiO₂ 21% - PA 110/70 mmHg.

Paciente en AREG, AREH, AREN, despierto, ventila espontáneamente.

Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: plano, blando depresible, no doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaereos presentes, no viceromegalias.

Neurológico: LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

Diagnóstico presuntivo:

- Tuberculosis Pulmonar

Plan:

s/s: BK en esputo

Radiografía de tórax

Caso clínico D:

Anamnesis:

- a. **Filiación:** Mujer de 35 años
- Natural y procedente de Lima

b. **Enfermedad actual:**

TE: 1 día **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente mujer de 35 años es traída por SAMU tras haber sufrido pérdida del conocimiento en su domicilio con desorientación. Familiar indica que es paciente diabética desde hace 10 años y vive sola. Agregaba también que pasaba por cuadro de depresión tras fallecimiento de un familiar cercano y no se alimentaba correctamente.

c. **Antecedentes:**

- **Antecedentes patológicos:** Diabetes Mellitus tipo II desde hace 10 años, tratada con metformina 500mg cada 12 horas y glibenclamida 2.5mg cada 12 horas
- **Antecedentes quirúrgicos:** niega
- **Antecedentes familiares:** niega
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

d. **Funciones biológicas:**

- **Apetito:** disminuido.
- **Sed:** normal.
- **Heces:** no hace deposiciones hace 1 día
- **Orina:** normal.
- **Sueño:** perturbado

- **Examen físico:**

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar ≤ 2 seg., escaso tejido celular subcutáneo.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se evidencian ruidos agregados a la auscultación.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad.

Abdominal: blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Mc Burney (-), Murphy (-)

Génito – urinario: sin alteraciones, no dolor ni ardor al orinar PRU (-) PPL (-).

SNC: respuesta ocular 4ptos, respuesta verbal 4ptos, respuesta motora 5ptos EG: 13/15. No signos meníngeos, no signos de focalización, pupilas isocóricas, fotorreactivas.

Diagnostico presuntivo:

- Hipoglicemia.
- Síndrome depresivo.

RP:

1. Clna 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto
2. Queda en observación

Plan de trabajo:

S/s hemograma completo, glucosa, urea creatinina, examen de orina.

1.3 Rotación en Gineco-Obstetricia

El departamento de Gineco-obstetricia cuenta con un total de 95 camas y el número de atenciones se incrementaron en un 9% durante el año 2018. Dentro de las especialidades que incrementaron su número de atenciones fueron alto riesgo, planificación familiar, oncología ginecológica y ginecología ⁽²⁾.

Otra patología, la preeclampsia que se debe a la aparición de hipertensión y proteinuria durante la semana 20 de gestación, que afecta entre el 3-10% de las gestantes y se asocia en gran medida a un importante factor de morbilidad tanto materna como fetal ⁽¹⁴⁾.

Caso clínico E:

Anamnesis:

- a. **Filiación:** Paciente de 22 años.
- Natural y procedente de Lima.

b. **Enfermedad actual:**

TE: 2 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente acude a Emergencia del hospital Sergio Bernales por presentar ardor a la micción y además refiere haber notado manchas en ropa interior “tipo moco”.

c. **Antecedentes:**

- **Antecedentes importantes:** paciente refiere haber tenido relaciones sexuales sin usar método de barrera.
- **Antecedentes quirúrgicos:** no refiere.
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega
- **Antecedentes ginecológicos:**
Menarquia: 12 años RC: 4-5/28 IRS: 15 años
Número de parejas sexuales: 2
Método anticonceptivo: ACO hace 2 meses

- **Examen físico:**

Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Mucosas hidratadas

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), no doloroso a la palpación superficial ni profunda

Tacto vaginal: secreción mucopurulenta sin mal olor.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas

Diagnostico presuntivo:

-Infección del tracto urinario

Plan:

s/s: prueba anticuerpo contra *Clamidia trachomatis*

Se empieza tratamiento empírico:

Doxiciclina 100mg cada 12horas por 7 días

Caso clínico F:

Anamnesis:

a. Filiación: Paciente femenina de 34 años, indocumentada

- Natural y procedente de Venezuela

b. Enfermedad actual:

TE: 1 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente gestante acude a emergencia con hoja de referencia, presenta PA de 160/110mmhg, asociado a cefalea, niega tinnitus, niega escotomas, percibe movimientos fetales, no perdida de líquido amniótico ni sangrado vaginal.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes importantes:** G3P2002 G1(vaginal) G2(vaginal)

- **Antecedentes quirúrgicos:** apendicectomía (2013)

- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

- **Antecedentes ginecológicos:**

Menarquia: 12 años RC: 4-5/28 IRS: 17 años

Número de parejas sexuales: 4

Método anticonceptivo: no refiere

- **Funciones vitales:**

Tº: 36.8C – PA:175/107 – FR 18rpm – FC 1000 lpm – SaO2:98%

- **Examen físico:**

Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Mucosas hidratadas

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Abdomen: AU:33cm SPP:LCI LCF:144 por minuto. DU no se palpa,

Tacto vaginal: cérvix posterior, dehiscente 2 dedos, altura de presentación -3, membranas integra, pelvis ginecoide.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

Impresión diagnóstica:

1. G3 de 37ss 4/7 por ecografía I trimestre.
2. Pródromos de trabajo de parto.
3. Preeclampsia con criterios de severidad-
4. Crisis hipertensiva.
5. ARO: controles prenatales insuficientes.

Plan:

Culminar gestación, estabilización hemodinámica, clave azul

RP:

1. NPO
2. Clna 9% 1000cc pasar 500cc a chorro luego 45 gotas por minuto
3. Nifedipino 10mg vo stat
4. Sonda Foley permeable + control de diuresis
5. CFV + control de PA c/15min en hoja aparte
6. Ceftriaxona 2g ev pase a SOP
7. I/C Shock trauma.

S/S: Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, tiempo de coagulación y sangría, grupo y factor, RPR, pre quirúrgicos, perfil

hepático, DHL, prueba covid 19, electrocardiograma (riesgo quirúrgico), ecografía obstétrica.

1. 4 Rotación en Pediatría y Neonatología

El departamento de pediatría cuenta con un número total de 80 camas para la atención de los pacientes. El número de consultas se ha visto reducido notoriamente por el número limitado de especialistas neonatólogos con los que cuenta el hospital; sin embargo, la especialidad de neonatología tuvo un mayor incremento en atenciones de niños que vienen referidos por el Seguro Integral de Salud ⁽²⁾ (Anexo 4).

