



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL SERGIO
E BERNALES DURANTE EL 2020 – 2021**

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

**PRESENTADA POR
BARBARA DALILA CASTILLO FLORES**

**ASESOR
DRA. UBILLUS ARRIOLA GLORIA MARITZA**

**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

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
SERGIO E BERNALES DURANTE EL 2020 – 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
BARBARA DALILA CASTILLO FLORES**

**ASESORA
DRA. UBILLUS ARRIOLA GLORIA MARITZA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: M.C. Mario Heins León Florián

Miembro: MG Yanire Paty Macedo Alfaro

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico con todo amor y cariño, a mi padre Castillo Puertas David Oswaldo, por haberme formado como la persona que soy actualmente, por darme los valores y virtudes que se necesitan para poder ser una persona de bien. Todos mis logros se atribuyen a él, por el apoyo brindado durante todos estos años de mi carrera profesional, haber confiado en mí y haberme dado fuerzas para seguir adelante cuando se presentaban dificultades.

A mi madre Flores Torres Anabella que si bien hoy en día no se encuentra entre nosotros, me enseñó a ser perseverante en la vida, a no dejarme caer ante una dificultad y luchar por lo que uno quiere, gracias a ella por inspirarme a ser una mejor persona.

A mi familia materna quien siempre estuvo a mi lado desde que empezó esta aventura de estudiar medicina, quien apoyo todas y cada una de mis decisiones, y siempre estuvieron alentándome para que pueda cumplirlas.

A mis compañeros de la universidad, del internado y educadores con quienes formamos un equipo con metas en común e intercambiamos conocimientos, guiándome así a cumplir este sueño de culminar esta etapa de mi vida.

A todas las personas con quien compartí y me acompañaron en este camino brindándome tiempo, confianza y consejos, eternamente agradecida de que formen parte de este camino.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por darme la vida, la fuerza para enfrentar cada día y por haber puesto a buenas personas en mi camino.

Gracias al Hospital Sergio E. Bernales por brindarme la oportunidad de desarrollarme personal y profesionalmente, a los doctores del hospital por ser profesionales de calidad, por la dedicación y el tiempo que se tomaron en compartirme todos los conocimientos a pesar de la coyuntura que se vive actualmente en el país debido al COVID 19.

Gracias a mi padre y familia por ser los principales promotores de mis sueños, por cada día confiar, creer en mí y en mis expectativas. Principalmente a mi padre, por estar conmigo en cada paso que doy y ser un gran influyente en mi vida.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a mis padres y familiares por el apoyo constante.

ÍNDICE

	Págs.
Jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Importancia del internado	1
1.2 Rotación de Ginecoobstetricia	2
1.3 Rotación de Medicina Interna	3
1.4 Rotación de Pediatría	5
1.5 Rotación de Cirugía General	7
CAPITULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	9
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	13
3.1 Gineco obstetricia	13
3.2 Medicina Interna	19
3.3 Pediatría	22
3.4 Cirugía general	25
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
4.1 Ginecoobstetricia	30
4.2 Medicina Interna	31
4.3 Pediatría	32
4.4 Cirugía general	32
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	36
ANEXOS	39
1. Servicios del H.N.S.E.B.	40
2. Organigrama de rotura de membranas de la guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Minsa	41
3. Organigrama de aborto de la guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Minsa	42
4. Organigrama de embarazo ectópico de la guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Minsa	43

5. Organigrama de pancreatitis aguda de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda del Minsa	44
6. Organigrama de la encefalopatía hepática	45
7. Organigrama sobre anafilaxia de SEUP	46
8. Organigrama de croup	47
9. Organigrama de apendicitis según la guía clínica del H.S.R	48

RESUMEN

El presente trabajo trata acerca de la trayectoria y de las diversas experiencias del internado médico en el Hospital Sergio E. Bernales en el periodo de Enero del 2020 a Abril del 2021 y de cómo se afrontó frente a la situación sanitaria debido al COVID.

El internado médico es una etapa importante en el desarrollo profesional del estudiante de medicina, ya que es en este momento donde se consolidan las bases para enfrentarse a diversas situaciones.

El 15 de marzo del 2020 se vio interrumpida la labor de los internos de medicina, debido a un nuevo virus infeccioso que fue notificado en China – Wuhan, el cual tenía características similares a la familia de los coronavirus. Esta emergencia sanitaria, hizo que por 7 meses no se realizaran prácticas en los hospitales del Perú. En un contexto de emergencia sanitaria debido a lo explicado anteriormente, se retomó el internado el 15 de septiembre del 2021 con medidas de prevención las cuales dificultaron el desarrollo regular del internado hasta su término.

Durante el desarrollo del internado, rote en los servicios de ginecoobstetricia, medicina interna, pediatría y cirugía general; en donde aprendí a identificar y manejar distintas patologías, afianzar habilidades para el trabajo en equipo, el desenvolvimiento con los pacientes y juicio propio.

ABSTRACT

This work deals with the trajectory and the various experiences of the medical internship at the Sergio E. Bernales Hospital in the period from January 2020 to April 2021 and how they faced the health situation due to COVID.

The medical internship is an important stage in the professional development of the medical student, since it is at this moment where the foundations to face various situations are consolidated.

On March 15, 2020, the work of the medical interns was interrupted, due to a new infectious virus that was notified in China - Wuhan, which had characteristics similar to the coronavirus family. This health emergency meant that for 7 months they did not know how to carry out practices in the hospitals of Peru. In a context of health emergency due to what was explained above, the internship was resumed on September 15, 2021 with preventive measures which made it difficult to carry out the internship until its end.

During the internship, I rotated in the services of OB / GYN, Internal Medicine, Pediatrics, and General Surgery; where I learned to identify and handle different pathologies, strengthen skills for teamwork, development with patients and own judgment.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo conocer la trayectoria y aplicación profesional del internado de Medicina Humana en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero 2020 a abril a 2021.

El Hospital Sergio E. Bernales es un hospital de III nivel que se encuentra ubicado en Lima Norte más específicamente en el distrito de Comas, el cual tiene como misión “Brindar y garantizar atención de salud integral y especializada en forma oportuna y segura logrando la satisfacción del usuario” (1).

El hospital cuenta con los cuatro servicios básicos ginecoobstetricia, medicina interna, cirugía general y pediatría, dentro de los cuales cuentan con las áreas de consultorio externo, hospitalización, centro quirúrgico, centro obstétrico y emergencia (1).

El internado medico son las practicas pre – profesionales durante el último año de estudio de la carrera de medicina humana, el cual es de vital importancia porque es donde los futuros médicos podrán desarrollar destrezas y habilidades, reforzar y obtener nuevos conocimientos, así también de adquirir responsabilidades para las futuras tomas de decisiones durante toda su trayectoria médica (2); en síntesis son los escenarios reales donde se pone en práctica todo lo aprendido en años anteriores; todo este proceso es guiado y supervisado por médicos y residentes del hospital donde se desarrolla.

El proceso de inducción por el que se pasó al ingresar al internado antes de la pandemia constaba de 3 días, en donde se nos brindaron charlas de bioseguridad y lavado de manos, se nos enseñó las áreas y servicios del nosocomio, se nos presentó con cada jefe y tutor de departamento y se explicó como era el trabajo en cada área, la forma de evaluación y cuáles eran los requisitos mínimos que debíamos realizar para poder desenvolvemos. Y ya cuando se tuvo el internado durante la pandemia, el proceso de inducción fue

el mismo pero haciendo más énfasis en el correcto lavado de manos y el correcto uso del equipo de protección.

La situación que se vivió antes de la pandemia dentro del desarrollo del internado médico era la diversa variedad de pacientes en donde se podía realizar seguimiento a cada uno de ellos, el ingreso de forma frecuente a sala de operaciones y de centro obstétrico, la realización de diversos procedimientos médicos y la realización de charlas y revisión de diversos artículos clínicos de forma presencial.

La Organización Mundial de Salud (OMS) en 2019 recibió información que en China – Wuhan existía un brote de neumonía de origen desconocido. A inicios de enero del 2020 se identificó que este brote era causado por una nueva cepa de coronavirus denominándose primero como 2019-nCoV y posteriormente el 11 de febrero del 2020 como COVID19 (3).

El 6 de marzo del 2020, se confirmó en el Perú el primer caso por COVID19, por lo que el estado peruano activo el “Plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción de coronavirus 2019 - nCoV”, con el objetivo de reducir el impacto, sanitario, social y económico en el país ante el riesgo de entrada del COVID19 (4).

Actualmente, se vive una pandemia por el COVID19 el cual afecto bastante la formación de los estudiantes universitarios principalmente a los internos de Medicina Humana, el 15 de marzo del 2020 se procedió a la suspensión a nivel nacional del internado médico. El retorno del internado médico durante la pandemia, hizo que las prácticas se realicen en un corto periodo de tiempo en donde no se ven la diversidad de patologías que antes se veían, hay una mayor restricción al ingreso a la sala de operaciones y centro obstétrico, y la modalidad presencial de las charlas pasó a ser virtual afectando en gran parte la formación del estudiante de medicina.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Importancia del internado

Durante el internado medico se espera que el interno desarrolle aptitudes y competencias con respecto a la atención integral de la salud ya sea de manera individual y colectiva, aprendiendo de la gran responsabilidad que conlleva ser médico el cual está basado en los diagnósticos, tratamientos, prevención y rehabilitación de los pacientes (5).

