



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR
LOS INTERNOS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES
DURANTE EL AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

VICTOR JASSON LEGUA DOMINGUEZ

LINSSAY MEYBI MALPARTIDA LLONTOP

ASESOR

DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA

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 DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR
LOS INTERNOS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES
DURANTE EL AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**VICTOR JASSON LEGUA DOMINGUEZ
LINSSAY MEYBI MALPARTIDA LLONTOP**

ASESOR

DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Giselle Vásquez Donayre

Miembro: Mg. Edgar Rolando Ruiz Semba

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por darnos salud y fortaleza para vencer las adversidades y así lograr nuestros objetivos.

Agradecemos también, a nuestros padres por su apoyo incondicional y hacer de nosotros unas mejores personas gracias a sus consejos.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía general	3
1.2 Rotación de Gineco obstetricia	7
1.3 Rotación en Medicina interna	15
1.4 Rotación en Pediatría y Neonatología	20
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	29
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	31
3.1 Rotación de Cirugía general	31
3.2 Rotación de Gineco obstetricia	35
3.3 Rotación de Medicina interna	38
3.4 Rotación de Pediatría y Neonatología	42
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	47
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52

RESUMEN

OBJETIVO: Dar a conocer nuestra experiencia de la práctica profesional durante el internado médico mediante nuestra reflexión de esta experiencia y dando a conocer los casos clínicos más relevantes de cada rotación.

MÉTODOS: Se realizó una recopilación de los casos más relevantes de cada rotación en el Hospital Sergio E. Bernal para así contrastar la práctica clínica con el conocimiento teórico basado en evidencia científica. Además, describimos nuestra experiencia durante el internado y la importancia de la misma para nuestra trayectoria profesional. **CONCLUSIONES:** Este trabajo está enfocado en las principales experiencias del internado médico; sin embargo, son múltiples los casos clínicos que hemos visto y las situaciones que presentamos durante nuestra rotación por emergencia y hospitalización.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To publicize our experience of professional practice during the medical internship through our reflection of this experience and publicizing the most relevant clinical cases of each rotation. **METHODS:** A compilation of the most relevant cases of each rotation at the Sergio E. Bernales Hospital was carried out in order to contrast clinical practice with theoretical knowledge based on scientific evidence. In addition, we describe our experience during the internship and the importance of it for our professional career. **CONCLUSIONS:** This work is focused on the main experiences of the medical internship; However, there are many clinical cases that we have seen and the situations that we present during our rotation due to emergency and hospitalization.

INTRODUCCIÓN

Se realizó el internado médico en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales que pertenece al Ministerio de Salud, el cual se encuentra en la Av. Tupac Amaru N° 8000, Comas, Lima, Perú. Este Hospital está dedicado a la atención, investigación y docencia. Por ende, cuenta con laboratorios, especialistas, servicios y equipos médicos para realizar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en pacientes con múltiples patologías.

Previo al comienzo de las actividades del internado médico todos los postulantes al hospital rendimos un examen de conocimientos teóricos de las especialidades de medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia para definir quienes ingresaban. Luego de conocer los resultados del examen, quienes habían ingresado fuimos citados para recibir una inducción sobre: bioseguridad donde se hizo énfasis en el correcto lavado de manos; también se presentaron los jefes de los principales servicios como el Departamento de cirugía general, Departamento de ginecología y obstetricia, Departamento de medicina interna y el Departamento de pediatría. Los jefes de departamento nos brindaron las bienvenidas y nos comentaron acerca del manejo de su servicio y las funciones que como internos debíamos desempeñar.

Este año es vital en la formación de un médico debido a que la constante práctica e interacción con el paciente te permiten desarrollar habilidades para

el adecuado manejo de las diferentes situaciones que se presentan en la labor médica.

Se tiene que reconocer que por la pandemia Covid-19 hubo un gran cambio en cuanto al desarrollo normal de las actividades. Al inicio del internado médico inicié con la rotación de cirugía general donde teníamos una gran cantidad de pacientes, tanto ingresos por emergencia como por consultorios los cuales eran pacientes programados para ingresar a sala de operaciones y la asistencia era de lunes a domingo y se nos programaban guardias diurnas y nocturnas. Cuando comenzó la pandemia el Hospital fue considerado referente para asistir pacientes con covid-19 esto paralizó el internado médico hasta octubre del año 2020 fecha en la cual retornamos al hospital con condiciones distintas a las iniciales. Se asistía quince días de 1 mes y sólo nos programaban guardias diurnas. La cantidad de pacientes disminuyó levemente pues al no haber consulta externa, ya no ingresaban pacientes programados para cirugía electiva ni pacientes crónicos que requieran hospitalización. La única vía para atención y hospitalización era la emergencia. Sin embargo, la actitud sigue siendo la misma y desempeñamos las mismas actividades que antes de pandemia tanto teóricas como prácticas.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Lo más destacado del internado médico es haber sido guiado por el personal asistencial, residentes y tutores de la universidad para aprender un adecuado manejo del paciente. Esto ha sido logrado gracias a la confianza que recibíamos de parte del personal médico en las visitas médicas las cuales eran muy interactivas y se aprovechaba al máximo cada paciente, además de las actividades teóricas y prácticas impartidas en el hospital.

El internado es la etapa donde se consolidan los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante los 6 años previos. Al inicio del internado tenía las expectativas de aprender a desenvolverme frente al paciente, diagnosticar las patologías médico-quirúrgicas y dar un tratamiento adecuado.

En la rotación por el servicio de cirugía general aprendí a identificar las situaciones quirúrgicas cuando el paciente lo requiere y plantear soluciones que no vulneren los principios éticos y respetando la decisión de cada paciente. Dentro de las patologías que maneja el servicio están: hernias de pared abdominal, obstrucción intestinal alta y baja, apendicitis aguda, pancreatitis y diverticulitis. Además, como parte de la rotación en el servicio de traumatología aprendes el manejo inicial de fracturas y luxaciones. En el servicio de urología tratan patologías como hipertrofia benigna prostática, traumatismos del tracto urinario y patología testicular. En el servicio de cirugía pediátrica se atienden emergencias que necesitan sutura de heridas o ingresar a sala de operaciones como apendicitis, obstrucción intestinal y problemas

congénitos. En cuanto al servicio de neurocirugía identificamos y planteamos el manejo inicial del traumatismo encéfalo craneano. En el servicio de cirugía de tórax y cardiovascular identificamos y planteamos el manejo inicial del traumatismo torácico, taponamiento cardiaco y la enfermedad venosa periférica.

En la rotación por el servicio de ginecología y obstetricia aprendí a identificar los problemas ginecológicos y obstétricos respetando los derechos de cada paciente. Durante la rotación realizamos el partograma y manejamos el trabajo de parto, identificando probables distocias del parto, alumbramiento y amenaza de parto pretérmino. También el manejo de gestantes con VIH-SIDA, diabetes gestacional y los estados hipertensivos del embarazo. Además, problemas durante el embarazo y sus complicaciones como ITU o hemorragia de la primera y segunda mitad. Conocimos los métodos diagnósticos para los tumores anexiales y miomatosis uterina, distopias genitales y las infecciones ginecológicas. Además, aprendimos la importancia de la prevención y promoción en gineco-obstetricia con los programas como planificación familiar, diagnosticar tempranamente el cáncer ginecológico, psicoprofilaxis e identificar factores de riesgo durante el embarazo con el fin de evitar la mortalidad materna.

En la rotación por el servicio de medicina interna aprendí a identificar los problemas médicos, tanto patologías agudas como crónicas. Aprendimos a identificar, diagnosticar y manejar patologías como VIH/SIDA, TBC; problemas del aparato respiratorio y cardiovascular como: asma bronquial, NAC, Falla respiratoria, TEP, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y shock en general. En el servicio de Gastroenterología consolidamos conocimientos para el diagnóstico y manejo inicial de hemorragia digestiva, enfermedad ulcero-péptica, cirrosis hepática, enfermedades del páncreas y también la promoción y prevención de enfermedades del aparato digestivo.

Aprendimos a identificar problemas del sistema nervioso, hormonales y metabólicos como: diabetes mellitus, patología tiroidea, obesidad y

dislipidemia y enfermedades hipofisarias. Además, consolidamos conocimientos en problemas articulares y de la salud mental. En el área de nefrología identificamos los principales problemas renales como insuficiencia renal aguda y crónica, síndrome nefrótico y nefrítico. También pudimos manejar pacientes con problemas dermatológicos como el acné, celulitis y psoriasis y pacientes con problemas de la sangre y coagulación como en el caso de pacientes con anemias ferropénicas, megaloblástica y hemolíticas.

En el servicio de pediatría logramos identificar y dar manejo inicial de problemas pediátricos y neonatológicos. Conseguimos identificar, diagnosticar y manejar patologías como: EDA, IRA alta y baja, asma, síndrome obstructivo bronquial. Además, manejo del niño febril y sus diagnósticos diferenciales, infección urinaria, afecciones dermatológicas como escabiosis y pediculosis. En el área de neonatología logramos consolidar conocimiento para la atención inmediata del recién nacido y tamizaje neonatal, buena técnica e importancia de la lactancia materna. También identificamos y brindamos manejo inicial en patologías como: hipoglicemia neonatal, asfixia y reanimación cardiopulmonar, dificultad respiratoria en el recién nacido y causas principales. Pudimos aprender el manejo del prematuro y sus complicaciones e identificar problemas congénitos.

1.1 CIRUGIA GENERAL

CASO CLÍNICO N°1:

Paciente varón de 17 años que acude por emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas, refiere dolor abdominal que comenzó en epigastrio y migra a fosa iliaca derecha, se agregan vómitos de contenido alimenticio en 5 oportunidades, deposiciones líquidas 2 veces, niega sensación de alza térmica. Además, comenta que le colocaron metamizol 1 gr EV en una clínica

particular.

Funciones vitales:

T: 37°C, PA: 110/60mmHg, FR: 19x', FC: 91x', SatO2: 98%

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2seg.

Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos

agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no

se auscultan soplos. Abdomen: blando, poco depresible, doloroso a la

palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, McBurney (+), Rovsing

(+), no signos de reacción peritoneal. Neurológico: despierto, activo, orientado

en tiempo, espacio y persona.

Se solicitan exámenes auxiliares:

1. Hemograma: leucocitos: 9.900, Hb: 13.40, Hcto: 40.20, plaquetas: 224 000, abastionados: 0%

2. Hemostasia: TP: 17.5, TTPA: 31.3, INR:1.24, tiempo de coagulación: 6 min, tiempo de sangría: 2 min.

Se planteó el siguiente diagnóstico: Pre SOP

1. Apendicitis aguda no complicada

Se brinda como tratamiento:

1. NPO
2. Ceftriaxona 2 gr EV c/24 hrs.
3. Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs.
4. Control de funciones vitales c/ 8 hrs + balance hidroelectrolítico.
5. Se programa para SOP

En el reporte operatorio se concluye lo siguiente: A) Apéndice cecal de 10 x 1,5 cm necrosada en 1/3 medio, base indemne. B) líquido inflamatorio de +/- 300cc en fondo de saco, interasas y fosa iliaca derecha.

