



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS BASADAS EN CASOS CLÍNICOS POR LOS
INTERNOS DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO
2020 – 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

KAREN ALEXANDRA ACOSTA PASAPERA

OSCAR ORLANDO OTOYA ALVARADO

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

**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

**EXPERIENCIAS BASADAS EN CASOS CLÍNICOS POR LOS
INTERNOS DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL
PERIODO 2020 - 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

KAREN ALEXANDRA ACOSTA PASAPERA

OSCAR ORLANDO OTOYA ALVARADO

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: MG. Víctor Hinostróza Barrionuevo

Miembro: ME. Carlos Alberto Morales Paitan

Miembro: MG. Karim Ugarte Rejavinsky

DEDICATORIA

Ale.

A mi amor más grande que todo lo que estoy logrando es crédito a esa valentía que me otorga desde el cielo.

Mi hermano, por motivarme hacer su mayor ejemplo y persona; mis padres, por todo el apoyo incondicional brindado; mis abuelos por ese apoyo ilimitado tanto a mí, como a mis padres en estos años de carrera.

A todos ellos por esa fe sin quiebre hacia mí.

Oscar.

A Dios en primer lugar; a los pacientes que se merecen el mejor trato como persona y dedicación; a mis padres por su ejemplo y por su dedicación para enseñar de manera inspiratoria la carrera de Medicina Humana; a mi hermano Miguel, quien el próximo año será interno de medicina; a los caídos en esta pandemia y por qué no mencionar a mis amigos de 4 patas que forman parte de mi familia.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios por la dicha de culminar este trabajo de suficiencia, y disfrutarlo con mis seres queridos.

Gracias absolutas a mis padres y hermano, por su presencia e innumerables detalles en estos años de carrera pueda ser culminada de manera satisfactoria.

Especial agradecimiento para el Hospital Sergio E. Bernales (HNSEB), hospital dónde realizamos nuestras prácticas del internado médico, como también a cada uno de los médicos asistentes, residentes, personal de salud y a nuestros cointernos por poner un granito más de conocimiento en mi persona para nuestro desarrollo cómo médico.

De manera especial el agradecimiento mutuo para nosotros mismos por el soporte, tiempo y manera de tolerar el uno al otro para el desarrollo y finalización de este trabajo.

Por último, agradecemos a nuestras amistades, ustedes saben a quiénes nos referimos al leer esto; por su compañía, sus ánimos y sobre todo por su tiempo hacia nosotros cuándo necesitábamos su leída en cada uno de estos párrafos

Este año y cuatro meses de realización de internado médico en la cobertura de una pandemia fueron únicos, especiales e inesperados, de los cuales nos llevamos una gran enseñanza al culminar esta etapa de un médico. Estaremos eternamente agradecidos por la oportunidad de continuar las prácticas en medio de una pandemia en el HNSEB.

ÍNDICE

| | Págs. |
|--|--------------|
| Portada | i |
| Jurado | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| Resumen | vi |
| Abstract | vii |
| INTRODUCCIÓN | viii |
| CAPÍTULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL | 1 |
| 1.1. Rotación De Ginecología Y Obstetricia | 1 |
| 1.1.1.Caso Clínico N°01 | 1 |
| 1.1.2.Caso Clínico N°02 | 3 |
| 1.1.3.Caso Clínico N°03 | 5 |
| 1.1.4.Caso Clínico N°04 | 7 |
| 1.2. Rotación De Medicina Interna | 9 |
| 1.1.1.Caso Clínico N°01 | 9 |
| 1.1.2.Caso Clínico N°02 | 11 |
| 1.1.3.Caso Clínico N°03 | 13 |
| 1.1.4.Caso Clínico N°04 | 15 |
| 1.3 Rotación De Pediatría Y Neonatología | 16 |
| 1.1.1.Caso Clínico N°01 | 16 |
| 1.1.2.Caso Clínico N°02 | 19 |
| 1.1.3.Caso Clínico N°03 | 21 |
| 1.1.4.Caso Clínico N°04 | 23 |
| 1.4. Rotación De Cirugía General Y Especialidades | 24 |
| 1.1.1.Caso Clínico N°01 | 25 |
| 1.1.2.Caso Clínico N°02 | 26 |
| 1.1.3.Caso Clínico N°03 | 28 |
| 1.1.4.Caso Clínico N°04 | 29 |
| CAPÍTULO 2: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA | 32 |
| CAPITULO 3: APLICACIÓN PROFESIONAL | 34 |
| CAPITULO 4: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 54 |
| CONCLUSIONES | 58 |
| RECOMENDACIONES | 59 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 60 |

RESUMEN

Este trabajo explica la adquisición de conocimiento, forma de diagnóstico y tratamiento basados en casos clínicos que se experimentaron por el interno de medicina en el HNSEB en medio de la pandemia, para próximas experiencias en la vida verdadera como médico. Estas fueron desarrolladas a base de los nuevos reglamentos que se realizaron por las autoridades para el interno de medicina. Además, se narra la experiencia que adquiere el interno de medicina bajo las expectativas de satisfacción de estar en su última etapa de su formación médica como del temor de no sentirse preparado para afrontar las diferentes situaciones clínicas. Finalmente, en el último capítulo se explica la crítica del interno adquirida a raíz de los conocimientos dados por la práctica, enseñanza, y hechos vividos en el mencionado contexto en el HNSEB, incluyendo el aspecto psicológico, emocional y físico; tanto como para el interno como para su entorno familiar al realizar el internado médico en medio de una pandemia.

Palabras claves: Internado médico, pandemia, interno de medicina.

ABSTRACT

This paper explains the acquisition of knowledge, form of diagnosis and treatment based on clinical cases that were experienced by the medical intern in the HNSEB in the midst of the pandemic, or future experiences in real life as a doctor. These were developed. In addition, the experience acquired by the medical intern lowered the expectations of satisfaction of being in the last stage of his medical training as well as the fear of not being prepared to face the different clinical situations. Finally, the last chapter explains the criticism of the intern acquired as a result of the knowledge given by the practice, teaching, and facts lived in the aforementioned context in the HNSEB, including the psychological, emotional and physical aspect; both for the inmate and for his or her family environment when performing the medical internship in the midst of a pandemic.

Keywords: Medical internship, pandemic, medical intern

INTRODUCCIÓN

El internado médico (IM) es la última etapa de un estudiante de medicina; el cual se encarga de enfocar múltiples aspectos en el estudiante de medicina, poniendo en práctica todo lo aprendido en los años anteriores. La culminación del IM requisito esencial en todo América; por ende, en nuestro país para poder obtener título de médico cirujano. El fin del internado médico es desarrollar la adquisición de nuevos conocimientos, procedimientos, y etc. En todo momento bajó la supervisión de un médico que sea guía del interno para el desarrollo de el mismo, y con ello poder en un futuro desarrollarse como médico. Anteriormente se tenía como concepto del IM, aquel abrigo de trabajo, no contando un régimen de horario fijo para el interno y hasta en oportunidades llegar a maltrato del interno, que de gran porcentaje son de mayoría verbal, como también consecuencias de castigos de cargo de más horas en su horario. Entre otras características del internado médico en Perú, está el pago de remuneración que no involucraba a todos los internos que realizaban prácticas en los diferentes hospitales o puestos de salud; de igual manera pasaba respecto de contar con un servicio de seguro social. (1)

En el internado 2020, exactamente el 6 de marzo se declara el primer caso de COVID 19 en nuestro país, de la misma manera el 15 de marzo se declara cuarentena, con la cual conllevó a suspender las actividades del interno de medicina. Tras varias reuniones, la normativa del internado médico llega a

diversos acuerdo en beneficio del IM para que siga el desarrollo de sus prácticas como profesional médico, todo esto se encuentra de manera especificada en el Decreto de Urgencia N° 090-2020, entre lo más resaltantes: Seguro salud y vida, pagó mínimo mensual, y equipo de protección personal para retornar el internado médico, y poniendo como finalizado del mismo el 30 de abril del año 2021, con el fin de que se obtenga la mayor posibilidad de prácticas para su próximo desarrollo en la formación de los futuros profesionales de salud. (2)

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, ubicado en el distrito de Comas, hace llegar mediante lineamientos otorgados por el Ministerio de Salud, un reglamento donde se acepta la reincorporación de los internos de medicina a nivel nacional en los diferentes centros hospitalarios y centros de salud para sus prácticas hospitalarias del IM de manera voluntaria dada la pandemia. El hospital puso a disponibilidad los 4 servicios en que normalmente se rota en el IM, en los cuales se incluyen los subservicios de cada uno de ellos como: emergencia, piso, y sus especialidades; respetando siempre el decreto brindado por las autoridades para los internos de medicina en sus respectivas prácticas hospitalarias. (3)

CAPÍTULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Rotación de Ginecología y Obstetricia

CASO CLÍNICO N°01

Paciente CCCG, mujer de 22 años, tercigesta de 16 5/7ss por ecografía de I trimestre, natural de Lima, de ocupación de ama de casa, conviviente, grado superior incompleta. Procedente de Puente Piedra.

Antecedentes Personales: Hermano fallecido por Sd Down. Niega otros antecedentes.

Antecedentes Gineco – Obstétricos: G3 P1011, PV 2017 de 41ss, Aborto completo 2019. Menarquía: 12 años, RC: 4/30, PAP: Negativo, FUR: 15/09/19, MAC: ACO, CPN: 01.

Enfermedad actual: Paciente que llega a emergencia (20 de enero de 2020 a las 16:30pm), presentando: sangrado vaginal, pérdida de líquido y dolor abdominal desde hace 10 horas, que van evolucionando de mayor intensidad a lo largo del día y acude al HNSEB.

Examen Físico: P.A: 116/60 mmHg, T: 36°C, FR: 20 por min, FC: 100lat por min, SAT: 98% de O₂.

Piel: T/H/E, llenado cap <2seg, no ictericia, no cianosis.

TyP: Murmullo vesicular pasa en AHT, no rales.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos.

ABD: Globoso, RHA +, B/d, doloroso a palpación leve a moderado en hipogastrio. AU: 12cm.

TV: Cérnix posterior, OCE: permeable 1 dedo, OCl: cerrado, presencia de sangrado escaso.

GU: PPL: Positivo izquierdo.

SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Diagnóstico:

1. Tercigesta 16 5/7ss. por ecografía.
2. Amenaza de aborto.
3. Descartar infección del tracto urinario.

Plan:

1. Dieta blanda + Líquido a voluntad.
2. CINA 9%1000cc EV
3. Control de funciones vitales (CFV) + control de signos de alarma (OSA)
4. Se solicita (S/s): ecografía transvaginal
5. S/s: Hemograma, Grupo y Factor, examen de orina, RPR, prueba de ELISA o prueba rápida.

Laboratorio: Pruebas rápidas de VIH/ RPR: No reactivas; Examen de orina: 25 – 50 leucocitos x campo, Nitritos: negativo; Glucosa: 134 mg/dl; Urea: 11 mmg/dl; Creatinina: 0.50 mg/dl; Hb: 10.4 g/dl; Hto: 31.9%, leucocitos: 10000 mm; Abastonados: 0%; Plaquetas: 212 000; T.C: 6min 00 seg; T.S: 2min 00 seg, G y S: O positivo.

Ecografía: Gestación única activa de 16 2/7ss. FCF: 143lat por min, oligohidramnios (pozo mayor): 1 – 2.

Evolución: Se decide la hospitalización para vigilancia y tratamiento de los exámenes alterados, con diagnósticos: G3 16 5/7ss por ecografía, aborto inevitable e infección del tracto urinario. Con indicación: Misoprostol 200 ug c/6h por 3 días más ATB de cefazolina 1gr c/6h vía ev por la infección, y metamizol 1gr c/24h. Esperando la evolución del curso del diagnóstico y completar la dosis terapéutica. El 4to día a la evaluación se observa cambios cervicales respecto al OCI y OCE abierto más pérdida de líquido y se realiza ecografía TV, donde se observa: Respecto a la paciente no se observa signos vitales inestables, por ello se decide extracción mecánica del producto, cual se realiza programación para el procedimiento de legrado uterino por aborto inevitable de 17 2/7ss por ecografía, anhidramnios e infección del tracto urinario. tras buena evolución clínica favorable y pronóstico bueno por criterio médico tras 38horas por procedimiento de legrado uterino, se indica alta de vía oral de antibiótico por la infección del tracto urinario y evitar complicaciones, el día 27/01/20.

CASO CLÍNICO N°02

Fecha de ingreso: 17/02/2021

Fecha de alta: 22/02/2021

Filiación

PACIENTE: I.B.P EDAD: 25 años RELIGIÓN: católica

PROCEDENCIA: Comas – Lima ESTADO CIVIL: conviviente

GRADO INSTRUCCIÓN: secundaria incompleta

Antecedentes Generales

ALERGIAS: NIEGA HOSPIALIZACIONES PREVIAS: NIEGA

TRANSFUSIONES PREVIAS: NIEGA DIABETES MELLITUS: NIEGA

HTA: NIEGA

Antecedentes Gineco-Obstetricos:

G1 P0000 24ss

Menarquia: 11 años Telarquia: 15 años Régimen catamenial: 3/30

Método anticonceptivo: Niega CPN: 02

Enfermedad Actual

Signos y Síntomas principales: cefalea global, epigastralgia

Funciones Vitales: P.A: 150/100mmHg FR:15x' FC:82x' Sat.O2:98%

Glasgow:15/15

Relato: Paciente primigesta de 24ss x su ecografía de I trimestre, refiere disminución de movimientos fetales, dolor de cabeza global y de forma constante desde hace 10 días que ha ido aumentando de intensidad con el pasar de los días. Además, se agrega dolor y "ardor" en la boca del estómago.