Esta etapa permite que los internos frente a situaciones reales pongan los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante toda la etapa universitaria en donde hay un cargo educativo por parte del personal de salud del hospital y de la universidad el cual implica la adquisición de conocimiento nuevo, habilidades y destrezas (6).

Por otra parte, en el internado bajo la supervisión de nuestros tutores, se adopta una gran responsabilidad hacia los pacientes atendidos en el nosocomio, se aprende a interactuar con el paciente practicando una actitud de servicio y comprendiendo la importancia del trabajo en equipo. En donde, se maneja la autocrítica, adaptación y la toma de decisiones frente a los nuevos retos que se presentan en el día a día; es decir se vive todo tipo de experiencias las cuales son de gran interés para nuestra formación personal y profesional (6).

1.2 Rotación de Gineco obstetricia

CASO N°1

Paciente de sexo femenino de 33 años, con una gestación activa de 29 semanas, G3P2002, antecedente de cesárea en dos oportunidades, niega alergia a medicamentos, con un tiempo de enfermedad de 8 horas. Ingresa a emergencia porque nota que mientras realizaba la limpieza del hogar empieza a perder líquido, niega sangrado, refiere dolor tipo contracción, niega otros síntomas.

A la evaluación física se encuentra paciente afebril, con frecuencia cardiaca y respiratoria normal, saturación en 98% y presión arterial 110/70 mmHg. A la evaluación vaginal con especulo se evidencia la pérdida de líquido sin mal olor, se le realiza una ecografía donde se evidencia disminución del líquido amniótico. Se le solicita hemograma completo y examen de orina donde se encuentran dentro de los parámetros normales; debido al alto riesgo de la paciente a complicarse se decide la hospitalización de la paciente. Se le indica tratamiento antibiótico con ampicilina 2gr intravenoso más eritromicina 500mg vía oral cada 6 horas, betametasona 12mg cada 24 horas por dos días, se le indica reposo absoluto, monitoreo fetal, control ecográfico, se le solicitan pre quirúrgicos e interconsulta a UCI neonatal.

UCI neonatal responde que no se contaban con camas en ese momento, por lo que se decide la transferencia a otro hospital de la paciente, mientras esperábamos respuesta la paciente siguió con las indicaciones médicas, a lo que estuvo hospitalizada unas 5 semanas aproximadamente. Durante todo este tiempo la paciente estuvo estable, empezando la semana 34 de gestación inicia con fiebre, taquicardia, hemograma con leucocitosis, PCR elevado, monitoreo fetal con evidencia de signos de sufrimiento fetal por lo que ingresa a cesárea de emergencia.

CASO N°2

Paciente de sexo femenino de 28 años, G1P001, con antecedente de cesárea hace 2 años por desproporción céfalo pélvico, niega alergias a medicamentos, fecha de última regla refiere hace 2 meses, con un tiempo de enfermedad de 1 día. Ingresa a emergencia por presentar sangrado escaso asociado a dolor tipo cólico en hipogastrio de moderada intensidad, niega otra sintomatología. Al examen físico, paciente afebril, con signos vitales estables, palidez leve, mucosas humedad, abdomen con dolor difuso a la palpación profunda, al tacto vaginal se evidencia cérvix posterior, orificio externo abierto, con restos hemáticos en dedo de guante. A la ecografía se evidencia restos en canal vaginal y útero de 8 centímetros, prueba de embarazo en orina positivo, hemograma normal por lo que se le cataloga como un aborto incompleto. Se le programa para un AMEU de forma ambulatoria, paciente tolera procedimiento, se le deja en observación por 4 horas, durante ese tiempo se reporta un pico febril por lo que se le da tratamiento antibiótico y se decide su hospitalización. En su estancia en piso de ginecología, la paciente comienza con hemorragia moderada el cual va aumentando de volumen pero que no cede con el tratamiento médico, por lo que es llevada a sala de operaciones, donde se le inyecta oxitocina en varias ocasiones, maniobras para parar el sangrado, pero al no ceder la paciente comienza con signos de descompensación, debido a esto se le realiza una histerectomía total vía abdominal y durante la intervención quirúrgica se evidencia la presencia de un embrazo ectópico en la cicatriz de su cesárea anterior.

1.3 Rotación de Medicina Interna

CASO N°1

Paciente varón de 38 años, que ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días por presentar náuseas y vómitos en 4 oportunidades, agregándose dolor abdominal en epigastrio que se irradia a espalda que no

cede a pesar de analgésicos, paciente refiere que el dolor abdominal empezó luego de a ver consumido choncho. No refiere antecedentes de importancia, niega alergias, refiere ingerir bebidas alcohólicas de manera ocasional 1 a 2 veces por mes.

A la evaluación física se le encuentra afebril, frecuencia cardiaca de 110 latidos por minutos, frecuencia respiratoria en 18 respiraciones por minutos, presión arterial en 110/70 mmHg y una saturación en 96%. A la evaluación por sistemas se encuentra piel pálida, tibia, no cianosis, no edemas, tórax y pulmón sin alteraciones, aparato cardiovascular sin alteraciones, abdomen distendido, dolor difuso a la palpación superficial y profunda, RHA ausentes, no presencia de signos peritoneales y en sistema nervioso central se encontraba agitado, reactivo a estímulos, no evidencia de signos meníngeos. Se le solicita hemograma completo, examen de orina completo, amilasa, lipasa y PCR, encontrándose amilasa y lipasa elevados, todo lo demás dentro de los parámetros normales, por lo que lo catalogan como una pancreatitis aguda EAD.

El paciente es hospitalizado para brindarle el tratamiento adecuado, se le indica NPO, reposición hidroelectrolítica con NaCl 0.9% y analgesia, a los dos días el paciente tiene una evolución clínica favorable, tolera la vía oral, se le solicita TAC para ampliar estudios pero por falta de recursos económicos del paciente es dado de alta.

CASO N°2

Paciente de 68 años con antecedente de cirrosis hace 5 años, es traído a emergencia por su hijo quien indica que el paciente pierde la conciencia, además familiar refiere que nota desorientación y confusión del paciente hace aproximadamente 1 semana, y no haber estado realizando deposiciones. Familiar refiere que es la 3 vez que el paciente presenta estos signos.

Se encuentra afebril, con signos vitales estables, saturación de 96%. Al examen físico paciente con mal estado general e nutricional, luce icterico, mucosas secas, aparato respiratorio y cardiovascular normal, abdomen

distendido signo de la ola positiva, se evidencia ascitis, el paciente se encuentra despierto pero con tendencia al sueño, desorientado en tiempo, persona y espacio.

Se sospecha que el paciente este haciendo una encefalopatía hepática, por lo que se le solicita exámenes de laboratorio los cuales incluyen un hemograma completo, perfil hepático, perfil de coagulación, AGA y electrolitos; en el que se evidencia anemia leve, encontrándose proteínas totales bajas, relación albumina-globulina bajo, urea aumentada y en el AGA se encontró hipopotasemia moderada.

En emergencia lo que se hizo fue ponerle un enema evacuante STAT, con lo que el paciente se recuperó, una vía, se le hidrata con NaCl 9%, lactulosa, se le da una dieta hipoproteica, se le corrige el trastorno hidroelectrolítico y pasar a piso de medicina para ampliar estudio.

1.4 Rotación de Pediatría

CASO N°1

Paciente varón de 12 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 6 horas, el cual es traído a emergencia por notar dificultad respiratoria y aumento de volumen en ambos ojo. Madre del paciente refiere vacunación completa, niega alergia a medicamentos, niega hospitalizaciones y refiere que tuvo un episodio de asma hace 2 años. Madre del paciente refiere que el menor presentaba dolor de garganta por lo que dan una tableta de aspirina acompañado de una copa de licor (cañazo), indican que trascurrida una hora el paciente comienza a tener agitación, dolor en mesogastrio, dificultad para respirar e hinchazón de cara por lo que es traído a emergencia del nosocomio.

Al examen físico, paciente afebril, con una frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca de 125 latidos por minuto, saturación de 94%, regular estado general, hidratación y nutrición. A la evaluación por sistemas, piel y mucosas con palidez leve, hidratada, no

cianosis, edema periorcular en ambos ojos, aparato cardiovascular sin soplos audibles, tórax y pulmón presencia de sibilantes a la inspiración, abdomen blando, dolor difuso a la palpación profunda en mesogastrio y sistema nervioso despierto, ansioso, responde a estímulos.

Se le diagnostica con anafilaxia a descartar causa medicamentosa y crisis asmática. Como tratamiento se le administra adrenalina 0.4 mg IM STAT, hidrocortisona 100 mg EV cada 6 horas, clorfenamina 1.5 mg EV cada 6 horas y salbutamol 8 puf cada 20 minutos por 3 veces y luego pasar a 2 puf cada 4 horas; luego de eso queda en observación de emergencia donde tiene una evolución favorable, con estabilización de los signos vitales y posterior alta del paciente.