Y el diagnóstico Post SOP fue: Apendicitis aguda necrosada y se deja como tratamiento lo siguiente:

1. NPO
2. NaCl 9% 1000cc} 30 gotas x´
3. Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 hrs
4. Metronidazol 500 mg EV c/8 hrs
5. Metoclopramida 10 mg EV c/8 hrs
6. Ketoprofeno 100 mg EV c/8 hrs
7. Ranitidina 50 mg c/8 hrs
8. Control de funciones vitales c/8 hrs

CASO CLÍNICO N°2

Paciente varón de 51 años con tiempo de enfermedad de 11 días proveniente del servicio de medicina interna donde estuvo hospitalizado por el diagnóstico de colangitis aguda Tokio II resuelta y coledocolitiasis de novo.

Cuenta con:

1. Ecografía de abdomen donde se muestra: colédoco de 13 mm dilatado, vesícula biliar ausente por antecedente quirúrgico.
2. Perfil hepático: bilirrubinas totales: 9.6 mg/dl, BD: 7.41 mg/dl, BI: 2.15 mg/dl, FA: 1367 U/L, GGT: 306 U/L.
3. Colangiografía: vasos biliares intrahepáticos dilatados en grado leve a moderado; colédoco dilatado de calibre 7 – 17 mm con formaciones hipointensas, sugestivas de barro biliar y cálculos

Se programa al paciente para SOP:

1. Se le realiza una Laparotomía exploratoria + exploración de vía biliar + colocación de dren Kher.
2. Se encontró un síndrome adherencial severo, epiplón y asas delgadas adheridas a vía biliar y peritoneo parietal.
3. También se halló: vía biliar dilatada 15 mm y presencia de múltiples cálculos y abundante barro biliar.

Se brinda el siguiente tratamiento al paciente:

1. NPO x 6 horas, luego tolerancia oral

2. Dextrosa 5% 1000cc + KCl 20% 1 ampolla + NaCl 20% 2 ampollas} 45 gotas por min.
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/24 hrs.
4. Metronidazol 500 mg EV c/8 hrs.
5. Ketoprofeno 100 mg EV c/8 hrs.
6. Metoclopramida 10 mg EV c/8 hrs.
7. Metamizol 1.5 gr EV condicional a T >/ 38 °C
8. Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs.
9. Control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico

CASO CLÍNICO N°3

Paciente mujer de 24 años refiere agresión por terceros hace 3 horas con una botella en el lado izquierdo de la cabeza provocándole una herida que al momento es sangrante. Niega antecedentes de importancia y niega haber ingerido alcohol.

Funciones vitales:

T: 37°C, PA: 110/80, FR: 18, FC: 82, SatO2: 98%

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, herida en región parietal izquierda de aproximadamente 4 cm y de bordes irregulares. Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos normoactivos. Neurológico: orientada en tiempo, espacio y persona, se encuentra agitada e irritable.

Se planteó como diagnóstico:

1. Herida contusa en región parietal izquierda

Como tratamiento:

2. Revisión y lavado de herida con suero fisiológico.
3. Se sutura herida con nylon 2/0
4. Se deja tratamiento antibiótico con
5. Analgesia con dexketoprofeno 25 mg c/8 hrs.

6. El paciente recibe la indicación de que en 7 – 10 días se deben retirar los puntos.

CASO CLÍNICO N°4

Paciente mujer de 3 años que es traída por madre a la emergencia, quien refiere que desde hace 2 horas su hija se queja de dolor en codo de brazo derecho luego de que la levantó con fuerza desde el piso porque la niña no quería regresar a su casa. Además, refiere que la niña no puede mover el brazo afectado.

Funciones vitales:

T: 37.2°C, PA:100/60mmHg, FR: 22x', FC: 103x', SatO2: 99%

Al examen físico: paciente con fascie dolorosa se encuentra con el antebrazo derecho flexionado parcialmente pegado al cuerpo y con la mano en pronación sujetando el miembro afectado con el otro brazo. Dolor a la palpación, limitación funcional y leve inflamación en zona afectada.

Se planteó como diagnóstico:

1. Subluxación de cabeza del radio (codo de niñera)

El tratamiento definitivo fue la reducción de la luxación:

1. Se utilizan maniobras de supinación de la muñeca al mismo tiempo que la extensión del codo, seguido de la flexión del antebrazo y se inmoviliza

1.2 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO 1

Paciente mujer de 35 años ingresa por emergencia el día 14/04/2021 a las 19:09 con un tiempo de enfermedad de 8 horas por sangrado vaginal, refiere haber expulsado coágulos. FUR: 15/ 02/ 21.

Funciones vitales: T: 37°C, PA: 90/60 mmHg, FR: 20 rpm, FC: 110 lpm.

Antecedentes ginecológicos: G5P4004 (todos partos vaginales)

MAC: Ninguno RAMS: Niega

Al examen físico: Paciente en AREG, con Glasgow 15/15.

Piel: Tibia, hidratada, elástica, moderada palidez, llenado capilar < 2 segundos.

Abdomen: Blando, depresible, no signo de irritación peritoneal.

Tacto vaginal: OCE abierto, se evidencia expulsión de restos ovulares. Se extrae

estos del canal.

Resto de examen sin alteraciones.

Diagnósticos:

1. Aborto incompleto
2. D/C Anemia severa

Plan:

1. NPO
2. NaCl 9% 1000ml: Primero bolo (100ml) luego 28 gotas x minuto
3. CFV cada 3 horas
4. Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, Perfil de coagulación y ecografía transvaginal.
5. Pasa a observación
6. Reevaluación con resultados

Informe ecografía transvaginal → Útero en posición anterior, se evidencia endometrio heterogéneo, su diámetro mayor mide 17mm.

- 23:10 se recibe resultados de laboratorio:

Hemograma: Hb= 4.6 mg/dl Hcto= 15.5% Plaquetas= 539 000

Grupo: O+

Resto de examen dentro de parámetro normal.

Diagnóstico:

1. Aborto incompleto
2. Anemia severa

Plan: Transfusión de paquetes globulares

1. Transfusión de 02 paquetes globulares previo pruebas cruzadas

2. Dexametasona 4mg EV STAT

3. Clorfenamina 10mg EV STAT

4. CFV

5. Se solicita hematocrito control (toma de muestra a las 12:00)

Obstetra reporta a las 6:30 del 15/04/21 haber terminado la transfusión de ambos paquetes globulares.

Se le realiza AMEU a las 7:00, culmina a las 7:20, paciente tolera procedimiento.

Reevaluación 7:25 horas:

Paciente refiere leve dolor en hipogastrio. No hay sangrado activo

Plan:

1. DB + LAV

2. NaCl 9% 1000cc + Metamizol 2g} 30 gotas x minuto

3. Ceftriaxona 2g EV cada 24h

4. Clindamicina 600mg EV cada 8 horas

5. Ergometrina 0.2 mg tab VO cada 8 horas

6. CFV

7. Se hospitaliza en pabellón de ginecología

8. Pendiente toma de hematocrito control (a las 12:00)

Resultado de hematocrito control: 25.9%

Evolución hospitalización 1º día: 16/04/21

Paciente niega molestias, niega cefalea y mareos. No presenta sangrado activo.

Diagnóstico:

1. Post AMEU por aborto incompleto

2. Anemia moderada

Plan:

1. DC + LAV

2. Metronidazol 500mg

3. Ergometrina 0.2 mg VO cada 8 horas x 3 días

4. Sulfato ferroso 300 mg cada 12 horas por 30 días

5. Consejería anticonceptiva

6. Alta médica

CASO CLÍNICO 2:

Ingresa paciente mujer de 23 años a emergencia el 15/04/2021 a las 03:26 con un tiempo de enfermedad de 5 horas, refiere sangrado vaginal, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido. Sin controles prenatales.

FUR: No recuerda. G1P0000. RAMS: niega

Al examen físico: Aparente regular estado general

Abdomen: AU= 30cm, SPP: LCI, LCF 148 x minuto, DU: 1/10 ++/+++ , se perciben movimientos fetales.

TV: dilatación 6 cm, Incorporación 90%, AP= -1, MO: íntegras, pelvis ginecoide.

Diagnósticos:

1. G1 de 34 ss por AU
2. FATP
3. Trabajo de parto pretérmino
4. ARO: No CPN

Plan:

1. NaCl 0.9% 1000cc
2. Monitoreo fetal con trazado de 20 minutos
3. Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, tiempo de coagulación y sangría, RPR y VIH, Prueba rápida de COVID-19 y ecografía obstétrica

A las 3:55 paciente pasa a centro obstétrico.

A las 5:45 paciente pasa a sala de partos con dilatación completa. Paciente no colabora con el pujo. A las 6:00 expulsión de feto sexo femenino. Luego se inicia periodo de alumbramiento dirigido con aplicación de oxitocina 10 UI IM y culmina con la salida completa de placenta tipo Schultze. Se realizó revisión de canal:

1. No desgarro cervical

2. Desgarro vaginal de II grado

Se procede a sutura de desgarro vaginal. Paciente queda estable y pasa a puerperio inmediato.

Pérdida sanguínea aproximadamente: 350cc

Plan:

1. DC + LAV
2. NaCl 0.9% 1000cc + oxitocina 20 UI} I y II (30 gotas x minuto)
3. Ceftriaxona 2g EV cada 24 horas
4. Diclofenaco 75mg IM STAT
5. CFV cada 2 horas
6. Control de sangrado vaginal estricto
7. Se solicita hematocrito control y hemograma

Puérpera 8 horas:

Niega molestias. Al examen útero contraído a 1 cm por encima de cicatriz umbilical,

escasos loquios sin mal olor, sutura afrontada.

Resultados: Hb: 11.3 g/dl

Resto de resultados sin alteraciones

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata por parto vaginal
2. Post revisión de cavidad por desgarro vaginal

Plan:

1. DC + LAV
2. NaCl 0.9% 1000cc + oxitocina 20 UI} I y II (30 gotas x minuto)
3. Ceftriaxona 2g EV cada 24horas
4. Paracetamol 500mg VO cada 8horas
5. Sulfato ferroso 300mg VO c/24horas
6. CFV + CSV
7. Pasa a puerperio
8. Pendiente hematocrito control

CASO CLÍNICO 3:

Paciente mujer de 39 años, primigesta de 36 4/7 ss por ecografía del primer trimestre con un tiempo de enfermedad de 10 horas, debido a mareos, dolor de cabeza y dolor abdominal. Refiere, además, ver luces. Por lo que decide tomar una siesta y familiar refiere que la paciente realizó movimientos involuntarios, al despertar persistían los síntomas, motivo por el cual acude a la emergencia. Paciente percibe movimientos fetales, contracciones de baja intensidad y niega pérdida de líquido amniótico.