Examen Físico

AU: 22cm SPP: LCD LCF:122x' DU: ausente AP: -2

TV: Cérvix posterior, no dolor a la movilización, pelvis ginecoide

Piel: Fría, sudorosa, llenado capilar<2".

T y P: Mv pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

SNC: LOTEPE, EG 15/15.

DIAGNOSTICO:

1. Trastorno Hipertensivo Del Embarazo: Preclampsia Con Criterios De Severidad
2. D/C Sd. HELLP
3. Primigesta de 24Ss por ecografía de I trimestre

PLAN

1. Hidratación con NaCl 9% 1000cc

2. S/s perfil de preeclampsia: Hemograma completo automatizado, G-U-C, perfil de coagulación, perfil hepático, DHL
3. Ecografía obstétrica
4. I/c Oftalmología, I/c neurología
5. Prueba serológica para SARS-COV2
6. Se hospitaliza

Resultado de exámenes solicitados:

Hemograma, Hto, Perfil de coagulación: normal

Perfil hepático: enzimas levemente elevadas, glicemia normal

Creatinina:1.6 DHL:600

Ecografía obstétrica: No se observa actividad cardiaca fetal

Prueba SARS-COV2: Negativo

Dado los resultados se solicita pasar 04 paquetes globulares y programar SOP para Histerectomía Abdominal.

Las interconsultas no se concretaron

Diagnóstico

1. Óbito fetal de 24Ss
2. Pre-eclampsia severa
3. D/C DPP
4. D/c Sd.Hellp

Paciente se programa para histerotomía de emergencia + revisión de hígado.

Paciente pasa UCI para su control estricto.

CASO CLÍNICO N°03

Paciente ICST, mujer de 26 años, nulípara, natural de Lima, trabaja independiente, conviviente, secundaria completa, procedente de Comas.

Antecedentes Personales: No TBC, no DM, no HTA, no RAM.

Antecedentes Ginecológicos: FUR: 25/01/2020, MAC: ninguno, Menarquia: 12 años, Régimen catamenial: 4/30, niega uso de métodos anticonceptivos.

Signos y Síntomas principales: Sangrado vaginal, dolor abdominal

Forma de inicio – Evolución: brusco - progresivo

Enfermedad actual: Paciente ingresa por tópico agarrándose la zona abdominal y refiriendo un tiempo de enfermedad de 24 horas aproximadamente con dolor abdominal tipo cólico a predominio de hemiabdomen inferior en FII que con el pasar se intensifica, también refiere haber presenciado sangrado vaginal de escasa cantidad sin coágulos de color rojo claro, motivo por lo cual la acude a emergencia el día: 07/04/20.

Examen físico: P.A: 100/60 mmHg, FC: 80 lat. por min, FR: 20 resp. por min, T°:36.8°C, SAT O2: 98%

Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, no ictericia, no cianosis.

T y P: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

CV: RC rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: Globuloso, doloroso a la palpación en FII, Blumberg (+).

TV: OCE y OCI cerrados, escaso sangrado vaginal.

SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Diagnóstico:

1. Síndrome Doloroso Abdominal
2. D/C Embarazo Ectópico

Plan:

1. Pase a observación
2. NPO
3. Nacl 9% de 1000cc a 30 gotas
4. Colocar sonda Foley y vigilar sonda urinaria
5. S/s B-HCG cuantitativa

6. S/s Perfil de coagulación, perfil hepático, grupo y factor. S/s Ecografía transvaginal
7. CFV + OSA

Evolución

Se hospitaliza, para seguimiento y confirmación del diagnóstico. Llegan exámenes solicitados de B-HCG cuantitativa de 1820. Informe ecográfico indica masa anexial izquierda de 30 x 25 x 20mm, sin actividad de latido cardíaca embrionaria. Hemograma Hb:12.30 g/dl Hto: 37.50% Plaquetas: 276000 Leucocitos: 6.00 Glucosa: 99 mg/dl Urea: 27 mg/dl Creatinina: 0.83 mg/dl. Por lo que se le concluye como diagnóstico:

DIAGNOSTICO

1. Embarazo Ectópico No Complicado.

TRATAMIENTO

La paciente recibió tratamiento médico con Metrotexate 50 mg IM.

Al 4° día control de B-HCG en 203 por lo que se da de alta con indicaciones médicas y seguimiento por consultorio externo.

CASO CLÍNICO N°04

Fecha de ingreso: 30/03/2021

Fecha de alta: 10/04/2021

Filiación

PACIENTE: R.M.B EDAD: 43 años RELIGIÓN: católica

PROCEDENCIA: Los Olivos – Lima ESTADO CIVIL: casada

GRADO INSTRUCCIÓN: secundaria completa

Antecedentes Generales

ALERGIAS: NIEGA HOSPITALIZACIONES PREVIAS: NIEGA

TRANSFUSIONES PREVIAS: NIEGA DIABETES MELLITUS: NIEGA

HTA: NIEGA

Antecedentes Gineco-Obstetricos:

G1 P1001 (Cesárea-pelvis estrecha)

Menarquia: 13 años Telarquia: 16 años Régimen catamenial: 5/30

Método anticonceptivo: Niega

Enfermedad Actual

TE: 03 días

Signos y Síntomas principales: Sangrado vaginal, náuseas, astenia

Relato: Paciente acude por presentar sangrado vaginal de regala cantidad desde hace 03 días, asociado a náuseas y debilidad para realizar sus cosas cotidianas. Refiere masa intrabdominal ha ido aumentando de tamaño desde hace 9 meses.

Funciones Vitales: P.A: 90/60mmHg FR:18x´ FC:88x´ Sat.O2:98%
Glasgow:15/15

Examen Físico:

Piel: Fría, sudorosa, llenado capilar<2”.

T y P: Mv pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Se palpa tumoración irregular a 4cm por encima de cicatriz umbilical

Tv: útero aumentado de tamaño y volumen, anexos no palpables, parametrios libres

PLAN

7. Hidratación con NaCl 9% 1000cc
8. Hemograma completo automatizado, G-U-C, Ex. Orina

9. Ecografía abdomino-pélvica y transvaginal
10. Se solicita riesgo quirúrgico
11. Prueba serológica para SARS-COV2

Resultado de exámenes solicitados:

Hb: 6 g/dl Leucocitos: 148 no desviación a la izquierda

Ecografías: Tumoración abdomino-pélvica útero dependiente

Prueba SARS-COV2: Negativo

Dado los resultados se solicita pasar 04 paquetes globulares y programar SOP para Histerectomía Abdominal.

Diagnóstico

5. Miomatosis Uterino Gigante
6. Anemia Severa

Reporte operatorio: HAT+SOB

Múltiples adherencias de epiplón a útero, ovarios. Se realiza HAT+SOB sin incidentes, no lesión vejiga ni intestino.

Evolución: Paciente evoluciona favorablemente post intervención quirúrgica y se da de alta en el día post operatorio 03 con indicaciones médicas y control por consultorio externo.

Rotación de Medicina interna

CASO CLÍNICO N°01

Paciente AAF, hombre de 53 años, natural de Lima, ocupación de chofer de transporte público, casado, secundaria incompleta, procedente de Carabayllo.

Antecedentes Familiares: Madre, Hipertensión arterial (HTA) hace 12 años y Diabetes Mellitus 2 (DM2) hace 9 años. Padre, fallece 83 años por Infarto de Miocardio. Hermanos, solo su hermana DM2 hace 1 año. Esposa e hijos, niega enfermedades.

Antecedentes Patológicos: HTA hace 15 años, en tratamiento con losartan 50mg/día, DM2 hace 10 años con tratamiento irregular de metformina, porque refiere que solo toma cuando siente que le suba su azúcar, la última vez hace un año.

Enfermedad actual: Paciente refiere que hace 2 días con dolor abdominal que por momentos también se acompañan con náuseas y vómitos, hace 5 horas se nota que está desorientado por ratos. Esposa refiere de igual modo notarlo de manera “desganada y pérdida de apetito”. La última vez que tomó metformina fue hace 1 año, y refiere porque se siente “bien, y que no la necesita”. Al sentirse que no disminuye los síntomas acude a HNSEB.

Examen físico: P.A: 130/90mmHg, FC: 86lat por min, FR: 26resp por min, T°: 37.2°, SatO2: 95%. Paciente somnoliento con taquipnea y respiración profunda. Durante la entrevista se va tomando HGT donde se encuentra en 320mg/dl, y toma del AGA □ Na: 130 mmEq, K: 3.8 mmEq, pH: 7. 28, PCo2: 34, HCO3: 18 mmEq

Piel: T/H/E, llenado capilar igual a 2 segundos, mucosas secas.

T y P: MV pasa en AHT, no rales. Uso de músculos accesorios.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos.

ABD: Globoso, RHA +, b/d, doloroso a palpación profunda.

GU: PPL y PRU negativos.

SNC: Responde al llamado de su nombre, desorientado en lugar y tiempo. No signos meníngeos, ni de focalización.

Diagnóstico:

1. Diabetes Mellitus descompensada
2. Hiperglicemia: D/c Cetoacidosis diabética.

3. HTA en tratamiento

Plan:

1. Pasa a observación.
2. NPO
3. NaCl 0.9% x 1000cc, 1l por hora + KCl 20% EV x 2 horas.
4. Insulina R 0.2 mg/kg SC cada 2 horas. Control de HGT C/2h
5. Se solicita: HGT c/1h, Análisis de Gases arteriales (AGA) c/ 2h, hemograma completo, glucosa sanguínea, urea, creatinina y examen de orina.
6. Se solicita radiografía de tórax.
7. CFV + OSA
8. Reevaluar a las 2h.

Evolución: Se reevalúa las 2h llega exámenes pendientes, dónde se observa □
Examen de orina: cuerpos cetónicos (+++) y leucocitos 5 por campo;
Hemograma: Hb: 13 g/dL, Leucocitos: 18 000 mm³, Plaquetas: 275000, G: 310 g/dL, Cr: 0.78 y Urea: 36. En su AGA □ 7.28, Na: 135 mmEq, K: 3.5 mmEq, P_{CO2}: 36, HCO₃: 18, y HGT: 180 g/Dl. Radiografía de tórax: Normal.

Se llega la conclusión de diagnósticos definitivos: Diabetes descompensada, Cetoacidosis diabética leve, HTA en tratamiento. Pasa a atención crítica especializada (ACE) para vigilancia más estricta del manejo de glucosa, y espera de corrección del trastorno hidroeléctrico.

CASO CLÍNICO N°02

Paciente TVDC, mujer de 63 años, natural de Lima, ocupación de ama de casa, viuda, primaria completa, procedente de Carabaylo.

Antecedentes Familiares: Madre, fallece 68 años por accidente cerebro vascular trombótico (ACV) hace 5 años. Padre, HTA desde los 40 años, hermanos niega patologías; esposo, fallece hace 2 años por IAM. Hijos niega patologías.

Antecedentes Patológicos: HTA hace 20 años con tratamiento irregular de losartan de 50mg/cada 24h. Eventualmente consumo de cigarrillos.

Enfermedad actual: Paciente que es traído por su familiar en silla de ruedas, familiar refiere que lo encuentra “desmayado” hace 1 hora, responde a su llamado con apertura de ojos, pero observa que no habla bien y que no podía mover toda la parte derecha de miembros superiores y cara del mismo lado, sospechan que tiene un accidente cerebro vascular (ACV) por la falta de tratamiento regular de su presión alta, por lo que acude a emergencia del HNSEB.

Examen físico: P.A: 190/160 mmHg, FC: 108lat por min, FR: 20resp por min, T°: 37.2°, SatO2: 92%. Paciente en MEG.

Piel: T/H/E, llenado capilar de 2 segundos, no ictericia, no cianosis.

T y P: MV pasa en AHT, no rales.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos.

ABD: Globoso, RHA +, b/d, no doloroso a palpación.

GU: PPL y PRU negativos.

SNC: Somnoliento, EG: 12/15 □ 3/4 respuesta ocular; 4/5 respuesta verbal, 5/6 respuesta motora. Hemiparesia MMSS derecho y disartria.

Diagnóstico:

1. Emergencia Hipertensiva: D/c ACV isquémico vs ACV hemorrágico.
2. HTA no controlada.

Plan:

1. Pasa a ACE
2. Oxígeno húmedo con máscara de reservorio si SAT < 92% de O2.
3. I/c cirugía cardiorácica y cardiovascular
4. Fibrinólisis: Alteplase 0,9 mg/dL, y luego el otro 10% en un minuto por bolo, en 1 hora (dentro del tiempo determinado); evaluación cada 5 minutos el estado neurológico.
5. Nifedipino 20mg VO

6. S/s Hemograma, glucosa, urea, creatinina, AGA, HGT.
7. S/s Tomografía cerebral sin contraste.
8. Reevaluar con resultados.

Evolución: Paciente que se evalúa con resultados de tomografía donde se observa: Hipodensidad en hemisferio izquierdo que concuerda con clínica de paciente, y antecedente para pensar en plantear en el diagnóstico de: ACV trombótico, del cual se decide mantener manejo en ACE para manejo obligatorio de monitoreo de la presión arterial cada 15 minutos durante infusión de fibrinolítico; y así hasta completar las 24 horas, manteniendo una presión arterial > 185/110. De igual manera se descarta otras causas de trastorno de sensorio por manejar parámetros normales de exámenes de laboratorio. Tras manejo de shock trauma comunican que pasará a cargo del servicio de medicina que decide su hospitalización para manejo adecuado de hipertensivos por HTA no controlada, y tratamiento de medicina física y rehabilitación por secuelas de ACV trombótico.