CASO N°2

Paciente varón de 4 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 3 días, quien es traído a emergencia por presentar tos seca y dificultad respiratoria. Madre del paciente refiere vacunación completa, niega alergias, patologías y hospitalizaciones anteriores. Madre refiere que su hijo después de haber estado en el parque empieza con un cuadro gripal el cual se le agrega tos seca el cual “hacía ruido extraño” en el transcurso de los días, refiere durante la madrugada que su hijo se despierta gritando refiriendo que no podía respirar, debido a esto es que es traído a emergencia del nosocomio.

A la evaluación física del paciente, se le encuentra afebril, taquicardico, taquipneico, con una saturación en 96%, con un peso de 20 kilos con regular estado general, regular estado de hidratación y nutrición. A la evaluación de sistemas, en piel y mucosas se le encuentra con buena coloración sin presencia de cianosis ni edemas, orofaringe no congestiva, aparato cardiovascular con ruidos cardiacos de buena intensidad, no presencia de soplos, tórax y pulmón con disminución del murmullo vesicular, presencia de estridor a la inspiración y espiración con el paciente en reposo y presencia de tirajes, abdomen blando no doloroso, no signos peritoneales y en sistema nervioso el paciente se encuentra despierto e irritable. Debido a los signos y

síntomas del paciente es catalogado como un “Crup viral” por lo que se le administra dexametasona 10 mg IM STAT y nebulización con adrenalina. El paciente queda en observación por 6 horas, evidenciando mejoría sintomática, por lo que es dado de alta, con paracetamol jarabe 13 cc si es que presentara fiebre y se le explica signos de alarma.

1.5 Rotación de Cirugía general

CASO N°1

Paciente de sexo masculino de 18 años de edad, niega patologías, niega hospitalizaciones, niega alergia a medicamentos. Ingres a emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas, por presentar dolor abdominal, náuseas y pérdida del apetito. Refiere que el día anterior nota dolor en epigastrio pero no le toma importancia, durante la madrugada del día siguiente el dolor se intensifico migrando a fosa iliaca derecha, tuvo nauseas, y pérdida del apetito por que lo acude al nosocomio. Al examen físico, se le encuentra afebril, con signos vitales estables, piel y mucosas hidratadas, tórax y pulmón sin alteraciones, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha con punto de mc burney positivo, RHA aumentados, no signos peritoneales, hemograma con leucocitosis y desviación a la izquierda, por lo que lo diagnostican con apendicitis aguda y es llevado a sala de operaciones. Se le realiza una apendicetomía, el reporte de cirugía se le encuentra una apendicitis congestiva con una base indemne, el paciente paso acto quirúrgico, tuvo una recuperación favorable por lo que es dado de alta al día siguiente con analgesia y paracetamol.

CASO N°2

Paciente de sexo femenino de 30 años, quien labora en hospital acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 8 horas, por presentar dolor tipo

cólico en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos en dos oportunidades que se presentaron después de la ingesta de comida marina.

Paciente se encuentra afebril, con signos vitales estables, con facie dolorosa, a la evaluación física piel y mucosas hidratadas con llenado capilar menor a 2 seg, sin ictericia, aparato cardiovascular y respiratorio sin alteraciones evidentes, abdomen plano, discretamente distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, signo Murphy positivo, RHA incrementados, sin signos peritoneales, sistema nervioso central con escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos. Se le solicita hemograma completo, perfil hepático, amilasa y lipasa, en donde se encuentra leucocitosis, bilirrubinas levemente aumentadas, se le encuentra a la ecografía la presencia de múltiples cálculos en la vesícula biliar; es catalogada como una colecistitis aguda litiasica. Tras la administración de analgésicos y no la remisión del dolor, se decide ingresar a la paciente para realización de COLELAP.

CAPITULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales inicio en el año 1940 como un establecimiento de salud llamado “Preventorio” bajo la Comunidad Religiosa de las Hermanas Carmelitas, paso por diversas modificaciones por la alta demanda de pacientes, convirtiéndose en el año 1982 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Este hospital cuenta con una extensión total de 606.285.52 m², siendo el área construida de 16.833.33 m² (7,8).

Se encuentra ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la Avenida Túpac Amaru S/N, en las faldas y explanada de la Huaca de “Los Kollis” perteneciente a la cultura Los Kollis, en el distrito de Comas, Provincia Lima y Departamento de Lima a 11.5 kilómetros del Océano Pacífico y a una altitud de 200 msnm (7,8).

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales es una institución de salud descentralizada que tiene como misión “Brindar y garantizar atención de salud integral y especializada en forma oportuna y segura logrando la satisfacción del usuario” y visión “Consolidarnos como hospital de alta complejidad, brindando una atención inclusiva con calidad y calidez que genere reconocimiento y satisfacción en nuestros usuarios, con liderazgo técnico, científico y docente en una adecuada infraestructura”; siguiendo con los valores de respeto mutuo, responsabilidad, cooperación, integridad, vocación de servicio, identificación, eficiencia, objetividad, pro actividad y ética (1) y

teniendo como objetivo central “alcanzar mejores niveles de cumplimiento de estándares de calidad en la prestación de servicios del hospital” (7,8).

En el año 2019 a través de la Resolución Administrativa N° 190-2019-MINSA/DIRIS-LN/6, se recibe la categorización como un hospital Categoría III – I el cual lo congrega en uno de los hospitales con mayor unidad productoras de servicio de salud (1).

La población adscrita a este nosocomio pertenece a los habitantes de los distritos de Comas, Carabayllo e Independencia siendo una población total de 1.054.401, por otro lado también tenemos a los habitantes de los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa, San Martín de Porres, los Olivos y de las provincias de Huaral y Canta pertenecientes de la Región Lima y a las referencias de los habitantes de San Martín y Huánuco (7,8).

Cuenta con los departamentos de medicina interna, Ginecoobstetricia, cirugía general y pediatría, a su vez cuenta con los servicios de farmacia, laboratorio, hospitalización, diagnóstico por imágenes, emergencia y estrategias sanitarias (Anexo 1).

El servicio de consulta externa de los distintos departamentos antes del COVID19 se manejaba de la siguiente manera, existían 49 consultorios, de los cuales se brindaba atención en dos turnos: mañana de 08:00 a 14:00 horas y tarde de 14:00 a 18:00 horas de lunes a sábado. Con respecto a hospitalización se contaba con un total de 408 camas, repartido en pabellones de hospitalización con 336 camas, emergencia y unidad de cuidados críticos con 61 camas y sala de operaciones con 11 camas (7,8) (anexo 1).

Debido a que el país declara al Estado Peruano en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por un plazo de 90 días, el hospital dispuso medidas con el fin de evitar la propagación del virus dentro del ambiente hospitalario y además, una adecuada atención hacia estos pacientes. Por tal motivo el Hospital Nacional Sergio E. Bernales implemento el “Plan de reforzamiento del servicio de salud y contención del COVID-19” (9), el cual está articulado de la siguiente forma:

a. REORGANIZACIÓN Y READECUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como primera medida ante esta situación se trabajó con el equipo de triaje diferenciado teniendo como límite hasta 90 pacientes el cual era el 30% del total de atenciones promedio por día e obteniendo un total de 31 camas en lo que respecta la capacidad de atención móvil distribuido en 5 camas en UCI, 1 UST y 25 camas en hospitalización (9).

Con el fin de asegurar una adecuada atención hacia los pacientes, se distribuyó:

- PRIMERA LÍNEA el cual fue coordinado con DIGERD, está dirigido a pacientes sospechoso de COVID 19, y estaba a cargo básicamente del área de triaje en TM54 y el área de observación y hospitalización por medio de carpas masivas
- SEGUNDA LÍNEA está dirigido a pacientes confirmados con COVID19, y lo que se hizo fue inducir a la expansión de emergencia e implementación de áreas para el adecuado tratamiento de estos pacientes.

b. PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN con Diris Lima Norte, para continuar con la atención hacia los pacientes con COVID19 e intercambio de recursos en caso no haya capacidad resolutive.

c. READECUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

- Triaje: atención TM54
- Tópico: atención en TM54 con capacidad para 7 pacientes con balón de oxígeno, recambio de oxígeno 3 – 4 balones de 10m3 x 24 horas.
- Se acondiciono el área de toma de muestra mediante cabinas
- Área de sospechosos se encuentra ubicada en emergencias pediátricas, el cual cuenta con 13 tomas de oxígeno.
- Área de pacientes positivos se encuentra ubicado en emergencia adultos, el cual cuenta con 27 tomas e oxígeno lineal.
- Área de UCI COVID el cual cuenta con 5 camas

Se realizó capacitación por parte de epidemiología y salud ambiental al personal de salud, el cual consistió en la historia natural de la enfermedad, como detectar a un paciente sintomático, cuando es óptimo la realización de una prueba diagnóstica, además de esto se le instruyó sobre un correcto lavado de manos, colocación y retiro adecuado del equipo de protección personal que incluye mascarilla, uniforme biomédico y cascos protectores.

Por otro lado, se acuerda la suspensión de atención de consulta externa y se reprograman las citas de forma virtual, se reduce el horario de visita a pacientes hospitalizados de 14:00 a 15:00 horas, además la cantidad de visitantes se reduce de 5 a 1 persona. También, todo personal que labore en el hospital y que sea mayor de 60 años o presente comorbilidad suspenderá sus labores en el hospital (1).