Funciones vitales:

T: 37°C, PA: 180/120 mmHg, FC: 100 lpm, FR: 20 rpm, SatO₂: 98%

Antecedentes ginecológicos:

G1P0000 G1 de 36 4/7ss por ecografía del I trimestre

FUR: No recuerda

MAC: Ninguno

RAMS: Niega

Antecedentes patológicos: Madre hipertensa desde hace 10 años, con tratamiento irregular.

Al examen físico:

Abdomen: AU= 35cm, SPP= LCI, DU: 3/10 ++/+++ 35 segundos

TV: D= 2cm, B= 80%, AP= -2cm, membranas íntegras

Resto del examen sin alteraciones.

Diagnóstico:

1. Preeclampsia con criterios de severidad
2. D/C Eclampsia
3. Primigesta de 36 3/7ss por ecografía del primer trimestre
4. FLTP

Plan:

1. Hospitalizar en alto riesgo obstétrico
2. NaCl 9% de 1000cc a chorro en 20 minutos
3. 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% en 50cc de NaCl 9%: 40cc en 20 minutos y continuar con 10cc por hora hasta 24horas post parto.
4. Metildopa 1g VO cada 12 horas

5. Dieta normoproteica + dieta normosódica
6. Nifedipino 10mg VO condicional a PA > 160/110 mmHg
7. Control de presión arterial cada 4 horas, control de diuresis y peso
8. Monitoreo obstétrico estricto
9. OSA
10. Se solicita creatinina, DHL, glucosa, urea, examen de orina, hemograma completo, grupo sanguíneo y factor, tiempo de coagulación y sangría, perfil hepático.
11. Culminar gestación a las 37 semanas.

Evolución 1º día en ARO (8 horas después de su ingreso por emergencia)

Se controló la presión por debajo de 140/90 mmHg.

Exámenes de laboratorio sin alteraciones.

Paciente refiere que cefalea y alteración en la visión persisten.

Cambios cervicales se mantienen conservados. Sin embargo, médico de turno plantea culminar la gestación por persistencia de síntomas premonitorios de eclampsia.

Post-operatorio:

Se le solicita nuevos exámenes: perfil hepático, urea, creatinina, hemograma completo. Se logra mantener presiones menores a 140/90 mmHg

Resultados de exámenes sin alteraciones. A las 72 horas post operatoria, se plantea el alta, con control por teleconsulta.

CASO CLÍNICO 4:

Paciente de 18 años ingresa a la emergencia el día 19/04/21 a las 11:28 con un tiempo de enfermedad de 3 días, refiere que hace 2 semanas se realizó ecografía transvaginal en una clínica y le informaron que no evidenciaron embrión, solo saco gestacional de 27 mm de diámetro. Hace 3 días presenta malestar general, cefalea y SAT, por lo que acude a la emergencia. Funciones vitales:

T: 37°C, PA: 90/60 mmHg, FR: 19 rpm, FC: 110 lpm, SatO2: 98%

Antecedentes ginecológicos: FUR: 05/03/21

G2P1001

G1: parto vaginal en el 2019

G2: actual (8 6/7 ss por ECO 1° trimestre) (6 3/7 ss por FUR)

Antecedente quirúrgico: niega RAMS: Niega

Antecedente patológico: Sífilis (recibió tratamiento completo en HNSEB)

Al examen físico: abdomen blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda a nivel de mesogastrio.

Tacto vaginal: Cérvix anterior, OCE cerrado, no se evidencia sangrado

Diagnóstico: d/c gestación anembrionaria

Se realiza ecografía transvaginal: se evidencia en cavidad uterina saco gestacional de 28mm sin embrión ni saco vitelino.

Diagnóstico: Aborto retenido

Plan: Se queda en observación para AMEU

1. NPO

2. NaCl 9% 1000cc

3. Misoprostol 800mg sublingual STAT

4. Doxiciclina 200mg pre AMEU

5. CFV + CSV

6. Se solicita hemograma, tiempo de coagulación y sangría, prueba antigénica para Sars-cov2.

Llegan resultados de laboratorio: Sin alteraciones, hemoglobina: 12.5 g/dl

Se realiza AMEU a las 17:00 horas, paciente tolera procedimiento y contenido endouterino es enviado a anatomía patológica.

Diagnóstico: Post AMEU por aborto retenido

A las 2 horas se reevaluó a paciente, refiere leve dolor, niega sangrado, por lo que se decide alta médica con indicaciones:

1. DC + LAV

2. Ergometrina 0.2mg cada 8 horas por 3 días

3. Doxiciclina 200mg por 5 días

4. Consejería sobre anticoncepción

1.3 MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N°1:

Paciente varón de 41 ingresó por emergencia por presentar melena y cambios de comportamiento desde hace 7 días, cuenta con antecedente varices esofágicas por endoscopia reciente.

Funciones vitales:

T: 37.3°C, PA: 130/75mmHg, FR: 18 x', FC: 82x', SatO2: 88%

Al examen físico en piel y faneras: ictérico (++/+++), llenado capilar < 2 segundos. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no hay presencia de ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: blando, depresible, telangiectasias y circulación colateral, ruidos hidroaéreos normoactivos, ausencia de signos peritoneales. Tacto rectal: diferido por comportamiento agresivo de paciente. Neurológico: desorientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Se plantearon los siguientes diagnósticos:

1. HDA: d/c variceal vs úlcera péptica
2. d/c cirrosis hepática descompensada:
 - 2.1. Encefalopatía grado 2
 - 2.2. Várice esofágica mediana
 - 2.3. d/c ascitis moderada
3. IRA: d/c NAC

Se administra como tratamiento:

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000cc + 2 ampollas de NaCl + 1 ampolla de KCl.
3. NaCl 0.9% 1000cc} 2 frascos a 30 gotas por minuto.
4. Octreótide 0.1 mg + NaCl 9% 100cc} 5cc STAT luego 5cc/hr.
5. Omeprazol 80mg EV STAT, luego 40mg EV c/12 hrs.

6. Ceftriaxona 1gr EV c/24 hrs.
7. Metoclopramida 10mg EV c/8 hrs.
8. Enema evacuante STAT
9. Enema de lactulosa 200cc + NaCl 0.9%} c/8 hrs.
10. Oxigenoterapia condicional a SatO₂ < 90%

Se decide hospitalizar al paciente donde se plantea soporte nutricional, antibioticoterapia, inhibidores de bomba de protones, solicitar serología para hepatitis viral: HBsAg, VHC, screening de hepatocarcinoma: Alfafetoproteína, ecografía Doppler portal, perfil de coagulación.

Exámenes auxiliares:

1. AGA: pH:7.466, pCO₂: 24.5, HCO₃: 17.8, PaFiO₂: 201mmHg
2. Hemograma: Hb: 12.40, Hcto: 37.10%, plaquetas: 123 000
3. Endoscopía digestiva alta: En esófago se observan 3 cordones varicosos tortuosos que ocupan el 50% de la luz esofágica y se colocan tres bandas elásticas. En estómago se observa lesión ulcerada de 5mm con lecho de fibrina en su superficie, bordes regulares. Múltiples erosiones superficiales con fibrina. Se concluye A) varices esofágicas grandes. B) Ulcera gástrica Forrest III. C) Gastropatía hipertensiva portal. D) duodeno endoscópicamente normal.
4. Ecografía abdominal-pélvica: Hígado de bordes irregulares de aspecto micronodular y ecogenicidad incrementada de manera moderada. Vena porta de 14 mm dilatada. Líquido libre interasas y presencia de líquido laminar en espacio de Morrison. Concluye: A) signos ecográficos sugestivos de hepatopatía difusa crónica a d/c cirrosis hepática B) Porta dilatada d/c hipertensión portal. C) líquido libre intrabdominal.
5. Alfafetoproteína: 10 ng/ml (incrementado)

Se evalúa al paciente y se brinda nuevo tratamiento:

1. Dieta blanda para cirrótico hiposódica
2. Omeprazol 20 mg via oral c/24 hrs (30 minutos antes del desayuno)
3. Lactulosa 3.3 gr/5ml 30cc via oral c/12 hrs.
4. Propanolol 40mg ½ tableta c/12 hrs
5. Espironolactona 100mg 1 tableta c/24 hrs (8 am)

6. Furosemida 40mg 1 tableta c/24 hrs. (8 am)
7. Ceftriaxona 1gr EV c/ 24 hrs.
8. Medición de perímetro abdominal, peso y frecuencia cardiaca.

CASO CLINICO N°2:

Paciente mujer de 27 años que ingresa por emergencia refiriendo que desde hace 4 días cursa con lesiones papulares dolorosas en boca asociado a edema de miembros inferiores, incremento de volumen abdominal, sensación de alza térmica no cuantificada. Cuenta con ecografía donde se evidencia proceso inflamatorio renal con discreta ectasia pielocalicial + ascitis 431 cc además refiere haber tomado furosemida hace 2 días con lo cual el edema ha cedido. También cuenta con hemograma con leucopenia.

Antecedentes: 1 hermana fallecida por LES a los 22 años.

Funciones vitales:

T: 39°C, PA: 120/80mmHg, FR: 18x', FC:128x', SatO2: 96%

Al examen físico: Piel y faneras: palidez (++)/+++), lesiones papulares blanquecina con halo eritematoso en labios, mejillas y pilares anteriores, marcada disminución del cabello con zonas de alopecia. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos normoactivos, no visceromegalias. Neurológico: orientada en tiempo, espacio y persona.

Se proponen los siguientes diagnósticos:

1. Sd febril
2. d/c LES activo
 - 2.1. compromiso dermatológico: aftas orales y alopecia
 - 2.2. d/c compromiso renal
 - 2.3. d/c compromiso hematológico

Se da tratamiento con metamizol 1,5 gr + NaCl 0,9% 100c} EV y se hospitaliza.

Exámenes auxiliares:

1. Hemograma: Hb: 9.50, VCM: 89, HCM: 31.30, leucocitos: 2 100, abastionados: 3%, plaquetas: 165 000
2. Bioquímica: glucosa: 104, creatinina: 0.96, urea: 30, albúmina: 1.4, globulina: 3.4
3. Perfil hepático: TGO: 39, TGP: 21, GGTP: 31, FA: 167
4. Examen de orina: leucocitos aislados: 6-8 x campo, hematíes: 10-15 x campo, gérmenes: ++
5. Perfil de coagulación: tiempo de coagulación: 8 min., tiempo de sangría: 3 min.

Se solicita hemograma, urea, creatinina, proteinuria de 24 hrs, coombs directo, lámina periférica, recuento de leucocitos, ANA, complemento, ecografía abdominal-renal-vesical.

Se realiza la escala de SLEDAI: puntaje total de 32 puntos y SLICC/ACR: 0 puntos.