CASO CLÍNICO N°03

Filiación

Paciente RPMA Edad: 69 años Religión: católico Procedencia: Comas
Estado Civil: casado Grado de instrucción: 4° secundaria

Antecedente Generales

Alergias: niega Hospitalizaciones previas: 01 por apendicetomía hace 14 años
Transfusiones previas: niega Diabetes Mellitus: niega HTA: niega

Enfermedad actual

Signos y Síntomas principales: Dificultad espiratoria, tos productiva.

Relato: Paciente con TE de 03 días con tos productiva, SAT no cuantificada y malestar general, refiere dificultad respiratoria por lo que acude al hospital por emergencia.

Funciones Vitales:

P.A: 100/60 mmHg FR:25x´ FC:89x´ Sat.O2: 94%

Examen físico:

P y F: Caliente, hidratado, llenado capilar < 2". No edemas

T y P: Mv aumentado en 1/3 inferior de AHT, crepitantes en 1/3 inferior del HT izquierdo y 1/3 medio del HT derecho. Ligero Tiraje subcostal

Cv: RC rítmicos, no soplos audibles.

Abd: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, RHA (+), no masas,

GU: PPL (-) PRU (-) No globo vesical

SNC: LOTEPE, EG 15/15, No focalización, No signo meníngeos

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

- SDR D/C NAC

PLAN

NaCl 9% 1000cc

S/s Hemograma Completo, G-U-C, Examen de orina

S/s radiografía de tórax

Reevaluación con resultados

RESULTADOS

Hb: 12.3 g/dl Hto:36.8% Leuco:12.3 00 Glucosa: 93 mg/dl Urea: 22 mg/dl Creatinina:1.08 mg/dl. Radiografía de tórax indica imágenes de consolidación en AHT.

Se plantea como diagnostico Neumonía Adquirida en la Comunidad, CURB 65 2 puntos, por lo que paciente se hospitaliza.

PLAN:

1. NaCl 0.9% 1000cc
2. Ceftriaxona 2gr EV c/24h
3. Azitromicina 500mg EV c/24h

Evolución

Paciente en el DH-7 refiere no sentir molestias, niega dificultad respiratoria. Alta con indicaciones.

CASO CLÍNICO N°04

Filiación

Paciente AGCK Edad: 29años Religión: Católica Procedencia: Carabayllo
Estado Civil: Soltero Grado instrucción: estudiante universitario

Antecedentes Generales

Alergias: Niega

Hospitalizaciones: Niega

Transfusiones: Niega

Diabetes Mellitus: Niega

HTA: Niega

Enfermedad Actual

Signos y Síntomas: Melena, astenia, hematemesis

PA: 95/60mmHg Fr:19x´ FC:103x´ Sat.O2:98% Glasgow:15/15

RELATO: Paciente refiere que hace 06 días nota cambio en la coloración de deposiciones, ha presenciado vómitos 02 de escasa cantidad con rasgos sanguinolentos y para el día de hoy refiere 03 vómitos de sangre de regular cantidad y sentirse cansado. Además, refiere que se ha estado automedicando con Ketorolaco casi siempre que ha tenido un dolor abdominal.

Examen Físico

P y F: fría, llenado capilla < 2". Palidez +/- No edemas

T y P: Mv pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

Cv: RC rítmicos, no soplos audibles.

ABD: B/D, no doloroso a la palpación, RHA (+), no masas

GU: PPL (-) PRU (-) No globo vesical

SNC: LOTE. EG 15/15, no focalización, no signos meníngicos.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Hemorragia Digestiva Alta

D/C Ulcera péptica

PLAN

Hidratación con ClNa 0.9% 1000cc

Omeprazol 80mg EV c/24h

S/s hemograma completo, Glucosa-Urea-Creatinina, Perfil de coagulación

Prueba serológica COVID19

Evaluación por gastroenterología

CFV

RESULTADOS

Hb: 7.8 g/dl Hto: 23.5% Pla: 225 000 Leucocitos: 6.00

Gastroenterología evalúa el caso y decide solicitarle 02 Paquetes Globulares, hospitalizarlo para programar Endoscopia Digestiva Alta.

En el informe endoscópico se reporta una Escala de Forrest IIa a nivel del cuerpo del estómago, el cual se interpreta como un sangrado reciente, paciente que a disposición gastroenterología para su seguimiento.

Rotación de Pediatría y Neonatología

CASO N°01

Recién nacido de 2 días, sexo femenino, ingresa junto a la madre por emergencia. Madre presenta sangrado vaginal post parto, por lo que ingresa a sala de operaciones para legrado uterino por retención de restos placentarios. Recién nacido es hospitalizado por factores de riesgo.

Factores de riesgo:

Pre - natales: Edad materna: 16 años, Grupo y Factor: O positivo, G3 P2012, CPN:02, Se niega complicaciones.

Natales: Parto vaginal, en centro "El progreso". Apgar 1" 9. 5" 9. Peso: 3200, Talla: 47, PC: 33, PT: 34. Se niegan complicaciones.

Examen físico: FC: 152 latxmin, FR:54 resp x min, T: 36.7°C, Sat: 97% O2.

Piel: T/H/E, llenado capilar <2seg, mucosas de húmedas.

T y P: Mv pasa bien en AHT, No signos de distrés respiratorios.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

ABD: Globuloso, RHA (+), blando, depresible.

SNC: Reactivo a estímulos, reflejo de succión (+), reflejo de prehensión (+).

Diagnósticos:

1. RNAT de 39ss AEG.
2. RN de parto eutócico
3. RN parto extrahospitalario
4. Rn hijo de madre adolescente
5. Neonato potencialmente infectado (NPI): CPN insuficientes.

Terapéuticas:

1. LM Y/O FM 35CC v.o c/3 horas.
2. CFV + OSA
3. S/s Hemograma, grupo y factor
4. S/S PCR
5. Se hospitaliza en intermedios II
6. Reevaluar con resultados

Evolución: RN de 2 día 9 horas, sexo femenino, en área de hospitalizado en intermedios II. RN nacido con buena tolerancia oral, cursa afebril, sin interurrencias. Funciones vitales estables, y el resto del examen físico sin alteraciones. Se mantienen diagnósticos, se decide de continuar con indicaciones terapéuticas, pase a alojamiento conjunto y pendiente resultados.

RN de 2d y 9 horas, sexo femenino, en área alojamiento conjunto. RN con buena tolerancia oral, cuadro afebril, sin interurrencias. Al examen físico:

Piel: Ictérica K – IV, llenado capilar < 2segundos.

T y P: MV pasa bien en AHT, No signos de distrés respiratorio.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

ABD: Globuloso, RHA (+), blando, depresible.

SNC: Reactivo a estímulos, reflexión de succión (+), reflejo de prehensión (+).

Mantiene funciones vitales estables, se toma bilicheck con: 18 □ PAD y 19 □ PAI.

Con diagnósticos al momento: RNAT 39SS AEG, RN por parto eutócico, Ictericia fisiológica, RN hijo de madre adolescente, NPI: CPN insuficiente. La terapéutica: LFM de 45cc, VO c/3h, CFV + OSA, pase a intermedios II, fototerapia permanente, S/s Bilirrubina total y fraccionadas (A las 24 horas). Al llegar los exámenes se encuentra alterados: G. blancos □ 28.1000, segmentados □ 18.55%, G y S: O +. Llega exámenes de laboratorio de bilirrubinas: 13.63; BI: 13.23; BD: 0.40.

A los 4 días post fototerapia, RN con buena tolerancia oral, cursa afebril, mucosas húmedas. Al examen físico se observa K – 1, se toma bilicheck 6mg/dL, llenado capilar < 2seg, mucosas húmedas; resto de examen físico normal. Evolución favorable y pronóstico bueno. Se da alta con los diagnósticos: RNAT 39ss AEG, RN parto eutócico, RN hijo de madre adolescente. Se deja tratamiento: Lactancia materna exclusiva, CFV + OSA y alta médica.

CASO CLÍNICO N°02

Paciente MCC de 3 años, de sexo masculino, procedente de Comas, acompañante traído por su madre.

Antecedentes patológicos: Broncoespasmo (1 año y 8 meses)

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Hospitalizaciones: Niega

Nebulizaciones: 1 por Broncoespasmo

RAM: niega.

Covid19: Padre (diciembre de 2019)

Enfermad actual: Madre refiere fiebre cuantificada 38° hace 3 días, refiere que le da paracetamol con la cual cuantifica baja de fiebre. En el mismo transcurso de día se acompaña con 4 a 6 cuadros de diarreas, niega comidas antes de cuadro diarreicos. Continúa diarrea donde la madre refiere que observa moco y sangre, y el día de ayer presenta vómitos y aumento de ingesta de sed, pero no tolera vía oral. El día de hoy, madre refiere que lo observa deshidratado y sin apetito. Lo trae a emergencia al HNSEB.

Examen físico: Menor de 3 años, con ojos hundidos, en: AREG, AREN, AREH.

Funciones vitales: T: 37°; FR: 35 resp x min, FC: 134 lat x min, SatO₂: 99%O₂.

Peso: 11gr, **Talla:** 86cm. **Superficie Corporal** □ 0.4

Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, palidez +/-+++.

T y P: MV pasa bien AHT, no rales.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos.

ABD: Globoso, RHA aumentados, blando y depresible, no doloroso a palpación, no visceromegalia (VMG).

SNC: Irritable, EG: 15/ 15, conectado con el entorno.

Diagnósticos:

1. Deshidratación Moderada: D/c Trastorno Hidroeléctrico.
2. Síndrome emético.
3. Diarrea Aguda Disentérica.

Tratamiento:

1. Paso a observación.
2. NPO x 2horas, iniciar RHO con suero pediátrico.
3. NaCl 0.9 x 1000cc 50cc x kg □ 30cc en 6 horas (leer estudio gastro)
4. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 40cc + CIK 20 % 10cc. En XX gotas por minuto x 18 horas (mantenimiento)
5. Ranitidina 10mg c/ 8 horas EV.
6. Ondasentrón 1.6 mg Ev PRN vómitos.
7. Cabecera 30 ° o posición de semisentada
8. CFV + OSA
9. Balance hídrico
10. S/s electrolitos, glucosa, creatinina, urea.
11. S/s coprocultivo.
12. S/s prueba antigénica.
13. Se reevalúa con resultados, como también el nivel de hidratación.

Evolución del paciente: Menor de edad que al momento se encuentra con funciones vitales estables, afebril, clínicamente estable, con llenado capilar menor de 2 segundos, ya no persiste náuseas; en los exámenes de laboratorio no se observa trastornos hidroeléctricos, como tampoco en creatinina y glucosa. Pasa a hospitalización En el examen de coprocultivo de avance de 48h: positivo a campylobacter: por lo cual se inicia tratamiento con macrólidos: Azitromicina de 10mg/kg/24h x 5días + Zinc 20mg o 5cc cada 24h x 10 días. A los 5 días de tratamiento, y al ver mejoría de los números de los cuadros diarreicos, se indica alta hospitalaria con: paracetamol 120mg/ 5MI – 7cc PRN a temperatura de 38°, continuar indicación de Zinc hasta completar los 7 días.

CASO CLÍNICO N°03

Filiación

Paciente: MMAL Edad: 8 años Religión: católica Procedencia: Comas
Grado de instrucción: 1° secundaria

Antecedentes Patológico:

Alergias: niega Hospitalizaciones previas: niega Transfusiones previas: niega

Enfermedad actual

Signos Y Síntomas Principales: Dificultad Respiratoria, tos, fiebre

Relato: Paciente acompañada por familiar (madre), quien refiere TE de 04 días con tos poco exigente acompañado de dificultad respiratoria que aumenta con el tiempo, asociado a sensación de alza térmica cuantificada de 38°C. Hoy síntomas sensación de dificultad respiratoria aumenta por lo que acude al hospital.

Funciones Vitales:

P.A: 110/85 mmHg FR:37 FC:130x´ T°:39.4°C Sat.O2:90% Peso:30kg

Percentiles: D.E:

Examen físico:

P y F: tibia, mucosa regularmente hidratada, llenado capilar <2", no cianótico

T y P: MV disminuido en AHT, subcrepitante en 1/3 inferior de AHT, sibilantes audibles en inspiratorios y espiratorios, tiraje subcostal e intercostal.

Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: No distentido, B/D, no doloroso a la palpación, RHA (+).

SNC: Despierto, no signos meníngeos, no focalización.

DIAGNOSTICO

Crisis Asmática Severa

D/C Nac

D/C Atelectasia

D/C Infección Sars-Cov2

PLAN:

1. NPO
2. NaCl 0.9% x 1000cc □ 60 gotas en 8hras
3. Dexametasona 8mg STAT, luego 2mg EV c/6h. (dosis max al día)
4. Metamizol 600mg EV STAT, luego PRN a >38.5
5. Salbutamol 100ug INH, 8puff c/20min x 3 repitición, luego 2 puff c/2horas. (con aerocámara).
6. Budenosina 200mg 1puff c/12h (con aerocámara).
7. Bromuro de Ipatropio 20mg 4 puff c/20min x 3 repitición, luego 4 puff c/4horas (con aerocámara).
8. Oxigeno húmedo con máscara de reservorio 10L hasta que saturación >94% de SaO₂.
9. Cabecera 30°
10. CFV + OSA + BH
11. S/s AGA
12. S/s Hemograma, Glucosa, urea, creatinina.
13. S/s radiografía de tórax frontal y lateral.
14. S/s Prueba de SARS COV2
15. Pasa a observación, Reevaluación

Resultados:

Luego de 3 días, que en rx de tórax sin patrón de opacidades ni intersticiales que van en contra diagnóstico de nuenmonía, pero presenta atelectasia, pasa a evolución con mejor

Hb:13.4 Hto:37.5% Plaq: 312 000 Glucosa:73 Urea:24 Creatinina:0.81

Prueba Hisopado nasal Negativo. Se observa mejoría de la menor edad con una: Sat 96%O₂, Fr: 20, Fc: 100, Part; 115/90. Se indica alta por presentar una evolución favorable y pronóstico bueno, dando los siguientes medicamentos: Salbutamol 2 puff cada 4 horas, posterior cada 6 horas por 4 días más budesonida 1 puff c/12horas.