Dentro del departamento se atendió el Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial que ocurre con mayor frecuencia en recién nacidos postmaduros. El síndrome de aspiración meconial es un trastorno respiratorio causada por la inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial, ocurriendo antes, durante o después del parto ⁽¹²⁾.

Otra patología son los exantemas de la infancia, son erupciones cutáneas que pueden ser localizadas o generalizadas y pueden ser por causas bacterianas, víricas o medicamentos ⁽¹³⁾.

Caso clínico G:

Anamnesis:

a. Filiación: Paciente varón de 7 años.

- Natural y procedente de Carabayllo, Lima.

b. Enfermedad actual:

TE: 4 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente acude acompañada de madre, la cual refiere que su menor hijo presenta múltiples lesiones en extremidades, abdomen y tórax debido a que se rasca constantemente a predominio de la noche.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes importantes:** familia cuenta con 5 miembros que viven en una misma habitación, resto de familiares también presentan las mismas sintomatología y lesiones.
- **Antecedentes quirúrgicos:** no refiere.
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

- **Examen físico:**

Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Mucosas hidratadas. Se evidencia múltiples lesiones papulares a predominio de muñecas de ambas manos, espacios interdigitales, axilas, codos, ombligo, nalgas, flexuras de ambas rodillas y tobillos.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), no doloroso a la palpación superficial ni profunda

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas

Diagnostico presuntivo:

-Escabiosis

RP:

Permetrina vía tópica crema al 5%

Alta con indicaciones de uso.

Caso clínico H:

Anamnesis

- Filiación:** neonato varón sus primeras horas de nacido.
 - Natural y procede de Comas, Lima

b. Enfermedad actual:

TE: 1 día **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Gestante de 39ss por eco de I trimestre que acude a emergencia por presentar contracciones esporádicas, niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal, a la ecografía se evidencia feto podálico, se programa cesárea de emergencia.

c. Antecedente materno: 2 veces cesareada anterior. G3(actual), niega reacciones adversas medicamentosas, niega otras cirugías.

- **Datos del parto:**

Fecha de nacimiento: 26/05/21.

Nacimiento: simple.

Reanimación: No.

Lugar de nacimiento: centro quirúrgico.

Presentación: podálico.

Terminación del parto: cesárea de emergencia.

Membranas: integra.

Líquido amniótico: meconial fluido.

Cordón umbilical y placenta: normales.

- **Datos del recién nacido:**

Sexo: masculino, peso: 3540g, perímetro cefálico: 35.5cm, perímetro torácico: 35cm, talla: 51cm, Capurro 40ss, Apgar 8, 9.

- **Examen físico inmediato:**

1. Estado general: aparente buen estado general.
2. Piel: tibia, elástica, sonrosado.
3. Cráneo y fontanelas: fontanela anterior normotensa.
4. TCSC: no edemas, de adecuada distribución.
5. Cara o facies: normal.
6. Pabellones auriculares: implantación normal.
7. Ojos: pupilas isocóricas.
8. Nariz: fosas permeables.

9. Boca: paladar y lengua completo.
10. Cuello: cilíndrico, móvil.
11. Clavículas: indemnes.
12. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.
13. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad.
14. Abdomen: blando, depresible, no masas palpables.
15. Cordón umbilical: 2 arterias, 1 vena.
16. Ano: permeable.
17. Genitales: femenino sin alteraciones.
18. Extremidades superiores: movilización conservada.
19. Extremidades inferiores: Barlow (-) Ortolani(-)
20. Columna vertebral: central.
21. Sistema nervioso: reactivo a estímulos.

Observaciones: extracción difícil.

Diagnósticos:

1. Recién nacido a término femenina de 40ss adecuado para edad gestacional.
2. Recién nacido afectado por Cesárea

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales es una institución que posee una categorización de Nivel III-1. Se encuentra ubicado en la Avenida Túpac Amaru a la altura del kilómetro 14.5 en la explanada de la Huaca de “Los Kollis” a una altitud de 200 msnm. en el distrito de Comas, provincia de Lima, departamento de Lima.

El Hospital ocupa un terreno de 606.285.52 m², limitando por el norte con el distrito de Ancón y la provincia de Canta, por el norte con el distrito de Los Olivos, San Martín de Porres y San Juan de Lurigancho, por el este con el distrito de San Juan de Lurigancho, provincia de Canta y Huarochirí - Región Lima y por el oeste el Distrito de Puente Piedra, Los Olivos y San Martín de Porres (Anexo 1 y 2).

Tiene como público objetivo atender a una población directa e indirecta. La población directa es referida a los residentes de los distritos de Comas, Carabaylo e Independencia de la provincia de Lima con un total de 1.081.124 habitantes. La población indirecta es referida a las provincias de Huaral y Canta pertenecientes a la región Lima ⁽¹⁾.

La institución alberga profesionales médicos de diferentes especialidades, grados de formación y de distintas localidades del país los cuales son capacitados con el nivel de complejidad que exige el Hospital, para brindar una atención de calidad que contribuya a reducir las morbilidades de la población ⁽¹⁵⁾.

Dentro de los objetivos generales impartidos y asignados por el Hospital buscan lograr la recuperación de la salud y rehabilitación de las capacidades de los pacientes en equidad, calidad, oportunidad en Consulta Externa y Emergencia; defender la vida y proteger la salud; prevenir y disminuir riesgos en la salud; apoyar la formación y especialización de los recursos clínicos; mejora continua de la calidad, productividad y eficiencia de la atención de la salud ⁽¹⁾.

El internado médico en el país es de suma importancia para el médico de pregrado, estas equivalen a las prácticas preprofesionales que realizan los estudiantes de último año bajo la modalidad de servicio. Los internos participan activamente del manejo de los pacientes, así como la supervisión de los pacientes que le permitirá adquirir experiencia en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Los internos generalmente se encuentran expuestos a muchos problemas como la sobrecarga laboral, falta de seguro, accidentes biológicos, agotamiento emocional y físico repercutiendo en la calidad de vida del interno y observándose su trato con los pacientes ⁽¹⁶⁾.

La llegada de la pandemia de la COVID-19 a Latinoamérica provocó a partir del mes de marzo del año 2020 en el Perú el cese de actividades en universidades e institutos. Una de las muchas actividades afectadas en el área médica fue el residentado de estudiantes de pregrado y las rotaciones clínicas. El residentado no ha sido ajeno al efecto de la pandemia, se suspendió las actividades de los estudiantes de pregrado del área de la salud que se encontraban en el internado o en residencias y las rotaciones clínicas se reemplazaron por la revisión de casos clínicos u otro tipo de trabajos.