Exámenes solicitados:

1. Proteinuria cuantitativa de orina en 24 hrs: volumen total de orina: 2100 ml, proteínas en orina: 188.38 mg/dl, proteína en orina en 24 hrs: 395.6 mg/24 hrs (incrementado)
2. ANA: 1/400
3. Complemento: C3: 9 mg/dl, C4: 5 mg/dl

Se reevalúa a la paciente y se da tratamiento:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Prednisona 40 mg (8am) vo y 20 mg (4pm) vo
3. Hidroxicloroquina 400 mg ½ tableta c/24 hrs vo (noche)
4. Sulfametoxazol/ trimetropin 800mg/160mg 1 tableta c/8hrs vo
5. Nistatina 10 mg/ml ½ frasco c/12 hrs (enjuague bucal)
6. Carbonato de calcio 1250mg vo c/24 hrs
7. Calcitriol 0,25 mg c/24hrs vo
8. Omeprazol 20 mg c/24 hrs vo
9. Enalapril 10 mg c/24 hrs vo
10. Lactulosa 30 cc c/24 hrs vo

11. Paracetamol 500 mg 2 tabletas condicional a T°> 38,3°C

CASO CLÍNICO N°3:

Paciente varón de 49 años refiere que presenta mareos, fatiga, dolor de cabeza e incremento de la sed desde hace 1 día, motivo por el cual acude a la emergencia. Cuenta con antecedente de Diabetes mellitus desde hace 8 años y medicación con metformina de 850 mg 1 pastilla después de almuerzos. Comenta que por pandemia ha llevado un tratamiento irregular y que desde hace 3 meses ha dejado de tomar su medicamento.

Funciones vitales:

T°: 37°C, PA: 100/60mmHg, FR: 18x', FC: 82x', SatO2: 99%, peso 84kg

Al examen físico: Piel y faneras: tibio, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: blando, depresible, no signos peritoneales. Neurológico: orientado en tiempo, espacio y persona.

Se solicitó Hemoglucoest: 404mg/dl

Se plantearon los siguientes diagnósticos:

1. Diabetes mellitus tipo 2 mal controlada y manifestaciones tardías
 - 1.1. Pie diabético Wagner 1

Se brindó tratamiento:

1. Dieta hipoglucida + líquidos a voluntad.
2. NaCl 9% 1000cc} 2 frascos a razón de 30 gotas x min.
3. Insulina R 8 UI SC
4. Metformina 850 mg 1 tableta en la mañana y en la noche vo

CASO CLÍNICO 4:

Paciente varón de 28 años que refiere tos con expectoración desde hace 1 semana, sensación de alza térmica no cuantificada y baja de peso. Además,

se agrega dolor torácico hace 2 días. Menciona que su amigo fue diagnosticado de TBC hace 1 mes. Niega otros antecedentes de importancia.

Funciones vitales:

T: 38°C, PA: 110/70mmHg, FR: 19x', FC: 72x', SatO2: 96%

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 seg. Tórax y pulmón: murmullo vesicular disminuido en hemitórax superior izquierdo, crépitos en hemitórax superior izquierdo. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: blando, depresible, ruidos normoactivos, no signos peritoneales. Neurológico: orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Se solicita radiografía de tórax: se observa consolidación en ápice de pulmón izquierdo.

Se ingresa al paciente al programa de PCT para recibir tratamiento contra la tuberculosis:

1. Isoniacida 3 tabletas = 300 mg dosis por día
2. Rifampicina 2 cápsulas= 600 mg dosis por día
3. Pirazinamida 3 tabletas = 1500 mg dosis por día
4. Etambutol 3 tabletas = 1200 mg dosis por día

Este esquema fue dado por 2 meses y la toma de medicamentos es diaria.

Luego se continuará con la segunda fase del tratamiento.

1.4 PEDIATRÍA

CASO CLÍNICO N°1:

Paciente varón de 4 meses de edad es traído por madre a emergencia el 01/04/2021 a las 10:00 con un tiempo de enfermedad de dos días por presentar dificultad respiratoria. Madre refiere que menor desde hace dos días presenta tos por lo que lo lleva a la posta donde le indican amoxicilina e ibuprofeno, madre refiere que hace un día la tos se tornó persistente y nota que respira de forma rápida, nota alza térmica cuantificada en 38°C y además

refiere vómitos en dos oportunidades. Madre niega antecedentes patológicos y quirúrgicos, niega reacciones adversas por medicamentos y niega contactos con personas con COVID-19.

Funciones vitales: T= 37.7°C, FR= 68 rpm, FC= 150 lpm, SatO₂= 93-94%

Peso: 9kg

Al examen físico:

Piel: normotérmico, normocrómico, llenado capilar menor a dos segundos.

Mucosa oral semihúmeda.

Ap. Resp: Taquipnea, tirajes subcostal e intercostal, pasaje de murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, subcrépitos y sibilantes a la inspiración y espiración difusos en ambos hemitórax.

Ap. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Globuloso, RHA +, blando, depresible.

Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos.

Ingresa a la emergencia con diagnóstico de:

1. Síndrome obstructivo bronquial: Bronquiolitis
2. D/C NAC
3. D/C Atelectasia
4. D/C COVID-19

Plan:

1. NPO por 2 horas luego lactancia materna a tolerancia
2. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc} 40 gotas EV en 6 horas
3. O₂ húmedo para mantener SatO₂ ≥ 94%
4. Paracetamol 100mg/ml 27 gotas VO condicional a T ≥ 38°C
5. Cabecera elevada a 30°
6. CFV + OSA
7. Pasa a observación
8. Se solicita Hemograma, PCR, Rx tórax y prueba molecular para SARS-COV2

A las 11:00 horas se recibe radiografía donde se evidencia horizontalización de costillas, signo de atrapamiento aéreo, refuerzo parahiliar bilateral, a predominio derecho.

Se recibe hemograma y PCR a las 14:00 horas:

leucocitos: 11.00, hb: 12, plaquetas: 379 000, neutrófilos segmentados: 63%, abastionados: 0%. Se evidencia leve leucocitosis sin desviación a la izquierda.

PCR: 1.84

Reevaluación a las 19:00 horas

Madre refiere que su hijo se encuentra menos agitado, se presentó subfebril 37.8°C hace 4 horas, tolera lactancia, no vómitos. Al examen: Paciente ventila con apoyo de CBN a 2L. Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, subcrépitos difusos, sibilantes espiratorios e inspiratorios, tiraje subcostal e intercostal leve. Paciente activo, reactivo a estímulos.

Funciones vitales: FC= 131 lpm, FR= 46 rpm, SatO₂= 93% (FiO₂: 21%) 98% (FiO₂: 28%)

Diagnóstico:

1. Bronquiolitis aguda
2. D/C Covid-19

Plan: Se decide hospitalizarlo

1. Lactancia materna fraccionada y supervisada
2. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc} 25 gotas EV
3. Salbutamol 6 puff cada 2 horas
4. Paracetamol 100mg/ml 27 gotas condicional a temperatura \geq a 38°C
5. O₂ húmedo para mantener sat O₂ \geq 94%
6. Cabecera elevada a 30°
7. CFV + OSA

Evolución 1° día de hospitalización:

Madre refiere que su menor se encuentra más tranquilo, tos poco exigente. Al examen físico no se auscultaron ruidos agregados. Resto del examen normal.

Funciones vitales: T: 37°C, FC: 120 lpm, FR: 36 rpm, SatO₂: 95% (FiO₂ 21%)

Dx: SOB: Bronquiolitis aguda y a descartar COVID-19.

Tratamiento:

1. LM fraccionada y supervisada
2. Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc} 10 gotas x minuto
3. Salbutamol inh 4 puff cada 2 horas
4. O2 húmedo por CBN si SatO2 \leq 92%
5. Paracetamol 100mg/1ml: 27 gotas y medios físicos si T \geq 38°C
6. CFV + OSA

Evolución 2° día de hospitalización:

Madre refiere que menor presentó alza térmica cuantificada en 37.8°C el día de ayer a las 18:00 aprox. por lo que se le dio paracetamol y se le aplicó medios físicos para bajar la temperatura. Al examen físico leve tiraje intercostal y subcostal, se auscultaron subcrépitos en medio inferior de ambos hemitórax y escasos sibilantes espiratorios.

Funciones vitales:

T: 36.4°C, FC: 130 lpm, FR: 40 rpm, SatO2: 97% (FiO2 24%) 93% (FiO2 21%)

Dx: SOB: Bronquiolitis aguda y D/C infección por Sars Cov-2

Tratamiento:

1. LM fraccionada y supervisada
2. Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc} 10 gotas x minuto
3. Salbutamol inh 4 puff cada 2 horas
4. O2 húmedo por CBN para mantener SatO2 \geq 94%
5. Paracetamol 100mg/1ml: 27 gotas y medios físicos si T \geq 38°C
6. CFV + OSA

Evolución 3° día de hospitalización:

Madre refiere que paciente no presentó interurrencias, estuvo recibiendo apoyo oxigenatorio. Niega SAT. Enfermería no reporta interurrencias. Al examen físico: MV pasa en AHT, no tirajes, se auscultan leves subcrépitos en base de hemitórax derecho. Resto del examen sin alteraciones.

Funciones vitales:

T: 36.7°C, FC: 135 lpm, FR: 45 rpm, SatO2: 98% (FiO2 24%) 95% (FiO2 21%)

Diagnóstico: SOB: Bronquiolitis y D/C infección por Sars-Cov2

Tratamiento:

1. LM fraccionada y supervisada
2. Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc} 10 gotas x minuto
3. Salbutamol inh 4 puff cada 2 horas
4. O2 húmedo por CBN para mantener $\text{SatO}_2 \leq 92\%$
5. Paracetamol 100mg/1ml: 27 gotas y medios físicos si $T \geq 38^\circ\text{C}$
6. CFV + OSA

Evolución 4º día de hospitalización:

Madre refiere que su menor se encuentra mejor, más activo, enfermería no reporta interurrencias. Al examen paciente sin apoyo oxigenatorio, reactivo a estímulos.

MV pasa en AHT, se auscultan leves subcrépitos en base de hemitórax derecho, no tirajes. Resto del examen sin alteraciones. Se recibe resultado de prueba molecular para Sars-Cov2: Negativo

Funciones vitales:

T: 36.5°C , FC: 133 LPM, FR: 40 rpm, SatO_2 : 96% (FiO_2 21%)

Diagnóstico: SOB: Bronquiolitis

Tratamiento

1. LM fraccionada y supervisada
2. Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 20cc + KCl 20% 10cc} 10 gotas x minuto
3. Salbutamol inh 4 puff cada 2 horas
4. O2 húmedo por CBN para mantener $\text{SatO}_2 \leq 92\%$
5. Paracetamol 100mg/1ml: 27 gotas y medios físicos si $T \geq 38^\circ\text{C}$
6. CFV + OSA

Evolución 5º día de hospitalización:

Madre refiere que no hubo interurrencias con su menor hijo. Recibe leche materna. Enfermería no reporta interurrencias. Al examen paciente sin apoyo oxigenatorio, afebril, reactivo a estímulos MV pasa en AHT, no se auscultan ruidos agregados. Resto del examen sin alteraciones.

