



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES
DURANTE EL INTERNADO ENERO A MARZO DEL 2020 Y DESDE OCTUBRE
2020 A ABRIL 2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
JULIO CESAR MONTERO LOPEZ

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO
BERNALES DURANTE EL INTERNADO ENERO A MARZO DEL
2020 Y DESDE OCTUBRE 2020 A ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JULIO CESAR MONTERO LOPEZ**

**ASESOR
MG. JOSE RODOLFO GARAY URIBE**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: ME. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: MG. Hugo Rojas Olivera

Miembro: ME. Guigliana Ayllón Bulnes

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios y a la Virgen de la Asunción por ser inspiradores y darme fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. A mis padres que me dieron la vida, me brindaron educación, su apoyo, consejos y amor. A mi novia quien me apoyó en todo momento. A todos los Doctores y amigos en quienes siempre encontré apoyo de buena voluntad.

Julio Cesar Montero López

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Jorge y Dora, por ser los principales promotores de mi sueño, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco también a los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión.

INDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Indice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCION	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Caso clínico 1 Medicina	2
1.2 Caso clínico 2 Medicina	3
1.3 Caso clínico 3 Pediatría	5
1.4 Caso clínico 4 Pediatría	6
1.5 Caso clínico 5 Ginecología	6
1.6 Caso clínico 6 Ginecología	7
1.7 Caso clínico 7 Cirugía General	8
1.8 Caso clínico 8 Cirugía General	9
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
FUENTES DE INFORMACION	32

ANEXOS	34
1. Algoritmo para el diagnóstico de Asma en el niño	35
2. Flujograma de decisiones terapéuticas en tuberculosis	36
3. Tabla medicamentos para tuberculosis resistente Norma Técnica de Salud	37
4. Algoritmo de la Preeclampsia sin datos de severidad	38
5. Algoritmo enfermedad hipertensiva del embarazo	39

RESUMEN

El Internado médico es un periodo de suma importancia en donde el estudiante de medicina realiza distintas actividades en un centro hospitalario, aquí se aplican todos los conocimientos impartidos por la universidad durante los años anteriores. Con la guía de tutores, los internos desarrollan habilidades y destrezas dentro del campo laboral mediante actividades asistenciales y administrativas, ganando así la primera experiencia real de la vida como médico. Debido a esta pandemia, el internado se vio afectado interrumpiéndose durante 6 meses, posterior a ello el internado se reinició con nuevos protocolos de bioseguridad bajo un contexto diferente.

Objetivo: Desarrollar las habilidades de los futuros médicos, sin dejar de lado las medidas de bioseguridad, ya que existe una familia detrás de cada interno y la responsabilidad está en cada uno.

Metodología: Dentro del centro hospitalario se deben seguir los protocolos de bioseguridad estrictamente y reforzar medidas ya existentes. adicionalmente se agrega las distintas dificultades que el personal termina enfrentando ya que existe insuficientes recursos humanos, equipo de protección personal, inadecuado horario del personal.

Conclusiones: Al culminar, el interno logra terminar de captar conocimientos puestos en práctica y haber ganado experiencia vivencial de la carrera. Así mismo los internos de medicina también se acoplaron a la nueva situación encontrada tras el retorno a los hospitales, aplicando nuevas medidas de bioseguridad.

Palabras Claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstetricia, Pediatría

ABSTRACT

The Medical Internship is a period of great importance where the medical student performs different activities in a hospital center, here all the knowledge imparted by the university during previous years is applied. With the guidance of tutors, the interns develop skills and abilities within the labor field through assistance and administrative activities, thus gaining the first real experience of life as a doctor. Due to this pandemic, the boarding school was interrupted for 6 months, after which the boarding school was restarted with new biosafety protocols under a different context.

Objective: To develop the skills of future doctors, without neglecting biosafety measures, since there is a family behind each inmate and the responsibility lies with each one.

Methodology: Within the hospital center, biosafety protocols must be strictly followed and existing measures must be reinforced. Additionally, the various difficulties that the staff end up facing are added as there are insufficient human resources, personal protective equipment, and inadequate staff hours.

Conclusions: Upon completion, the intern manages to finish capturing knowledge put into practice and having gained experiential experience of the career. Likewise, the medical interns also adapted to the new situation encountered after returning to the hospitals, applying new biosafety measures.

Key Words: Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetrics gynecology, Pediatrics

INTRODUCCION

El presente Trabajo se realiza con el propósito de enriquecer nuestro desarrollo profesional, en donde prima nuestro ímpetu del cuidado de la vida aplicando de una manera acertada los servicios que los médicos dan, y así garantizar una buena calidad de vida para la persona, familia y comunidad.

Dentro del contenido se incluye la descripción de actividades dentro de los servicios en donde se ha trabajado durante las practicas preprofesionales como internos de medicina de la Universidad San Martin de Porres, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en donde se desarrollaron las practicas.

Se realizaron charlas de inducción previo al inicio del internado, organizadas por el Hospital Sergio Bernales en donde nos dieron a conocer las diversas actividades previas a la incorporación del equipo de personal de salud y así aportar con el bienestar de los pacientes, también actividades académicas organizadas y programadas por cada servicio para poder afianzar conocimientos.

El internado inició el primer día del mes de enero, desarrollándose de manera prevista con el pasar de las semanas, sin embargo, de manera paralela iban apareciendo casos de coronavirus en el país de China, luego de que los casos hayan logrado cruzar varias fronteras, iba naciendo una incertidumbre con el futuro del país y por ende del internado médico, puesto que serían necesarias nuevas medidas sanitarias y el país no se encontraba en condiciones para hacer frente a una nueva pandemia. (5)

Las labores de los internos de medicina se llevaron con normalidad hasta la oficialización de un comunicado de la universidad en el mes de marzo en donde se ordenó la suspensión temporal de las actividades con el fin de salvaguardar la salud, puesto que ya era de conocimiento la difusión de casos en el país, ante la incertidumbre del país, y de los internos de medicina, quienes cada uno ya iba experimentando una experiencia distinta con el virus del covid-19 en sus hogares. Posterior a ello el ministerio de salud conjuntamente con la Aspefam evalúan el retorno de los internos del área de salud con el fin de cerrar brechas de falta de personal de salud y poder culminar el año de prácticas de los internos de diversas áreas de salud, lo cual se llevó a cabo creando lineamientos en los cuales los internos realizarían sus actividades.

La Reanudación del internado estuvo prevista para el mes de octubre y previo a ello el Hospital Sergio Bernales organizó una nueva charla sobre Bioseguridad dentro del hospital respetando las medidas correspondientes, adicional a ello se realizaron pruebas rápidas de covid-19 a todos los internos para no correr riesgos adicionales. De esta manera el internado médico siguió desarrollándose hasta el mes de abril del año 2021 donde culminarían nuestras labores.

Durante ambos periodos se realizaron rotaciones dentro de las áreas de medicina, cirugía, pediatría y ginecología permitiéndonos fortalecer los conocimientos tanto teóricos como prácticos, y ganar experiencia, habilidad y destreza en las actividades realizadas diariamente. El presente trabajo plasma las diversas actividades realizadas en distintas etapas al frente de una pandemia y antes de ella. Y así lograr una sólida educación general que siempre tendrá como propósito satisfacer las necesidades de salud de la población y también lograr las metas de salud Pública, teniendo en cuenta diversos aspectos como tecnología en salud y educación, aspectos legales y éticos de nuestra profesión, habilidades básicas de investigación, capacidad para liderazgo y gestión de salud.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico es una etapa de suma importancia para la carrera de medicina humana, puesto que en este periodo se logran adquirir diferentes capacidades enfocadas en la experiencia con el paciente, en este proceso se afianzan los conocimientos brindados durante los años anteriores en la universidad adicionado a las practicas del bloque clínico y también a mejorar las destrezas dentro del ámbito laboral a donde uno a elegido estar por vocación.

En tal sentido, los internos de medicina cuentan con asesoría y supervisión de coordinadores y tutores en cada servicio en donde se encuentren realizando sus actividades, para de esta manera tener una guía y lograr consolidar los conocimientos con la práctica.

En este periodo el interno de medicina establece una relación médico-paciente en donde se manifiestan las bases morales y éticas inculcadas en la universidad para así de este modo obtener un relato fidedigno del paciente y familiares que ayuden a una estructuración completa de la historia clínica y así poder llegar a establecer los diagnósticos teniendo en cuenta los diversos antecedentes del paciente y factores de riesgo a los cuales pueda estar expuesto.

También debemos tener en cuenta el abordaje de la enfermedad del paciente desde el recibimiento en el área de emergencia, es imprescindible tener un buen enfoque del primer contacto visual, crear un relato conciso en base a lo que el paciente nos manifiesta y luego realizar un examen físico completo para así poder llegar a un diagnóstico preciso; de esta manera cada paciente logra

recibir un abordaje completo, con lo que adicionando su tratamiento, se obtienen resultados positivos y se logra recuperar la salud de los pacientes. Posteriormente dentro de las áreas de hospitalización se realizan evaluaciones continuas para tener un control adecuado de la evaluación de cada paciente, estas evaluaciones comprenden de exámenes físicos, exámenes de laboratorio e imágenes, interconsultas a otras áreas para que de esta manera se lleve a cabo un manejo conjunto acorde a las patologías que presenten los pacientes.