Como medida de prevención contra el COVID19 se suspendió todo tipo de reuniones como campañas de salud, charlas informativas, talleres y/o cursos de docencia, entre otros, los cuales producían una agrupación de personas en espacios cerrados o abiertos (1).

Todo esto afectó al internado médico, ya que hubo una reducción en el tiempo de rotación de cada servicio en el hospital, una limitación a diversos servicios y una disminución considerable de docentes debido a la propia enfermedad o ser considerados como población vulnerable, agregando además que existe una prioridad hacia la atención con pacientes con COVID19 el cual producía una disminución en las actividades de docencia en donde están incluido los consultorios externos, cirugías electivas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La pérdida de la interacción del docente con el alumno que consistía en resolver dudas o charlar sobre las evoluciones de los pacientes, cabe resaltar que también hubo una reducción en las actividades académicas el cual incluía visitas a pacientes hospitalizados, discusiones de casos clínicos y revisión de artículos.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Gineco obstetricia

CASO N°1

Paciente de 29 ss en el cual se le catalogo como una ruptura prematura de membranas de aproximadamente 8 horas sin signos de corioamnionitis, por lo que en EMG se decide su hospitalización, se le da maduración pulmonar con betametasona 12mg c/24h en dos oportunidades, profilaxis antibiótica con ampicilina 2g y eritromicina 500 mg VO, se le solicitan exámenes de laboratorio donde no se evidencian signos de infección y se decide su hospitalización. La paciente durante su estadía tiene una evolución estacionaria, y ya en su semana de gestación 34 la paciente, se le evidencia signos de infección y sufrimiento fetal por lo que se decide realizar cesárea de emergencia.

Según la “Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del minsa”, se define la rotura prematura de membranas a la rotura de membranas corioamnióticas que se produce antes de iniciar el trabajo de parto y después de las 22 semanas de gestación, equivale al 50% del parto pre término (10, 11).

Entre los factores de riesgo que pueden inducir a que se produzca esta patología tenemos presencia de una infección cervico vaginal, antecedente de

pruebas o procedimientos invasivos, tactos vaginales a repetición, antecedentes de RPM y parto pre término, placenta previa, DPP y feto en podálico o transverso.

Cuadro clínico:

- En general podemos evidenciar la pérdida de líquido por la vagina con olor a lejía y de color trasparente o verdoso.
- RPM sin infección intraamniotica donde se evidencia pérdida de líquido por cuello cervical y funciones vitales estables
- RPM con infección intraamniotica donde se evidencia pérdida de líquido turbio, fétido o purulento, funciones vitales alteradas como aumento de temperatura, taquicardia materna, presencia de taquicardia fetal, y sintomatología de shock o sepsis.

Diagnostico:

- Realizar una historia clínica y una anamnesis bien detallada
- Examen físico el cual comprende evaluación del estado general, toma de funciones vitales, evaluación abdominal que incluye altura uterina, presentación, posición, situación, latidos fetales y contracciones uterinas. Además, de la visión directa de la salida del líquido amniótico por la vagina y a la especuloscopía se evidencia salida del líquido amniótico por el canal cervical al pujo de la paciente.

Exámenes de laboratorio:

- Test de FERN o test de hehecho
- Test de nitrazina: Para determinar el pH del líquido amniótico
- Hemograma, PCR
- Examen de orina.

Imágenes:

- Ecografía: Evidencia de oligohidramnios
- Pruebas de bienestar fetal: Ecografía, perfil biofísico fetal, Monitoreo Fetal

Tratamiento el cual va depender de la edad gestacional de la paciente y si presenta o no signos de corioamnionitis (anexo2):

RPM en gestación mayor de 34 semanas:

- Hospitalización y reposo en decúbito lateral e hidratación
- Antibióticos profilácticos 6 horas después del evento, se recomienda el uso de ampicilina o cefalosporina 1G (1-2 gr EV c/6h) y si presentaría signos de coriamnionitis el uso de cefalosporina 3G (2gr c/24h) con amikacina 1gr EV c/24h
- Terminar gestación si:
 - o Si test de Bishop es mayor o igual a 7 se debe de realizar inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal monitorizado
 - o Si el test de Bishop es menor de 7 se debe de realizar maduración cervical con 2 mU de Oxitocina por 10 horas y luego inducción del parto.
- Si no responde lo anterior, se debe de realizar una cesárea

RPM en una gestación entre 24 a 33 semanas sin corioamnionitis

- Hospitalización y reposo en cama en decúbito lateral, control de funciones vitales, control obstétrico y no se debe realizar tactos vaginales.
- Antibioticoterapia profiláctica con ampicilina o cefalosporina 1°G (1-2 gr EV c/6 horas) o Eritromicina (250-500 mg EV c/6 horas) por 24 – 48 horas, luego pasar a la vía oral con Amoxicilina o Cefalosporina 1°G (500 mg VO c/6 horas) o Eritromicina (250 mg VO c/6 horas) hasta completar 7 días.
- Si existe madurez fetal se debe de terminar la gestación, en caso contrario el manejo es expectante con control de funciones vitales, hemograma y PCR, se debe dar corticoides (betametasona 12 mg IM c/24h por 2 dosis o dexametasona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis) para la maduración pulmonar y se debe culminar la gestación cuando se haya dado la maduración pulmonar.

- Tocolíticos: Su uso es controversial, pero se recomienda dar por 48 horas mientras se administra los corticoides.

En caso de corioamnionitis se debe de realizar extracción del producto

Se observa que según la guía planteada, se realiza un buen diagnóstico de la paciente según sus signos, síntomas, exámenes laboratoriales y ecográficos. Se puede evidenciar que el tratamiento dado según la edad de la paciente fue la correcta, ya que en un primer momento se decidió la hospitalización por lo que era una paciente de alto riesgo, se le administro profilaxis antibiótica y maduración pulmonar. Se le dio un manejo expectante a la paciente de signos vitales y control fetal, para poder estar alerta ante alguna complicación de la paciente. La paciente desarrollo una corioretinitis evidenciándose sufrimiento fetal, en la semana 34 de gestación por lo que se decidió la culminación del embarazo.

CASO N°2

Paciente que ingresa a emergencia por presentar sangrado escaso asociado a dolor tipo cólico de moderada intensidad, siendo su última menstruación hace 2 meses. En el hospital se le solicita una prueba de embarazo en orina siendo positivo, se le realiza examen físico el cual incluye tacto vaginal donde se evidencia orificio externo abierto, por lo que se le realiza una ecografía donde se evidencia restos en canal vaginal y un útero de 8 cm, por lo que se decide hospitalizar para la realización de un AMEU. Paciente pasa bien el procedimiento, pero en el trascurso de su recuperación hace un pico febril, un sangrado leve que va en aumento, por lo que se le indica oxitocina y distintas maniobras para que el sangrado ceda, pero al no tener éxito, pasa a sala de operaciones para la realización de una histeroscopia total, evidenciándose un embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea.

El aborto según la guía “Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del minsa”, el aborto se define como la interrupción

del embarazo antes de la semana 22 con un peso de 500 gr. (10,11) Se clasifica:

- Aborto inevitable: Hay dilatación del cuello uterino y rotura de membranas con pérdida del líquido amniótico.
- Aborto retenido-Frusto: Muerte del feto o embrión antes de las 22, pero sin expulsión de los restos ovulares
- Aborto séptico: Complicación grave
- Aborto incompleto: Hay eliminación parcial del contenido uterino
- Aborto completo: Hay eliminación total del contenido uterino

Entre las distintas causas tenemos los maternos en los cuales tenemos infecciones, enfermedades crónicas, endocrinas, desnutrición severa, insuficiencia cervical, traumatismo; los fetales como las malformaciones genéticas y ambientales como el tabaquismo, alcoholismo y radiación.

Con respecto a la clínica la paciente se encuentra en su etapa reproductiva, y presenta dolor en hipogastrio tipo cólico y sangrado vaginal; en caso de presentar un aborto séptico la paciente puede presentar fiebre.

Diagnostico:

- Hemograma completo, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, grupo sanguíneo y factor Rh, RPR o VDR, prueba de Elisa HIV o prueba rápida, examen simple de orina y urocultivo.
- Prueba de Bhcg
- Ecografía transvaginal o Transabdominal

Manejo: Era una paciente termodinámicamente estable al ingreso al hospital, en estos el procedimiento de evacuación uterina es ambulatorio, y se hace mediante aspiración manual endouterina (AMEU) el cual se realiza en gestación menor de 12 semanas o legrado uterino en una gestación mayor a 12. (Anexo 3)

Los criterios para dar el alta después de la realización del procedimiento, es que la paciente se encuentre estable hemodinámicamente, con deambulación, que tolere vía oral y que haya ausencia de complicaciones, en caso contrario se decidirá su hospitalización

El embarazo ectópico según guía “Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del minsa” como la implantación del ovulo fuera de cavidad uterina, siendo la localización más frecuente la tubarica (10,11). Esto puede romperse y generar una hemorragia llamándose embarazo ectópico roto.