CASO CLÍNICO N°04

Filiación

Paciente: RHA Edad: 5 años Religión: católica Procedencia: Comas

Antecedentes Patológico:

Alergias: niega Hospitalizaciones previas: niega Transfusiones previas: niega
Nebulizaciones: niega Covid19: Niega contacto

Enfermedad actual

Signos Y Síntomas Principales: Convulsión

Relato: Paciente acompañada por familiar (madre), quien refiere que 01 día antes del ingreso presencié vómitos en 03 oportunidades de regular cantidad e contenido alimenticio sin rasgos de sangre y sensación de alza térmica, por lo que acude a su posta medica más cercana donde se le indicó Amoxicilina vía oral c/8h más Paracetamol, refiere no haber seguido el tratamiento, SAT persiste y en la noche presentó deposición líquida. El día de hoy lo percibe caliente refiere SAT y presentó 01 convulsión de aproximadamente 10 minutos, por lo cual acude al HNSEB donde recibe dosis de midazolam con cesé de movimientos involuntarios.

Funciones Vitales:

FR:20x' FC:144x' T°:40°c Sat.O2:98% Peso: 21 kg

Examen físico:

P y F: tibia, hidratada, llenado capilar<2", no cianótico

T y P: Simétrico, Mv pasa bien en AHT, no ruidos agregados

Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: No distendido, B/D, no doloroso a la palpación, RHA (+).

SNC: No evaluable por condición actual, bajo sedación

DIAGNOSTICO

1. Estatus epiléptico: convulsión febril

2. Deshidratación moderada
3. D/c DAI
4. D/c infección por SARS-COV2

PLAN

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc □ 45 cc en 8horas.
3. Metamizol 420mg EV STAT, luego PRN a T°>38°C.
4. Midazolam 4.2 mg EV PRN a convulsión.
5. Ranitidina 20mg EV c/8h
6. Fenitoína 320mg + NaCl 0.9% 100cc □ Pasar en 20min, luego de mantenimiento 60mg EV c/8h.
7. Oxígeno húmedo con máscara reservorio PRN a convulsión.
8. Cabecera de 30 grados.
9. CFV + OSA
10. Interconsulta a neurología pediátrica.
11. S/s Hemograma, pcr, urea, creatinina, glucosa, TGO y TGP
12. Pasa a observación

Evolución: paciente cursa 24 horas sin presentar nueva crisis epiléptica, con analítica dentro de valores normales; evaluado por neurocirugía quien manifiesta que puede ser dado alta sin nueva crisis.

Control por consultorio externo.

Rotación de Cirugía general y Especialidades

CASO CLÍNICO N°01

Paciente EUED, varón de 28 años, que procede de Comas, ocupación de mototaxista, conviviente, secundaria completa. Natural de Lima.

Antecedentes Patológicos: Niega enfermedades.

Antecedentes Quirúrgicos: Niega operaciones pasadas.

RAM: niega

Covid: tuvo en mayo del año pasado.

Enfermedad actual: Paciente refiere que hace 10 horas presenta dolor en epigastrio que al pasar las horas se migra en FID; además hace 4 horas presenta náuseas y luego se le agregada sensación de alta térmica se automedica con paracetamol. Se realiza hemograma, evidenciando leucocitosis (15000) con desviación a la izquierda (86% de abastionados), y examen de orina sin alteraciones. Al no calmar dolor, ni en posición antálgica; acude a emergencia del HNSEB.

Examen Físico: Paciente quejumbroso de dolor, en □ AREG, AREH, AREN.

Funciones vitales: PA □ 100/ 70, Fc: 79lat x min, FR: 16 resp x min. SatO₂: 97%, T: 38. 1°.

Piel: T/H/E, llenado capilar 2 segundos, no cianosis.

T y P: Murmullo Vesicular pasa en AHT.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos.

ABD: Plano, RHA +, Blando/ depresible, doloroso a palpación superficial y profunda. No se palpan masas. Punto de: Mc Burney +; Signo de: Iliopsoas +

GU: PPL (-), PRU (-).

SNC: Despierta, EG: 15/15, LOTEPE, no signo meníngeos, ni de focalización.

Diagnósticos:

1. Abdomen Agudo Quirúrgico: D/c Apendicitis vs Patología anexial.

Plan:

- NPO

- NaCl 0.9 x 1000cc xx gotas
- Ceftriaxona 2gr/14h EV
- Metrodinazol 500mg/8h EV
- Metamizol 1,5 gr PRN a T > 38.5°
- I/c a ginecología
- S/s prequirúrgico, pruebas serológicas, prueba de covid.
- S/s riesgo quirúrgico

Evolución del paciente: Mientras se espera resultado prequirúrgicos, se realiza escala de Alvarado, obteniendo un puntaje de: 8, indicativo de alta probabilidad de apendicitis. Por su parte ginecología descarta patología anexial, concluyendo en dx de: Apendicitis aguda. Llegan pruebas prequirúrgicas, se realiza riesgo quirúrgico I (RQ 1), indicando ingreso a sala de operaciones.

Dentro de los hallazgos intraoperatorios, se evidenció un apéndice cecal de 10 x 1.5cm, necrosada en 1/3 distal con base indemne y líquido inflamatorio 50cc, se realizó una apendicectomía abierta a muñón libre con secado de cavidad. Pacientes es dado de alta luego de 2 días sin complicaciones.

CASO CLÍNICO N°02

Paciente MAOA, varón de 26 años, procedente de Comas, ocupación personal trainer de crossfit, secundaria incompleta, natural de Lima.

Antecedentes patológicos: Apendicitis hace 3 años.

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía hace 3 años.

RAM: Niega

Prueba covid: Niega

Enfermedad actual: Paciente que refiere que hace 4 días presenta tumoración no reductible a nivel inguinoescrotal derecho asociado a dolor que aumenta progresivamente con intensidad, última deposición hace 3 días. Niega cambios de coloración en zona afectada. Al incrementar molestias, que no ceden, paciente acude al HNSEB.

Examen físico: Paciente varón, en decúbito dorsal de camilla de observación.
AREG, AREH, AREN.

P.A: 120/70 mmHg, T: 36.2°C, FR: 15 por min, FC: 77 lat por min, SAT: 98% de O₂.

P y F: T/H/E, llenado capilar <2seg, no ictericia, no cianosis.

TyP: Murmullo vesicular pasa en AHT, no rales.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos.

ABD: Plano, depresible, no doloroso a la palpación, RHA (+), no masas.

GU: PPL (-) PRU (-) No globo vesical.

Genitales: Aumento de volumen de testículo a nivel inguinoescrotal derecho, dolor a palpación superficial y profunda, no cambio de coloración, no reductible.

SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Diagnóstico:

2. Hernia inguinal indirecta incarcerada
3. D/C Hidrocele

Plan:

1. Pasa observación, para prepararlo para SOP
2. NPO
3. NaCl 0.9 x 1000cc, XXX gotas
4. S/s prequirúrgicos
5. S/s ecografía abdominal pélvica y EKG
6. S/s prueba covid rápida

Evolución del paciente: Paciente con funciones vitales estables, ingresa a SOP luego de 4 horas de completar exámenes prequirúrgicos (sin alteraciones).

Dentro de los hallazgos intraoperatorios se evidencia una hernia inguinal indirecta, con un saco de 4x5cm, conteniendo asas delgadas sin alteraciones y un anillo inguinal profundo dilatado, se realiza una reducción del contenido y se

coloca una malla según la Técnica de Lichtenstein. Luego del acto operatorio se indica pase a hospitalización, posteriormente se indica el alta correspondiente.

CASO CLÍNICO N°03

Paciente HGJE, mujer de 38 años. No HTA, No DM, No RAMs

Signos y Síntomas principales: Disfagia, vómitos

Forma de inicio – Evolución: insidioso - progresivo

Enfermedad actual: Paciente refiere tiempo de enfermedad de 30 días aproximadamente con vómitos después de ingestas, ardor y disfagia a sólidos que luego progresó a líquidos, asociado a baja de peso de aproximadamente 10 kilos. Cuenta con informe de MANOMETRÍA que indica EEI 74 mmHg. (VN <22mmHg) Obstrucción de salida de la unión esófago gástrica ACALASIA TIPO II.

Antecedentes Personales: Refiere no tener antecedentes patológicos de importancia.

Examen Físico: P.A: 1160/70 mmHg, T: 37°C, FR: 18 por min, FC: 71 lat por min, SAT: 98% de O₂.

P y F: T/H/E, llenado capilar <2seg, no ictericia, no cianosis. No edemas.

TyP: Murmullo vesicular pasa en AHT, no rales.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos.

ABD: Plano, depresible, no doloroso a la palpación, RHA (+), no masas

GU: PPL (-) PRU (-) No globo vesical

SNC: LOTEPE, EG: 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Diagnóstico:

1. Obstrucción alta (esófago)

2. ACALASIA

Plan:

1. NaCl 9% 1000cc a 35 gotas
2. Omeprazol 40mg EV C/24h
3. S/S prequirúrgicos
4. Prepararla par SOP

Laboratorio: Pruebas rápidas de VIH/ RPR: No reactivas; Glucosa: 105 mg/dl; Urea: 14 mmg/dl; Creatinina: 0.83 mg/dl; Hb: 13.80 g/dl; Hto: 42.3%, leucocitos: 9.80 mm;Plaquetas: 310 000; T.C: 5min 00 seg.; T.S: 2min 00 seg, G y S: O positivo. Prueba Rápida serológica: Negativo

SOP: Laparotomía Exploratoria + Miotomía de Heller + Funduplicatura de DOR. Hallazgos: Ausencia de peristaltismo esofágico y dilatación de esófago.

Evolución: Paciente mujer de 38 años PO-1 hemodinámicamente estable, afebril, en NPO. Refiere leve dolor en zona de herida operatoria. El plan con la paciente fue que poco a poco progrese la dieta de liquida a blanda, y posteriormente en su PO-4 la paciente refiere mejoría clínica por la cual se decide su alta médica.

CASO CLÍNICO N°04

Filiación

Paciente: PJZE Edad: 51 años Religión: católica Raza: mestiza Estado Civil: soltero Grado instrucción: Secundaria completa Ocupación: independiente Procedencia: Comas

Antecedentes Patológico:

Alergias: niega Hospitalizaciones previas: niega Transfusiones previas: niega Nebulizaciones: niega Covid19: Niega contagio

Enfermedad actual

TE: 08 días

Forma de Inicio: insidioso-progresivo

Signos Y Síntomas Principales: Fiebre, Dolor abdominal, ictericia.

Antecedentes: colecistectomía hace 25 por colecistitis aguda,

Relato: Paciente con antecedente de litiasis vesicular operado hace 25 por una Apendicitis Aguda Complicada + Colecistitis Aguda. Hace 2 años presento dolor abdominal e ictericia siendo diagnosticado como Coledocolitiasis, motivo por el cual se le sugirió una CEPRE, procedimiento se llevó a cabo en el Hospital Arzobispo Loayza donde se refiere haber sido una CEPRE frustra. Hace 08 días antes del ingreso, paciente refiere dolor abdominal en FID de intensidad que calma con analgésicos (no especifica). 05 días antes del ingreso dolor abdominal aumenta por lo que acude a posta médica donde le prescriben analgésicos, pero dolor no cede, posteriormente acude a una clínica donde evidencia se agrega cuadro icterico donde también le prescriben analgésicos logrando calmar el dolor. El día del ingreso dolor abdominal aumenta de intensidad por lo que acude al HNSEB por emergencia.

Funciones Vitales:

FR:22x' FC:108x' T°:38.5°c Sat.O2:98%

Examen físico:

P y F: tibia, hidratada, llenado capilar<2", ictericia ++/+++

T y P: Simétrico, Mv pasa bien en AHT, no ruidos agregados

Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: Distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA (+).

SNC: LOTEPE, EG 15/15, no signos meníngeos

DIAGNOSTICO

1. Sd. Doloroso Abdominal
2. D/c Coledocolitiasis

PLAN

1. NPO

2. CINA 0.9% 1000cc Ev
3. Metamizol 1gr Ev
4. S/s Hemograma, Glucosa, Urea, Creatinina, Albúmina, Perfil hepático, PCR, examen de orina. Prueba rápida Covid19.
5. CFV
6. Pasa a observación

RESULTADOS

Hb:10.40 Hto:31.10 Pla:232 000 Leuco:9.00 Glucosa:108 Urea:28
Creatinina:0.79 proteínas totales:5.5 Albúmina:2.5 BT:9.56 BD:7.41
Bl:2.15 FA:1367 TGO:59 TGP:68 GGTP:306 PCR:8.43 Prueba rápida
covid19: IgG(+)

Evolución:

Se hospitaliza. S/s ecografía abdomino-pélvica y Colangiografía c/contraste.

Informe ecográfico: leve hepatomegalia, Colédoco dilatado a d/c coledocolitiasis.

Colangiografía: Secuelas de Colectomía anterior, asociado a signos de coledocolitiasis residuales.

Se Programa SOP

- Reporte Operatorio: LE + EVB + DREN KHER + DPR x Colangitis Aguda Moderada por Coledocolitiasis Primaria
- Hallazgos: Sd. adherencial severo. Vía biliar dilatada y deformada con múltiples cálculos en su interior y abundante barro biliar.