1.1 Caso clínico 1 Medicina

Paciente varón de 50 años de iniciales LL.F.J de ocupación albañil, con un tiempo de enfermedad de 2 semanas con antecedente de tuberculosis desde el mes de enero, refiere que presenta sensación de falta de aire, agitación a medianos esfuerzos. Acude a centro de salud donde le sacan rayos x de tórax, sin embargo, personal del centro no obtiene imágenes y dan de alta al paciente. Posteriormente paciente persiste con sintomatología por lo que decide acudir nuevamente a centro de salud, en donde le entregan la imagen de Rayos x y le indican que vaya a emergencia de este nosocomio. En tópico de medicina se realiza nuevamente una radiografía de tórax donde se evidencia el diagnóstico de Hidro neumotórax, por lo que se realiza interconsulta a cirugía de tórax y Cardiovascular para colocación de drenaje. Posteriormente se hospitaliza en pabellón de neumología para manejo y continuación de tratamiento antituberculosis.

Conducta en el Cuerpo de Guardia:

Se indicaron rayos x de tórax, que mostraron un hidro neumotórax en el lado derecho, por lo que se decidió realizar pleurotomía mínima baja. De igual manera el paciente fue evaluado por neumólogo de guardia, quien sugirió su traslado su posterior hospitalización para manejo.

Al examen físico se encontró lo siguiente:

Tórax y Pulmones: simétrico amplexaciones conservadas, vibraciones vocales conservadas, portador drenaje en tórax lado derecho, percusión timpánica,

Murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho, no ruidos agregados audibles.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad sin soplos, Frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto y presión arterial de 120/70 mmHg.

Exámenes de Laboratorio:

Hemograma:

Leucocitos 11200

Hemoglobina 13

Hematocrito 40%

Plaquetas 380000

síndromes:

Síndrome de dificultad Respiratoria

Impresión Diagnostica:

Tuberculosis Pulmonar en tratamiento

Hidroneumotorax

D/C Derrame pleural

Plan de Trabajo:

Tratamiento antituberculosis

Ketoprofeno 100 mg ev c/ 12 horas

Metamizol 1gr PRN T°> 38°

Monitoreo de drenaje

O2 suplementario si Saturación <92%

1.2 Caso clínico 2 Medicina

Paciente varón de 62 años de ocupación albañil, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y tratamiento de forma irregular con metformina 850 mg por día refiere que estuvo hospitalizado hace 3 meses por presentar pie diabético. también refiere que se realizaba curación de su herida con agua y jabón

diariamente y a la vez se medicaba con ampicilina, sin embargo, la lesión aumentaba de tamaño e iba presentando secreción purulenta maloliente. paciente refiere que tiene dolor de intensidad 8/10 en la lesión del talón derecho y también secreción purulenta maloliente con tejido necrótico y aumento de tamaño del pie derecho. Motivo por el cual acude a emergencia.

Antecedentes patológicos: Diabetes mellitus tipo 2 con tratamiento irregular desde hace 5 años.

Al Examen físico presenta lo siguiente:

Piel y Anexos: Tibia, hidratada, elástica, No ictericia, llenado capilar menor de 2 segundos, No palidez, herida en talón y región plantar del pie derecho de 7 x 3 cm aproximadamente de tamaño, con secreción purulenta maloliente y tejido necrótico, también se aprecia compromiso óseo.

Impresión Diagnóstica:

- 1.- Pie diabético Wagner IV-Texas IIIB
 - 1.1 D/C enfermedad Periférica
- 2.- Diabetes Mellitus tipo 2 con complicaciones tardías
 - 2.1 neuropatía Diabética
 - 2.2 D/C retinopatía Diabética
 - 2.3 D/C nefropatía Diabética
- 3.- Enfermedad Renal Crónica
- 4.- Anemia moderada normocítica normocrómica

Plan de Trabajo:

Dieta blanda hipoglucida

Ciprofloxacino 400 mg ev c/8hrs

Clindamicina 600 mg ev c/8hrs

Omeprazol 40 mg ev c/24hrs

Ketoprofeno 100 mg ev c/8hrs

Insulina R escala móvil

Dextrosa 33% 4 amp PRN HGT<60 mg/dl

HGT 6 am – 10pm

CFV

Exámenes Auxiliares

Leucocitos: 10.6

Hemoglobina 8.6

Hematocritos 26

Plaquetas 410000

Tiempo de protrombina 14.4

INR 1.02

Tiempo de Coagulación 5 minutos

Tiempo de Sangría 2 minutos

Glucosa 148

Creatinina 1.16

1.3 Caso clínico 3 Pediatría

Paciente varón del sexo masculino de 2 años de edad acude al servicio de emergencia traída por su madre quien refiere que menor presenta falta de aire y cambio de coloración de la piel desde hace 30 minutos antes del ingreso. No presenta antecedentes prenatales, perinatales y postnatales.

Dentro de los antecedentes patológicos personales tuvo dermatitis alérgica en tratamiento y un cuadro similar hace un año por haber tenido contacto con pelos de gato.

Dentro de los antecedentes patológicos familiares, padres sufren de rinitis alérgica

Estado general somnoliento, Escala de Glasgow 14/15

Al examen físico:

Boca: cianosis peribucal, paladar duro y rosado pálido.

Tórax: retracciones subcostales marcadas, Sibilancias y mala entrada bilateral de aire en ambos campos pulmonares.

Funciones vitales: saturación 71%

Diagnostico presuntivo:

Crisis asmática

1.4 Caso clínico 4 Pediatría

Paciente sexo femenino de 7 años traída por su madre quien refiere que menor presenta lesiones eritematosas en todo el cuerpo con elevación, edematosas tipo habón desde hace 2 días. Paciente refiere que 3 días atrás salió con la familia al campo y fue picada por mosquitos. Madre refiere que le dio paracetamol en jarabe, sin embargo, cuadro no mejoró. Motivo por el cual acude a emergencia.

No presenta antecedentes patológicos de importancia.

Al examen físico presenta:

Piel y faneras: Se evidencia elevaciones de piel con edema y firme de color rosado, que se blanquea a la vitropresion y provoca prurito. Estas lesiones se distribuyen en todo el cuerpo de manera difusa, son polimorfos y forman placas de tamaño y forma (redondeada, oval, ameboide, circinada). Cada roncha tiene un relieve de 1 mm y levemente aplanada por el centro

Impresión Diagnostica:

Urticaria Aguda

1.5 Caso clínico 5 Ginecología

Paciente 35 años sexo femenino con antecedente de HTA gestacional en embarazo anterior hace 4 años que curso con preeclampsia leve y que fue resuelta en la semana 36 tras inducción de parto. La presión arterial en las semanas siguientes se normalizó, luego de eso la paciente no se realizó ningún control médico.

En la enfermedad actual se encuentra en una gestación de 13 semanas asintomática remitida al servicio por evidenciar en una consulta obstétrica una presión arterial de 145/90 mmHg.

Al examen Físico: Buen estado general, PA en la primera toma de 140/95 mmHg, segunda toma a los 15 minutos después de la primera toma de 135/85

mmHg, Frecuencia cardiaca de 85 lpm. Talla 1,62m , peso 85 Kg, IMC 32,4 Kg/m². Fondo de ojo normal. Sin otros datos relevantes.

En los exámenes de laboratorio presentó:

Hemoglobina: 11,7 d/dl

Hematocrito: 37%

VCM 73 fl

HCM 22 pg

Leucocitos, plaquetas, función renal y electrolitos séricos sin alteraciones.

Sedimento de orina normal

Evolución:

Tras observar la presión arterial en el límite superior de la normalidad se recomendó al paciente una dieta con baja en sal, grasas y ejercicio físico moderado para el control de peso.

También se le indico AAS 100 mg/24 hrs y labetalol 100 mg/12 hrs en caso de que se presente una PA > o igual a 140/90 mmHg.

Diagnostico:

HTA crónica

Obesidad en paciente gestante con antecedente de preeclampsia.

1.6 Caso clínico 6 Ginecología

Paciente 19 años sexo femenino G1 36 semanas acude a emergencia refiriendo presentar desde 1 día anterior al ingreso cefalea en región frontal de moderada intensidad de forma persistente, sin irradiación, de tipo punzante, sin otros signos acompañantes. Refiere movimientos fetales activos, niega actividad uterina al igual que perdida de líquido por la vagina.

En los antecedentes patológicos personales refiere que presento varicela y sarampión durante su niñez. Esquema de vacunación completa. Niega alergias, cirugías. Tabaquismo a razón de 5 cigarrillos diarios.

En los antecedentes patológicos familiares, madre de 45 años con hipertensión arterial de 5 años con tratamiento regular con captopril 1 c/8 hrs y AAS 1 tab diaria, resto de familiares sin antecedentes de importancia.

Paciente refiere menarquia a los 10 años, con ciclos menstruales regulares, con 2 controles prenatales, el ultimo 2 semanas antes del ingreso.