Funciones vitales:

T: 37°C, FC: 136 lpm, FR: 42 rpm, SatO2: 96% (FiO2 21%)

Diagnóstico: Bronquiolitis en remisión

Tratamiento

1. Lactancia materna a demanda
2. Alta médica con indicaciones de medidas higiénicas

CASO CLÍNICO N°2:

Paciente varón de 10 años es traído por padre a la emergencia el día 10/04/2021 a las 16:00 con tiempo de enfermedad de un día por presentar dolor abdominal tipo opresivo difuso con intensidad 4/10. Además, refiere disminución de apetito. Niega náuseas, vómitos, diarrea y sensación de alza térmica. Antecedente de estreñimiento.

Funciones vitales: T= 37°C, FR= 20 rpm, FC= 95 lpm, SatO2= 98%

Peso: 27.8 kg

Al examen físico: Abdomen: Distendido, RHA incrementados, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Resto de examen físico normal.

Plan:

- Se solicita radiografía simple de abdomen de pie.

Se recibe radiografía a las 16:25 y se evidencia material fecal en marco colónico y ausencia de niveles hidroaéreos. Se plante el diagnóstico: Impactación fecal. Por lo que se indica enema pediátrico 139mg vía rectal STAT.

Se reevalúa a las 17:20 horas, paciente refiere haber hecho deposiciones y haber disminuido el dolor, por lo que se indica alta médica con indicaciones higiénico-dietéticas.

CASO CLÍNICO N°3:

RN de sexo masculino por parto eutócico el día 06/04/21 a las 17:50. Peso al nacer: 3450g, talla: 48cm, perímetro cefálico: 35cm, perímetro torácico: 34 cm. Apgar: 8 (1') 8 (5') Edad gestacional según Capurro: 37ss

Antecedentes maternos: 26 años, G1P000, GyF: A+, CPN: 5.

Durante el trabajo de parto paciente no fue muy colaboradora con los pujos.

Al examen físico:

Cráneo y fontanelas: Marcado amoldamiento, tumoración difusa depresible biparietal.

Clavículas: Irregularidad a la palpación de clavícula izquierda a nivel de tercio medio. Reflejo de moro asimétrico. Resto del examen sin alteraciones.

Diagnósticos:

1. RN AT 37ss masculino AEG
2. RN por parto eutócico
3. Traumatismo obstétrico: Caput succedaneum + Fractura de clavícula izquierda
4. NPI por CPN insuficiente

Terapéutica:

1. Lactancia materna directa
2. OSA
3. CFV
4. Pasa a alojamiento conjunto
5. Se solicita hemograma, grupo sanguíneo y factor, radiografía de clavícula izquierda e interconsulta a traumatología.

Evolución (07/04/21):

RN afebril, con buena tolerancia oral, no ictericia, reactivo a estímulos. Se palpa en cabeza tumoración depresible en zona parietal. Traumatología sugiere tratamiento conservador con inmovilización de miembro superior izquierda por 2 semanas. Luego control por consultorio externo (teleconsulta).

Resultado de hemograma sin alteraciones. Grupo y factor de RN: O+

Terapéutica:

1. Lactancia materna exclusiva
2. CFV + OSA
3. Inmovilización de miembro superior izquierdo.

Evolución (08/04/21)

RN de 1día y 14horas de vida tolerando leche materna, sin signos de alarma.

Diagnósticos:

1. RN AT por parto eutócico
2. Fractura de clavícula tercio medio izquierda
3. Caput succedaneum

Terapéutica:

1. Lactancia materna
2. Alta médica con indicaciones (inmovilización de miembro superior izquierdo por dos semanas)
3. Control por teleconsulta en 2 semanas.

CASO CLÍNICO N°4:

Paciente mujer de 2 años es traída a la emergencia por madre quien refiere que paciente presentó 6 deposiciones líquidas sin moco ni sangre desde el día de ayer, además, dolor abdominal, niega vómitos, niega sensación de alza térmica. Madre niega que paciente haya bajado de peso.

Funciones vitales: T: 36.8°C, FC: 115 lpm, FR: 28 rpm, SatO2: 99%

Peso: 11.5 kg

Al examen físico: Paciente despierta, ojos normales, mucosa oral húmeda, llenado capilar menor a 2", llanto con lágrimas.

Se plantea diagnóstico:

Diarrea acuosa aguda sin deshidratación.

Plan: Se aplica Plan A

1. Suero pediátrico
2. Sulfato de Zinc jarabe 2 cucharaditas x 10 días

Paciente es dado de alta con indicaciones médicas.

Finalmente podemos concluir que en el internado médico hemos aplicado nuestros conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de la carrera para lograr un juicio crítico propio al momento de diagnosticar y tratar a un paciente valorando el componente biológico, psicológico y social.

Además, en la universidad se nos inculcó la importancia de la prevención y promoción de la salud en la comunidad, punto que fue reforzado en nuestra sede hospitalaria con los distintos programas que ofrecen como: planificación familiar, charlas educativas sobre tuberculosis e infecciones de transmisión sexual y vacunación según etapas de vida.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Sergio E. Bernales se encuentra ubicado a la altura del kilómetro 14 de la Avenida Túpac Amaru, en el distrito de Comas en la provincia Lima. Su población directa es la que reside en los distritos de Carabaylo, Comas e Independencia, con una población total de 1 008 966. La población indirecta son las provincias de Huaral y Canta, las cuales pertenecen a la Región Lima. Además, el hospital es referencia de las poblaciones de las regiones San Martín y Huánuco. El Hospital es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V. Está categorizado como nivel III-I, contando con UPSS especializadas de alta capacidad resolutive. Cuenta con las siguientes especialidades: Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Neurología, Psiquiatría, Geriátría, Reumatología, Cirugía general, Cabeza y cuello, cirugía pediátrica, cirugía plástica y quemados, cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, oncología, traumatología y ortopedia, urología, Gineco-obstetricia, Pediatría, Neonatología, Medicina de rehabilitación, psicología, odontología, Terapia física, ocupacional y de lenguaje, Terapia del dolor, Estrategias sanitarias. El hospital cuenta con 49 consultorios, que ofrecen dos turnos, por la mañana de 08:00 a 14:00 horas y por la tarde desde las 14:00 hasta las 17:00 horas de lunes a sábado. Cuenta con 408 camas de hospitalización. Debido a la pandemia, no se están atendiendo a paciente por consultorios. La atención solo es por emergencia y

solo se están realizando cirugías de urgencias (1). En caso algún paciente necesite atención por un servicio más especializada, se suelen referir a los Institutos especializados como INCOR, INSN, previa coordinación mediante el servicio de referencias (1).

Cada año el hospital ofrecía 80 plazas para los internos de medicina. Los postulantes realizaban un examen y solo los 80 primeros adquirían plaza. El interno de medicina rota por 4 servicios: Cirugía general, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría. Durante el 2020, rotamos por el servicio de cirugía general, pero también pudimos rotar por otras especialidades: Neurocirugía, traumatología, urología, cirugía de tórax y cardiovascular, cirugía plástica y cirugía pediátrica. Rotamos por ese servicio hasta el 16/03/2020, debido a la pandemia. Nuestras actividades las realizábamos en hospitalización y en emergencia de cada servicio. En hospitalización evolucionábamos a cada paciente que teníamos a cargo, aproximadamente cinco pacientes por interno. Teníamos que efectivizar cada examen de laboratorio o examen de radiografía que tenían nuestros pacientes. En emergencia realizábamos la historia clínica de emergencia de cada paciente y dábamos nuestro punto de vista en cuanto al diagnóstico y plan de cada paciente, siempre con la supervisión de nuestros residentes. En nuestro retorno, el día 15/10/2020 la distribución de cada rotación había sido modificado debido a la pandemia. Los internos de medicina estaban restringidos a atender pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19, nuestros horarios también fueron recortados a 150 horas para limitar el grado de exposición al SARS-Cov2. La cantidad de pacientes de cada servicio habían disminuido considerablemente; sin embargo, con nuestra buena disposición y con la ayuda de nuestros tutores y residentes pudimos adquirir cada competencia necesaria para nuestra formación como médicos.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 CIRUGÍA GENERAL

CASO CLÍNICO 1:

La apendicectomía realizada en el paciente fue abierta y no laparoscópica. Según la evidencia la apendicectomía laparoscópica es más recomendada por reducir la probabilidad de complicaciones como infecciones de pared y el ileo post operatorio. Además, es recomendada en pacientes jóvenes y población económicamente activa; ya que, reduce la estancia hospitalaria. Influyen muchos factores al elegir el tipo de apendicectomía: como la experticia del cirujano y su técnica o la disponibilidad de materiales requeridos para cada tipo de cirugía y los costos que puede generar a la institución siendo la cirugía laparoscópica más costosa (2).

En cuanto al uso de antibiótico preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio se ha demostrado que es eficaz previniendo infecciones postoperatorias. Se sugiere como profilaxis 2 gr de cefoxitima preoperatorio; sin embargo, de no contar con este medicamento podemos utilizar una cefalosporina de tercera generación como cefotaxima y vemos que en nuestra sede hospitalaria dan profilaxis con ceftriaxona 2 gr. que es un antibiótico que pertenece a la misma familia y generación (2).

Como medicamentos para la analgesia recomiendan según la escala EVA, desde un dolor leve a fuerte, el uso de AINES. Esto también se aplicó en el manejo postoperatorio de nuestro paciente pues el medicamento usado como analgesia fue el ketoprofeno. Es importante resaltar que la vía preferida para la administración de la analgesia es la vía endovenosa (2).

CASO CLÍNICO 2:

La recomendación es primero utilizar la escala de ASGE para evaluar el riesgo de coledocolitiasis, se dividen en predictores: muy fuertes, fuertes y moderados. Si el paciente presenta 1 predictor muy fuerte o 2 fuertes el riesgo es alto, el resto de los pacientes con algún predictor excepto los muy fuertes tendrán riesgo intermedio y los que no tienen ningún tipo de predictor tendrán riesgo bajo (2).

En el caso de este paciente se solicitó una ecografía donde se pudo observar un colédoco dilatado, por lo cual, se solicitó una colangiografía para poder observar la presencia de cálculos en colédoco y a qué nivel. Además, el perfil hepático obtenido nos muestra un incremento de las bilirrubinas totales a predominio directo y de la enzima de colestasis fosfatasa alcalina y gammaglutamil transpeptidasa (3).

Además, se puede hacer uso de la colangiografía magnética debido a su alta sensibilidad y especificidad para poder detectar cálculos de pequeño y gran tamaño, teniendo ventaja sobre otros métodos diagnósticos porque se puede observar si la obstrucción es proximal o distal. Sin embargo, solo es un método diagnóstico y no de tratamiento (3).

Está recomendado antes de la intervención quirúrgica mediante la exploración de vías biliares, realizar un CPRE (colangiopancreatografía retrógrada) sobre todo en pacientes con un alto riesgo de coledocolitiasis, ya que, mediante CPRE se puede lograr extraer los cálculos en un 85-90% de casos (2) (3). Según la bibliografía la cirugía abierta tiene mejores resultados como manejo definitivo de la coledocolitiasis (3).