Algunas universidades intentaron implementar iniciativas en el marco de amortiguar el brusco cambio producido por la pandemia; sin embargo, las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Educación (SUNEDU) sugirió acogerse a la modalidad de aprendizaje remoto; es decir, clases y prácticas no presenciales, lo que supone inconvenientes en el licenciamiento de las escuelas de medicina emprendidas por la misma institución. Algunas universidades como la Universidad Nacional Mayor de San Marcos se organizaron para incorporar a

sus internos en actividades asistenciales en actividades como la telemedicina
(17).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

El internado fue realizado en el Hospital Sergio E. Bernales, que tiene una duración de doce meses, donde se realizó una rotación dentro de los 4 principales departamentos: cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, la cual se vio interrumpida por la pandemia de COVID-19 en el país.

En cada departamento se aprendieron técnicas de atención rápida y de calidad a pacientes para mejorar sus sintomatologías y ayudar a mejorar su calidad de vida. Este entrenamiento permite a los internos a desarrollarse no sólo adquiriendo nuevas técnicas de abordaje al paciente, sino también para mejorar la calidad de la atención.

3. 1 Rotación en Cirugía

3.1.1 Caso clínico A

El primer Caso clínico A, redactado en el Capítulo I, se trata de un paciente con colecistitis crónica reagudizada.

La paciente de 35 años de edad acude a emergencia del Hospital Sergio Bernales refiriendo dolor abdominal en cuadrante superior de intensidad 8/10 de hace más o menos 7 días de evolución que calma parcialmente con analgésicos,

el día de hoy no tolera la vía oral y el dolor no calma con analgésicos motivo por el cual acude a la emergencia de este nosocomio.

La colelitiasis es una patología que se muestra en la mayoría de los pacientes cuando existe una obstrucción en el conducto cístico que conllevan a otras complicaciones como coledocolitiasis, colecistitis aguda, fístula colecistoduodenal y pancreatitis generando gran dolor en el paciente.

El dolor que presentan lo comparan a un dolor de tipo punzante e intermitente y se localiza en el epigastrio o cuadrante superior derecho e irradiado a hombro derecho entre las escápulas. Muchas veces el paciente hace mención de haber consumido alimentos altos en grasas produciendo dolor acompañado de náuseas y vómito.

Al realizarle la palpación muestra el signo de Murphy positivo. Los exámenes de laboratorio demostraron leucocitosis, un aumento de PCR, incremento de la bilirrubina total y fosfatasa alcalina y enzimas hepáticas en rangos levemente aumentados, la lipasa y amilasa dentro de rangos normales por ello descartamos nuestra segunda impresión diagnóstica: pancreatitis.

El estudio ecográfico reveló la presencia de múltiples cálculos, a su vez se aprecia incremento de tamaño vesicular, así como aumento de la pared a causa del edema ⁽²⁰⁾.

Entonces la paciente es dejada en NPO, es hidratada, recibe antibiótico profiláctico para este caso fue ceftriaxona 2g endovenosa y se programa para sala de operaciones. Catorce horas después del post-operatorio tiene el diagnóstico de: PO de 14 horas de colelap por colecistitis crónica calculosa reagudizada en el plan se indicó inicio de tolerancia oral y deambulacion asistida. Nuestra paciente es dada de alta con el diagnóstico de PO de 1 día 14h de colelap por colecistitis crónica calculosa reagudizada debido a su favorable evolución.

3.1.2 Caso clínico B

El segundo caso clínico B corresponde a un paciente con apendicitis aguda.

El paciente varón de 16 años acude a emergencia del Hospital Sergio Bernales por presentar dolor intenso abdominal tipo opresivo localizado en el cuadrante inferior derecho con náuseas e hiporexia.

La patología de apendicitis aguda es una afección quirúrgica que es diagnosticada generalmente durante la guardia.

Uno de los pilares para determinar la emergencia es a través de la evolución del dolor y sus síntomas asociados. En la evaluación del paciente se debe enfatizar la localización del dolor.

El paciente que llega al Hospital suele presentar un dolor inicial en el flanco derecho o en la fosa iliaca derecha que puede sobrepasar la línea media causando dolor en el cuadrante inferior izquierdo acompañado de anorexia, náuseas y vómitos. La fiebre y la taquicardia se suelen presentar en pacientes con una posible perforación y formación de un absceso intraabdominal.

En algunas ocasiones puede ser de gran ayuda utilizar la radiografía para descartar la presencia de apendicitis solo en casos de dudas en el diagnóstico, ya que esta puede mostrar un fecalito.

Al momento del diagnóstico el paciente se muestra deshidratado y puede estar febril, acidótico y séptico, es por ello que debe administrarse fluidos endovenosos y antibióticos antes de la operación. El antibiótico debe atacar la flora del apéndice y debe atacar a los microorganismos anaerobios como las gramnegativas.

Antes de la realización de la cirugía todos los pacientes pasan por un diagnóstico de laboratorio, un hemograma previo, donde se realiza el conteo de leucocitos que puede ser útil para la exclusión de la apendicitis.

Con lo mencionado previamente, el interno debe tener cuidado en el diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda que puede confundirse con otras patologías; por ejemplo, en la población pediátrica podría tratarse de la obstrucción intestinal, gastroenteritis, etc; en mujeres puede ser un embarazo ectópico, ruptura de un folículo ovárico, infecciones del tracto urinario; en un adulto jóvenes

puede ser cólico renoureteral, ileítis regional y en el adulto mayor podría ser una colecistitis aguda, neoplasias de tracto gastrointestinal, es por ello que se recalca el uso de técnicas de descarte ^(7,18).

En el caso de nuestro paciente se halla una apéndice flemonosa, se indica NPO por 6 horas, posteriormente iniciar tolerancia oral, se hidrató con ClNa 9% 1000cc a 30 gotas por minuto, la analgesia se manejó con ketoprofeno de 100mg endovenoso cada 8 horas, nuestro paciente tuvo una evolución favorable motivo por el cual es dado de alta 48 horas después de la intervención quirúrgica sin complicación alguna, para el alta se dieron las siguientes indicaciones: ibuprofeno 400mg vía oral 1tab c/8 horas, higiene diaria con agua y jabón, retiro de puntos en su posta de salud y consulta por cirugía externa en 10 días.

3. 2 Rotación en Medicina Interna

3.2.1 Caso clínico C

El tercer caso es un paciente masculino de 32 años de edad que acude por presentar tos con expectoración de coloración amarillo verdosa de más de 20 días de evolución. El paciente refiere la pérdida ponderal de 6 kg en el último mes, sudoración nocturna, fiebre intercurrente, falta de apetito y disnea.