Hay una triada clásica que en caso de presentarse nos haría sospechar y está compuesto por dolor abdomino pélvico agudo, amenorrea y sangrado vaginal irregular, pero también puede a ver dolor a la movilización del cérvix y tumoración anexial dolorosa. En caso de los casos complicados pueden ir con hipotensión e inestabilidad hemodinámica.

Diagnóstico, se basa en la correlación entre estas dos pruebas:

- Ecografía pélvica transvaginal
- B – hCG cuantitativa

Manejo (Anexo 4): Nuestra paciente se encontraba hemodinámicamente inestable y esto se define por presentar: taquicardia, taquipnea, presión sistólica menor de 90 mmHg, sensación de sed, extremidades frías o pulso débil y una diuresis menor de 0.5cc/Kg./hora, en estos casos:

Lo primero que se debe de hacer:

- Instaurar dos vías endovenosas Nº 18, e iniciar infusión rápida de solución salina 0.9%. y colocar Sonda Vesical, administrar oxígeno si se requiere y control permanente de signos vitales
- En caso sea necesario, se usan hemoderivados, solo si hay depresión del sensorio, palidez marcada e hipotensión arterial.
- Laparotomía Exploratoria, se realiza con la finalidad de controlar la hemorragia y se procederá de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

Con respecto a este caso, podemos notar que a la paciente se la cataloga como un aborto incompleto debido a los síntomas clínicos y ecográficos, el cual luego se complica porque además presentaba un embarazo ectópico. Según la guía presentada, lo inicial es pedir una prueba Bhcg pero se recomienda que sea una cualitativa y en este caso se realizó una prueba de gestación en orina, el cual nos limita a sospechar de otras patologías. Con

respecto al tratamiento dado, se manejó adecuadamente el aborto incompleto, y hospitalizando a la paciente por presentar signos de alarma; con respecto al manejo del embarazo ectópico lo que recomienda la guía es la realización de una laparotomía exploratoria.

3.2 Medicina Interna

CASO N°1

Paciente de 38 años que ingresa a emergencia por presentar dolor abdominal que se irradia a la espalda el cual empezó después de haber consumido choncho, náuseas y vómitos. Se le solicitan exámenes de laboratorio donde se evidencia aumento de amilasa y lipasa más de 5 veces su valor normal, paciente con signos vitales estables y sin signos de descompensación, con diagnóstico de pancreatitis aguda leve. El manejo médico fue conservador, se le indicó NPO, hidratación con NaCl 0.9%, analgesia, y teniendo una evolución favorable, se le solicitó TAC para ampliar estudios.

Según “la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda” del MINSA, la pancreatitis aguda es una reacción inflamatoria del tejido pancreático, siendo en su mayoría de etiología leve (12).

Entre los factores de riesgo están los estilos de vida donde está el consumo de alcohol y cigarrillos, consumo de comidas alta en grasa, interacción de algunos virus infecciosos y por factores genéticos.

Clasifica en:

- Pancreatitis aguda leve: Ausencia de necrosis peri pancreática y falla de órganos.
- Pancreatitis aguda moderada: Presencia de necrosis peri pancreática estéril o falla de órganos.
- Pancreatitis aguda severa: Presencia de necrosis peri pancreática infectada o falla de órganos.

- Pancreatitis aguda crítica: Presencia de necrosis peri pancreática infectada y falla de órganos.

La clínica está dada por un dolor agudo en hipogastrio el cual se irradia hacia los flancos, pecho o espalda, presencia de náuseas y vómitos y en algunos casos distensión abdominal.

Diagnostico debe de existir por lo menos 2 criterios de los siguientes:

- Clínica característica
- Laboratorio: Amilasa o lipasa aumentado su valor más de 3 veces su valor normal
- Prueba de imágenes: TAC es el que se recomienda para establecer el diagnóstico. Pero también tenemos a la Rx de tórax para evaluar derrame pleural asociado, ecografía en donde podemos tener hallazgos sugestivos o detectar colecciones líquidas, pseudoquistes o abscesos y RMN.

Manejo, es fundamentalmente de soporte, controlar la secreción exocrina del páncreas y detectar complicaciones precozmente, consiste (Anexo 5)

- Control hídrico con CNa 0.9% y hemodinámico si requiere
- Suspensión de la vía oral para la relajación pancreática, si fuera necesario podría darse la descompresión con sonda nasogástrica y aspiración. Pasado ya el cuadro agudo se recomienda iniciar una alimentación precoz hipograsa.
- Analgesia del paciente, se recomienda diclofenaco, ketoloraco, petidina e incluyendo la morfina.
- Antibioticoterapia profiláctica, el cual se recomienda a partir de los 14 días solo si existiera la sospecha de infección

Es importante la monitorización de signos de alarma, los cuales incluyen taquicardia, agitación, confusión, oliguria, hipotensión, ausencia de mejoría clínica en las primeras 48 horas, derrame pleural o presencia de líquido libre en el peritoneo a la radiografía o signos laboratoriales como PCR elevado o marcadores de infección.

Para dar de alta al paciente se debe de tener presente que haya tolerancia oral, ausencia de dolor abdominal a la ingestión de comidas, eliminación de flatos y signos vitales estables.

Según la guía del MINSA, el diagnóstico de pancreatitis aguda fue adecuado ya que presentaba 2 de los 3 criterios diagnósticos dentro de los cuales estaban el dolor en banda y la amilasa/lipasa incrementado más de 3 veces su valor. Con respecto al manejo fue el adecuado según lo que nos indica la guía, lo que faltó incluir en este paciente fue la realización de escalas de gravedad y pronósticas como "APECHE" o "RANSON", y TAC abdominal el cual no se pudo efectuar debido a las deficiencias económicas del paciente, pero habría sido de vital importancia para evidenciar alguna complicación.

CASO N°2

Paciente masculino de 62 años con antecedente de cirrosis hace 5 años, el cual es traído por su familiar a emergencia debido a pérdida de consciencia de duración breve, notarlo desorientado, además refiere que no ha estado realizando deposiciones. Por el cuadro clínico presenta se cataloga como una encefalopatía hepática, por lo que se le trata con un enema evacuante STAT, y posteriormente el uso de lactulosa.

La encefalopatía hepática es un conjunto de alteraciones neurológicas y psiquiátricas causada por una falla hepatocelular e hipertensión portal, esta patología suele presentarse en estadios avanzados de cirrosis (13).

Cuando ya se tiene el antecedente de cirrosis, el diagnóstico es de descarte, pero de igual manera es importante determinar lo que está induciendo a aparición de esta enfermedad, como sangrado gastrointestinal, infecciones, desequilibrio hidroelectrolítico, estreñimiento, entre otros.

Es importante un buen examen físico enfocado al sistema nervioso central evaluando la cognición, la orientación, disminución del apetito, dispraxia y confusión. Además, de una buena historia clínica ya que es importante determinar si hubo o no cambios de comportamiento, personalidad, apatía,

cambios en los ciclos del sueño. Algunos pacientes presentaron alteraciones motoras como hipertonía, hiperreflexia y respuesta plantar flexora en pacientes no comatosos, e hiporreflexia cuando hay coma.

Manejo se basa en reestablecer el estado mental del paciente (Anexo 6)

- Corregir el evento precipitante que este descompensando al paciente y evaluar si el paciente requiere o no intubación
- Disminuir la síntesis y absorción del amonio y amoniaco
- Antibiótico profiláctico donde se recomienda el uso de rifaximina Valorar al paciente para trasplante hepático
- Uso de lactulosa es de 16,7 gramos en sobres de 25 ml, administrada vía oral cada 12 horas inicialmente.

En el área de emergencia, se manejó el cuadro agudo, según lo que recomiendan las diferentes guías revisadas, el objetivo es recuperar el estado mental del paciente. El evento precipitante por el que paciente se descompensa es el estreñimiento que presentaba, por ende la indicación de un enema evacuante y posteriormente la administración de lactulosa horario, hicieron una mejoría en el paciente, lo que faltó agregar fue la utilización profilaxis del antibiótico. Ya en piso se deberá ampliar estudios del paciente y valorar un tratamiento adecuado para mejorar la calidad de vida del paciente.

3.3 Pediatría

CASO N°1

Paciente de 12 años, quien es traído a emergencia por presentar un cuadro de anafilaxia como posible causa medicamentosa, debido a que sus padres le dieron una tableta de aspirina con una copa de licor. El paciente presento dolor en mesogastrio, dificultad respiratoria acompañado de edema periorcular en ambos ojos. Se manejó el cuadro con adrenalina 0.4 mg IM STAT, y luego de la estabilización del paciente, se agregó hidrocortisona 100 mg EV cada 6

horas, clorfenamina 1.5 mg EV cada 6 horas y salbutamol 8 puf cada 20 minutos.

La anafilaxia es una reacción alérgica grave el cual aparece de forma brusca e induce a síntomas que afectan en simultaneo varios órganos (14).

La causa varía según la edad del paciente, pero se ha visto que entre los más frecuentes están los alimentos, picadura de insectos y fármacos. Con respecto a la anafilaxia por fármacos se ha visto una asociación con los antibióticos betalactámicos y AINES (15,16).