Signos Vitales:

PA: 150/90 mmHg

FC: 80 x' FR: 21 x' T°: 36.7 C

Peso 73 Kg Talla 165 cm

Al examen físico presenta:

Altura uterina 31 cm LCF 140 x'

Cérvix posterior cerrado sin perdidas transvaginales

Exámenes de Laboratorio:

Hemoglobina 12.7 Hematocrito 37

Leucocitos: 8000

Neutrófilos 45% Linfocitos: 30% basófilos: 3%

Plaquetas: 350 000

Glucosa: 81 mg/dl Creatinina: 0.6 mg/dl Sodio: 140

Potasio: 4.2 Cl: 99 Fosfatasa Alcalina 126

TGO: 20 TGP: 35

Examen de orina: leuc 2 – 4 por campo, proteinuria 340 mg/dl en orina 24 hrs.

Diagnostico:

Primigesta de 36 semanas con preeclampsia leve

1.7 Caso clínico 7 Cirugía General

Paciente de 20 años de sexo femenino acude al servicio de emergencia refiriendo que desde 48 horas antes del ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico de leve intensidad, localizado en epigastrio, por lo que se automedica con buscapina compuesta con lo que aparentemente el dolor cede un poco. La

paciente refiere que el cuadro empezó posteriormente a la ingesta de comida alta en grasa. 4 horas posteriores el cuadro se exagera localizándose en fosa iliaca derecha de tipo continuo y con una intensidad de 8/10, también presenta náuseas y alza térmica no cuantificada, por lo que se automedica por segunda vez con buscapina, al persistir el cuadro, acude a emergencia.

Antecedentes patológicos personales: no refiere

Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 13 años, ciclos menstruales irregulares, no refiere vida sexual activa.

Funciones vitales en emergencia:

PA: 94/60 mmHg FC: 88 x' FR: 24 x' T°: 39.6 °C

Peso 60 Kg Talla 158 cm

Paciente intranquila, conjuntivas rosadas

Abdomen: RHA (+), doloroso a la palpación 8/10 a nivel de la fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Obturador (+), Blumberg (+).

Exámenes de Laboratorio:

Leucocitos: 13.48

Neutrófilos: 89.6 Linfocitos: 0.94 Eosinófilos: 0

Hematocrito: 32.9 Hemoglobina: 10.5

Plaquetas: 170 000

Glucosa: 100

Creatinina: 1.2

Urea: 38

Diagnostico:

Apendicitis Aguda GII

1.8 Caso clínico 8 Cirugía General

Paciente varón de 60 años sexo masculino acude a emergencia refiriendo que 24 horas antes del ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad 7/10, localizado en hipocondrio derecho con irradiación al epigastrio,

concomitantemente distensión abdominal, paciente refiere que el dolor no cesa con cambios de postura; adicionalmente refiere sensación de alza termina no cuantificada y nauseas que no llegan al vomito.

Familiar (hija) refiere que nota al paciente color amarillo, y el paciente adiciona que su orina es de color amarillo oscuro. Síntomas aumentan de intensidad, motivo por el cual acude a emergencia.

Antecedentes patológicos personales:

Colelitiasis diagnosticada hace 3 meses

Neumonía hace 2 meses con derrame pleural

Antecedente quirúrgico: toracocentesis hace 2 meses

Funciones Vitales:

PA: 110/70 mmHg FC: 126 x' FR: 26 x' T: 38.5 °C

Examen físico:

Piel y faneras: Temperatura aumentada, diaforesis, escalofríos, ictericia

Tórax: Amplexación torácica conservada, Murmullo vesicular disminuido en bases de ambos campos pulmonares, leve crepitantes.

Abdomen: Abdomen distendido, a la palpación abdomen tenso depresible, doloroso en hipocondrio derecho, y epigastrio 7/10, Murphy (+)

Exámenes de Laboratorio:

Hemoglobina: 11.8

Hematocrito: 34.4

Plaquetas: 56 000

Leucocitos: 4.5

B. directa: 0,7 B. indirecta: 1.10

TGO: 132 TGP: 138

GGT: 72 F.A: 126

HDL: 5.5 LDL: 22

Glucosa: 157 Urea: 65 mg/dl Creatinina: 0.63 mg/dl

Prot. Totales en suero: 6.1 g/dl

Albumina: 6.3g/dl Globulina en suero: 2,7g/dL

Lipasa: 7 U/L Amilasa: 28 U/L

Examen de Orina: 3-5 x campo

Eco Abdominal:

Vesícula Hidropica con un volumen de 250cc al momento del estudio. Paredes discretamente engrosadas, la pared anterior mide 5 mm, sin embargo no se identifican cálculos. Importante dilatación de las vías intra y extrahepáticas. El hepatocolodoco llega a medir 25 mm. En la vía biliar extrahepática se identifica una imagen hiperecogénica de 21 mm, que proyecta sombra acústica en su posterior en posible relación con cálculos que producen obstrucción en la vía biliar.

Páncreas, Bazo, Retroperitoneo y riñones sin alteraciones.

Impresión Diagnostica: Coledocolitiasis

Colangiopancreatografía sin galodinio

Impresión diagnostica: Colecistitis aguda

Coledocolitiasis

Patología hepática tipo cirrosis

Diagnósticos:

Sepsis de origen Biliar

Coledocolitiasis

Colecistitis Aguda

Colangitis

Hidrops vesicular

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales de categoría III - I por la DIRIS Lima Norte se encuentra ubicado en la Av. Túpac Amaru N° 8000 Km. 14.5, en las faldas y explanada de la Huaca de "Los Kollis" perteneciente a la cultura del mismo nombre, Collique - Comas, distrito que se encuentra ubicado en el cono norte de Lima Metropolitana en la provincia y departamento de Lima. El Hospital se encuentra ubicado estratégicamente entre los distritos de Comas y Carabaylo y cercano a otros como Los Olivos, Independencia, San Martín de Porres y Puente Piedra, es el más cercano a la provincia de Canta; también se encuentra cerca a importantes avenidas como la Av. Tupac Amaru, Av. Universitaria, Av. héroes del Cenepa, importantes vías de acceso al hospital que comunican también con la Panamericana Norte. (2)

El Hospital se encuentra organizado en diversos servicios y departamentos de acuerdo al organigrama (Imagen 1) y dentro de las actividades de atención directa y también de soporte obligatorias dentro del establecimiento de salud se tienen: Consulta externa, Hospitalización, Emergencia, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Unidad de cuidados intensivos, Farmacia, Patología clínica, nutrición y Dietética, Medicina de Rehabilitación, anatomía Patológica, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Hemodiálisis, Central de Esterilización, entre otros.

A la fecha el HNSEB viene atendiendo a la demanda poblacional del Cono Norte de Lima dentro de sus diversas necesidades y problemas de Salud, siendo un punto de referencia para los Centros de Salud de menor categoría.

El área en el cual se encuentra ubicado el hospital es de gran influencia y tiene grandes vías de accesibilidad para los distritos del cono norte de Lima, es por ello que siempre ha ido incrementándose la demanda y con necesidades de servicios más complejos. Es por tal motivo que es necesario la construcción de un moderno hospital, ya que cuenta con terreno libre para llevar a cabo dicho proyecto.

imagen 1



Desde la aparición de los primeros casos de covid-19 y su proliferación, el impacto en los países del mundo, y en particular en los países de América del sur es catastrófica y sin precedentes.

En Perú, desde el 15 de marzo del 2020, día en que se declara emergencia nacional por el brote de covid-19, el país ha tenido un sistema sanitario

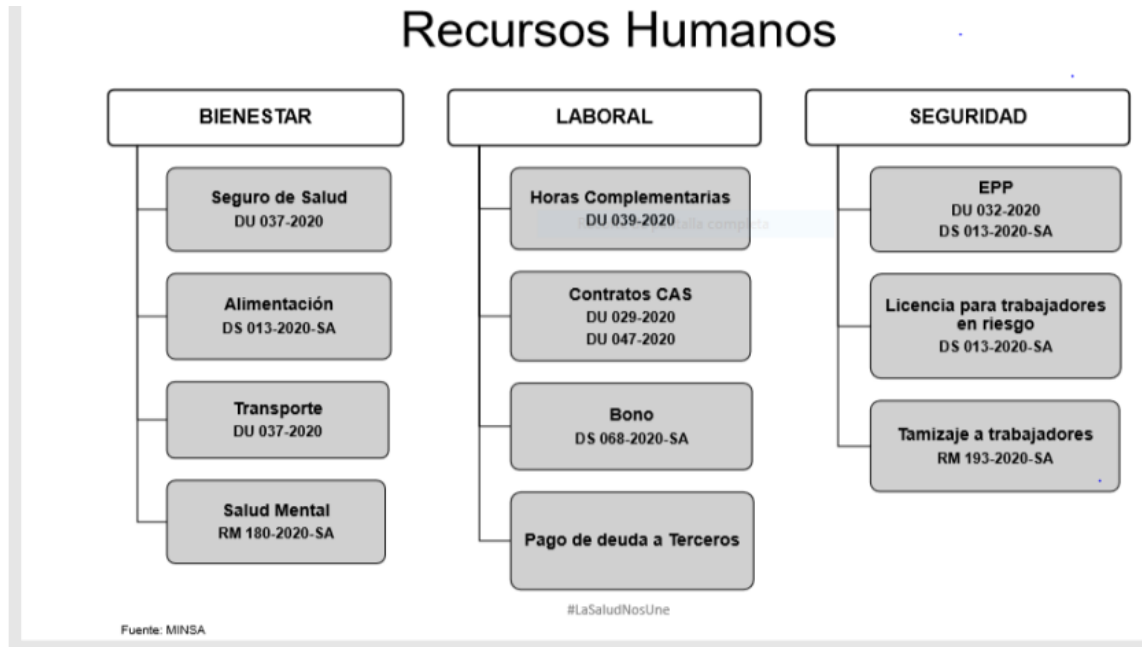
colapsado a pesar de haber hecho esfuerzos para lograr atender a la totalidad de pacientes, sin embargo, no han sido suficientes ya que se superó la capacidad resolutive; han pasado más de 13 meses y actualmente el país se encuentra en una segunda ola que rompe récords en contagios y en muertes diarias.