El paciente informaba estar en tratamiento TARGA hace 8 meses y contacto con familiar diagnosticado con tuberculosis pulmonar.

Se solicita 2 muestras de esputo para realización del BK, obteniendo negatividad en ambas muestras, seguidamente se solicita una radiografía de tórax en la que se visualiza un infiltrado apical, broncograma aérea con tendencia a la cavitación por ende alta sospecha de infección tuberculosa. Lo descrito anteriormente sumado a la sintomatología respiratoria se diagnostica al paciente con tuberculosis pulmonar.

Se le solicita una prueba de sensibilidad, demuestra ser sensible a la Isoniazida y Rifampicina, se procede al cultivo de la muestra para iniciar el tratamiento 2 HREZ (50 dosis) y 7HR (175 dosis) (Tabla N°1).

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis* (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis* (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

*Dosis Promedio Estándar (Rango de dosis de medicamentos).

Tabla N°1. Dosis de medicamentos antituberculosis de 1ra línea para personas >15 años, por Resolución Ministerial NTS N° 143-MINSA_ NTS.

La Estrategia de Control de Tuberculosis en el país muestra signos de éxito en el manejo de TB, pero muchas veces el tratamiento falla cuando el paciente abandona el tratamiento de la terapia antimicrobiana generando así la aparición de cepas resistentes de *Mycobacterium tuberculosis*.

En el Hospital Sergio E. Bernaldes reporta que cada año existen más de 1.500 nuevos casos de TB, siendo la población del Cono Norte una población altamente afectada y presentando a su vez alta incidencia en la resistencia a la terapia. El incremento de pacientes con resistencia a la terapia antituberculosa y la reciente implementación de exámenes moleculares pueden ayudar en el diagnóstico de la TB multidrogoresistente.

Un estudio realizado en el hospital demostró que los pacientes con Tuberculosis presentaban una mutación genética que le confería a la bacteria la resistencia a la Isoniacida; por ello, el interno no solo debe apoyar en el diagnóstico, sino asegurarse que el paciente cumpla con la medicación correspondiente ⁽¹⁹⁾.

3.2.2 Caso clínico D

El cuarto paciente correspondiente a una mujer de 35 años que acude a emergencia tras haber sufrido un síncope y no fue asistida por algún familiar debido a que se encuentra viviendo sola en su recinto.

Un familiar que llegó al Hospital indicó que era una paciente diabética diagnosticada hace 10 años y se encontraba pasando por un cuadro de depresión por el fallecimiento de familiar. En la evaluación de Glasgow para la desorientación obtuvo una puntuación de 13 de 15.

Al ser este caso un paciente diabético debemos conocer si la glucosa se encuentra en valores normales y teniendo en cuenta que el paciente presenta un problema psicológico y/o emotivo, así como descartar la ingesta de fármacos.

Lo primero que se pidió al paciente fue un hemo-glucotest (HGT) para conocer si el paciente presentaba hiperglicemia o hipoglicemia dependiendo de este resultado se realizó el tratamiento ^(20,21).

Luego de realizarse la entrevista con la paciente esta se encontraba desorientada, debido a la hipoglucemia (<70 mg/dl), no llevó un control de su tratamiento por un tercero sobre todo con la toma de sulfonilureas.

De todo lo mencionado anteriormente la paciente cursa con un cuadro hipoglucémico además de depresión motivo por el cual se solicitó interconsulta con el departamento de psicología, por nuestra parte una vez estabilizada procedimos a darle el alta correspondiente.

3.3 Rotación en Gineco-Obstetricia

3.4.1 Caso clínico E

El quinto paciente era una mujer de 23 años que acude a Emergencia del hospital Sergio Bernales por presentar ardor a la micción, sensación de alza térmica no cuantificada además refiere haber notado manchas en la ropa interior “tipo moco”

En los antecedentes de importancia que tuvo contacto sexual sin método de barrera. Inmediatamente procedió a la inspección de canal vaginal mediante tacto vaginal visualizando secreción mucopurulenta.

Se le solicitó una prueba de anticuerpo contra *Clamidia trachomatis* realizando un tratamiento empírico.

La paciente fue diagnosticada con infección en el tracto urinario siendo tratada con Doxiciclina de 100mg cada 12 horas por 7 días.

Las infecciones del tracto urinario son un problema frecuente en atención primaria.

La cistitis es una inflamación de la vejiga urinaria donde los agentes más habituales en este tipo de infección son los bacilos gramnegativos. Más del 90% de los casos son causados por *E. coli* bacteria que se encuentra generalmente en el intestino, otros bacilos como *Proteus*, *Klebsiella* y *Enterobacter*, dan cuenta de un porcentaje menor.

La vejiga y la uretra no presentan bacterias y las que logran entrar en la vejiga pueden ser eliminadas a través de la orina; sin embargo, si permanece en la vejiga, puede crecer con rapidez ocasionando la infección.

La cistitis presenta una sintomatología característica como es presión en la zona inferior de la pelvis, disuria, necesidad de orinar con frecuencia, necesidad urgente de orinar, color anormal y olor fuerte de la orina, siendo más común en mujeres debido a la corta longitud de la uretra.

En las mujeres, la presión sobre la vejiga durante el embarazo y el acto sexual aumenta el riesgo de cistitis debido al intercambio de la flora bacteriana entre el varón y la mujer. En mujeres embarazadas puede llegar a ser una complicación infecciosa importante y ocasionar un riesgo para la madre y para el feto.

Está indicado hacer siempre un urocultivo en el primer trimestre de embarazo y si es positivo, aunque el tratamiento sea eficaz, deberían repetirse los cultivos mensualmente para detectar posibles recurrencias.

Las causas de estas recurrencias se suelen relacionar con una predisposición biológica y se ven favorecidas por ciertas conductas como relaciones sexuales, uso de diafragma o espermicidas ^(22,23)

3.4.2 Caso clínico F

El sexto paciente corresponde a una paciente femenina de 34 años de nacionalidad Venezolana con preeclampsia.

La paciente gestante acude a emergencia del Hospital Sergio Bernales por emergencia con cefalea, percibiendo movimientos fetales y con hipertensión (PA 160/110 mmHg).

Las pacientes que llegan al hospital presentan la patología durante el embarazo. El interno debe abordar al paciente y categorizarlas entre precoz (antes de las 34 semanas) y tardía (luego de las 34 semanas) e indagar sobre su historia familiar en búsqueda de su presencia en su árbol familiar y otras condiciones que el interno debe contar son con la edad de la madre, la etnia, sobrepeso, hipertensión, diabetes enfermedades autoinmunes que predisponen al desarrollo de la enfermedad.