Clínica:

- Piel: Urticaria, eritema, prurito, angioedema, edema periorcular o inflamación conjuntival.
- Aparato respiratorio: Congestión nasal, disfonía, afonía, asfixia, estridor, dificultad respiratoria, sibilancias, cianosis
- Aparato cardiovascular: Taquicardia, bradicardia, dolor torácico, arritmias cardiacas, hipotensión
- Aparato gastrointestinal: Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea
- Aparato neurológico: Ansiedad, confusión, mareos, pérdida de conciencia

Diagnóstico es netamente clínico, y su manejo (anexo 7)

- 1era medida: administrar lo más precoz posible adrenalina 0.01 mg/kg IM (máxima dosis 0.5mg) y repetir cada 5 – 10 minutos si no hubiera respuesta.
- 2da medida: Retirar el alérgeno, posición del paciente, oxigenación en donde se sugiere que todos deben de recibir O2 dependiendo de la situación respiratoria ya que el objetivo es mantener una saturación entre 94 – 96%, fluido terapia intravenosa en pacientes con inestabilidad hemodinámica y uso de broncodiladores b2 agonistas de acción corta como el salbutamol para revertir el broncoespasmo.
- 3era medida: Antihistamínicos ayuda a disminuir los síntomas mucocutaneos, glucocorticoides se utilizan principalmente para evitar

segundas reacciones como la hidrocortisona 10 – 15 mg/kg/dosis (máximo 500mg) y glucagón.

El manejo de una anafilaxia según las guías es la aplicación de adrenalina, el cual se realizó adecuadamente en el área de emergencia del hospital. Posterior a esto ya cuando el paciente estuvo estabilizado, se le agregó la hidrocortisona y salbutamol para corregir los síntomas asociados. Por otra parte, sería necesario darle a conocer a los padres los riesgos que existen al auto medicar y cómo actuar ante una situación parecida.

CASO N°2

Paciente de 4 años de edad que cuenta con todas su vacunas, es traído a emergencia por presentar tos seca y dificultad respiratoria, a la evaluación física se evidencia disminución del murmullo vesicular, estridor a la inspiración e espiración con el paciente en reposo y presencia de tirajes, es diagnosticado con “Crup viral”, y el manejo en emergencia fue administrarle dexametasona 10 mg IM STAT y nebulización con adrenalina, teniendo una evolución favorable.

La laringitis aguda o crup viral es una enfermedad de causa infecciosa que cursa con obstrucción de las vías aéreas superiores, es común entre las edades de 6 meses y 3 años, y la etiología más frecuente es la parainfluenza tipo 1 (17).

La clínica es gradual, empezando con un cuadro catarral con o sin febrícula, y al cabo de 12 a 48 horas empieza con disfonía, tos perruna, estridor a la inspiración, dificultad respiratoria que puede o no ir con baja de saturación.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y mediante la Escala de Westley valorar la gravedad del paciente, esta escala incluye estridor respiratorio, tirajes, ventilación, cianosis y nivel de consciencia; el cual según el puntaje lo clasifica en leve, moderado y severo.

Este paciente tuvo un puntaje de Westley de 4 por lo que es cataloga como un crup viral moderado. Con respecto al tratamiento (18,19) (Anexo 8)

- Si hay alteración del estado general del paciente o dificultad respiratoria se inicia con corticoide (dexametasona 2mg) VO (dexametasona 0.15 – 0.6 mg/kg/, dosis máxima de 10mg) o nebulizado, si después de esto el paciente mejora, se plantea el alta.
- Si desde el inicio hay alteración del estado general o dificultad respiratoria, o no responde con la administración de corticoide, se indica la adrenalina nebulizada.

El diagnóstico y manejo de este paciente, según la guía de la Asociación Española de Pediatría fue adecuado, se valoró el grado de severidad del paciente con la escala de Westley adquiriendo un puntaje de 4 y administrándole dexametasona IM. Según lo que se recomienda es dar dexametasona VO, pero en diversos estudios no hay diferencia entre administrarlo VO o IM. Es importante explicarle a la mamá que el paciente no requiere de antibióticos, y explicarle los signos de alta de pudiera presentar.

3.4 Cirugía general

CASO N°1

Paciente masculino de 18 años de edad, ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas, por presentar dolor abdominal que inicio en epigastrio y migro a fosa iliaca derecha, náuseas y pérdida del apetito. A la evaluación física se le encuentra clínicamente estable, con punto de mc burney positivo sin signos peritoneales, se evidencia leucocitosis con desviación a la izquierda en el hemograma. Es catalogado como una apendicitis aguda por lo que es ingresado a sala de operaciones para una apendicetomía donde se encuentra en el acto quirúrgico se le encuentra una apendicitis congestiva con una base indemne.

La apendicitis aguda es una inflamación de la base del apéndice cecal, la etiología varía dependiendo de la edad pero la causa en si es obstructiva (20).

Clínica:

- Dolor mal localizado que empieza en hipogastrio y luego migra a fosa iliaca derecha, a veces puede palpase la presencia de una masa en fosa iliaca derecha
- Náuseas y vómitos
- Hiporexia
- Fiebre
- Diarrea o estreñimiento
- Mal estado general, signos peritoneales, signo del rebote; en caso sean casos complicados

Diagnostico:

- Fundamentalmente clínico
- Hemograma: Mayoría de veces se evidencia leucocitosis con desviación izquierda
- Examen de orina: Mayoría de veces normal, aunque a veces puede a ver leucocitos, cilindros granulosos o micro hematuria
- Radiografía de tórax
- Ecografía abdominal, TAC o RM

Manejo (Anexo 9)

- Pre – operatorio:
 - o Reposición hidroelectrolítica EV
 - o Analgesia
 - o Antibiótico: metrodinazol, aminoglicosido, clindamicina, ceftriaxona, ciprofloxacina
 - o Pedir pre-quirúrgicos
- Cirugía el cual debe de realizarse dentro de las primeras 24 horas: Apendicetomía convencional o laparoscópica

Al paciente se le puede dar de alta en caso de ser una apendicitis no complicada a las 24 a 72 horas, solo si el paciente esta con funciones vitales estables, tolerancia oral, buenas condiciones de la herida y dolor mínimo.

Según la Guía que recomienda el MINSA para estos pacientes, es un adecuado diagnóstico, ya que el diagnóstico para la apendicitis aguda es básicamente clínico. En este paciente se pudo reconocer los signos y síntomas que sugieren una apendicitis aguda, complementándose con un hemograma, para así poder brindarle el tratamiento quirúrgico de una manera precoz, evitando complicaciones.

CASO N°2

Paciente de sexo femenino de 30 años que ingresa a emergencia por presentar dolor tipo cólico en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos en dos oportunidades que se presentaron después de la ingesta de comida marina. Paciente con signos vitales estables, que al examen físico se encuentra abdomen plano, discretamente distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, signo Murphy positivo, RHA incrementados y sin signos peritoneales, en los exámenes auxiliares se evidencia leucocitosis, bilirrubinas levemente aumentadas y múltiples cálculos en la vesícula biliar. Se le diagnostica con una colecistitis aguda litiasica, se le da un manejo conservador pero al no ceder los síntomas, se decide su ingreso a sala de operaciones para la realización de COLELAP.

La colecistitis aguda se define como la inflamación aguda de la pared de la vesícula, el cual se debe en la mayoría de casos a una obstrucción del conducto cístico por un cálculo. Existen tres tipos de colecistitis, la litiasica, alitiasica y enfisematosa (20).

Diagnostico:

- Clínico:
 - o Dolor tipo cólico que no responde a tratamiento médico por más de 6 horas.
 - o Fiebre y taquicardia
 - o Signo de Murphy positivo que puede o no ir con masa palpable
- Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Leucocitosis con neutrofilia
- Ecografía abdominal: Evidencia de litiasis, acompañado de engrosamiento de la pared vesicular mayor de 3mm, micro abscesos parietales, signo del doble contorno, liquido perivesicular o libre en cavidad

Manejo:

- Tratamiento médico:
 - Suspender vía oral, hidratación EV, corrección de alteraciones hidroelectrolíticas.
 - Manejo del dolor, se recomienda la utilización de AINES (ketorolaco 60mg o diclofenaco 75 mg IM)
 - Profilaxis antibiótica, se recomienda el uso de ceftriaxona 1-2gr EV c/24h o ciprofloxacina 200 mg c/12h o amoxicilina – ac. Clavulanico 1 – 2 gr EV c/8h, y evaluar si se debe prolongar el tratamiento antibiótico según como sea la evolución de la paciente.
 - Uso de profilaxis trombo embolica peri operatoria
- Manejo quirúrgico:
 - Colectomía antes de las 72 horas: Está dirigido a pacientes con alto riesgo de complicaciones y criterios de sepsis.
 - Colectomía a las 6 a 8 semanas: Paciente diagnosticado por primera vez o se define el diagnostico pasado las 72 horas, en estos casos se prefiere continuar con el tratamiento médico, salvo que la evolución del paciente sea desfavorable teniendo que ser una colectomía de urgencia.

El diagnóstico de la paciente fue el adecuado, se le brindo un tratamiento conservador con analgesia, no se le llevo a dar una profilaxis antibiótica a la paciente. Con respecto al manejo quirúrgico, la paciente entra a una COLELAP, pero según lo recomendado por la Guía del Minsa, solo se realiza una cirugía de emergencia, si la paciente tiene signos sugestivos de complicaciones; el cual en este caso la paciente no presentaba, por lo que no se siguió lo recomendado por la guía.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante mi paso en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales como interna de medicina me encontré con un ambiente de respeto y colaboración tanto de mis compañeros como con el personal de salud el cual favoreció con un buen desempeño en el ámbito hospitalario.