En el campo sanitario el estado ha implementado diversas medidas estratégicas para fortalecer la atención de salud como:

- Instalación de comandos covid-19 para dirigir las gestiones en todo el territorio nacional constituido por representantes de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud
- Equipos de expertos que le dan seguimiento a las acciones tomadas, ampliación de camas hospitalarias y camas UCI
- Habilitación de nueva infraestructura como villa panamericana como centro de atención y aislamiento contra el covid-19, también hospitales de campaña y refuerzo de infraestructura hospitalaria para lograr una mayor cobertura en los establecimientos de salud.
- Pruebas covid-19 como las moleculares, prueba de antígenos y pruebas serológicas.
- Formación de equipos de respuesta rápida, acompañados de un sistema de monitoreo y seguimiento médico telefónico, los cuales tomaran pruebas y también iniciarán tratamientos y entrega de medicina si amerita el caso.
- Equipamiento de protección personal (EPP)
- Disponibilidad de oxígeno adicionalmente a las 112 instituciones prestadoras de salud que ya cuentan con fuentes de oxígeno, ya que para atender los casos covid-19, éstos representan un consumo adicional de 40% del consumo regular.
- Recursos humanos en salud, ya que representan la primera línea frente a la pandemia; el objetivo es incrementar el número de profesionales y

asistentes de salud para lograr cubrir la atención a la totalidad de la población, algunas medidas se muestran en imagen 2.

imagen 2



Fuente: MINSA. PLAN DE ACCIÓN COVID-19. Fecha: 28 de abril 2020.

Dentro de las competencias comprendidas por los internos de medicina corresponde identificar, aplicar, proponer y juzgar alternativas de solución a los problemas quirúrgicos, gineco-obstétricos, médicos, pediátricos, neonatológicos y éticos considerando la prevención y promoción de la salud (silabo internado)

Para lograr estas competencias, el interno de medicina debe aplicar diferentes capacidades como la aplicación de principios éticos y conceptos básicos de la medicina general para el manejo de las distintas patologías de los pacientes, con respeto y reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención. (15)

Para realizar esto, la universidad mediante los diversos cursos brindados en la malla curricular al estudiante, inculco una variedad de actitudes y valores como:

- Respeto al ser humano, reconociendo sus derechos y deberes
- Búsqueda de la verdad
- Integridad (honestidad, equidad, justicia, solidaridad, y vocación de servicio)
- Compromiso ético en las actividades diarias
- Compromiso de una atención de calidad y búsqueda permanente de la excelencia
- Actitud innovadora y emprendedora
- Compromiso con el desarrollo sostenible del país

En cuanto a las estrategias metodológicas de aprendizaje, en cada servicio de rotación del internado han existido programaciones de clases teóricas a cargo de los tutores de la universidad conjuntamente con médicos asistentes y residentes que fueron presentadas por los internos mediante equipos multimedia, al igual que presentaciones de casos clínicos en un ambiente preparado para cubrir el aforo total del personal. Estas actividades sufrieron un cambio debido a la pandemia en la cual se encuentra el país, sin embargo, continuaron mediante reuniones virtuales, con el mismo procedimiento y desarrollo, como teoría, casos clínicos, discusiones, comentarios, apreciaciones y aportes médicos; todo esto a fin de no perder la continuidad de revisión de información.

Las circunstancias han cambiado de manera radical producto de la pandemia que el país atraviesa, y el trabajo en el hospital no ha sido la excepción, pues existieron cambios para continuar dando un servicio de salud con la misma calidad y paralelamente salvaguardando la seguridad de los trabajadores del nosocomio. Diferentes medidas han sido adoptadas y otras que ya existían por bioseguridad se han reforzado. (1)

El internado médico, que fue suspendido durante los meses de marzo hasta octubre, también sufrió cambios, luego de la aprobación de los lineamientos técnicos para el retorno de los internos de medicina a los hospitales y centros

de salud; éste se fue dando paulatinamente previa prueba covid-19 y charla sobre bioseguridad. Una vez reiniciado el internado, con nuevos protocolos, el personal debía acoplarse a los cambios, como por ejemplo nuevas ubicaciones de las camas de hospitalización ya que por la saturación del área de covid-19, distintos pabellones como cirugía, pediatría y ginecología tuvieron modificaciones y luego de varias reuniones de los jefes de departamentos con el director del hospital, fueron reubicados para dar mayor capacidad a los pacientes infectados por covid-19. (3)

Dentro de las actividades realizadas por los internos existió una incertidumbre acerca de los pacientes que espontáneamente presentaban sintomatología respiratoria, ya que provenían del servicio de emergencia y aun no salía sus resultados de pruebas covid-19, esto presentaba un riesgo latente y permanente dentro del ambiente laboral, tanto para el personal de salud como para otros pacientes que se situaban a escasos metros. Ante la confirmación de un caso positivo, el paciente era aislado en un ambiente distinto y posteriormente derivado al servicio covid-19, el ambiente en el cual se encontraba también era desinfectado, para esto las medidas de bioseguridad fueron de vital importancia. (8)

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Durante el internado médico, se realizaron distintas medidas metodológicas para Diagnóstico y Terapéutica que ayudaron al manejo adecuado de las distintas enfermedades encontradas en las guardias. Es por ello la importancia de rotar en diferentes áreas para estar previstos y saber el actuar en cada circunstancia que pueda presentarse en la vida de un médico.

Ante un paciente pediátrico que acude a emergencia y presenta un cuadro asmático como en el caso N° 3 relatado en el Capítulo I, se deben tener en cuenta preguntas clave para sospechar el diagnóstico. (Tabla 1) (ver Anexo

Tabla 1 GEMA 4.4

¿Ha tenido alguna vez "pitos" en el pecho?

¿Ha tenido tos sobre todo por las noches?

¿Ha tenido tos, "pitos", dificultad al respirar en algunas épocas del año o en contacto con animales, plantas, tabaco o en su trabajo?

¿Ha tenido tos, "pitos", dificultad al respirar después de hacer ejercicio físico moderado o intenso?

¿Ha padecido resfriados que le duran más de 10 días o le "bajan al pecho"?

¿Ha utilizado medicamentos inhalados que le alivian estos síntomas?

¿Tiene usted algún tipo de alergia? ¿Tiene algún familiar con asma o alergia?

Nº1)

También es de vital importancia considerar el grado de importancia para proceder con un manejo, para esto consideramos la guía española para el manejo del asma

Tabla 2 clasificación de gravedad del asma en niños. GEMA 4.4

	Episódica ocasional	Episódica frecuente	Persistente moderada	Persistente grave
Episodios	- De pocas horas o días de duración < de uno cada 10-12/ semanas - Máximo 4-5 crisis/año	- < de uno cada 5-6 semanas - Máximo 6-8 crisis/año	> de uno cada 4-5 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático, con buena tolerancia al ejercicio	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias	-	Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos	-	-	≤ 2 noches por semana	> 2 noches por semana
Medicación de alivio (SABA)	-	-	≤ 3 días por semana	3 días por semana
Función pulmonar				
- FEV ₁	> 80 %	> 80 %	> 70 % - < 80 %	< 70 %
- Variabilidad PEF	< 20 %	< 20 %	> 20 % - < 30 %	> 30 %

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo. SABA: agonista β₂-adrenérgico de acción corta.

Para el tratamiento se debe ajustar de manera secuencial, de tal manera que el paciente este controlado en todo momento. De modo que si no hubiese un control adecuado, el tratamiento debe aumentarse de forma escalonada, teniendo en cuenta siempre las medidas no farmacológicas, la adhesión terapéutica y los factores de riesgo susceptibles que puedan ser modificables.

Dentro del primer escalón se encuentra el uso de SABA inhalados (salbutamol o terbutalina) a demanda con síntomas ocasionales diurnos y leves, y que tienen el asma bien controlada.