Los pacientes con preeclampsia llegan generalmente a emergencia con hipertensión arterial, donde existe un incremento en la resistencia vascular y la inducción de la vasoconstricción de la disfunción endotelial, así como una alteración en la función renal que corresponde a esta proteinuria.

Para esto el interno debe ayudarse de criterios diagnósticos como el recuento de plaquetas que es clave en esta evaluación, ya que la trombocitopenia es el signo de gravedad de la preeclampsia. Otro indicador son las transaminasas, con lo explicado anteriormente las gestantes pueden mostrar en algunas ocasiones alteraciones en la función hepática; sin embargo, la prueba es de baja sensibilidad y otra es el ácido úrico, debido a que las mujeres gestantes presentan concentraciones séricas de ácido úrico superior comparadas con mujeres que presentan un embarazo sin complicaciones siendo esta prueba de diagnóstico la más habitual.

El tratamiento definitivo que se da a estas pacientes es la eliminación de la placenta, asegurando siempre el bienestar de la madre como la del feto.

Se procedió a realizar el seguimiento a la gestante mediante controles analíticos y valoración del bienestar fetal (ecografía, Doppler).

Los trastornos hipertensivos del embarazo del embarazo constituyen una principal causa de mortalidad materna y perinatal en América Latina y el Caribe siendo menor la tasa de muerte en países de mayor desarrollo.

Las intervenciones realizadas tienen como objetivo estabilizar la situación materna y evitar complicaciones; por ello, se inicia el tratamiento con antihipertensivo (labetalol, hidralazina, alfametildopa) ante valores de tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 110 mmHg ^(27, 28).

En el caso de nuestra paciente hallamos plaquetas dentro de los rangos normales, fosfatasa alcalina en 374U/L, DHL moderadamente aumentado 528U/L, creatinina en rangos normales 0.52mg/dl y proteína en orina de 24 horas levemente alterado, esta paciente se categorizo preeclampsia con criterios de severidad por presentar al ingreso 175/107mmhg (refiere obstetra) y básicamente por la cefalea, el plan fue terminar con la gestación, no se reportó complicaciones durante la intervención quirúrgica ni la hospitalización.

3.4 Rotación en Pediatría y Neonatología

3.4.1 Caso clínico G

El séptimo caso corresponde a un paciente de 7 años que acude por presentar escoriaciones por causa de intenso rascado.

Se procedió a examinar partes del cuerpo encontrando erupciones dérmicas tipo pápulares predominando en muñecas, pliegues inguinales, nalgas, parte posterior de la rodilla, abdomen y tórax.

Sin embargo los exantemas infantiles también son bastante comunes en la emergencia y hospitalización, se muestran a manera de erupciones cutáneas que se encuentran localizadas o generalizados que tienen origen por diversas causas y se clasifican según su morfologías, máculas o manchas, eritematosos, vesiculares, papulares, pustulares y petequiales; que pueden denominarse como morbiliforme, rubeoliforme, escarlatiniforme, urticarial con patrones anulares o reticulares.

Muchos son causados por infecciones virales, bacterianas u otras como alergia a medicamentos, alimentos o enfermedades sistémicas como la enfermedad de Kawasaki, eritema multiforme, artritis reumatoide o fiebre reumática ⁽²⁶⁾.

En nuestro caso los padres del paciente pediátrico refirieron que presentan 5 miembros familiares que comparten la misma habitación que presentan las mismas sintomatologías y lesiones.

Posteriormente a la inspección física se tenía como presunción diagnóstica a la patología Escabiosos o Sarna, brindándole inmediatamente tratamiento médico.

El tratamiento que se le dio al paciente consistió en utilizar como primera línea a Permetrina, crema tópica al 5% que se le aplicó en la superficie corporal con indicaciones de ser colocada durante 8-14 horas, luego debía ser retirada durante el baño. Se debía realizar una segunda aplicación si se observaba un nuevo brote a los 14 días, en la mayoría de los casos basta con una sola aplicación.

3.4.2 Caso clínico H

El octavo caso corresponde a un varón en sus primeras horas de nacido, siendo la gestante quien acude con contracciones espontáneas y negaba la pérdida de líquido y sangrado, programándose una cesaría de emergencia.

El departamento de pediatría del Hospital Sergio E. Bernales atiende a pacientes con el Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial que ocurre con mayor frecuencia en recién nacidos que se manifiesta por el compromiso respiratorio, cianosis, taquipnea, y disminución de la actividad pulmonar, presentando una resistencia vascular pulmonar que puede estar acompañada con una hipertensión pulmonar persistente.

Para confirmar la patología se utiliza la radiografía de tórax, la placa inicialmente puede mostrar densidades similares a la taquipnea transitoria, a medida que el daño progresa, los pulmones aparecen hiperinsuflados con aplanamiento de los diafragmas, pudiéndose realizar el diagnóstico diferencial con taquipnea

transitoria, enfermedad de membrana hialina, neumonía bacteriana, escape aéreo, septicemia y anomalías congénitas del pulmón.

Estudios han sugerido que la aspiración cuidadosa de las vías aéreas en el momento del nacimiento reduce la incidencia y gravedad del SALAM. Cuando observamos el meconio tiene una consistencia espesa, el interno con ayuda del médico obstetra deben aspirar con la cánula la boca del neonato o también con una pera de goma.

Los recién nacidos con el síndrome requieren ventilación mecánica, ya que muestran indicadores de hipoxemia severa o hipercarbia severa, en estas circunstancias es preferible utilizar de manera inicial la ventilación suave. Si el paciente no responde a la ventilación convencional, se recomienda el uso de la ventilación oscilatoria de alta frecuencia ^(12,30).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado como parte del cumplimiento del deber formativo de un médico siempre ha sido una experiencia transformadora.

En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales que se encuentra entre los distritos de Comas, Carabaylo e Independencia, se realizó el internado en la cual se produjeron las 4 rotaciones respectivas dentro de los 4 departamentos fundamentales en la medicina con una duración de tres meses cada una.

Las rotaciones dadas antes de la pandemia tenían una continuidad normal, los internos nos encontrábamos expuestos diariamente a varios problemas entre ellos la sobrecarga en la atención por el gran número de pacientes que asistieron, falta de un seguro, la escasez de recursos y mostramos un agotamiento físico y emocional.

Durante el mes de marzo del 2020, llegó al Perú la pandemia de la Covid-19 generando el cierre de todos los centros (institutos y universidades) y suspendieron las acciones de los internos y los residentes. Los cuales fuimos retirados a mediados del 15 marzo de nuestras actividades. Esto generó en los internos un desconcierto sobre nuestro futuro; por ello, para evitar la pérdida de este avance, las universidades decidieron plantear a la SUNEDU algunas formas para evitar este retraso.