Con respecto al trabajo, la carga laboral en algunos servicios tenía una gran demanda debido a factores como la demanda de pacientes por día, el nivel de cuidado hacia cada paciente, entre otros. Esto me permitió, conocer el manejo y gestión en cada uno de los servicios; además al estar bajo la supervisión de doctores especialistas pude llevar a la práctica los conocimientos teóricos adquiridos, la realización de diversos procedimientos e intervenciones médicas y comprender la importancia de estar en constante actualización.

Debido a la problemática que se dio por el COVID 19, se implementaron protocolos sanitarios que modificaron y aplazaron el desarrollo del internado, presentándose las siguientes dificultades entre ellas era la exposición al virus COVID19, un menor tiempo laboral ya que las rotaciones duraban 15 días por mes durante dos meses, mayor dificultad para interactuar y realizar el seguimiento al paciente, restricciones para ciertos procedimientos de contacto directo, suspensión de actividades académicas presenciales y menor frecuencia en las áreas de emergencias de los diversos servicios. Pero, frente a estas dificultades pude adaptarme a la nueva realidad tomando medidas como el uso de equipo de protección personal, distanciamiento social, una mayor retroalimentación sobre los casos, coordinación vía virtual con el

equipo de trabajo sobre cada paciente, protocolo de pruebas rápidas y moleculares previa intervención quirúrgica del paciente además de el correcto uso de mascarilla y facial, realización de charlas y exposiciones vía virtual, y así continuar afrontando los retos profesionales del internado.

4.1 Ginecoobstetricia

Gineco-obstetricia fue el primer servicio rotado durante mi internado médico, cabe resaltar que este fue antes que apareciera la pandemia por COVID 19. Este departamento cuenta con los servicios de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), Unidad de cuidado intensivo materno (UCIM), puerperio, legrado, emergencia, centro obstétrico y ginecología.

El servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) se encarga de las pacientes en donde la vida materna y fetal se encuentran en peligro, brindándoles un manejo y tratamiento adecuado, en esta área se vio diferentes patologías como preeclampsia, ruptura prematura de membranas, corioretinitis, pielonefritis aguda, diabetes gestacional, gestantes con tuberculosis, VIH y sífilis, colestasis del embarazo, entre otras patologías, además saber cuándo una gestante necesita una cesárea de emergencia como electiva. En el servicio de unidad de cuidado intensivo materno (UCIM) se ven a las pacientes después de una cesárea o de un parto vaginal con complicaciones, en puerperio vemos a la evolución de la paciente y detectar a tiempo si es que hay alguna complicación como endometritis o mastitis, en legrado se realizó tanto los procedimientos de aspiración manual endouterina (AMEU) como legrado uterino, saber cuál es el abordaje post procedimiento y cómo actuar frente a una complicación. En el servicio de ginecología se ven patologías como miomas uterinos, endometriosis; existe el sub servicio de Gineco-oncología donde se ven neoplasias uterinas y tumores ováricos, además de asistir en distintos tipos de operaciones ginecológicas. Por último los servicios de centro obstétrico donde se aprende a monitorizar y realizar el seguimiento adecuado a una gestante hasta el momento del parto vaginal, y el servicio de

emergencia donde pudimos evidenciar distintas patologías y cómo actuar frente a ellas.

Por otra parte, cabe resaltar que durante el desarrollo del servicio, se programaban charlas interdiarias sobre casos clínicos, teoría y artículos sobre tratamientos de diversas patologías.

4.2 Medicina Interna

Medicina interna fue mi segunda rotación, pase por áreas de medicina interna, neumología, gastroenterología y emergencia del servicio. Dentro del área de gastroenterología, pude atender a pacientes con pancreatitis aguda no complicada, pacientes con cirrosis hepática los cuales se descompensaban con cuadros de encefalopatía hepática. El área de medicina general se subdivide en hospitalización mujeres y hombres, donde evidencie un cuadro de una urgencia hipertensiva, diabetes mellitus descompensados, ACV, y en general pacientes con múltiples patologías que en su mayoría eran pacientes post covid, aquí comprendí la importancia que conlleva el controlar estas enfermedades bajo la coyuntura actual que se vive del covid. En el área de neumología practique los tratamientos y cuidados de pacientes con tuberculosis sensible, MDR y XDR tanto en pacientes adultos como pediátricos, el manejo de pacientes con neumonías complicadas y pude aprender sobre la colocación de tubos de drenajes torácicos. En el área de emergencia aprendí a identificar un síndrome abdominal agudo y como diferenciarlo de un cólico renal, cólico biliar y qué hacer si estamos frente a un abdomen quirúrgico, manejo de intoxicaciones alimentarias y alcohólicas, anafilaxias y status convulsivos. Con respecto a los procedimientos, realice diversas curaciones de heridas, debridación de heridas en pacientes diabéticos y paracentesis.

4.3 Pediatría

Pediatría fue mi tercera rotación, el cual se dio en el área de neonatología y pediatría.

En pediatría en el área de hospitalización desarrolle conocimientos y prácticas sobre apendicitis aguda, celulitis en partes blandas, convulsión pediátrica, neumonías bacterianas y deshidratación grave por infección gastrointestinal. En el área de emergencia del servicio aprendí sobre el manejo de los diferentes estados de deshidratación en niños debido a síndromes eméticos y diarreicos, como diferenciar una intoxicación alimentaria de una infección gastrointestinal, aprender y manejar a niños con síndromes respiratorios como fue el asma, crup y neumonía. Estas experiencias me permitieron comprender la importancia de la vacunación en los niños ya esto es una de las causas más frecuentes de los problemas en el área de pediatría, así como también lo crucial que es el correcto lavado de manos en niños.

En neonatología, en el área de hospitalización roté por intermedios I, intermedios II, prematuros y puerperio; aprendí sobre las diversas patologías neonatales como eran pacientes con ictericia patológica, neumonías, sepsis neonatal, pacientes con cardiopatías congénitas, pacientes de mamá infectada con VIH o sífilis, y a cómo hacer una correcta evaluación del recién nacido para poder identificar si tiene o no alguna patología. Por otro lado, pase también por el área de recepción en donde realice el recibimiento del recién nacido después del parto, evaluación y la atención inmediata. Cabe resaltar, que tanto en pediatría como neonatología tuvimos actividades virtuales sobre temas específicos de la rotación y presentación de casos clínicos.

4.4 Cirugía general

Cirugía general es mi cuarta y última rotación del internado médico, el que comprende los servicios de cirugía general, traumatología, cirugía pediátrica y urología.

En el servicio de traumatología, realice la colocación de férulas y yesos, limpieza de heridas en pacientes amputados, aprendí a reconocer diversos tipos de fracturas, y como es el abordaje de pacientes poli traumatizados. En el servicio de cirugía maneje a pacientes con apendicitis y entre a instrumentar una orquidopexia bilateral, en urología aprendí sobre el tratamiento de un paciente con traumatismo renal grado IV, manejo de un paciente con hematuria, colocación de sondas Foley y por último en el servicio de cirugía general, aprendí sobre cómo identificar una apendicitis aguda y colecistitis aguda, manejo de los pacientes post operados, reducción de hernias incoercibles, realice diversas suturas en diferentes partes de la piel, curación de heridas y cambio de bolsas de colostomía.

CONCLUSIONES

- El internado médico proporciona los conocimientos y experiencias necesarias para poder afrontar las diversas situaciones como profesional de la salud, además de poder conocer la realidad de la situación sanitaria del Perú.
- El Hospital Sergio E. Bernales cuenta con los requerimientos necesarios y profesionales capacitados para poder formar a un profesional médico, además se adecuo para afrontar esta situación que se vive actualmente frente al COVID 19, instaurando los protocolos necesarios para asegurar la integridad de los estudiantes y pacientes, y así poder continuar con la formación profesional.