En el escaló 2 el tratamiento de elección serán los GCI (beclometasona, budesónida, ciclesonida, fluticasona o mometasona) a dosis bajas y administrado diariamente.

En el tercer escalón estará compuesto por un GCI a dosis bajas con un LABA (salmeterol, formoterol o vilanterol) inhalados ya que ambos pueden administrarse en un mismo dispositivo o por separado.

Para el Cuarto escalón se administra una combinación de un GCI a dosis medias con un LABA.

Dentro del escalón 5 se aumentaran las dosis de GCI hasta una dosis alta en una combinación con un LABA.

El escalón 6 se encuentran los pacientes en donde el asma permanezca mal controlado pesar de utilizar dosis altas de GCI en combinación con un LABA, con o sin otros fármacos para el mantenimiento (ARLT, tiotropio, teofilina, fármacos biológicos). (13)

Tabla 3 Tratamiento de mantenimiento Asma. GEMA 4.4

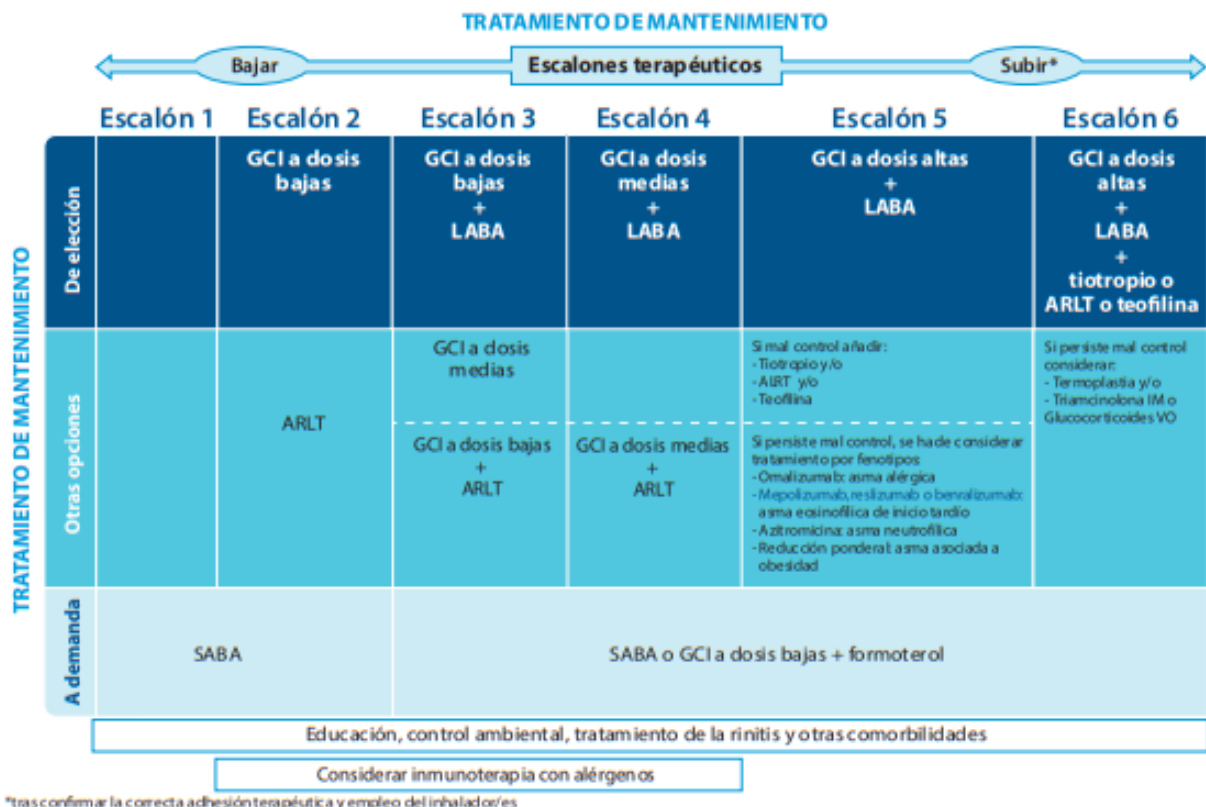


Figura 3.2. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.

ARLT: Antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: Glucocorticoide inhalado, LABA: Agonista β_2 -adrenérgico de acción larga; SABA: Agonista β_2 -adrenérgico de acción corta.

En el paciente con Diagnóstico de Tuberculosis como el caso N° 1 relatado en el capítulo I, se tiene un esquema de tratamiento dirigido especialmente si existe alguna resistencia a los fármacos instaurados en el tratamiento inicial. (Ver anexo N°2) (14) También es necesario tener en cuenta si es un paciente inmunodeprimido con diagnóstico de VIH y las dosis administradas. (Ver anexo N°3)

Tabla 4 Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis MINSA

Tabla 4. Innovaciones para el fortalecimiento del tratamiento de la TB sensible y TB resistente a medicamentos, según Norma Técnica de Salud 104

Tratamiento TB sensible	Tratamiento TB resistente
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de la tercera dosis en la segunda fase (fase de esterilización) del esquema para TB sensible, para reducir las recaídas. • Incorporación de esquemas de tratamiento diarios para pacientes con VIH o compromiso del sistema nervioso central o del sistema osteoarticular. Incorporación en el petitorio nacional de la presentación farmacéutica de los medicamentos de primera línea en dosis fijas combinadas (DFC). • Evaluación con la prueba Genotype MTBDRplus a todos los casos con baciloscopia positiva a partir del segundo mes de tratamiento, para la detección de resistencia. Implementación del cultivo al inicio y término del tratamiento para confirmar la etiología y la curación bacteriológica, respectivamente. • Estandarización de inicio de tratamiento dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de esquemas de tratamiento basados en los perfiles de resistencia inicial a isoniacida y rifampicina. Implementación del esquema 2RLfxEZ/7RLfxE para la TB resistente a INH no MDR • Elaboración de esquemas individualizados a partir de la prueba de sensibilidad convencional a medicamentos de primera y segunda línea. • Implementación del esquema para la TB extensamente resistente (TB-XDR) con medicamentos del anterior quinto grupo de la OMS: linezolid, carbapenems (imipenem o meropenem) con ácido clavulánico y clofazimina, además de la tioridazina. • Implementación del manejo programático de la TB XDR "centrado en el paciente" y no en la disponibilidad de los servicios de salud: hospitalización, tratamiento en domicilio, etc. • Estandarización de inicio de tratamiento hasta 15 días posterior al diagnóstico de cualquier forma de TB resistente.

Tabla 5 Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis MINSA

Tabla 5. Esquemas de tratamiento para tuberculosis sensible en el Perú según Norma Técnica de Salud 104

Personas	Localización	VIH	Esquema de tratamiento		Dosis
			Primera Fase	Segunda Fase	
Menores de 15 años, nuevos o antes tratados	Pulmonar, extrapulmonar o miliar sin compromiso osteoarticular y/o SNC	Negativo	2RHZE	4(RH) ₃ (tres veces por semana: Lu-Mi-Vi o Ma -Ju-Sá)	Primera Fase: R: 15 (10 - 20) mg/kg/día (do máx: 600 mg) H: 10 (10 - 15) mg/kg/día (do máx: 300 mg) Z: 35 (30 - 40) mg/kg/día (do máx: 1500 mg) E: 20 (15 - 25) mg/kg/día (do máx: 300 mg)
		Positivo	2RHZE	7RH (diario)	Segunda Fase: Tres veces por semana: R: 15 (10 - 20) mg/kg/día (do máx: 600 mg) H: 10 (10 - 20) mg/kg/día (do máx: 900 mg)
	Extra-pulmonar y miliar con compromiso osteoarticular y/o del SNC	Negativo o Positivo	2RHZE	10RH (diario)	Diario: R: 15 (10 - 20) mg/kg/día (do máx: 600 mg) H: 10 (10 - 15) mg/kg/día (do máx: 300 mg)
De 15 a más años, nuevos o antes tratados	Pulmonar, miliar y extra-pulmonar sin compromiso osteoarticular y/o del SNC	Negativo	2RHZE	4(RH) ₃ (tres veces por semana: Lu-Mi Vi o Ma- Ju-Sá)	Primera Fase: R: 10 (8 - 12) mg/kg/día (do máx: 600 mg) H: 5 (4 - 6) mg/kg/día (do máx: 300 mg) Z: 25 (20 - 30) mg/kg/día (do máx: 2000 mg) E: 20 (15 - 25) mg/kg/día (do máx: 1600 mg)
		Positivo	2RHZE	7RH (diario)	Segunda Fase: Tres veces por semana: R: 10 (8 - 12) mg/kg/día (do máx: 600 mg) H: 10 (8 - 12) mg/kg/día (do máx: 900 mg)
	Extra-pulmonar y miliar con compromiso osteoarticular y/o del SNC	Negativo o Positivo	2RHZE	10RH (diario)	Diario: R: 10 (8 - 12) mg/kg/día (do máx: 600 mg) H: 5 (4 - 6) mg/kg/día (do máx: 300 mg)

R: rifampicina, H: isoniacida, Z: pirazinamida y E: etambutol
SNC: Sistema nerviosos central, do máx: dosis máxima