La situación sanitaria se complicó a medida que la pandemia avanzaba, debido al número elevado de contagios y muertes reportadas, al igual que la escasez

de profesionales de la salud. El Estado peruano ha realizado esfuerzos por mitigar implementando estrategias sanitarias de emergencia; sin embargo, no han logrado la disminución de la curva de contagio.

Por la falta de profesionales de la salud en la localidad, generó una demanda de personal médico en el Hospital, permitió retomar las funciones del internado el 1ero de noviembre del 2020, pero con una disminución el tiempo de duración de las rotaciones a 2 meses; sin embargo, aún no se garantizan las medidas de bioseguridad para el retorno.

Las rotaciones del internado fueron designadas de manera al azar y empezaron con medicina interna desde el 1ero de enero 2020 hasta el 15 de marzo 2020, pediatría el 1ro de noviembre hasta el 31 de diciembre 2020, cirugía del 1ero de enero 2021 hasta el 28 de febrero 2021 y gineco-obstetricia del 1ero de marzo 2021 hasta el 30 abril 2021.

Durante la duración de las rotaciones no tuve ninguna dificultad; sin embargo, se resalta las condiciones del Hospital Sergio E. Bernales que deben mejorar no solo en cuanto a la estructura del hospital que es bastante antigua, sino también los recursos del Hospital que siguen siendo escasos al igual que la falta de equipos médicos modernos o los que se encuentran en mal estado y sin funcionamiento.

CONCLUSIONES

Las atenciones realizadas por parte de los internos en el periodo pre pandemia, se realizaron con normalidad, sin ningún inconveniente y en gran parte se observó la colaboración del paciente durante su tratamiento para mejorar su patología.

Aunque a lo largo del año 2020 la pandemia restringió por un periodo el internado y a medida que se han visto expuestas distintas condiciones como la falta de personal de salud, pudimos retornar a nuestras labores; sin embargo, los internos y muchos profesionales de la salud seguimos exigiendo mejores condiciones para desarrollar nuestra profesión, la cual nos brinden las condiciones mínimas de bioseguridad tanto de los pacientes como para profesional de la salud.

Finalmente, para los internos es fundamental estar presentes en el Hospital ya que con la práctica en esta consolidamos los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, así como mejorar la eficacia en el diagnóstico.

RECOMENDACIONES

Los internos durante la realización de sus actividades permitieron observar limitaciones en los sistemas de salud; por ello, se espera la mejora en la infraestructura del Hospital, aumentar el número de camas por departamentos en el Hospital que aún siguen siendo muy poca para una población masiva y con alta demanda, realizar mantenimiento y reparaciones a los equipos en mal estado o traer equipos modernos que permitan a los profesionales de la salud ser más asertivos en la atención y diagnóstico, así como darles al paciente una mejor atención y calidad de vida durante su estancia en el Hospital.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Análisis Situacional de la Salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. MINSA [Internet]. 2013 [Acceso 12 de abril 2021]. Disponible en: https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13149/PLAN_13149_2014_2da_parte_ASIS_2013_HNSEB_a.pdf
2. Cartera de servicio de Salud Hospital Nacional Sergio E. Bernales. MINSA [Internet]. 2019 [Acceso 12 abril 2021]. Disponible en: <http://www.dirislimanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/RD20190612.pdf>
3. Albitres L., Pisfil Y., Guillen K., Niño R. & Alarcon C. Percepción de los internos de medicina sobre el internado durante la pandemia por COVID-19 en Perú [Internet]. 2020 [Acceso 14 de abril 2021]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/301/356>
4. Elizalde J. La importancia de la medicina crítica en el internado de pregrado. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica) [Internet]. 2019 [Acceso 13 de abril 2021]. 32(3), 120-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092018000300120

5. Athié J. & Cristina M. La importancia del internado de pregrado en la formación del médico en el Plan de Estudios 1985 de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 1984 [Acceso 14 de abril 2021]. 5(5). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74890/66272>
6. Análisis Situacional de la Salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. MINSA [Internet]. 2014 [Acceso 14 de abril 2021]. Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-principal/epidemiologia/asis/ASIS-2014-2.pdf>
7. Zarate A., Raue M. & Garlaschi V. Apendicitis aguda. MANUAL DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS UFT [Internet]. 2019. [Acceso 13 abril 2021]. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/AA%20v020518.pdf>
8. Valds M. & Egea J. Colelitiasis. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2008 [Acceso 14 de abril 2021]. 10(8), 508–517. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211344908731047>
9. Márquez Sánchez, N. M. (2015). Características epidemiológicas de los trabajadores con diagnóstico de tuberculosis. Hospital Sergio E. Bernales, 2015 [Tesis posgrados]. 20015 [Acceso 14 de abril 2021]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1281/Marquez_nm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Boletín Epidemiológico del Perú. MINSA [Internet]. 2019 [Acceso 14 de abril 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/10.pdf>
11. Pascual, J. Cefalea y migraña. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2019 [Acceso 14 de abril 2021]. 12(71), 4145–4153. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300150>

12. Del Valle M., Campos A. & Ramacciotti, S. Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial. *Clínica Pediátrica* [Internet]. 2019 [Acceso 14 de abril 2021]. 1-5. Disponible en: http://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/revisiones/REVIEW%20SALAM.%20con%20correcciones%20LM.pdf
13. Palacios C., Durán C., Orozco L., Saéz M., García M. & Ruiz R. (2015). Exantemas en pediatría. *Acta pediátrica de México* [Internet]. 2015 [Acceso 14 de abril 2021]. 36(5), 412-423. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm155g.pdf>
14. Álvarez I., Prieto B. & Álvarez F. Preeclampsia. *Revista Del Laboratorio Clínico* [Internet]. 2019 [Acceso 14 de abril 2021]. 9(2), 81–89. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S188840081630006X>
15. Ramírez C. El desempeño profesional por competencias y su satisfacción laboral, en los médicos del Hospital Sergio E. Bernales de Lima, 2015 [Tesis Doctoral]. 2019 [Acceso 16 de abril 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/3061/TDr.S%2000027%20R22.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Nieto W., Taype A., Bastidas F., Casiano, R., & Inga, F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2016 [Acceso 16 de abril 2021], 33(2), 105-110. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000200003&script=sci_arttext
17. Abreu L., León R. & García J. Pandemia de COVID-19 y educación médica en Latinoamérica. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica* [Internet]. 2020 [Acceso 16 de abril 2021]. 23(5), 237-242. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322020000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