Finalmente se decidió por realizar una laparotomía exploratoria + exploración de vías biliares como tratamiento definitivo en este paciente.

CASO CLÍNICO 3:

Lo primero que se tiene que hacer es preguntar el mecanismo por el cual se ha producido la herida y la región afectada. Luego se tiene que observar la herida y evaluar la posibilidad de que necesite sutura.

En caso necesite sutura la herida, se explica al paciente el procedimiento que se va a realizar y las posibles complicaciones.

El procedimiento que se sigue frente a una herida que requiere sutura es la siguiente (4) (5):

1. Alistar todos los materiales que se van a usar para el lavado de la herida y para realizar el procedimiento.
2. Se pregunta al paciente si es alérgico al medicamento que se va a utilizar como anestesia.
3. Colocar al paciente en una posición cómoda para él y para nosotros, la cual, nos permita realizar de manera adecuada el procedimiento.
4. Realizar una buena técnica de asepsia y antisepsia antes de iniciar con la sutura. Como medidas de asepsia, realizar un correcto lavado de manos, colocación de guantes y equipos estériles. En cuanto a medidas de antisepsia, lavar la herida con soluciones como clorhexidina o povidona iodada y con suero fisiológico. Hacer un lavado enérgico removiendo detritus orgánico y cuerpos extraños de la herida. No se recomienda el uso de peróxido de hidrogeno porque solo tiene efecto ante anaerobios (5).
5. Se aplica el anestésico local que en nuestra sede hospitalaria es lidocaína sin epinefrina al 2%.
6. Se procede a cerrar la herida con una sutura en nuestro caso no absorbible Nylon 2/0.
7. Cubrir la herida suturada con una gasa estéril que permita la circulación de aire y la humedad excesiva. Luego se puede cubrir con cinta adhesiva o un vendaje elástico que permita mantener inmovilizada la zona (5).

8. Recoger los materiales usados y dar las indicaciones necesarias al paciente. Las indicaciones generales posterior a la sutura de la herida son: la utilización de un analgésico que en nuestro caso se le recetó ketoprofeno, un antibiótico como dicloxacilina ambos por vía oral y el retiro de puntos en un promedio de 7 a 10 días.

CASO CLÍNICO 4:

En este caso tuvimos a una niña de 3 años que presentó una subluxación del codo más conocido como codo de niñera. En estos casos, la forma en la cual llega el paciente con una fascie dolorosa y con el brazo pegado al cuerpo y el examen físico son fundamentales para llegar a un diagnóstico.

La radiografía no está recomendada, puesto que, no ha demostrado eficacia mostrando el desplazamiento del ligamento anular y se expone al paciente a radiación innecesaria (6).

El manejo definitivo en estos pacientes es la reducción de luxación, consiste en realizar unas maniobras contrarias al mecanismo de lesión por la cual se produjo la luxación del radio (6).

La maniobra inicia con la supinación de la muñeca y extensión del codo seguido de una flexión del codo, sin dejar de mantener el antebrazo en posición supina. Posterior a esta maniobra se sentirá un “click”. Se deja inmovilizado para una mejor recuperación del paciente (6).

Estas maniobras de reducción fueron realizadas en la paciente, logrando reducir la luxación del codo. Además, se inmovilizó la articulación con el uso de un cabestrillo y se mencionó a la madre que debía estar así inmovilizado por 7 días.

3.2 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO 1:

En el aborto incompleto hay una expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos y presencia de sangrado. La guía del Instituto Nacional Materno Perinatal menciona como manejo inicial instalar vía endovenosa con NaCl 9%, solicitar ecografía transvaginal, hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, RPR, prueba de Elisa VIH. En pacientes hemodinámicamente estables y con semana de gestación menor a 12 semanas se realiza la evacuación a través de AMEU, si paciente presenta más de 12 semanas de gestación se recomienda legrado uterino (7).

En el caso clínico, la paciente era tributaria al procedimiento de AMEU, pero al llegar con hemoglobina menor a 7 g/dl se decidió transfundir previo a procedimiento.

Al ser un AMEU ambulatorio se recomienda dar de alta a las 2 horas de observación y dar antibiótico profiláctico (7). Pero, la paciente continuaba con hemoglobina baja, y eso predispone a sepsis, por lo cual decidieron tenerla en observación por más tiempo. Durante la pandemia en el área de observación se está evitando la aglomeración, por lo que deciden hospitalizar a la paciente.

CASO CLÍNICO 2:

Ante una sospecha de desgarro vaginal se procede a realizar revisión del canal del parto. Se revisa con valvas, examinar el cérvix, fondo de saco vaginal, paredes vaginales (8).

El desgarro de 2° grado compromete músculo, por lo tanto, la reparación será por planos. El plano muscular se afronta con catgut crómico 0 o 2/0 con puntos separados. La piel se sutura con puntos separados (8). El tratamiento que recibió la paciente coincide con las recomendaciones de la guía del instituto materno perinatal.

CASO CLÍNICO 3:

La preeclampsia es una patología que aparece a partir de las 20 semanas de gestación, en el caso clínico paciente niega hipertensión como antecedente patológico. Además, por su presión de 180/120 mmHg cumple con el criterio de severidad de preeclampsia.

Dentro de los exámenes auxiliares para apoyar a este diagnóstico son: Hemograma, perfil de coagulación, examen de orina, perfil hepático, creatinina, urea, monitoreo electrónico fetal (9).

A pesar de que los exámenes de laboratorio de la paciente estuvieron sin alteraciones, la paciente presentaba alteraciones visuales y eso se considera como daño neurológico y dolor abdominal, que se considera como daño hepático (9). Por lo tanto, se podría haber considerado como preeclampsia severa con daño de órgano.

En cuanto al manejo de la preeclampsia severa (9), la guía del instituto nacional materno perinatal recomienda:

1. Activar la clave azul:

- Hidratación: Pasar NaCl 9% 1000cc a chorro en 20 minutos, luego se evaluará al paciente si paciente presenta signos de deshidratación se continuará con retos de fluidos.

- Prevención de convulsión: Iniciar por otra vía venosa infusión de SO₄Mg.

- Metildopa 1 g VO cada 12 horas y evaluar presión arterial a los 20 minutos, si presión diastólica es mayor de 110mmHg dar nifedipino 10mg VO.

2. Monitorear reflejo rotuliano, control de diuresis horaria (debe ser mayor de 30 cc/hora, sino se suspende sulfato de magnesio), frecuencia respiratoria (mayor de 14 rpm), frecuencia cardiaca (mayor de 60 lpm), control de SatO₂. Control estricto de funciones vitales en hoja aparte.

Si paciente presenta: depresión del estado de conciencia, disminución de frecuencia respiratoria se debe administrar gluconato de calcio al 10% (1 ampolla EV en un periodo de 10 minutos).

3. Uso de antihipertensivos

- Metildopa 1g VO cada 12 horas apenas se realice el diagnóstico de preeclampsia severa. Si después de 20 minutos paciente sigue con HTa severa administrar nifedipino 10 mg VO y se puede repetir cada 20 minutos, con un máximo de 3 a 5 dosis.

- Culminación del embarazo: Una de las indicaciones es cuando hay síntomas premonitorios de eclampsia como cefalea, tinnitus, escotomas y epigastralgia. En el caso clínico, la paciente desde su ingreso por la emergencia presentaba síntomas premonitorios, por lo tanto, después de haber activado la clave azul, lo correcto hubiese sido culminar con el embarazo; sin embargo, decidieron hospitalizarla y culminar el embarazo aproximadamente 8 horas después de su ingreso.

Después de la cesárea la paciente presentaba presiones menores de 150/110 mmHg por 72 horas. Los exámenes de laboratorio no presentaban alteraciones y la paciente se mantuvo asintomática, por lo que sí era tributaria del alta.

CASO CLÍNICO 4:

El aborto retenido está caracterizado por la retención de un embrión o feto muerto (incluye embarazo anembrionario) en la cavidad uterina o la detención de la progresión de la gestación.

El manejo de aborto retenido comienza pidiendo exámenes de laboratorios completos. En pacientes hemodinámicamente estables con edad gestacional menor o igual a 12 semanas la evacuación uterina es a través de aspiración manual endouterina. Si el orificio cervical está cerrado, como en el caso de la paciente se inicia maduración cervical con Misoprostol 400 mcg STAT vía oral o vaginal y se realiza el AMEU al inicio del sangrado (7).

3.3 MEDICINA INTERNA:

CASO CLÍNICO 1:

Este paciente contaba con una hemoglobina de 12 mg/dL, así que, no necesitó transfusión de paquetes globulares. La evidencia indica que se requiere transfusión cuando el valor de la hemoglobina es menor a 7 mg/dL. En caso un paciente venga con una sospecha de HDA está indicada la endoscopia digestiva alta (EDA), lo primero es calcular el índice de Glasgow-Blatchford y si este es menor a 2 puntos se puede dar de alta al paciente informando la posibilidad de recurrencia. Si el puntaje sale mayor a 2 puntos entonces se debe realizar una endoscopia digestiva alta, lo más pronto posible e incluso si el puntaje es menor a 2 puntos puede realizarse dependiendo del criterio del gastroenterólogo (10). En el caso de este paciente se realizó la endoscopia a pesar de no haber calculado el puntaje del índice de Glasgow-Blatchford, pues el especialista decidió la realización del procedimiento para diagnóstico y tratamiento en caso de ser un sangrado masivo se puede colocar una sonda de Sengstaken-Blakemore.

Previo a la EDA está recomendado dar omeprazol por vía endovenosa 80 mg en bolo y luego 40 mg cada 12 horas o infusión de 8mg/hora, en nuestra sede hospitalaria se realizó lo que se menciona en la evidencia. Sin embargo, según la evidencia la falta de omeprazol no contraindica la realización de la EDA (10). Además, en estos pacientes que tenga la sospecha o ya se confirmó HDA variceal administrar octreotide 0.2 mg/mL IV en bolo de 50 mcg y luego infusión de 50 mcg/hora durante 5 días. En nuestra sede dieron Octreotide pero a una dosis de 0.1 mg/mL pero si se respetó el horario en bolo y luego de infusión. También está recomendado la profilaxis antibiótica por 7 días con ciprofloxacino 200mg IV cada 12 horas o ceftriaxona 1gr IV cada 24 horas, este último de elección en pacientes con cirrosis (10). Este fue el motivo, por el cual, el gastroenterólogo decidió dar profilaxis con ceftriaxona con la dosis indicada según la evidencia.

En cuanto al tratamiento endoscópico, la primera opción es la ligadura con bandas antes que la escleroterapia, este último se puede realizar en caso sea técnicamente difícil colocar las bandas o no se disponga de ellas (10). En nuestro paciente se colocó 3 bandas para el tratamiento de las várices.