En los casos donde se presenten pacientes presentando presión arterial elevada, pueden complicarse hacia una Preeclampsia, es por ello que se debe tener conocimientos fijos para lograr un diagnostico oportuno para un adecuado manejo. (Ver anexo N°4)

Tabla 6 Criterios para Diagnostico de Preeclampsia. Obstetricia. Williams 25 edición

Cuadro 2. Criterios para el diagnóstico de La preeclampsia

Presión sanguínea

- ⌚ La presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más o presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más en dos ocasiones por lo menos 4 horas de diferencia después de 20 semanas de gestación en una mujer con una presión arterial previamente normal
- ⌚ La presión arterial sistólica de 160 mm Hg o más o presión arterial diastólica de 110 mm Hg o más. (Hipertensión severa puede ser confirmada dentro de un corto intervalo de tiempo (minutos) para facilitar la terapia antihipertensiva oportuna). y

proteinuria

• 300 mg o de recogida de orina más por 24 horas (o esta cantidad extrapolada a partir de una colección temporizada) o

• relación proteína / creatinina de 0,3 mg / dL o más, o

• la lectura de la varilla de medición 2+ (usado sólo si otra can- métodos cuanti- no está disponible) o en ausencia de proteinuria,

hiper nueva aparición

tensión con la nueva aparición de cualquiera de los siguientes:

• Trombocitopenia: Recuento de plaquetas menos que **100.000 $\times 10^9/L$**

• Insuficiencia renal: creatinina en suero concen- traciones mayor que 1,1 mg / dL o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal

• Insuficiencia hepática: Elevado concen- sangre traciones de transaminasas hepáticas a dos veces la concentración normal de

• Edema pulmonar

segundo cefalea de reciente comienzo que no responde a Medi-cación y no se explica por otros diagnósticos o síntomas visuales

También es importante tener en cuenta las características de severidad para evitar daños secundarios a los órganos vitales. Durante el internado medico en la rotación de Ginecología, se observó con frecuencia estas complicaciones en donde fue necesario un manejo rápido para evitar daños a la madre como para el feto. (Ver anexo N°5)

Tabla 7 criterios de severidad. Obstetricia. Williams 25 edición

Cuadro 3. Características severas	
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ La presión arterial sistólica de 160 mm Hg o más, o presión arterial diastólica de 110 mm Hg o más en dos ocasiones por lo menos 4 horas de diferencia (a menos que la terapia antihipertensiva se inicia antes de este tiempo) 	
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Trombocitopenia (recuento de plaquetas menos que 100.000 $\times 10^9/L$) 	
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ función hepática alterada como se indica por anormalmente concentraciones elevadas en sangre de enzimas hepáticas (a dos veces la concentración normal límite superior), y severa cuadrante superior derecho persistente o dolor epigástrico que no responden a la medicación y no explicada por diagnósticos alternativos 	
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Insuficiencia renal (creatinina en suero concentración más de 1,1 mg / dl o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal) 	
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Edema pulmonar 	
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Nueva aparición dolor de cabeza que no responde a la medicación y no explicada por otros diagnósticos 	
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Alteraciones visuales 	

Para Realizar el tratamiento de Preeclampsia se seguían los protocolos internacionales basados en evidencia. (14)

Tabla 8. Pregnancy hypertension: International journal of women's cardiovascular health

Antihipertensivos para HT severa					
Agente	Dosis	Inicio acción	Pico	Duración	Comentarios
Labetalol	20mg IV, repita 20 – 80 mg cada 30min ó infusión de 1-2mg/min. Máximo 300mg	5 mins	30 mins	4 horas	Precaución en asma y falla cardíaca. Puede causar bradicardia fetal
Nifedipino	5 – 10 mg VO cada 30 mins	5 – 10 mins	30 mins	6 horas	Tener cuidado con las presentaciones de corta y larga acción
Hidralazina	5mg IV, repita 5 – 10 mg cada 30 mins ó 0.5 – 10mg/hora. Máximo 20 mg IV	5 mins	30 mins	Mayor riesgo de hipotensión materna	

Tabla 9. Pregnancy hypertension: International journal of women's cardiovascular health

Antihipertensivos para HT no severa		
Agente	Dosis	Comentarios
Metildopa	250 – 500mg 2-4veces al día máx 2 gramos/día	No hay evidencia que soporte uso de dosis mayor
Labetalol	100 – 400mg 2-4veces al día máx 1200mg/día	Algunos expertos recomiendan dosis de inicio de 200mg cada 12 horas
Nifedipino XL	20-60mg/día máx 120mg/día	Presentación de liberación prolongada

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante el internado se evidenció el contraste de las situaciones prepandemia y durante ésta en el hospital. Se aplicaron distintas medidas con el objetivo de continuar brindando atención a la población en diversas especialidades, como la instalación de nuevos ambientes para atender a los pacientes infectados con el virus, tele consultas tanto entre el médico y los pacientes, como para las consultas que empleaba el personal de salud con el médico, ya que el personal el trabajo con factores de riesgo fueron aislados para realizar este tipo de trabajo remoto desde un ambiente sin exposición al contagio.(10)

Esta nueva enfermedad ha demostrado que el sistema sanitario del Perú se encontraba en una situación precaria, con hospitales de mucha antigüedad, falta de laboratorios y así mismo de sus insumos, falta de materiales para los procedimientos que se realizan de manera diaria a los pacientes, camas hospitalarias y camas de los servicios de UCI, ventiladores, especialistas. (4)

Por otro lado, también se vio una población abandonada que anteriormente recibía atención mediante los servicios de consulta externa de diversas especialidades, ya que, a partir de la pandemia, estos fueron restringidos para evitar el riesgo de contagio. Ante esta preocupación, el hospital dispuso brindar las tele consultas para no dejar a ciertos grupos poblacionales.

Durante las actividades realizadas en el centro hospitalario, ha habido distintas dificultades como la falta de personal médico especialista para realizar consultas sobre los pacientes hospitalizados, de emergencia, procedimientos y

así lograr ayudar en el enfoque de la enfermedad del paciente, también para riesgos quirúrgicos, en donde en algunas ocasiones el personal no se da abasto para responder todas de manera oportuna, retrasando así procedimientos de los cuales los pacientes requieren. El personal médico asistente con especialidad y que realizaba trabajo remoto por presentar factores de riesgo para el covid-19 respondía interconsultas mediante una variedad de sistemas de comunicación como llamadas, videollamadas, mensajes, envíos de documentos virtuales como interconsultas para que sean respondidas y no se prolongue el plan terapéutico instalado. (14)

Otra medida frente a la escasez de especialistas en medicina crítica y terapia intensiva fue la de instaurar cursos de capacitación rápidos o en de manera virtual a médicos de otras especialidades o sin especialidad para complementar así este déficit. (14)

Otra dificultad consecuencia de la pandemia en la que estaba en el país fue la de haber un aumento del número de atención que requería la población por el servicio de emergencia, aquí fue de vital importancia un triaje medico adecuado para distinguir pacientes covid-19 y que estos fuesen derivados a un área especial ya prevista; sin embargo, hubo un dilema ético de los médicos que realizaban las atenciones al momento de tamizar, atender o priorizar en un contexto de escasez, como en casos donde los ventiladores estaban saturados con otros pacientes. Todas estas circunstancias son las que los médicos deben manejar de acuerdo con las bases éticas. (14)

En el departamento de Pediatría luego de varias reuniones con otras autoridades del hospital fue reubicado y pasó a ocupar la mitad del servicio de gineco-Obstetricia ya que el área inicial de pediatría fue acondicionada para atender pacientes covid-19, todo esto se fue dando ante el incremento continuo de pacientes covid-19 al iniciar la segunda ola. De igual manera el área de emergencia pediátrica fue reubicada a donde estaban establecidos anteriormente los consultorios externos, y su ingreso cambio y fue por la entrada principal. Ante el riesgo de la segunda ola de la pandemia, se realizaron

estos cambios procurando disminuir los riesgos de contagio a los menores de edad.

El servicio de Gineco-Obstetricia también sufrió cambios en sus instalaciones, tuvo una restricción en el pabellón para que lo pase a ocupar el servicio de Pediatría, todas estas acciones respetando la autonomía de cada servicio. Adicionalmente también se destinó a uno de sus ambientes para atender a pacientes hospitalizadas cuyo resultado de pruebas covid-19 fueron positivas y se encontraban en fase activa de la enfermedad. En cuanto al área de emergencia hubo una modificación en su puerta de ingreso hacia un area donde existía mayor ventilación y mayor espacio en el exterior para los familiares a esperas de nuevas indicaciones sobre los pacientes.