18. Brooks S., Pérez A., Pérez S., de la Cruz K. & Machado J. Apendicitis aguda: aspectos esenciales. Revista Información Científica [Internet]. 2015 [Acceso 16 de abril 2021]. 94(6), 1393-1405. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757221017.pdf>
19. Tanta Lartiga, L. A. Prevalencia de mutación genética en pacientes con tuberculosis resistente a isoniazida en Lima Norte durante el periodo 2016-2018 [Proyecto de Investigación]. 2019 [Acceso 17 de abril 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1879/LTANTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Hirsch IB. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis. [Internet]. UpToDate. 2021 [Acceso 17 de abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=estado%20hyperosmolar&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1
21. Cryer D. Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus. [Internet]. UpToDate. 2021 [Acceso 17 de abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hypoglycemia-in-adults-with-diabetes-mellitus?search=hypoglycemia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
22. Alós J.I. Epidemiología y etiología de la infección urinaria comunitaria. Sensibilidad antimicrobiana de los principales patógenos y significado clínico de la resistencia. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. [Internet]. 2005 [Acceso 17 de abril 2021]. 23, 3-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-etilogia-infeccion-urinaria-comunitaria--13091442>
23. Fernández M.P. Infecciones urinarias, prevención y tratamiento. Farmacia profesional. [Internet]. 2003 [Acceso 17 de abril 2021]. 17(6), 40-45. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-infecciones-urinarias-prevencion-tratamiento-13049604>

24. Rico, J. S., & Hinojal, M. T. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatría integral* [Internet]. 2014 [Acceso 17 de abril 2021]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62301649/22-36_Exantemas20200307-79065-oc7sx7.pdf?1583596894=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDiagnostico_diferencial_de_los_exantemas.pdf&Expires=1618773122&Signature=DvKMb0prO77GQigvl4p3aL1T69Oax6P1RsaQ6Zvxzeqckdlyb6iZ1pIvBhZDJTW8~QRWROjkVwkUcoSLYPMTsbP3DpVbVdXmqmqJC6bz6v10wUeZDEIGGuSQH10LEunBA7Q6RguEIQK5RBBR3kGrk3gef9pUDWslCvGstFzq0ofh1quQlcrqtMw1ptQE75JE-ONAJT6iN3j4w~bhRip~cMfCwJnQArWpRlp4--vllvwqb6dpA-h~anVssYvdKQFDXtpJ3jgAl6Q2E-WlulqRGjRaa1pJg5oRkcTqkTThuT6aZEYDrZAmL3sgtmw9iOWlivS0ZG2~JNMGJ1p198ciw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin Number 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet. Gynecol.* [Internet]. 2020 [Acceso 17 de abril 2021]. 135, e237-e260. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/06000/Gestational_Hypertension_and_Preeclampsia_ACOG.45.aspx
26. Palacios C., Durán C., Orozco L., Saéz M., García M. & Ruiz R. Exantemas en pediatría. *Acta pediátrica de México* [Internet]. 2015 [Acceso 18 de abril 2021]. 36(5), 412-423. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm155g.pdf>
27. Camacho L. & Berzaín M. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Revista Científica Ciencia Médica.* [Internet]. 2015 [Acceso 18 de abril 2021]. 18(1), 50-55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4260/426041256010.pdf>
28. Álvarez I., Prieto B. & Álvarez F. Preeclampsia. *Revista Del Laboratorio Clínico* [Internet]. 2016 [Acceso 19 de abril 2021]. 9(2), 81–89. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S188840081630006X>

29. De Ávila Reynaldo. Meconium aspiration syndrome treated with high frequency ventilator. Rev. bol. ped. [Internet]. 2013 [Acceso 19 de abril 2021]. 52(1):19-21. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752013000100006&lng=es.
30. Olvera DL, Felix NSM & Martínez JJ. Síndrome de Aspiración de meconio en recién nacidos del Hospital Civil de Cu-liacán. Rev Med UAS. [Internet]. 2017 [Acceso 19 de abril 2021]. Vol, 7(3). Disponible en: <https://relaped.com/wp-content/uploads/2019/08/OLVERA.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1