CASO CLÍNICO 2:

En este caso, lo primero que se hizo fue calcular el índice de actividad de la enfermedad con la escala SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) y el índice de daño con la escala SLICC/ACR (Systemic Lupus International Collaborating Clinics / American College of Rheumatology), escalas que están recomendadas según la evidencia para tomar decisiones sobre el tratamiento adecuado para cada paciente (11).

Parte de la evaluación inicial incluyen exámenes de rutina como pruebas hematológicas, de función renal, bioquímica e inmunológicas. Estas pruebas fueron tomadas en nuestra paciente encontrando de acuerdo con los resultados un compromiso hematológico y renal.

El examen físico también es importante para calcular la escala SLEDAI, en nuestra paciente se encontró pápulas dolorosas en boca, con lo cual, demuestra un compromiso dermatológico.

Como medidas generales se encuentran: dar apoyo psicológico-social a la paciente, informar y educar a la paciente sobre su enfermedad, planificación familiar y cuidados en la gestación, fototerapia, evitar factores de riesgo para otras comorbilidades e infecciones. Es importante diferencia entre el manejo agudo y crónico del LES, existe evidencia de la eficacia de los antimaláricos en el tratamiento junto con el tratamiento específico dependiendo de las manifestaciones clínicas de cada paciente (11).

Como tratamiento para los síntomas constitucionales se da tratamiento con corticoides a bajas dosis junto con AINES en caso de fiebre y junto con antimaláricos en caso de fatiga (11).

Para las manifestaciones cutáneas existen varias recomendaciones (11):
a) Evitar exposición a la luz ultravioleta y el uso de protector solar (FP >3 SFP)

b) Tratamiento de lesiones cutáneas con corticoides tópicos y sistémico con hidroxiclороquina 200-400 mg/día y corticoides sistémicos.

En el caso de nuestra paciente se dio tratamiento con hidroxiclороquina 400mg ½ tableta lo que nos da una dosis de 200 mg/día y prednisona 40 mg en la mañana 8 am y 20 mg en la tarde 4 pm.

El tratamiento para las manifestaciones renales y hematológicas son con corticoides a dosis alta 1-2 mg/kg/día y luego disminución gradual hasta la dosis mínima que controle las manifestaciones. En nuestra paciente vemos que la dosis usada fue de 60 mg/día distribuido en la mañana y tarde.

Además, vemos que nuestra paciente recibió enalapril 10 mg cada 24 horas, esto debido a que, según evidencia está recomendado el uso de IECA como captopril a dosis de 25-150 mg/día para evitar fenómeno de Raynaud.

CASO CLÍNICO 3:

Según la evidencia ante un paciente diabético descompensado y con crisis hiperglucémica es importante pedir un análisis de gases arteriales porque nos permite conocer el estado acido-base y estado de hidratación para corregir en caso se encuentren alterados (12).

Además, identificar los síntomas y signos de alarma seguido de una toma de la glicemia apoyados de un glucómetro para obtener un valor referencial al instante. También solicitar cuerpos cetónicos en tira reactiva para descartar una cetoacidosis diabética (12).

Nuestro paciente tenía un tratamiento con metformina, pero por un largo periodo de tiempo dejó de consumirla, esto generó una alteración en el control de la glicemia llevando al paciente a una crisis hiperglucémica.

Ante esta descompensación hay que corregir rápidamente con hidratación con NaCl al 9% 500-1000 mL/hora e insulina cristalina-R a dosis de 0,3 UI/kg: 50% (máximo 10UI) EV en bolo y 50% (máximo 10UI) IM o SC a dosis única y controlar glicemia con glucómetro cada 2 horas.¹³ En nuestra sede se dio tratamiento con insulina R a dosis única de 0,1 UI/kg IM, además de la hidratación con NaCl al 9% 1000cc 2 frascos a razón de 30 gotas por minuto.

Finalmente, la glicemia en el paciente se reguló y como el hospital cuenta con un área de tele consulta se sugirió una consulta con un endocrinólogo por videollamada para que pueda modificar su tratamiento y dar las medidas higiénico-dietéticas que tiene que seguir el paciente para no volver a descompensarse.

CASO CLÍNICO 4:

El paciente ingresa con la sintomatología típica de tuberculosis, además de presentar contacto con un paciente diagnosticado de tuberculosis. Se le solicita una radiografía de tórax donde se aprecia foco de Ghon. Adicional a esto se solicitan pruebas de BK en esputo y se inicia tratamiento que Según la NTS #104 (13), el tratamiento de la TBC sensible es:

- 2RHZE / 4R3H3, donde los números que están antes de las siglas indican los meses de duración del tratamiento con esos fármacos. En la primera fase, serían 2 meses de isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E) y en la segunda fase 4 meses de isoniacida y rifampicina. El número que está en el subíndice es el número de días a la semana que se debe recibir el fármaco y su ausencia indica que es diario. Entonces en la primera fase, los 4 medicamentos se dan diario y en la segunda fase son 3 veces por día de los 2 medicamentos. Haciendo un total de 50 dosis en la primera fase y 54 dosis en la segunda fase.

- Las dosis recomendadas de cada medicamento son:

A) Isoniacida: en la primera fase, 5 (4-6) mg/kg y una dosis máxima diaria de 300 mg. En la segunda fase, 10 (8-12) mg/kg y dosis máxima de 900 mg.

B) Rifampicina: las dosis en la primera y segunda fase son iguales, 10 (8-12) mg/kg y dosis máxima de 900mg.

C) Pirazinamida: la dosis en primera fase es de 25 (20-30) mg/kg y dosis máxima de 2000 mg.

D) Etambutol: la dosis en primera fase es de 20 (15-25) mg/kg y una dosis máxima de 1600 mg.

En nuestro paciente se dio tratamiento de acuerdo con la dosis indicada por cada medicamento, pesando el paciente 60 kg se calculó su dosis diaria de isoniacida 300 mg, rifampicina 600 mg, pirazinamida 1500 mg, etambutol 1200 mg para la primera fase de tratamiento.

3.4 PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA:

CASO CLÍNICO 1:

En la bronquiolitis, la clínica comienza con 3 a 5 días de síntomas de vías respiratorias altas, seguido por tos que puede estar acompañado de fiebre, la cual podría agravarse en los próximos días (14). Al examen físico se encuentra al paciente taquipneico, con retracciones subcostales e intercostales, supraclaviculares, sibilancias o estertores. El diagnóstico es clínico, la bronquiolitis es el primer episodio de tos persistente, sibilancias y/o estertores en menores de 2 años. A la auscultación deberá auscultar sibilancias y/o estertores. La radiografía de tórax puede mostrar signos de atrapamiento aéreo. No se recomienda solicitar radiografías de tórax de rutina en bronquiolitis aguda no severa. La radiografía de tórax tiene pobre correlación con la severidad clínica (14).

La guía del MINSA recomienda usar la escala de severidad de bronquiolitis aguda (ESBA) que evalúa: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, sibilantes, saturación de oxígeno y presencia de tirajes. Puntuación mayor de 10 indica mayor probabilidad de ingreso a UCI (14).

Al paciente se le hospitaliza porque cumple con los criterios de hospitalización: tirajes o taquipnea.

La evolución de bronquiolitis aguda sin factores de riesgo resuelve mayormente en 2 a 5 días (14), como en el caso clínico.

El tratamiento en la bronquiolitis aguda no severa consta en (14):

1. Medidas generales y preventivas:

- Limpieza de secreciones de vías respiratorias altas si hay evidencia de dificultad respiratoria.

- Elevación de cabecera.

- Usar el acrónimo FALTAN

FIEBRE: Paracetamol condicional a temperatura mayor de 38°C y medios físicos.

ALIMENTACIÓN: Pedir a la madre que amamante a su hijo con frecuencia. Si inició alimentación complementaria continuar con ésta.

LÍQUIDOS: Aumentar su aporte.

TOS: Evitar antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, descongestionantes, etc.

ALARMA: Acudir al EESS más cercano ante cualquier signo de alarma (dificultad respiratoria, fiebre persistente, no lacta, compromiso de sensorio, si no responde a tratamiento).

NARIZ: Limpieza de ambas fosas nasales si hay secreciones que dificulten la alimentación o sueño.

- Higiene de manos.

2. Oxigenoterapia: Usar si satO₂ menor o igual a 92%, si presenta dificultad respiratoria, cianosis o presencia de quejidos.

3. Nebulización con solución salina al 0.9%: Para así mantener permeable las vías aéreas.

4. Broncodilatadores: Se podría usar si paciente tiene factores de riesgo para asma, realizando una prueba terapéutica y se continúa si presenta mejoría clínica.

El tratamiento que recibió el paciente concuerda con la guía del MINSA, a excepción de la nebulización debido a que en el hospital han tomado como medida por la pandemia no realizar nebulizaciones, ni en emergencia, ni en hospitalización.

Criterios de alta (14):

1. Clínicamente estable.

2. Tolera vía oral

3. SatO2 mayor a 92% sin apoyo oxigenatorio.

El paciente del caso clínico cumplió con los criterios de alta, según la guía del MINSA.

CASO CLÍNICO 2:

Debido al antecedente de estreñimiento, se pensó en una probable impactación fecal o fecaloma, ya que es una de las complicaciones más frecuentes (15). Según un artículo publicado en México (16) y la Asociación Española de Pediatría (15) el diagnóstico de estreñimiento debería ser clínico. Sin embargo, la radiografía simple de abdomen puede ser útil para valorar la presencia de retención fecal y es indispensable en los casos que la exploración física no permita hallar heces retenidas, como en el caso de obesidad o imposibilidad de tacto rectal (15). Según la Asociación Española de Pediatría el tratamiento consta de 4 fases:

1. Educación: Explicar al responsable del paciente y al paciente sobre la fisiología del estreñimiento lo más sencillo posible, el objetivo a seguir según su pediatra, brindar consejos dietéticos y de higiene.

2. Desimpactación: Se usa enemas de fosfatos hipertónicos a dosis de 3-5 ml/kg/12horas. En muchos niños, 1 o 2 enemas suelen ser suficientes. También el uso de polietilenglicol 3350 oral durante 3 días ha demostrado efectividad.

3. Prevención de acumulación de heces: Esto se realiza después de haber confirmado la evacuación rectal. Se les recomienda hábitos dietéticos, como aumento de consumo de fibras como verduras, cereales, frutas, legumbres (garbanzos, lentejas) y tomar abundantes líquidos.

4. Recomendaciones para alcanzar un hábito de defecación en el niño: En un niño mayor se le invitará ir al baño durante 5 a 10 minutos, de 2 a 3 veces al día, preferentemente después de las comidas, para aprovechar el reflejo gastrocólico.

CASO CLÍNICO 3:

Dentro de los traumatismos obstétricos, tenemos a los más frecuentes (17):

1. Caput succedaneum: Es una colección serosanguinolenta subcutánea y extraperióstica. Presenta bordes mal definidos, edema y no respeta suturas. La piel a ese nivel podría presentar equimosis y hematomas (17). Se debe hacer un diagnóstico diferencial con el cefalohematoma que es una hemorragia subperióstica y respeta suturas. La piel no suele verse afectada. En el caso clínico según la evaluación clínica el diagnóstico se orienta a caput succedaneum. El tratamiento es observación suele resolver espontáneamente en pocos días (17).