Evolución: Paciente evoluciona favorablemente post intervención quirúrgica, progresa dieta favorablemente y al PO 05 se le encuentra afebril, refiere no dolor abdominal y se le indica alta con indicaciones médicas

CAPÍTULO 2: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA

Nuestro internado médico se llevó a cabo en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, ubicado en la Av. Tupac Amaru 8000 (km 4.5 carretera Lima-Canta), comenzó siendo un anexo del Hospital del niño. Se inauguró el 15 de agosto de 1940 especialmente para niños afectados por TBC. Debido al aumento demográfico, el hospital se vio obligado a la ampliación de sus instalaciones y servicios siendo declarado Hospital General en 1970. Actualmente es una Institución de Tercer Nivel de Atención categoría III-1, otorga atención integral y especializada, principalmente atiende a la población de los distritos de Comas y Carabayllo, pero recibe pacientes referidos de los distritos de Los Olivos, Independencia, Puente Piedra y también de Canta dado que maneja el Seguro Integral de Salud-SIS. Dentro de las competencias del hospital, otorga formación pregrado y postgrado para la formación profesional del personal de salud y especialización médica. (4)

El internado médico normalmente dura un año, y es de carácter estricto para poder finalizar la carrera de Medicina Humana en nuestro país. En este último año académico se rota por especialidades como: Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General, como parte de la formación médica este

proceso es demandante de tiempo para el interno para que pueda adquirir conocimientos básicos para la atención, manejo y tratamiento de los pacientes con diversas patologías. El internado médico 2020 ha sido especial y muy peculiar por el surgimiento de la Pandemia Covid19 en donde por orden de las autoridades se decide retirar a los internos de medicina por tiempo indefinido. El 14 de Agosto del 2020 el Decreto de Urgencia N°090-2020 establece medidas para el inicio y reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud, poniendo como requisitos que el interno exprese su voluntad de reanudar sus actividades de internado, que esté registrado en el Registro Nacional del Personal de Salud, que este bajo un Contrato otorgado por el MINSA, que cuente con un seguro médico, y con Equipos de Protección Personal llamados: EEPs, los cuales son abastecidos por CENARES, que otorgaba al personal de salud con: mandilón descartable, mascarilla quirúrgica, botas descartables, gorro quirúrgico; y en caso salga positivo frente a la prueba rápida Covid19 se le indicará 14 días de cuarentena. Así mismo, como un sueldo mensual equivalente a una remuneración mínima vital equivalente a S/930 soles aplicable a todos los internos de ciencias de la salud. Al no contar con la autorización de algunos hospitales para la reincorporación, algunos internos tuvieron como sede instalaciones de nivel I-3 y I-4 (Centros de Salud y Centros Maternos Perinatales). (5)

El HNSEB fue catalogado como Hospital Covid19, una de las áreas que se vio afectada por esta pandemia fue Consultorios Externos que contaba con diversas subespecialidades y solamente se atendía por emergencia. Todo paciente que se iba a hospitaliza u operar tenía que contar con su prueba negativa para SARS-COV2, una de las modalidades que se empezó a aplicar es la Telemedicina para apoyo al diagnóstico o tratamiento conjunto del paciente, que se realizaban por videollamada junto con el personal médico a cargo del paciente. (6)

En cuanto al horario del internado, éste se vio afectado por la emergencia sanitaria bajo un régimen presencial de 15 días en áreas No COVID, seguido de 15 días de descanso. La asistencia abarca los días de lunes a sábado desde las 07:00 hasta las 13:00 horas, en el cual nos correspondía 02 guardias diurnas de 12 horas. En este contexto, el interno debía aprovechar al máximo cada rotación tomando en cuenta que no es el mismo el tiempo de pasantía por cada rotación

como en años anteriores y con las respectivas medidas de bioseguridad adecuadas para evitar al máximo el contagio con los pacientes. (7)

CAPITULO 3: APLICACIÓN PROFESIONAL

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO 1: Aborto inevitable

- **Definición:** Es la interrupción del embarazo de manera espontánea o provocada antes de la semana 22, o feto menos de 500 gramos, o longitud menos de 25cm. El aborto de tipo inevitable se refiere a cambios cervicales más ruptura de membranas que se evidencie pérdida líquida.
- **Diagnóstico y Tratamiento:** Se diagnostica la compatibilidad de signos y síntomas característicos (sangrado y dolor abdominal) + examen pélvico (cambios cervicales) + ecografía (viabilidad del feto y restos placentarios) con análisis de sangre que verifiquen embarazo. Respecto al tratamiento de aborto, se puede tratar <12 semanas ambulatoriamente, >12 ss semanas se recomienda manejo intrahospitalario. tenemos dos tipos de tratamiento: médico, Misoprostol que tenemos tres vías: vaginal 200ug c/ 3horas, máxima dosis de 800ug. sublingual 400ug, oral 600ug en dosis única; y quirúrgico, es el siguiente:

| | | | |
|----------------------|----------|--------|-------------|
| Legrado Uterino (LU) | Aspirado | Manual | Endouterina |
| | (AMEU) | | |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - > 12 semanas - >12 cm - Paciente inestable - Para aborto séptico | <ul style="list-style-type: none"> - < 12 semanas - < 12cm - Paciente estable |
|---|--|

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

El manejo de aborto en una gestante 17 2/7 ss como en este caso clínico se basa según lo indicado en la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), que consiste: En el abordaje quirúrgico, que en este caso por ser mayor 12ss implica el Legrado uterino, el cual fue aplicado en la práctica del HNSEB. Ante de prescribirlo se recomienda también ponerle en terapéutica acompañado de: ATB, AINES Y ANESTESIA. Asimismo, la indicación del alta de las pacientes sometidas a este procedimiento depende netamente de criterio médico. (8) (9)

CASO 2: Preeclampsia

- **Definición:** Corresponde a uno de los trastornos gestacionales hipertensivos que se presenta pasada las 20 semanas que se caracteriza por una hipertensión arterial asociada a proteinuria. Esta se puede subclassificar en:
 - a) Leve o sin criterios de severidad. – Asociada a una PA sistólica <160mmHg y diastólica 110< y con proteína cualitativa 1+ (ácido sulfosalicílico) o 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa ≥300mg y < 5g en orina en 24 horas
 - b) Severa o con criterios de severidad. – Asociada a una PA sistólica ≥160mmHg y/o diastólica ≥110mmHg y/o con evidencia de daño de órgano blanco.
- **Tratamiento:** El manejo específico para el estadio leve es la evaluación de bienestar fetal cada 72h, no usar antihipertensivos de forma horaria y culminar el embarazo si es que la gestación ≥ 34 semanas. En el estadio severo, en el minuto 0 (cero), se debe activar la Clave Azul, el cual es un protocolo para disminuir la mortalidad materna producto de una enfermedad hipertensiva en el embarazo que consiste eh la Hidratación

con NaCl 0.9% 1000cc a chorro en 20 minutos, prevención de la convulsión con Sulfato de Magnesio Ev 5 ampollas al 20% en 50cc NaCl 0.9% con bomba de infusión, luego 40cc en 20 minutos y continuar con 10cc por hora hasta 24h post parto, manejo de la PA con Metildopa 1gr VO c/12h y evaluar cada 20 minutos. Luego reevaluar la PA diastólica, si es >110mmHg dar Nifedipino 10mg VO. Solicitar pruebas de laboratorio para descartar compromiso de órgano blanco. También se solicitan pruebas de imágenes como ecografía Doppler y Perfil biofísico. Si se evidencia disminución de reflejo osteotendinosos y depresión de la conciencia debe administrarse Gluconato de Calcio al 10% en una ampollar de 10cc vía endovenosa como antídoto ante la intoxicación por Sulfato de Magnesio. Para gestaciones entre las 32-34 semanas se debe administrar corticoides para inducir la maduración pulmonar con Betametasona 12mg intramuscular 2 dosis en 24 horas, para gestaciones de 24-31 se debe manejar con corticoides y tratar con manejo expectante.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

La preeclampsia es la patología más temida en Obstetricia ()

Cuando se diagnostica con criterios de severidad se recomienda la culminación del embarazo cualquiera sea la edad gestacional ()

En el presente caso, la paciente presenta hipertensión arterial gestacional, pues no presenta antecedente de hipertensión arterial crónica. Esta enfermedad es multisistémica, uno de los principales órganos que afecta es al hígado traduciendo el daño en un aumento de enzimas hepáticas, pudiendo llegar a la posibilidad de ruptura hepática, la cual se puede diagnosticar por ecografía abdominal. El aumento de la Deshidrogenasa láctica (DHL) es reflejo del proceso inflamatorio sistémico y se toma como parámetro de evolución a un síndrome de HELLP. El dímero D y la presencia de esquistocitos nos orienta hacia una microhemorragia que puede evolucionar a una Coagulación Intravascular Diseminada (CID). La interconsulta a oftalmología debe descartar una retinopatía con posibilidad de desprendimiento y causar ceguera transitoria. El control de la diuresis es obligatorio ya que refleja la función renal pudiendo indicar si la paciente está o no en insuficiencia renal aguda. (10) (11)

CASO 3: EMBARAZO ECTÓPICO

- **Definición:** Toda gestación que se desarrolla fuera de la cavidad uterina, de manera más frecuente se localiza en la parte tubárica; teniendo más incidencia en la parte ampular. Teniendo dos tipos: El embarazo ectópico roto y en no complicado.
- **Diagnóstico y tratamiento:** Se reconoce por una tríada clásica (dolor abdominal bajo + amenorrea + sangrado vaginal). Acompañarlos con exámenes auxiliares: Ecografía transvaginal (Eco – TV), donde se observará útero vacío; y niveles séricos seriados de BHCG, para ejercer mayor especificidad. El tratamiento depende el tamaño de masa anexial, en el presente caso al ser menor de 3.5cm, se puede realizar terapéutica expectante con Metrotexate de 50mg en caso de dosis única o múltiples, esperando la caída de BHCG a partir de 4to día en un 15%, y al séptimo 25% día de no cumplirse pasan a terapia quirúrgica que consiste en tratamiento laparoscópico, al igual si esta masa es mayor de 3,5cm.
- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencia:** se observa que se opta el tratamiento adecuado basado en INMP, se sigue con el flujograma cumpliendo una vez más con el tratamiento en caso de una masa <3.5cm, esperando la resolución expectante para no pasar a procedimiento quirúrgico. HNSB en el servicio de ginecología obstetricia demuestra la gran referencia que se tiene a la guía INMP tanto para diagnóstico, tratamiento y profilaxis en sus pacientes gestantes. (8) (12)

CASO 4: Miomatosis Uterina

- **Definición:**

Los miomas uterinos son tumores benignos generalmente y su malignidad es poco común, se deben a la mutación somática del miocito en cuanto a tamaño y número. Su frecuencia abarca hasta 70% de las mujeres entre los 40 y 50 años que presentan sangrado anormal uterino debido al crecimiento angiogénico y proinflamatorios.

- **Diagnóstico y Tratamiento:**

Según la FIGO el tratamiento dependerá según la clasificación en que se encuentre, siendo el apoyo para el diagnóstico en este caso la ecografía como método inicial donde se debe describir el tamaño y localización.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

Este caso llama la atención por ser una tumoración gigante. Esta patología debe ser diferenciada de aquellas patologías que conllevan un crecimiento uterino como el sarcoma uterino, clasificada como una neoplasia endometrial intraepitelial.

Usualmente se evalúa con RMN con contraste o TAC con contraste para evaluar complicaciones anatómicas de uréteres, en el HNSEB como primer método diagnóstico se utiliza la ecografía, dado que es más rápido y accesible para la mayoría de pacientes que llegan al hospital en la cual se describen el tamaño y localización del mioma para que a criterio del especialista se decida su intervención quirúrgica u otro tratamiento que se plantee.

Algunos cirujanos solicitan una cauterización de uréteres en el preoperatorio para evitar lesionar uréteres en el acto operatorio.