El Servicio de Cirugía General tuvo también áreas dentro de su servicio que fueron destinadas a los pacientes covid-19, por tal motivo los pacientes de hospitalización del área ocuparon camas del servicio de Traumatología, también hubo una restricción para el paso de pacientes de hospitalización a sala de operaciones a donde contaban con un acceso directo. Dentro del servicio de emergencia dieron mayor cavidad a los pacientes de medicina, por lo que el tópico de cirugía ocupo un espacio menor junto al tópico de Traumatología y Urología. Cada paciente que requería una intervención quirúrgica por la patología que presentaba una vez ingresado al tópico de cirugía, debería realizarse una prueba covid-19 para realizar coordinaciones con el servicio de Anestesiología en Sala de Operaciones y así poder evitar el contagio con el personal y la contaminación de los ambientes estériles de esta área. Dentro del servicio de Anestesiología, en el centro quirúrgico, fue necesario el acondicionamiento de una de sus salas de operaciones dirigida a pacientes covid-19.

El servicio de Medicina recibió durante la pandemia la mayor parte de pacientes, ya que se incluyen pacientes con sintomatología respiratoria,

cardiaca, y otras especialidades. Para ello su tópico de emergencia se instaló en un área distinta, albergando así mayor número de pacientes. En el pabellón de Medicina se han hospitalizado a pacientes con patologías complejas y que requerían con urgencia tratamiento médico, ya que durante varios meses muchos pacientes no continuaron con sus tratamientos o no han podido acudir al hospital para sus citas regulares debido a la pandemia y al temor existente en la población para no contagiarse; en estos pacientes lamentablemente sus enfermedades han seguido desarrollándose y debido al mal manejo se han presentado complicaciones donde las personas deben ir al hospital para la estabilización y tratamiento adecuado.

El Hospital Nacional Sergio Bernales ante la pandemia tuvo que implementar diferentes medidas para lograr una atención que abarque la mayor cantidad de los pacientes que acudan a sus servicios. Por la seguridad, bienestar y calidad de atención de los pacientes, todos los servicios sufrieron cambios, ya sean en infraestructura, como en su personal y organización en general. Independientemente de esto, en cada servicio se respetaron los protocolos de bioseguridad establecidos por el Ministerio de Salud y ante la aparición de pacientes con resultados positivos se procedió al aislamiento, derivación al área respectiva y posterior desinfección del área en donde se ubicaba el paciente.

(3)

CONCLUSIONES

- El internado realizado en el Hospital Nacional Sergio Bernales, le brindo a los internos la oportunidad de poder desarrollar habilidades, destrezas y experiencia para realizar en el futuro labores asistenciales y administrativas, es así como se logran los objetivos trazados.
- Todo el desarrollo de las actividades realizadas en el hospital tuvo un aporte importante de los tutores, médicos asistenciales, residentes, así como también personal de otras áreas, ya que mostraron su voluntad de ayudar y enseñar diversas tareas administrativas.
- El personal asistencial de médicos en cada servicio no fue suficiente para realizar tareas en distintas áreas, motivo por el cual los internos de medicina apoyaron horas adicionales fuera del horario establecido por el Ministerio de Salud.

RECOMENDACIONES

- A raíz de la Carga laboral del personal de salud del hospital, se debe realizar evaluaciones continuas al personal, ya que están expuestos a diversos factores de riesgo, de esta manera se podrán identificar tempranamente casos preclínicos de depresión, ansiedad, migraña y dificultades para brindar servicio médico asistencial en el hospital.
- Continuar con la fomentación de una buena calidad de vida laboral, desarrollando redes de comunicación, una correcta organización de horarios de trabajo para poder cubrir las labores que tiene cada cargo.
- Tener charlas psicológicas acerca del entorno laboral para así potenciar habilidades sociales positivas que puedan crear un clima laboral favorable.

FUENTES DE INFORMACION

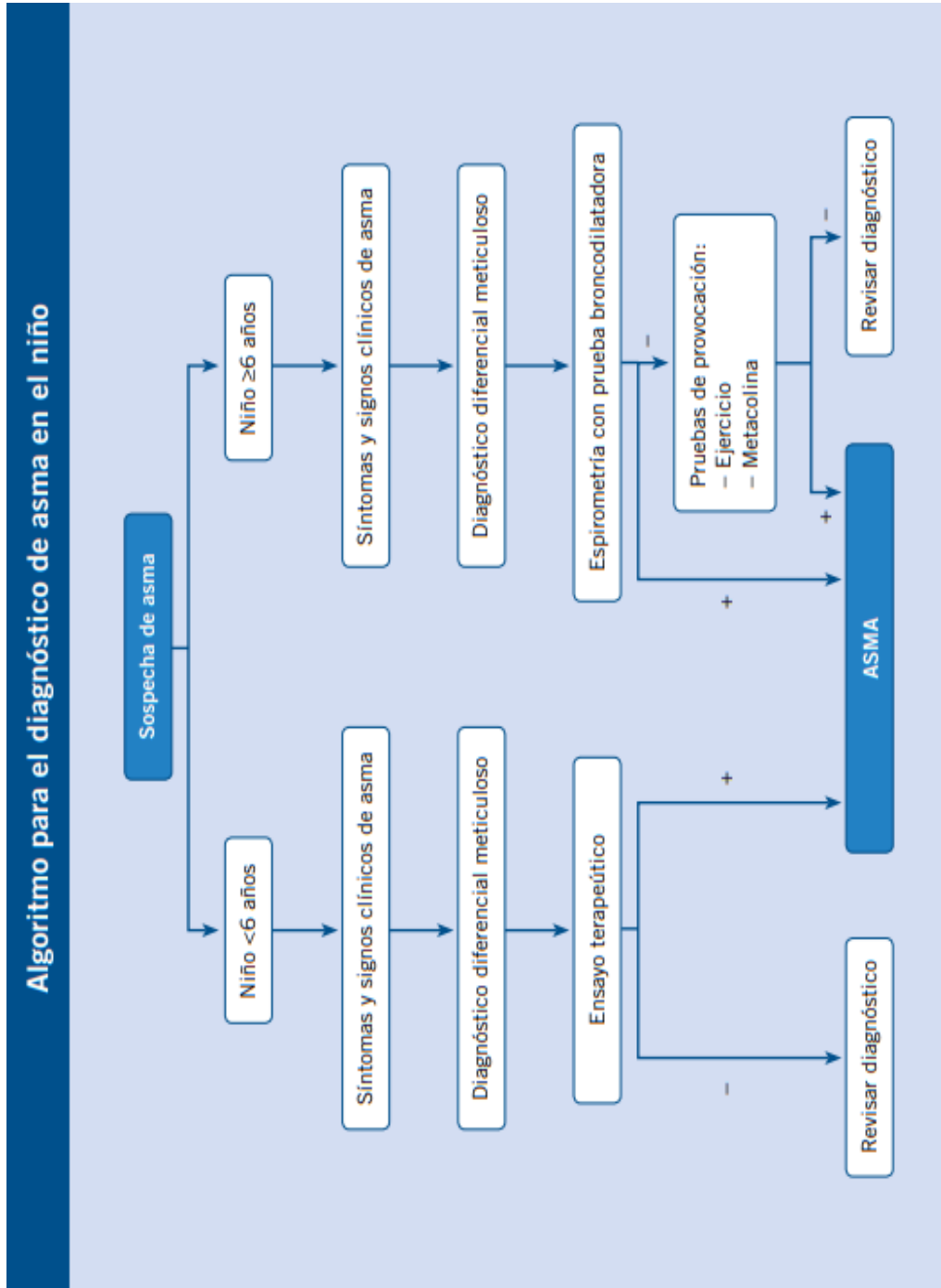
1. González D. COVID-19: el impacto en atención sanitaria, pacientes y economía [Internet]. Gaceta Médica. 2021 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/profesion/covid-19-un-abordaje-del-impacto-en-atencion-sanitaria-sanitarios-pacientes-y-economia/>
2. Nuestra Historia – Hospital Nacional Sergio E. Bernales [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
3. Contrastes en el impacto del COVID-19 en el sector salud [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.elhospital.com/temas/Contrastes-en-el-impacto-del-COVID-19-en-el-sector-salud+134668>
4. Maguiña Vargas C, Maguiña Vargas C. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. Acta Médica Peruana. enero de 2020;37(1):8-10.
5. De La Cruz-Vargas JA, De La Cruz-Vargas JA. Protegiendo al personal de la salud en la pandemia COVID-19. Revista de la Facultad de Medicina Humana. abril de 2020;20(2):173-4.
6. Arias EM, Tabuenca TP. Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. :19.
7. Welle (www.dw.com) D. Consecuencias a corto y largo plazo: así es la vida tras el COVID-19 | DW | 10.10.2020 [Internet]. DW.COM. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en:

<https://www.dw.com/es/consecuencias-a-corto-y-largo-plazo-as%C3%AD-es-la-vida-tras-el-covid-19/a-55220069>

8. Emergencia Sanitaria: Coronavirus | UNICEF [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/emergencias/coronavirus>
9. La lista de posibles secuelas que sufren algunos pacientes tras haber superado el coronavirus. BBC News Mundo [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53759283>
10. Los desafíos del personal de salud ante el coronavirus [Internet]. Gente Saludable. 2020 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
11. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portaIweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=3
12. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 30 de junio de 2017;34(2):299-310.
13. Guía española para el manejo de Asma GEMA 4.4. Diagnóstico. Tratamiento. 2019; pag 67-72
14. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145

ANEXOS

1. Algoritmo para el diagnóstico de Asma en el niño



2. Flujograma de decisiones terapéuticas en tuberculosis

Figura 2: Flujograma de decisiones terapéuticas



TB-P: tuberculosis pulmonar, **PS:** prueba de sensibilidad, **H:** Isoniacida, **R:** Rifampicina, **E:** Etambutol, **Z:** Pirazinamida, **Lfx:** Levofloxacina, **Km:** Kanamicina, **Eto:** Etionamida, **Cs:** Cicloserina, **FQ:** Fluoroquinolonas, **ISL:** Inyectable de segunda línea.