2. Fractura de clavícula: Es la fractura más frecuente en relación con el parto. Pueden presentar pseudo parálisis del brazo con reflejo de Moro asimétrico. No suelen necesitar tratamiento, se recomienda a los padres cuidado al cambiarle de ropa al neonato, se recomienda empezar por el brazo afectado. También se puede recomendar inmovilización simplemente fijando la manga al pijama (17).

CASO CLÍNICO 4:

Según la guía técnica del MINSA este caso corresponde a una diarrea sin deshidratación. No recomiendan realizar exámenes auxiliares; ya que, la causa más frecuente es viral, a excepción de casos especiales: EDA que esté por más de 7 días, sospecha de bacteriemia, deposiciones con moco y/o sangre, paciente inmunosuprimido, desnutrición moderada o severa, o lactante menor de tres meses (18) (19). En cuanto, al plan de tratamiento le correspondería el Plan A, como aplicaron en el hospital. El cual, consiste básicamente en prevenir la deshidratación (18). El tratamiento debería ser en casa, si el niño no tiene alto riesgo de deshidratación, aumentando la toma de líquidos en mayor proporción que lo habitual, continuar con alimentación, explicar a los padres signos de alarma (irritado, deposiciones líquidas más frecuentes, vómitos a repetición, intensa sed, fiebre, sangre en heces), indicar a los padres cómo evitar futuros

episodios de diarrea (lavado de manos, ingesta de agua segura, detección temprana de deshidratación, asegurar esquema de vacunación), administrar suplemento de Zinc (dosis: 20 mg de zinc elemental al día) (18).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico consta de 4 rotaciones: Cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría.

Comenzamos el internado por el Servicio de cirugía, los residentes nos dieron la bienvenida y junto a los asistentes nos enseñaron el manejo de hospitalización y nuestras actividades que como internos nos correspondía. Las rotaciones dentro del servicio de cirugía general incluían las especialidades de: traumatología, cirugía de tórax y cardiovascular, cirugía plástica, urología, cirugía pediátrica y neurocirugía. Nuestras actividades consistían en evolucionar a nuestros pacientes hospitalizados, presentar e informar la evolución de cada paciente durante la visita médica. La visita médica era pedagógica, cada día aprendíamos y reforzábamos sobre las patologías más relevantes y también de las menos frecuentes. Luego de eso, realizábamos los pendientes de cada paciente, algunos necesitaban referencia a un hospital de mayor complejidad, curaciones de heridas operatorias, cambios de drenes, etc. Nos ayudó a familiarizarnos con las actividades que en un futuro como médicos tendremos que ejecutar. Por la tarde, teníamos clase que estaba dirigido por un residente. La misma dinámica se repetía en las otras especialidades. También, rotamos por el servicio de emergencia de cirugía general, cirugía pediátrica y traumatología. Pudimos desenvolvemos y aplicar todo lo teórico en cada paciente. El día 16/04/2020 nos anunciaron que tendríamos que retornar a nuestras casas debido a la pandemia, no tenían una fecha de retorno para los internos de medicina.

A inicios de octubre se dieron los lineamientos para el retorno de los internos de medicina. Muchos no pudieron retornar a sus hospitales del inicio del

internado, afortunadamente el HNSEB pudo acoger a sus internos y a nuevos internos provenientes de diferentes universidades.

El internado médico en el HNSEB se retomó el día 15/04/2020, pero con otros lineamientos. Nuestro horario fue acortado, la hora de ingreso era a las 7:00 horas y la hora de salida a las 13:00 horas para así disminuir la exposición antes el Sars-Cov2. La duración de cada rotación tendría una duración de 2 meses aproximadamente. Cabe resaltar, que cada interno regresó por voluntad propia y bajo ciertas condiciones como la entrega de equipos de protección por parte del MINSA, sueldo mínimo vital, no exponerse a pacientes con sospecha o diagnosticado con COVID-19. En el HNSEB cumplieron todos los lineamientos.

A nuestro retorno comenzamos por el Servicio de Gineco-obstetricia. Previamente recibimos una charla de bioseguridad, el cual tuvo como duración 4 horas.

A pesar, que había menor número de pacientes debido a la coyuntura, nuestras ganas de aprender y de apoyar continuaban. Nuestras actividades siguieron siendo las mismas: evolucionar a cada paciente, presentar al paciente e informar sobre su evolución durante la visita médica. Las visitas médicas duraban menos tiempo, debido a que no podíamos estar mucho tiempo aglomerados. Sin embargo, por las tardes teníamos reuniones virtuales con nuestros residentes para exponer temas de gineco-obstetricia y aclarar sobre las dudas de las pacientes hospitalizadas. Nos programaban 2 guardias diurnas por mes durante la guardia nosotros realizábamos las historias clínicas de las pacientes y realizábamos el examen clínico bajo la supervisión del residente. Las guardias fueron muy provechosas gracias a nuestros residentes; ya que, siempre estuvieron dispuestos a enseñarnos y guiarnos en cada atención. Pudimos atender partos vaginales, bajo la supervisión de la obstetra de turno y residente de turno. El último día de nuestra rotación, el 15 de diciembre, por el servicio de gineco-obstetricia nuestro residente nos tomó un examen, siendo de mucha ayuda para medir nuestros conocimientos adquiridos durante esta rotación.

Nuestra siguiente rotación fue en el Servicio de Medicina Interna, comenzando el 01 de enero. Rotamos por el servicio de Neumología durante 4 días, gastroenterología durante 4 días, hospitalización de varones durante 14 días y mujeres durante 14 días. Las actividades que desempeñábamos fueron similares a las rotaciones anteriores. Durante esta rotación muchos de nuestros compañeros se contagiaron debido a que durante el mes de febrero el hospital no contaba con pruebas antigénicas y muchos de los pacientes que se hospitalizaron fueron asintomáticos de COVID-19. Se tomaron las medidas necesarias (desinfectaron hospitalización, trasladaron a los pacientes a hospitalización de COVID-19) y pudimos continuar con nuestro internado. Por las tardes participábamos en las reuniones virtuales académicas que realizaban los residentes con los asistentes. Además, los fines de semanas recibíamos las clases brindadas por la universidad. En la emergencia, pudimos aprender las patologías más frecuentes de la emergencia, como síndrome doloroso abdominal, diabetes mellitus descompensada, hemorragia digestiva alta, etc. Pudimos finalizar esta rotación cumpliendo nuestros objetivos personales.

La última rotación fue en el Servicio de pediatría. Rotamos el mes de marzo por neonatología y el mes de abril por pediatría. En neonatología recibíamos a los neonatos nacidos por cesárea y por parto eutócico, realizábamos la atención inmediata del RN. En hospitalización, vimos las patologías más representativas como taquipnea transitoria del RN, sepsis neonatal, ictericia neonatal, etc. En alojamiento conjunto veíamos la evolución de los neonatos y sus criterios de alta.

En el Servicio de pediatría, el número de pacientes disminuyó considerablemente debido a la pandemia. Sin embargo, pudimos aprender las patologías más representativas y la evolución de cada patología, tal como, bronquiolitis, asma, neumonía, etc. Algunos días solo había 4 pacientes hospitalizados, por lo que íbamos a tópico de emergencia de pediatría para apoyar y así adquirir más conocimientos sobre el diagnóstico y la terapéutica de las patologías.

El internado médico 2020-2021 tuvo muchas limitaciones debido a la pandemia, pero gracias a nuestros tutores y residentes pudimos aprovechar cada paciente. Creemos haber adquirido las destrezas requeridas como médico general.

CONCLUSIONES

1. En nuestro trabajo se encontrará una descripción y experiencias del último año de la carrera de medicina humana conocida como internado médico realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en Comas.
2. Mostramos la importancia del internado médico en la formación como profesionales de la salud, cómo afectó la pandemia de Covid-19 en nuestra formación y qué medidas se tomaron para reiniciar el internado.
3. Revisamos los casos más representativos de los servicios de Cirugía general, Ginecología y obstetricia, Medicina Interna y Pediatría que pudimos observar durante el internado médico.
4. Comparamos la bibliografía encontrada sobre cada caso clínico con el manejo que se realizó por los especialistas de cada servicio de rotación de nuestra sede hospitalaria.
5. Detallamos el área donde hemos desempeñado nuestras labores como internos de medicina, además de los servicios y especialistas que cuenta para atender a la población asignada a esta sede hospitalaria.

RECOMENDACIONES

Se debería incrementar la cantidad de equipos de protección personal que brinda el Hospital Sergio E. Bernales a los profesionales de la salud, incluyendo a los internos porque la cantidad que se distribuye entre el personal de salud no es suficiente para cumplir con las demandas de nuestras labores diarias.

Se recomienda continuar con las actividades académicas que se realizan de manera virtual, donde se revisa la bibliografía actualizada para tener las herramientas al momento de manejar a un paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Análisis de la situación de salud. Lima, Perú [online]. 2013. Disponible en:
https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13149/PLAN_13149_2014_2da_parte_ASIS_2013_HNSEB_a.pdf
2. Instituto Mexicano del seguro social. Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Apendicitis Aguda. [Online].;2009. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/049GER.pdf>
3. EsSalud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. [Online].;2018. Disponible en:
http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/bitstream/ESSALUD/66/2/Guia_Colelitiasis_Colecistitis_version_extensa.pdf
4. Universidad Industrial de Santander. Protocolo de suturas. [Online].; 2018. Disponible en:
<https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/UISALUD/prestacionServiciosAsistenciales/Protocolos/TUD.02.pdf>
5. R. Brühl-Day, DVM (Hons), Ch.Dipl. S.A. Surgery. Manejo de heridas. [Online]. Disponible en: <https://www.agrovetmarket.com/investigacion-salud-animal/pdf-download/manejo-de-heridas>

6. Alejandro Hernández Sandí. Tratamiento del codo de niñera en el primer nivel de atención de salud. [Online].; 2017. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v89n1/ped11117.pdf>
7. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2019; 19-27.
8. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2019; 379-381.
9. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2019; 87-97.
10. Jorge Vásquez Quiroga, Alvaro Taype-Rondan, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el seguro social del Perú (EsSalud). [Online].; 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v38n1/a15v38n1.pdf>
11. EsSalud. Guía de práctica clínica de lupus eritematoso sistémico. [Online].; 2011. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia_lupus_eritematoso2011.pdf
12. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [Online].;2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
13. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. [Online].;2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
14. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años [online]. 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
15. De la Torre Mondragón L, Hernández Vez G. Estreñimiento funcional en pediatría. Acta Pediat Mex 2014; 35:411-422.

16. Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica [online]. 2010. Disponible en: <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNP.pdf>
17. Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Neonatología [online]. 2008; 14:126-133. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf
18. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [online]. Perú. 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-Ilg4ky.pdf
19. Instituto Nacional de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años [online]. Lima, Perú. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>