Ante esta patología, debemos incentivar a que las pacientes tomen conciencia y responsabilidad del chequeo médico oportuno ante el crecimiento de la masa intrabdominal, ya que mientras más grande sea el mioma, más riesgoso será el acto operatorio. (13) (14)

MEDICINA INTERNA

CASO 1: CETOACIDOSIS DIABETICA (CAD)

- **Definición:** Es una complicación aguda de diabetes, caracterizada por triada metabólica (Hiperglucemia, acidosis metabólica con anión gap, cetonemia o cetonuria), lo cual desencadena deshidratación y trastornos electrolíticos; por ende, poniendo en riesgo la vida de los pacientes.
- **Diagnóstico y tratamiento:** El diagnóstico se basa en los criterios de, Asociación Americana de Diabetes son: Hiperglucemia >250 mg/d; ph

arterial < 7.35 o ph venoso < 7.3; bicarbonato > 15 mmol/L; presencia de cetonemia o cetonuria. Respecto al tratamiento, se necesita saber ciertos valores de laboratorio de registro constante en estos pacientes, actuar de manera rápida del cuál comenzamos de manera específica con: Hidratación, la mayoría de los casos por vía periférica a cumplir con diferentes objetivos, la detección de estos líquidos va a depender si está en ausencia de shock, usamos la solución fisiológica; muy diferente a la elección cuando nos encontramos en shock, que es la solución de coloides. No olvidar la infusión de dextrosa 5% que se inicia cuando la glucosa es menor 250mg/dL, para luego iniciar lo que es tolerancia oral cuando paciente no presente vómitos o por lo menos buena tolerancia en 4 horas de tratamientos nombrados antes. La insulina, es de gran importancia para el tratamiento de CAD, siempre se inicia con insulina cristalina, que será primero de manera en Bolo, que es de 10 U; posteriormente depende de otros factores, pudiendo ser: Infusión EV constante con bomba de 0.1 U/K/H. Recordar siempre que la glucemia es menor a 300 y cetonuria negativa podemos iniciarla por vía subcutánea el manejo de insulina; para ello es necesario observar el nivel de K, con potasio bajo: no debo dar insulina hasta que pase 40mEq de K; con potasio normal: inicio tanto insulina como potasio con 20mEq de K; con potasio alto solo doy insulina ya nombrada la dosis antes. Por otra parte, tenemos que ver el tratamiento con bicarbonato que cuentan tanto con ventajas y desventajas al usarlo como tratamiento, que solo se van a iniciar con indicaciones específicas de la presencia de PH y acompañado de otros factores. No dejar a lado los diagnósticos diferenciales que puede presentar, como también los tipos para su tratamiento más agresivo y pase a unidades de cuidados críticos.

| Criterios | Leve | Moderado | Severo |
|------------------|-------------|-----------------|---------------|
| Glicemia | ➤ 200 | ➤ 200 | ➤ 200 |
| Ph arterial | 7.2 – 7.3 | 7.1 – 7.2 | < 7.1 |
| Bicarbonato | 10 - 15 | 5 -10 | <5 |

| | | | |
|---------------------|--------|-------|--------|
| Cetonemia/Cetonuria | */+ | +/+ | */+ |
| Osmolaridad | <- 320 | <-320 | <- 320 |

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencia:**

La CAD al ser una complicación aguda de diabetes, es una de las emergencias más frecuentes vista en los hospitales por la falta de cumplimiento del tratamiento de la DM, o por el mismo abandono de este. En el presente caso se observa los niveles altos de glucosa por lo mencionado anteriormente, que al momento de ser detectado ya sea con paciente que se acerqué con trastorno de sensorio o con cuál simplemente esté con desarrollo de la clínica característica, se empezará automáticamente con la apertura de vía periférica para su respectiva hidratación que a su vez se va tomando tanto un AGA como HGT, para confirmar el diagnóstico. Una vez establecido se indica las siguientes terapéuticas del punto anterior, posteriormente tener un control estricto y continuo pase de observación a emergencia a atención de cuidados especializados para culminar en hospitalización y establecer medicamentos para su diagnóstico dado, terminando, dándolo de alta. De tal manera, se observa que en el HNSEB la emergencia cumple con los primeros pasos a tratar una diabetes descompensada. (15) (16)

CASO 2: ACV ISQUÉMICO

- **Definición:** Es la disminución del flujo arterial debido a la oclusión arterial cerebral que conlleva a un daño neuronal. Hay 4 tipos: ACV isquémico transitorio, aterotrombótico, embólico y lacunar. En el presente caso se expone el ACV isquémico aterotrombótico, el cual se da por una obstrucción de vasos pequeños que tiene como factores de riesgo la diabetes mellitus, sexo masculino, HTA y tener antecedente de hábito como fumador. La sintomatología de este subtipo de ACV es de manera fluctuante, el cual no desarrolla HTEC pero sí signos de focalización neurológica menor.
- **Diagnóstico y Tratamiento**
 Todo paciente con sospecha de ACV, se tiene que realizar un examen clínico neurológico y definir severidad con la escala de NIHSS que lo

clasifica en hemorrágico o isquémico, realizar un hemoglucoest, canalizar vía, exámenes del tiempo de coagulación y pedir una TEM cerebra. En caso se trate de un ACV isquémico se debe llamar al especialista en cirugía cardiovascular para que evalúe la posibilidad de realizar una terapia invasiva endovascular neurológica u optar por una trombólisis siempre evaluando los criterios de inclusión y exclusión. No olvidar ue se debe contar con terapia de rehabilitación para terapia física, terapia del lenguaje y ocupacional.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

El manejo es este tipo de pacientes como prevención es la combinación de una bloqueador del sistema renina-angiotensina más un betabloqueador o una tiazida. Hay que tener en cuenta que la HTA en estos tipos de pacientes de por sí va a predisponerlos a sufrir arritmias cardiacas, en especial FA. Hay que tener en cuenta que antes de realizar la trombólisis con Alteplase a dosis de 0.9kg, no debe haber pasado más de 3 horas y que no se debe bajar la presión arterial menor de 180/60mmHg debido que debemos proteger la zona de penumbra, de preferencia para el manejo de la presión se utiliza Labetalol, sería lo ideal, pero no se cuenta con este medicamento a nivel nacional, por lo que se utiliza Nifedipino en nuestro hospital. (17)

(18)

CASO 3: NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

- **Definición:** Es una infección respiratoria aguda baja del parénquima pulmonar, que es ocasionado por múltiples microorganismos que su incidencia para desarrollarlas varía según su edad y el ambiente. Enfermedad que desarrolla clínica dependiendo de germen típico o atípico, y de los signos se vera en los cambios radiográficos.
- **Diagnóstico y tratamiento:** Su diagnóstico es netamente clínico se basa en enfermedad reciente (menos de 2 semanas) + según criterios: Síntomas respiratorios (dolor torácico, disnea, o tos), síntomas sistémicos (fiebre, taquicardia o taquipnea), con hallazgos focales en la auscultación del tórax; todo esto nos servirá en pacientes atendidos en puesto de salud de primer nivel. Respecto a los establecimientos de segundo y tercer nivel,

se acompaña el diagnóstico con una Radiografía de tórax. Lo cual se observa cambios radiográficos recientes. Por ende, sería bueno indicar que los criterios de hospitalización para que los puestos de primer nivel pasen a segundo o tercer nivel, estos son: Confusión, taquipnea (>30), hipotensión, edad mayor 65, comorbilidad significativa o condiciones sociales desfavorables. Mientras que en segundo y tercer nivel se debe considerar adicionando a lo anterior siguientes criterios: Urea elevada >40; SatO₂ <90%, compromiso radiológico multilobar. Los pacientes pasan UCI cuando: Necesitan ventilación mecánica, shock séptico e insuficiencia renal aguda, no olvidar que los hospitalizados en UCI deben ser que cumplan al menos 3 de: FR >30, PaFi O₂ < 250, confusión, presión arterial <90/60, compromiso radiológico. Se involucran métodos de ayuda diagnóstica: Hemograma, hemocultivo y pruebas básicas, AGA). Entrando a tallar en tratamiento se va a considerar el tema de si será tratado ambulatoriamente o no, y también considerar el germen si es típico o atípico. De primera elección frente a lo ambulatorio es: Amoxicilina a dosis elevadas, con un tiempo de 7 a 10 días, frente a las personas alérgicas considerar el tratamiento de Macrólido.

Para el tratamiento de neumonía intrahospitalaria dependerá si tiene o no criterios o no de severidad. Dependerá si aún pueden recibir el tratamiento VO consta de: Amoxicilina + Acido clavulánico), en caso se quedé en hospital utiliza; Ceftriaxona + azitromicina. Si es alérgico o resistente empezar el tratamiento de Fluoroquinolonas.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencia:** La neumonía es una de las principales causas en morbilidad – mortalidad en la comunidad. Actualmente su incidencia disminuye por el diagnóstico y tratamiento en el momento adecuado. En el caso clínico expuesto se habla de una paciente de neumonía mayor de edad que presenta la clínica característica, que tras evaluación con resultados, se realiza CURB 65 para saber como actuar, la cuál se da de 2 puntos, e indica hospitalización, siguiendo los mismos protocolos de antibioterapia para una NAC típica.(19) (20)

CASO 4: Hemorragia Digestiva alta

- **Definición:**

Es el sangrado ocasionado por diversas patologías que afectan al tubo digestivo que abarca desde la orofaringe hasta la unión duodenoyeyunal, conocido como el ángulo de Treitz. Se puede dividir en leve, moderada y masiva dependiendo de la cantidad de volumen. Dentro de las causas encontramos úlcera péptica, várices esofágicas, desgarró a causa de vómitos violentos conocido como síndrome de Mallory-Weiss

- **Diagnóstico y Tratamiento:**

El diagnóstico acabar desde una adecuada historia clínica, donde puede presentarse como vómitos con contenido sanguinolento de aspecto fresco debido a la hemorragia comprendida entre la orofaringe y el ángulo de Treitz, lo cual nos indica sangrado activo. Así como la presencia de melena, refiriéndonos a las heces de color negro proveniente del sangrado de la parte superior del tracto digestivo, el color tipo breá se dá por la degradación de la hematina ácida por acción del ácido clorhídrico sobre la hemoglobina, el volumen necesario para producir melena es de 50 a 150ml aproximadamente. También podemos agregar la colocación de una SNG y el tacto rectal durante el examen físico. El método de apoyo al diagnóstico que se complementa con la clínica ya mencionada, es la endoscopia digestiva alta. Se recomienda en pacientes con criterio de shock hipovolémico, abrir una vía central venosa ya que permitirá la administración de líquidos y servirá para el monitoreo de resangrado, ya que de haber uno, la presión venosa central disminuye hasta 4cm de agua en el curso de 4 horas.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

En el caso de esta paciente, lo primero que se hizo con la paciente fue la rehidratación mediante una vía permeable con NaCl 0.9%. A manera personal, hubiéramos sugerido la colocación de una SNG para verificar la presencia de sangrado y sonda Foley para monitorizar el flujo de diuresis del paciente previo a la endoscopia realizada por la especialidad de gastroenterología. Se utilizó Omeprazol 80 mg como dosis de ataque en el tratamiento de HDA por úlcera péptica. La valoración de la endoscopia

es alta dentro de las primeras 12 horas de haberse ocasionado el sangrado puede acercarse al 90 de efectividad diagnóstica, el reporte de la endoscopia indica una escala de Forrest IIa, lo cual refleja que mientras el procedimiento se observó un vaso visible no sangrante, el cual tiene un índice de 43% de resangrado según la guía latinoamericana de gastroenterología, se describe como una protuberancia pigmentada de aproximadamente 3mm que se ubica sobre la pared del vaso que originó el sangrado y que ocasiona una hemostasia inestable. (21) (22)

PEDIATRÍA

CASO 1: ICTERICIA NEONATAL

- **Definición:** Concepto clínico que se entiende por la coloración amarillenta de mucosas y piel, que lo desencadena el aumento de bilirrubina. Se puede observar este aspecto clínico recién cuando esta Bilirrubina $>5\text{mg}$, la cual es detectable al realizar digito presión sobre la piel. No olvidar que el avance de la ictericia se da de manera cefalocaudal, que es útil para el grado de ictericia.
- **Diagnóstico y tratamiento:** El diagnóstico de Ictericia Neonatal se basa netamente en la suma de: Clínica (no olvidar en el tiempo que se instala), ya que de ello se determinara si es: Patológica o Fisiológica + Etiológico (antecedentes) + exámenes complementarios (tanto para mostrar los valores de laboratorio que se muestran por la clínica, como para ser tratada). En el presente caso se expone una ictericia fisiológica, la cual se desarrolla a partir de las 24 horas, teniendo diferentes etiologías a partir del 7 séptimo día, también tiene otros criterios a parte del tiempo para definirla como fisiológica, la cual es: No $>5\text{mg/día}$ o $> 0.5 \text{ mg/dL/h}$, no tiene BD $> 2.5 \text{ md/dL}$, no $> 16 \text{ mg/dL}$ en RNAT c/ LM, no $> 13\text{mg/dL}$ en RNAT c/FM, no $>12 \text{ mg/dL}$ en RNPT, no $> 12\text{mg}$ en general. El tratamiento es estricto al valor que es tomado por bilirrubina subcutánea

(Bilicheck) que se compara con las tablas NICE (Anexo 1) para ver si es compatible a recibir: fototerapia, exanguineotransfusión, o no recibirla y esperar que remita; todo esto para evitar la neurotoxicidad causada por bilirrubina indirecta.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencia:** Se evidencia que el riesgo de los factores en el presente caso como: Madre adolescente con problemas post parto extrahospitalario genera una mala alimentación de lactancia materna en el RN, por lo cual desencadena un aumento de circulación enterohepática que genera baja de peso; por ende, necesita requerimiento de tratamiento intrahospitalario dependiendo los niveles de bilirrubina que lo predisponga a: Fototerapia (cualquiera de sus 2 tipos), Exanguineotransfusión + técnica de lactancia a mejorar. El RN de 3 días que relata en el informe recibe fototerapia por ser compatible el nivel de bilirrubina más su edad gestacional según las guías NICE para ictericia neonatal, de esa manera recibiendo un adecuado tratamiento para su ictericia fisiológica. (23) (24)

CASO 2: Diarrea Aguda Disentérica

- **Definición:**

La Diarrea Aguda Infecciosa se define como el descenso de la consistencia de las deposiciones que pueden ser blandas o líquidas, asociado en aumento de la frecuencia, las cuales pueden ir acompañados de fiebre y/o vómitos que tiene un tiempo de duración entre 7 a no más de 14 días

- **Diagnóstico y Tratamiento:**

Se debe realizar una buena historia clínica y tener un criterio sobre los signos de deshidratación como presencia de mucosa oral seca, ojos hundidos y signo de pliegue positivo, pudiendo llegar a un trastorno del sensorio. Lo primero que está indicado en este tipo de pacientes pediátricos es la rehidratación vía oral, la terapia de hidratación endovenosa está indicada en aquellos pacientes que no toleran la vía oral y presentan signos de deshidratación severa o shock hipovolémico. Según el Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad

Diarreica Aguda por el MINSA correlaciona el plan de manejo en A-B-C en orden de severidad, bajo este contexto, el paciente de este caso se encontraría en el plan B. El tratamiento antibiótico como terapia empírica se utiliza Ciprofloxacino de primera línea, como alternativas están la azitromicina y la cefalexina. En cuanto al antibiótico de primera línea contra *Campylobacter* es la Eritromicina.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

El manejo de este paciente es adecuado según la Guía de Práctica Clínica para tratamiento de la DAI en pediatría. Si bien no se utilizó Eritromicina para el tratamiento específico contra el *Campylobacter*, causante de la diarrea disentérica, en este caso se utilizó la Azitromicina, pudiendo lograr de igual manera la reducción de los síntomas y evolucionar favorablemente al paciente. (25) (26)

CASO 3: CRISIS ASMÁTICA SEVERA

- **Definición:** El asma es una enfermedad crónica por inflamación de vías respiratorias, que se acompaña de: sibilancias, opresión torácica, dificultad para respirar y tos que varían con el tiempo al igual que la intensidad que provoca limitación del flujo de aire espiratorio, que desencadena aumento del volumen residual. Para definir crisis de asma se conoce cuándo este desarrollando: IRA tipo 1, SO < 90%, FC y FR (elevadas dependiendo la edad del menor y los rangos establecidos), o acompañado de trastorno de sensorio, palabras agitadas.
- **Diagnóstico y tratamiento:** Se basa el diagnóstico en de un patrón característico clínico de: tos + disnea que limite la salida del flujo de salida, agregando la auscultación del examen físico. El tratamiento de crisis asmática severa es a base es otorgar O2 húmero hasta que su saturación sea mayor a 94, luego la nebulización 0-15 mg por Kg de salbutamol nebulizado (máx de 5 mg) + 250ug de bromuro de ipatropio cada 20 min (3 dosis) o puede aplicarse la siguiente alternativa por presentarse en tiempo de pandemia: 10 puff de salbutamol + 2 – 4puff Bromuro de ipatropio con cámara cada 20min + prednisona 2mg/kg de peso.
- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencia:**

En el caso se expone a un menor de edad que debuta con asma, y más en crisis, en este caso en el HNSEB se basó en tratarlo en tiempos de pandemia, que está contraindicado las nebulizaciones, se indica ponerlo en NPO (por presentar la taquipnea y presentar riesgo a la aspiración), abrirle vía para evitar deshidratación, y respecto a los medicamentos tratarlo: Dexametasona, salbutamol, budenosina, bromuro de ipratropio; los cuales controlan las exacerbaciones y disminución del cuadro clínico por su mecanismos de acción. Se da Oxígenos húmedo con máscara reservorio hasta llegar a una adecuada saturación, todo esto bajo control de funciones vitales y observación de signos de alarma. Manteniéndolo en observación a espera de remitir el cuadro de la crisis de severa, con cuál se dio de alta: Salbutamol que avanzando días se aísla en horas más budesonida que evita las crisis del cuadro. A diferencia de lo indicado en guía GINA 2020 (Anexo 2) (MarcadorDePosición1) solo se observa el cambio de corticoides para tratar la crisis asmática, en cuál en lugar prednisona se usa dexametasona, pero manteniendo que ambos son corticoides; el resto de tratamiento se realiza de la misma manera indicada en la guía ya mencionada. (27) (28)

CASO 4: STATUS EPILÉPTICO

- **Definición:**

Según la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), lo define como una convulsión que dura 30 minutos o convulsiones recurrentes donde no hay recuperación de la conciencia entre estas y que duran más de 30 minutos. La OMS lo define como crisis epilépticas prolongadas o que se repiten pudiendo ocasionar una condición establecida. Dentro del estado convulsivo encontramos fases:

- Estado epiléptico precoz o incipiente: 5 minutos, Benzodiazepinas
- Estado epiléptico establecido: 30 minutos, Fenobarbital, Fenitoína, Acido valproico, considerar Midazolam
- Estado epiléptico refractario: no responde a fármacos de 1° y 2° línea, 60-120 minutos, requiere anestesia general. Tiopental, Propofol, Ketamina
- Estado epiléptico super refractario: $\geq 24h$

- **Diagnóstico y Tratamiento:**

El tratamiento va de acuerdo en que fase se encuentre el paciente. De primera elección tenemos las Benzodiazepinas, se recomienda el uso de Lorazepam endovenoso antes de diazepam por se de mayor acción y más prolongado el tiempo de su vida media. El otro de elección es la Fenitoína porque logra un control inmediato sobre el paciente y evita las recurrencias debiendo utilizarse en dosis alta vía endovenosa. El Ácido valproico se utiliza frente a la resistencia a benzodiazepinas y fenitoína, aunque no existe datos que avalen su uso antes que la fenitoína.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

Una de las emergencias pediátricas de alta morbimortalidad es el estatus epiléptico, la cual requiere un tratamiento precoz dada el alto riesgo a sufrir daño neurológico. El manejo en este paciente fue la sedación con midazolam Ev cuando llego al tóxico de pediatría, lo cual está indicado según el manejo del estatus epiléptico precoz, se procedió a administrar Metamizol via endovenosa con la intención de disminuir la temperatura corporal del paciente que presentaba 40°. Condicional a nuevos episodios se indicó ácido valproico, lo cual no está indicado en el manejo debido a que este se utiliza en caso el uso de benzodiazepinas sea resistente. (29) (30)

CIRUGÍA GENERAL

CASO 1: APENDICITIS AGUDA

- **Definición:** Es la inflamación del apéndice causado por una obstrucción que se correlaciona a la causa más frecuente que es: Hiperplasia linfoidea o también conocida las amígdalas de Roux, a diferencia de los adultos que se debe netamente por obstrucción de fecalitos; tienen múltiples causas más, pero están son las más comunes, entre las otras encontramos: parásitos, neoplasia, etc. Tienen alta frecuencia en desarrollarse en grupo etario entre los 10 a 19 años, de igual manera en el sexo varón. La apendicitis se encuentra 4 fases:

Congestiva o catarral

NO COMPLICADA

En las primeras **4 - 6 horas**, disminución de flujo venoso, y causa **dolor visceral con vómitos**. Aún no bacterias.

Supurada o flegmonosa

NO COMPLICADA

Las siguientes **6 a 12h**, donde ya se verá la proliferación bacteriana, sobretodo Gram negativos. Ya es presente el **dolor somático**.

Necrosada o gangrenosa

COMPLICADA

Próximas **12h a 24h**, se pueden encontrar disminución de flujo arterial, y proliferación % de bacteroides, ya se puede **observar fiebre**.

Perforada

COMPLICADA

Mayor a 24h, la presencia de bacteroides genera gas que pueden generar esto y llevar a complicaciones. **Dolor al rebote**.

- **Diagnóstico y tratamiento:** El diagnóstico es netamente clínico, que se caracteriza con la secuencia de Murphy (teniendo su signo característico: Hiporexia, dolor abdominal mayormente en epigastrio o periumbilical, que migra a FID; nauseas; fiebre). Desencadenados puntos de dolor significativo de alta especificidad como: Mc Burney, Morris, Lanz, Lecene. Agregándose exámenes complementarios que apoyé, entre lo más resaltantes son: Leucocitosis y desviación izquierda. Varios artículos hablan de un manejo según score según la escala Alvarado, compuesta por ítems; que dependiendo su puntuación se interactúa de la siguiente manera; 1 – 3: Otras causas de abdomen quirúrgico; 4 – 6: TAC/ Eco, y en observación; 7 – 10: Quirúrgico. Frente a imágenes el diagnóstico lo podemos realizar mediante: TAC/C que es la que tienen mayor especificidad que debe >6mm y su pared >2mm. Respecto a Tratamiento, apendicectomía en: Base ok, base fiable. De igual manera existe tratamiento específico de sus complicaciones.
- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencia:**

La apendicitis aguda es causa frecuente de abdomen agudo quirúrgico, por lo que tiene gran importancia su detección clínica para optar por un buen tratamiento, de tal manera que también es importante detectar el caso de la apendicitis cuando este perforada mediante los signos de lucha. En el caso se habla de una apendicitis aguda necrosada que contaba tiempo de enfermedad de 10 horas la cuál fue atendida en observación, que con sospecha de diagnóstico se pide sus exámenes correspondientes prequirúrgicos para luego con positividad de infección y los demás en parámetros normales, y con persistencia de dolor se realice preparación para SOP. La única diferencia sería por el tiempo de pandemia es que ya no se realicé como tratamiento de elección la apendilap. (31) (32)

CASO 2: HERNIA INGUINAL INCARCERADA

- **Definición:**

Es la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un orificio producto de un defecto de la pared abdominal anterior, que se encuentra por debajo de las espinas ilíacas anterosuperiores. Este orificio puede ser congénito o adquirido. La hernia incarcerada o irreductible es aquella que no reduce manualmente y que no tiene compromiso vascular, por lo tanto no habrá cambios en la coloración de la piel por la isquemia.

- **Diagnóstico y Tratamiento:**

El diagnóstico de una hernia se da mediante el examen físico, en el cual el paciente nos refiere que nota la protrusión de una masa a nivel inguinal o testicular, el cual se asocia a una historia clínica de constipación y/o dolor. El tratamiento depende del tipo de hernia que sea, hay aquellas que pueden reducirse manualmente y aquellas que necesitan intervención quirúrgica. Tenemos la herniorrafía, dentro de estas técnicas tenemos las de Bassini, Mc Vay, entre otras. Por otro lado, tenemos las hernioplastias que consisten en la colocación de una malla de polipropileno.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

En el caso de este paciente, el tratamiento fue quirúrgico fue abordado mediante una hernioplastia donde la técnica utilizada fue la Técnica de Lichtensein que consiste en la colocación de una malla de polipropileno,

la cual provocará una reacción de cuerpo extraño para fortalecer la pared donde se intervino. (32) (33)

– Manual de Procedimientos Quirúrgicos de diagnóstico en Cirugía General

CASO 3: ACALASIA

- **Definición:** Trastorno Poco frecuente que dificulta el paso de líquidos y sólidos. Es ocasionada por afectación de la inervación del esófago que lo que ocasiona que este se mantenga en ausencia de contracciones y así evitando el pase de la comida del esófago al estómago, generando la acumulación de la comida en el esófago, fermentando y regresando a la boca.
- **Diagnóstico y tratamiento:** Teniendo la sospecha clínica se complementan para su confirmación con: Radiología (mostrarán mal vaciamiento de esófago al inicio, luego se va dilatando y su extremo inferior de afila; reconociéndolo como “punta de lapiz o pico de pájaro, en fases más avanzadas fuera de la dilatación se encuentra se hace más largo y tortuoso); este mismo examen permite la división de los tipos de acalasia + Manometría (tipo de prueba que da la medición de variaciones de presión en el esófago, prueba que muestra evidencia que el esófago no se está dilatando adecuadamente) + Endoscopia (para descartar otras causas que sean causantes de dilatación. En el tratamiento no hay uno 100% específico que vuelva a su función normal del esfínter esofágico inferior. Respecto a los medicamentos se puede tratar con: antagonistas de calcio o nitritos) pero ayudan para un alivio temporal. La inyección de toxina botulínica que se hace intraesfinteriana logra su efecto en 50%, pero con efectos transitorios en menos de 1 año. Sus tratamientos más comunes aceptados son los: endoscópico y el quirúrgico, con el objetivo mismo de reducir el esfínter esofágico inferior, se le conoce como; Miotomía, que será el corte circular de la capa muscular del esófago en 5 a 10 cm puede ser por dos vías: tradicional o laparoscópica; que son de preferencia porque ocasionan una hospitalización más corta o también puede tratarse de funduplicatura de Nissen, que se trata de cierre de pliegues a nivel de fondo del estómago; ambos procedimientos que luego de ello debe hacerse seguimiento con posibilidad de que quedé esfínter

demasiado abierto y aparezca contenido de reflujo del contenido gástrico, pudiendo realizarla por: manometrías, radiológicas y endoscópicas en tiempos establecidos.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencia:**

Ya mencionado antes la acalasia, es una enfermedad poco frecuente la cuál encontrarla y observar el manejo quirúrgico como internos fue de experiencia oportuna que no pudimos desaprovecharla. La paciente se acerca a la guardia con exámenes correspondientes ya elaborados (manometría y seguimiento de radiográfica simple) donde con ellos lo determinaban como acalasia tipo 2, al hacer el relato nos expresa los síntomas tal cual literatura y por ello el asistente de turno para apoyó de operación lo cual cubría su SIS decide programarla para operación de miotomía de Heller y funduplicatura de Nissen; se realiza y en el post operatorio se indica SNG y NPO, al día siguiente al tener una buena evolución se plantea el inicio de tolerancia oral, seguida por dietas fraccionadas y terminando dándole de alta para seguimiento por telemedicina para mediciones del esfínter esofágico inferior post cirugía. Comparando el caso con el tratamiento establecido se cumple con las medidas dadas para la terapéutica de acalasia. (34) (35)

CASO 4: COLEDOCOLITIASIS

- **Definición:**

La coledocolitiasis o también llamada Litiasis Coledociana, puede ser de origen primaria o secundaria. La primaria se produce por cálculos pigmentarios biliares marrones generalmente, asociado a una colecistectomía previa en la cual encontramos ausencia de signos de obstrucción por lo menos de dos años. La secundaria tiene mayor porcentaje de frecuencia, aquí encontramos cálculos a predominio de colesterol los cuales son amarillos claros o blanquecinos y van a migrar desde la vesícula.