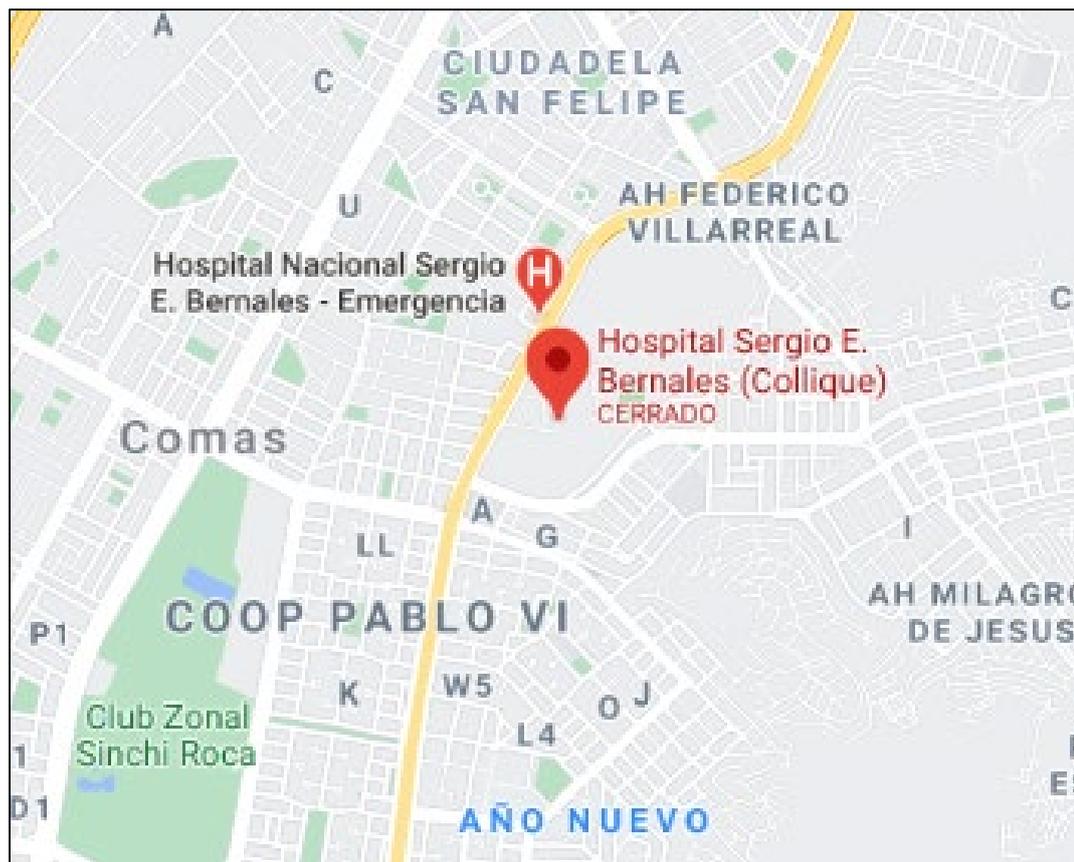
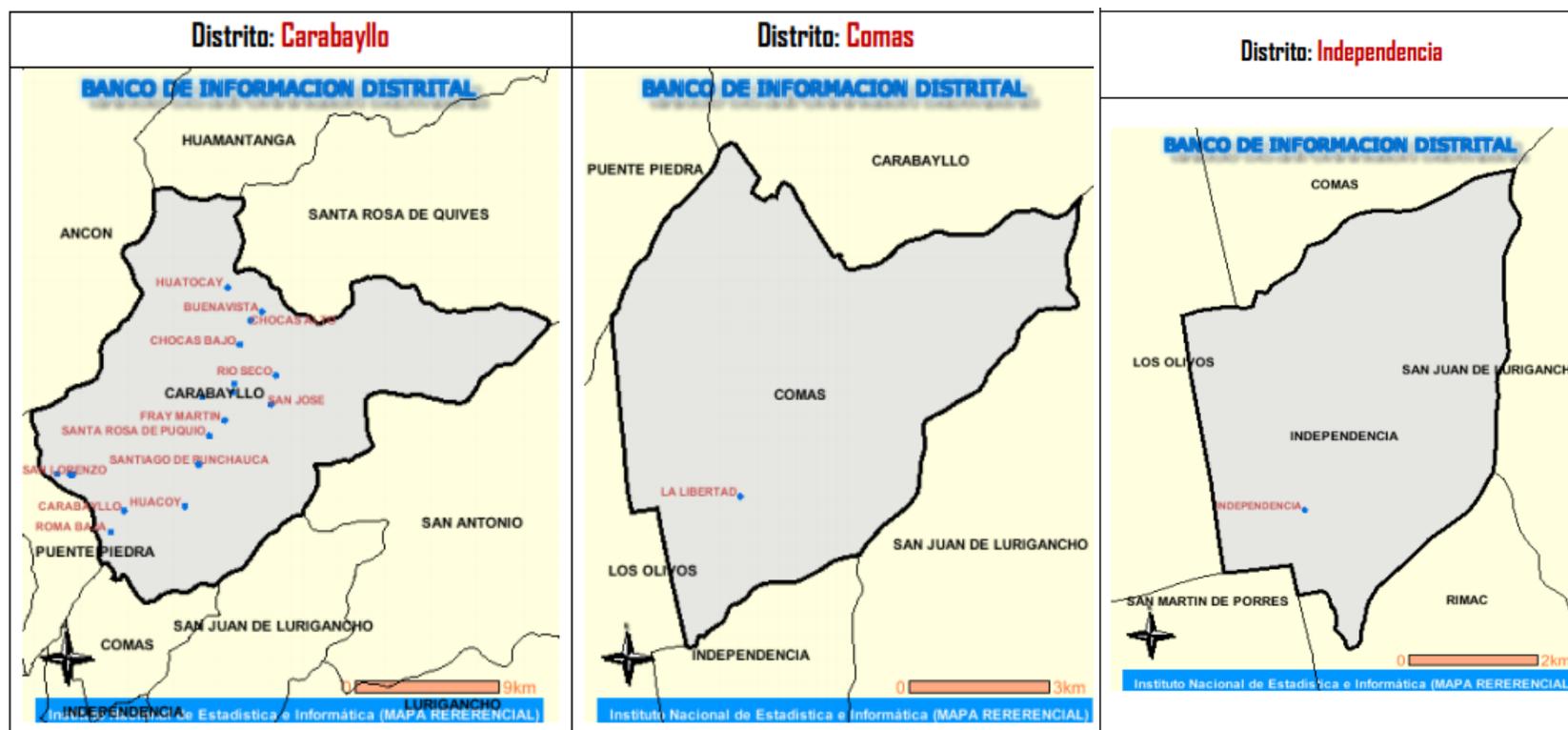


Figura 1. Mapa de localización del Hospital Sergio E. Bernales.

ANEXO N° 2

Figura 2. Dimensiones y localización de los distritos que colindan con el Hospital Sergio E. Bernales.



ANEXO N° 3

Tabla 1. Cuadro comparativo de la consulta externa entre las especialidades médicas del departamento de medicina del 2015 al 2018.

ESPECIALIDADES	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	%
MEDICINA GENERAL	4,512	4,479	5,823	3,844	66.01
NEUMOLOGIA	11,697	10,166	10,670	12,758	119.57
CARDIOLOGIA	7,999	8,443	10,067	14,451	143.55
NEUROLOGIA	6,368	5,193	6,193	6,229	100.58
GASTROENTEROLOGIA	10,157	9,619	9,162	8,461	92.35
DERMATOLOGIA	5,132	4,494	4,666	4,158	89.11
ENDOCRINOLOGIA	6,210	5,329	7,070	9,977	141.12
PSIQUIATRIA	4,491	3,152	2,828	3,939	139.29
GERIATRIA	3,122	2,804	3,061	2,922	95.46
REUMATOLOGIA	5,253	3,851	4,431	3,103	70.03
INFECTOLOGIA	2,177	1,836	2,468	2,054	83.23
MEDICINA ONCOLOGICA	893	903	1,153	2,299	199.39
HEMATOLOGIA	0	1,125	1,184	32	2.70
NEFROLOGIA	1,882	948	717	1,357	189.26
TOTAL DEPARTAMENTO	69,893	62,342	69,493	75,584	108.76

ANEXO N° 4

Tabla 2. Cuadro comparativo de la consulta externa en el Departamento de Gineco-Obstetricia entre 2015 al 2018.

ESPECIALIDADES	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	%
ALTO RIESGO	10,438	6999	7783	8394	107.85
PLANIF. FAMILIAR	4,669	4008	4610	5104	110.72
GINECOLOGIA	9,413	7393	7718	8154	105.65
COLPOSCOPIA	2,428	2119	1831	1897	103.60
INFERTILIDAD	50	0	0	0	0.00
ONCOLOGIA GINECOLOGICA	0	297	1964	2498	108.96
TOTAL GINECO-OBSTETRICIA	26,998	20,816	23,906	26,047	125.13