*Estos esquemas deben ajustarse a los resultados de PS convencional. **Esquema acortado.

‡ La PS rápida a utilizar es de acuerdo a la disponibilidad de cada región: Genotype, MODS, GenXpert.

3. Tabla medicamentos para tuberculosis resistente Norma Técnica de Salud

MODIFICATORIA DE LA NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01
 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS;
 APROBADA POR R.M. N° 752 -2018/MINSA

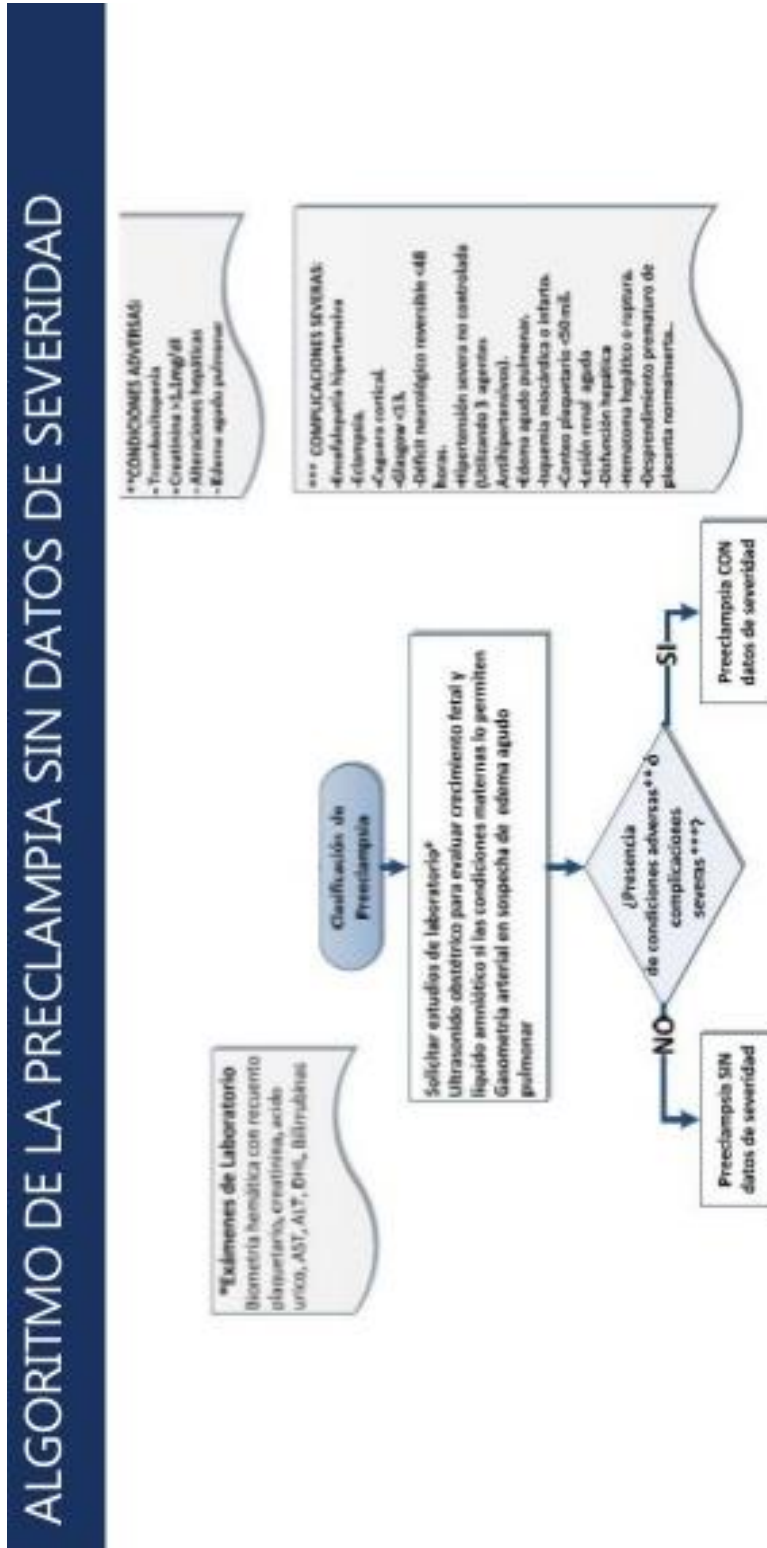
Tabla 8. Tabla de medicamentos para TB resistente

Fármacos	Dosis 3 meses-<18 años	Dosis en adulto			Dosis máxima (>70 Kg)	Presentación en forma individual
		<33 Kg	33-50 Kg	51-70 Kg		
Acido Para amino Salicilico - sachet (PAS)	200-300 mg/kg/d	150 mg/kg/d	6-8 g/día	8 g	8-12 g	PAS sachets x 4 g
Amikacina (Am)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. x 500 mg Amp. x 1000 mg
Amoxicilina/ Clavulato (Amx/Clv)	80 mg/kg dividida en 2 dosis basado en amoxicilina	40 mg/kg/día, máximo 2000 mg Adultos: 1000/250 mg cada 12 horas				Tab. x 500/125 mg
Bedaquilina (Bdq)	No indicado*	400 mg /día x 14 dosis. Luego 200 mg 3v/sem, por 22 semanas				Tab. X100 mg
Capreomicina (Cm)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. x 1 g
Cicloserina (Cs)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500 mg	750 mg	1000 mg	Tab. x 250 mg
Clofazimina (Cfz)	2-3 mg/kg/día, si el niño tiene <25 kg dar 100 mg cada 2 días. Max. 200mg	3-5 mg/kg/día 200 a 300 mg por día hasta pigmentación de la piel (2 meses), luego 100 mg/día				Cápsula x 100 mg
Delamanid (Dim)	3-5 mg/kg/d	100 mg cada 12 horas o 3-5 mg/kg/día				Tab x 50 mg
Etambutol (E)	15-25 mg/kg/d Max.1200mg/d	20-25 mg/kg/d	800-1200 mg	1200-1600 mg	1600 mg	Tab. x 400 mg
Estreptomina (S)	20-40 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. x 1 g
Etonamida (Eto)	15-20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500 mg	750 mg	1000 mg	Tab. x 250 mg
Imipenem/cilastatina (Ipm/Cln) ^b	Solo IV, según prescripción de médico tratante	20 – 40 mg/kg/día en 2 dosis Adultos:1000 mg cada 12 horas				Amp. x 500 mg
Isoniacida altas dosis	15 - 20 mg/kg/d	15 mg/kg/d, máximo 900 mg/día				Tab. x 100 mg
Kanamicina (Km)	15 - 20 mg/kg/d	15-20 mg/kg/d	500-750 mg	1000 mg	1000 mg	Amp. x 1 g
Levofloxacin (Lfx)	≤ 5 años: 7,5–10 mg/kg x 2v/d > 5 años: 10–15 mg/kg/día	10-15 mg/kg/d	500-750 mg	750 mg	750-1000 mg	Tab. x 500 mg Tab. x 250 mg
Linezolid (Lzd)	Niños < 10 años: 10 mg/kg/dosis, 2v/d Niños ≥ 10 años: 300 mg diario	Adultos: 10-20 mg/kg/día (600 mg una vez al día)				Tab. x 600 mg
Meropenem (Mpm)	20-40 mg/kg c/8 h Max 6gr/d	20-40 mg/kg c/8h Adultos: Iniciar con 1000 mg cada 8 horas, o 2000 mg cada 12 horas				Amp. x 500 mg
Moxifloxacin (Mfx)	7.5 - 10 mg/kg/d Max* 800 mg	10 mg/kg/d Máx. 400 mg	Máx. 600 mg	Máx. 800 mg	800 mg	Tab. x 400 mg
Thioridazina (Tio)	> 2 años y < 10 a.: 0.5 -3 mg/kg/día. Max 100mg/día ≥ 10 a. y < 18 a.: 200 mg/día	Adultos iniciar con 50 mg/día, aumentar 50 mg/día cada semana según tolerancia, hasta alcanzar dosis máxima de 250 mg/día Al término del tratamiento programado, retirar en forma progresiva 50 mg/día, cada mes, en el último trimestre				Tab. x 100 mg

* Según las recomendaciones de OMS y DiGEMID para la inclusión adecuada de su uso.

^b Para 3 meses a <18 años, preferir Meropenem según disponibilidad.

4. Algoritmo de la Preeclampsia sin datos de severidad



Guía de práctica clínica: prevención diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en Segundo y Tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud 2012

5. Algoritmo enfermedad hipertensiva del embarazo