- **Diagnóstico y Tratamiento:**

El diagnóstico de la coledocolitiasis secundaria empieza desde una buena historia clínica del paciente que va a referir que ha sido diagnosticado anteriormente con coledocolitiasis y haber sido operado en un lapso de dos a más años, ya sea mediante una exploración de vías biliares o una

CEPRE, dolor abdominal de forma insidiosa progresiva que ha estado calmando con analgésicos. Dentro de los tratamientos tenemos a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CEPRE) el cual es un procedimiento de diagnóstico y tratamiento al mismo tiempo, ya que puede proceder a la extracción del cálculo que se encuentre durante el procedimiento, por otro lado tenemos la exploración de vías biliares.

- **Discusión respecto al caso clínico realizado basado en evidencias:**

El caso de este paciente es interesante, ya que por lo general, lo más frecuente son las coledocolitiasis secundarias. El paciente presentaba todos los requisitos para el diagnóstico de coledocolitiasis primaria y la intervención quirúrgica fue exploración de vías biliares en donde se encontró el colédoco deformado con presencia de cálculos en su interior y abundante barro biliar. El abordaje fue el adecuado, tomando en cuenta no se cuenta con CEPRE en el HNSEB. (36) (37)

CAPITULO 4: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es una de las etapas de la formación de un médico donde tiene como objetivo la adquisición de nuevos conocimientos tanto teóricos como prácticos basados en el hospital, siendo el interno el primer contacto con el paciente. En el HNSEB se realizó las 4 rotaciones del IM, empezando por la rotación de Ginecología y Obstetricia (GyO), la cual lo dividían en 7 sub-servicios, coincidentemente ambos comenzamos con el sub- servicio de Alto riesgo obstétrico (ARO), que se encarga del manejo y tratamiento de las pacientes gestantes que pone en riesgo la vida de ellas mismas y del feto; vimos pacientes de: preeclampsia sin y con criterios de severidad, rupturas prematuras de membrana, embarazos múltiples, embarazo con comorbilidades con: VIH, TBC, DM, entre otros; los cuales nos quedaron como aprendizaje de manejo prioritario hasta llegar a sala o tratarlas hasta llegar a cirugía electiva, parto natural y/o

cirugías de emergencias. En el servicio de sala de partos aprendimos desde como monitorizar, seguimiento hasta llegar a la atención del parto; en el sub-servicios de legrados aprendimos legrado terapéutico, de biopsia, y sedación de paciente para el procedimiento, mientras que en los sub-servicios de Unidades de cuidados intensivos maternos (UCIM) y puerperio se encargan exactamente al manejo y control del post parto y complicaciones, correspondientes a las gestantes post cesárea y parto natural en ese mismo orden nombrado, se contaba también con el servicio de ginecología, donde se veía en mayor porcentaje los que era pacientes con: miomas, molas hidatiformes, cánceres (cérvix, uterinos, ovarios), distopias. Por último, el servicio más movido: emergencias, dónde nos llegaron casos tan inesperados tanto de obstetricia como de ginecología; aprendiendo en el día a día de que exámenes pedirles, o can tal solo la ectoscopia tener la idea de que podría estar viniendo, como también estar preparados a las referencias de los puestos de salud cercanos, una experiencia adquirida y grata de 15 días, que fue cortada de manera abrupta el 15 de marzo por decreto de urgencia.

Se retoma el internado 15 de septiembre por decreto de MINSA, y por autorización del HNSEB, dónde nos dividen del grupo principal por rotación de 20 a 22 internos, a la mitad para que se retomen en dos grupos quienes iban a retomar los primeros 15 días de cada mes, y luego el otro grupo en los últimos 15 correspondientes. Quienes realizan este trabajo tenían la misma división desde el principio del internado, y que casualmente se encuentran en la división de los primeros 15 días, de esta manera retomando al servicio de Medicina interna; el cual contó con: Medicina hombres, medicina mujeres, neumología, gastroenterología, emergencia; en todo los sub-servicios nombrados se adquirió gran conocimiento gracias a las visitas didácticas de cada una de ellas, como también la realización de diferentes procedimientos como: paracentesis, toracocentesis, curaciones de pie diabéticos, curación de úlceras por presión, toma de muestras, electrocardiogramas, etc. Agregado a esto del manejo cotidiano de enfermedades frecuentes en emergencia tanto en guardias diurnas como nocturnas a voluntad propia del grupo de internos rotando en ese momento, en el cual observamos desde un simple cuadro de cólico vesicular hasta convulsiones, intoxicaciones, complicaciones agudas de diabetes, etc. Sin

dejar a lado que varios pacientes por el tema del COVID tuvimos contacto con ellos ya sea por la forma asintomática que presentaban o por detección casual del diagnóstico.

La tercera rotación pediatría y neonatología, se subdividían los servicios dentro de ellos mismos; quedando pediatría en: Manejo de pacientes en piso y manejo en emergencias; en ambos ambientes se veía lo cotidiano que eran: Diarreas, convulsiones, gastroenteritis, crisis de asma (que valga decir que nos enseñaron a manejarlos sin utilizar lo convencional que era las nebulizaciones), faringoamigdalitis, etc. Al ser de gran complejidad pasaban a hospitalización para control y seguimiento hasta llegar a su estabilidad. Asimismo, se logró apreciar casos de Síndrome multisistémico inflamatorio por COVID (MIS -C), los cuales se aprende a detectar clínicamente casos de sospecha y diferencias frente a una enfermedad de Kawasaki, terminaban siendo derivados al INSN, para ser atendidos para mayor complejidad. Respecto al servicio de neonatología, lo subdividían en: puerperio, intermedios I, intermedios II, recepción; se aprendió el manejo indiscutible de la atención primaria del recién nacido inmediato, como su propio seguimiento hasta llevarlos a alojamiento conjunto junto a sus mamás ya sea en parto natural; a diferencia de los hijos post cesárea que se iban para manejo más estricto a intermedios I, mientras en Intermedios II se manejaba los prematuros o recién nacidos con ictericia o alguna otra patologías. Se aprendió la utilización de bilicheck en los neonatos que al momento del examen físico se les observaba la coloración amarillenta para medir los niveles de bilirrubina, y así mismo llevarlos a las curvas de la guía NICE, para ver si los neonatos necesitaban o no tratamiento más especializado frente a la ictericia, de manera menos frecuente se observó caso de reanimación cardiopulmonar, donde se logró apreciar que se seguía tal cual el protocolo dictado por MINSA, como en las distintas enfermedades nombradas. Se logró apreciar las radiografías descritas en libros puestas en práctica de las enfermedades respiratorias más frecuentes tanto en los pretérmino, a término y post término; por último, se logra la identificación de los hijos de madre COVID, para detectar o querer encontrar signos o síntomas en ellos, de los cuales no se logra incidencias marcadas de lo nombrado y solo pasaban a la unidad especializada de neonatos COVID.

Acabando por la rotación de cirugía la cual se subdivide en: Cirugía piso, cirugía intermedios, cirugía emergencia, traumatología, urología y cirugía pediátrica. Fue de manera asombrosa e inesperada estar examinando, tratando y efectivizando las diferentes patologías y sus complicaciones de los pacientes en intermedios, dónde a veces llegaban su pase a unidades de cuidados intensivos o pase a piso general; hablando de ello, las visitas de cirugía general fueron las visitas más pedagógicas en el HNSEB para nosotros los internos, se realizaron: curaciones, retirada de puntos, cambios de bolsa de colostomías, etc. Tanto en las especialidades de: traumatología, urología y cirugía pediátrica; se aprendía lo más característico después de los manejos en piso y curaciones, como: colocación de yeso, colocación férula, retiraciones de yeso, apoyó en maniobras de reducción; colocación de sonda, cambio de sondas, retiro de sonda tanto en hombres como mujeres; colocación de puntos de sutura por cortes y caídas, manejo de quemaduras, detección de apendicitis, etc. Todas estas correspondientes en el orden nombrado. Culminando la emergencia médica de cirugía que son de manera muy peculiar, ya que al tratar de un hospital de cono norte es muy frecuente encontrar casos múltiples y simultáneos de accidentes de: proyectiles de arma de fuego, cortes por asaltos, heridas profundas y de gran longitud, entre otras cosas asombrantes. HNSEB permite al interno intervención de primera mano frente a estos casos excepcionales, obviamente bajo supervisión.

El HNSEB nos permitió de manera grata poder contar con el privilegio de continuar nuestras prácticas, y de esa manera obtener conocimientos teóricos como prácticos a pesar de la situación que cursaba en todo el mundo de la pandemia de COVID19.

CONCLUSIONES

En el trabajo de suficiencia profesional se concluye el aprendizaje práctico que adquiere el interno de medicina durante la etapa del IM en su formación para ser médico cirujano. Otorga no solo experiencias vividas con el primer contacto del paciente y su manejo a primera estancia, sino que en muchas oportunidades saber hasta cuándo tratar en emergencia y luego derivarlo a una unidad de mayor complejidad o a otro servicio; de igual manera enseña lo que se debe aplicar en un futuro tanto para el plan como la terapéutica desde lo más cotidiano hasta permitiendo ver patologías poco frecuente, y así adquirir el conocimiento básico sobre ello como médico general.

RECOMENDACIONES

Se sugiere para los futuros internos de medicina aprovechar cada momento de su IM a pesar de los pocos meses que se les otorgará para esta promoción, en quedarse un poco más del tiempo si es necesario o ir voluntariamente sobretodo en los turnos de emergencias que es dónde aprender el manejo a primera mano que debemos adquirirlo, y que mejor que con la práctica repetitiva que te ayuda a fijarlo. Respecto a que podemos decirles que aprovechen en posta no sabríamos comentarle porque solo contamos con la rotación de 16 meses en el HNSEB, y sin duda alguna lo escrito en la cuarta línea es donde mayor aprendizaje obtendrán y nunca olvidar que no solo es tratar a la enfermedad sino también al paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. ACTA MEDICA Peru. 30 de agosto de 2016;33(2):105.
2. POA-2019.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-portal-transparencia/planeamiento-y-organizacion/POA-2019.pdf>
3. Disposiciones_seguridad.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.aspefam.org.pe/enam/enam2020e2/Disposiciones_seguridad.pdf
4. Nuestra Historia – Hospital Nacional Sergio E. Bernales [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
5. Resolución Ministerial N° 004-2021-MINSA [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1467302-004-2021-minsa>

6. Resoluciones Directorales – Hospital Nacional Sergio E. Bernales [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resoluciones-directorales/>
7. DECRETO_DE_URGENCIA_090-2020.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://spij.minjus.gob.pe/Normas/covid19/NORMAS_RANGO_LEGAL/DECRETO_DE_URGENCIA_090-2020.pdf
8. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
9. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010
10. Parra C M, San Martín O A, Valdés R E, Hasbún H J, Quiroz V L, Schepeler S M, et al. ESPECTRO CLÍNICO DE LA PREECLAMPSIA: ESTUDIO COMPARATIVO DE SUS DIVERSOS GRADOS DE SEVERIDAD. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(3):169-75.
11. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guías%20de%20Práctica%20Clínica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatología%20del%202018.pdf>
12. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010

13. Miomatosis uterina [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24143>
14. Sangrado uterino anormal y COVID-19 [Internet]. Figo. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.figo.org/es/sangrado-uterino-anormal-y-covid-19>
15. Hernández MT, Estrada NC. Cetoacidosis diabética. An Méd Asoc Médica Cent Méd ABC. 2006;51(4):180-7.
16. Ticse R, Alán-Peinado A, Baiocchi-Castro L. Características demográficas y epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados por cetoacidosis diabética en un hospital general de Lima-Perú. Rev Medica Hered. enero de 2014;25(1):5-12.
17. Zarco LA, González F, Casas JC. Tratamiento actual del ataque cerebrovascular isquémico (ACV) agudo. 2008;33.
18. Rojas JI, Zurru MC, Patrucco L, Romano M, Riccio PM, Cristiano E. REGISTRO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUEMICA. 2006;5.
19. Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas, Organización Panamericana de la Salud. Guía de práctica clínica: neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Lima: SPEIT : OPS; 2009.
20. Olsen AN, Ernst HA, Leggio LL, Skriver K. NAC transcription factors: structurally distinct, functionally diverse. Trends Plant Sci. 1 de febrero de 2005;10(2):79-87.
21. Almeida Varela R, Pérez Suárez F, Díaz Elías JO, Martínez Hernández JA. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Universitario «Calixto García». Rev Cuba Cir. marzo de 2011;50(1):40-53.

22. gastrolat2010n100012.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2010n100012.pdf>
23. 38.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>
24. Failache DO. ¿Ha perdido vigencia la ictericia neonatal? :3.
25. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011 [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300009
26. Infección por Campylobacter y Shigella como causa de Diarrea Aguda Infecciosa en niños menores de dos años en el Distrito de la Victoria, Lima-Perú [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342002000400004&script=sci_arttext
27. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary | European Respiratory Society [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/31/1/143.short>
28. Factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200002
29. 10_Epilepsia.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/10_Epilepsia.pdf
30. rmc103f.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2010/rmc103f.pdf>

31. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Med Leg Costa Rica. marzo de 2012;29(1):83-90.
32. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400250
33. Arap - Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle).pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v48n2/cir10209.pdf>
34. González DRR, Peña T, Escobar DVA, Hernández DDN, Drake LZD. Miotomía de Heller laparoscópica para el tratamiento de la acalasia esofágica en el adulto mayor. :9.
35. Ruiz de León San Juan A, Pérez de la Serna Bueno JA. Acalasia. Rev Esp Enfermedades Dig. mayo de 2008;100(5):304-304.
36. Coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (2010-2011): incidencia, factores de riesgo, aspectos diagnósticos y terapéuticos [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000400004
37. Espinel J, Pinedo E. Coledocolitiasis. Rev Esp Enfermedades Dig. julio de 2011;103(7):383-383.