RECOMENDACIONES

- Uno de los aspectos a enfocar al ingresar al internado es desarrollar una buena comunicación entre los doctores y el interno, para así asegurar una adecuada retroalimentación de los conocimientos aprendidos, además de mejorar la atención a los pacientes.
- Mejorar el aspecto educativo en la época del internado, aumentando simuladores los cuales nos permitan practicar, implementar charlas o reuniones con los docentes del hospital para así reforzar el seguimiento tanto clínico como práctico.
- Dada la situación de emergencia sanitaria, el interno debe de adaptarse a las diversas situaciones que puedan ocurrir en el día a día, aprovechando al máximo el compartir las experiencias profesionales con los profesionales médicos.
- Se debe gestionar adecuadamente las tareas para cumplir con las exigencias que demanda el internado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Prensa CH, General D. Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Portal [Internet]. Gob.pe. [citado 2021 April 18]. Available from: <https://portal.hnseb.gob.pe/>
2. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):504–9. Bbb: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/02/n7-458-464_CarmenTorres.pdf
3. Qué es el coronavirus y su origen - Bupa Global Latinoamérica [Internet]. Bupalud.com. [citado 2021 April 18]. Available from: <https://www.bupalud.com/salud/coronavirus>
4. Gob.pe. [citado 2021 Abril 18]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/505245/resolucion-ministerial-039-2020-MINSA.PDF>

5. Adelita Sanchez, Rosalinda Flores, Rosario Urbina, Norma Laura. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. *Investigación en salud* 2008; 10(3): 14 – 21
6. Valadez-Nava S, Heshiki-Nakandakari L, Osornio-Castillo L, Domínguez-Álvarez E, Tagle Herrera RS. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. *Investig educ médica*. 2014;3(12):193–7.
7. Oficina de Epidemiología y salud ambiental del HNSEB. Análisis situacional de salud del 2010. Lima, 2010
8. Oficina de Epidemiología y salud ambiental del HNSEB. Análisis situacional de salud del 2014. Lima 2014
9. Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Plan de reforzamiento del servicio de salud de contención del Covid-19 en el HNSEB. Lima, 2020.
10. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima, 2010
11. Ministerio de salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima, 2007
12. Servicio de especialidades médicas del Hospital Santa Rosa. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda. Lima, 2020
13. Andrés Morcillo, Jorge Morcillo, David Rodríguez, William Regino. Encefalopatía Hepática: Diagnóstico y tratamiento en 2019. *Rev. Ecuat. Neurol*. Vol. 29, No 1, 2020
14. Juliá Benito JC, Álvarez Caro F. Anafilaxia en Pediatría. *Asociación Española de Pediatría*. 2019;2:363-80

15. SEICAP. Manual de Anafilaxia pediátrica. 2017
16. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019
17. Arroba Basanta ML. Laringitis aguda (Crup). An Pediatr (Barc). 2003;01:55–61
18. Ventosa Rosquelles P, Luaces Cubells C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. Protocolo diagnostico pediatría. 2020;1:75-82
19. Bertha Ines Agudelo. Maria Esther Ariza Laringotraqueobronquitis (CRUP). [Citado 2021 April 18] Available from: <https://portal.neumopediatricolombia.com/wp-content/uploads/2017/03/laringotraqueobronquitis.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
20. Servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa. Guía de práctica clínica del servicio de Cirugía General. Lima, 2015

ANEXOS

ANEXO N°1: Servicios del H.N.S.E.B.

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ATENCIÓN EN CONSULTORIOS EXTERNOS

CARDIOLOGÍA ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER AVANZADA ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER PREGNATAL ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER NEONATALES ECOCARDIOGRAFÍA AVANZADA ECOCARDIOGRAFÍA CON STRESS FARMACOLÓGICO ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESPERDIZADO ECOGRAFÍA VASCULAR DE ARTERIAS CORONARIAS ELECTROCARDIOGRAFÍA HOLTER MAPA (Monitoreo) Anteriores de la Prueba Arterial PRUEBA DE EFUSIÓN	MEDICINA INTERNA NEFROLOGÍA NEUMOLOGÍA URTIKARIA DE TIG URTIKARIA DE ASMA - EOC, ASMA DEL SIEÑO FISIOLÓGICA RESPIRATORIA ESPIROMETRÍA (ADULTOS) BRONCOSCOPÍA FIBROSCÓPICA NEUROLOGÍA ELECTROENCEFALOGRAFÍA (ADULTOS Y NIÑOS) ONCOLOGÍA CLÍNICA QUIMIOTERAPIA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS PSIQUIATRÍA REUMATOLOGÍA INTELIGENCIA ARTIFICIAL CIRURGÍA GENERAL CIRURGÍA CABEZA Y CUELLO CIRURGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR ECOGRAFÍA DOPPLER VASCULAR CIRURGÍA PEDIÁTRICA CIRURGÍA PLÁSTICA NEUROCIRURGÍA OFTALMOLOGÍA REFRACCIÓN FORO DE OJO LAVADO OCULAR CIRAJERÍA EXTRACCIÓN FORTES EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO LAVADO DE VÍA LAGRIMAL QUIMIOTERAPIA CONOSCOPÍA RETINITIS	UROLOGÍA CISTOSCOPÍA GINECOLOGÍA CONSULTA UNIDAD CUIDADO UTERINO PLAFTERIZACIÓN FAMILIAR OBSTETRICIA TRUQUE DE OBSTETRICIA CONTROL PRENATAL PSICO PRENATAL ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA COLPOSCOPÍA CUIDO PREG ENDOMETRIO BIOPSIA HISTEROSALPINGOGRAMA NEUMATOLOGÍA PEDIATRÍA GENERAL INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CIBED) ODONTOSTOMATOLOGÍA CONSULTA EXTERNA PEDIÁTRICO ENDOCRINA PROFILAXIS ARTEPOYUNTO / VISIÓN ENDOSCÓPICA PULMONAR OTITIS MEDIANAS NASOFARINGEAL NASOFARINGEAL CRISIS COORDINATORIA TOLOGÍA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN TERAPIA FÍSICA TERAPIA SOCIALIZADA TERAPIA DE LENGUAJE PSICOLOGÍA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL TERAPIA DE FAMILIA Y FAMILIAR SISTEMÁTICA PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTEMÁTICA VO ABRISO SEXUAL CIBERSEGURIDAD TERAPIA DE RELAJACIÓN CIBERSEGURIDAD ANESTESIOLOGÍA NUTRICIÓN
DERMATOLOGÍA OTITIS MEDIA REINFECCIÓN CIRUGÍA DE OÍAS RETRÓ DE PAVOS CIRAJERÍA PEL CANELES GASTROENTEROLOGÍA ENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA (GASTROSCOPÍA) ENDOSCOPÍA DIGESTIVA BAJA (COLONOSCOPÍA) PROCTOSCOPÍA LABORATORIO DE HEMOCORRECCIONES LABORATORIO DE VARIAS BIOMEDICINAS COLICACIÓN ENDOSCÓPICA DE CLIP INYECCIONES ENDOSCÓPICAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN NEUMÁTICO DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN	OTORRINOLARINGOLOGÍA LABORATORIO VIRUS NASAL REDUCCIÓN CIRUGÍA DE INACTIVA NASAL LAVADO DE OÍOS CANTONAMIENTO QUIRÚRGICO Y ELÉCTRICO PRUEBAS VESTIBULARES EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO OÍOS, NARIZ, GARGANTA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA CALOCLONIA DE VISO RETRÓ DE VISO CIBERSEGURIDAD	ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA OTORRINOLARINGOLOGÍA LABORATORIO VIRUS NASAL REDUCCIÓN CIRUGÍA DE INACTIVA NASAL LAVADO DE OÍOS CANTONAMIENTO QUIRÚRGICO Y ELÉCTRICO PRUEBAS VESTIBULARES EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO OÍOS, NARIZ, GARGANTA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA CALOCLONIA DE VISO RETRÓ DE VISO CIBERSEGURIDAD
GERIATRÍA VALORACIÓN FUNCIONAL VALORACIÓN DE FRAGILIDAD MEDIANTE TEST DE SUBURINIA O SPRB VALORACIÓN MENTAL COGNITIVA VALORACIÓN MENTAL AFECTIVA VALORACIÓN SOCIAL COMPOSICIÓN CORPORAL HEMATOLOGÍA CLÍNICA APARADO DE HEMOGLOBINA BIOPSIA DE HEMOGLOBINA LECTURA DE SANGRE PERIFÉRICA INFECTOLOGÍA CONSULTA EXTERNA ADULTO CONSULTA EXTERNA NEONATAL CONDUCCIÓN	GERIATRÍA VALORACIÓN FUNCIONAL VALORACIÓN DE FRAGILIDAD MEDIANTE TEST DE SUBURINIA O SPRB VALORACIÓN MENTAL COGNITIVA VALORACIÓN MENTAL AFECTIVA VALORACIÓN SOCIAL COMPOSICIÓN CORPORAL HEMATOLOGÍA CLÍNICA APARADO DE HEMOGLOBINA BIOPSIA DE HEMOGLOBINA LECTURA DE SANGRE PERIFÉRICA INFECTOLOGÍA CONSULTA EXTERNA ADULTO CONSULTA EXTERNA NEONATAL CONDUCCIÓN	GERIATRÍA VALORACIÓN FUNCIONAL VALORACIÓN DE FRAGILIDAD MEDIANTE TEST DE SUBURINIA O SPRB VALORACIÓN MENTAL COGNITIVA VALORACIÓN MENTAL AFECTIVA VALORACIÓN SOCIAL COMPOSICIÓN CORPORAL HEMATOLOGÍA CLÍNICA APARADO DE HEMOGLOBINA BIOPSIA DE HEMOGLOBINA LECTURA DE SANGRE PERIFÉRICA INFECTOLOGÍA CONSULTA EXTERNA ADULTO CONSULTA EXTERNA NEONATAL CONDUCCIÓN

SERVICIOS DE APOYO PARA LA ATENCIÓN

- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
- ECOGRAFIAS
- RADIOLOGÍA
- FARMACIA
- NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
- PATOLOGÍA CLÍNICA
- BANCO DE SANGRE

HORARIO DE ATENCIÓN :

ADMISIÓN CONSULTA EXTERNA
Consulta Externa: Lunes a Sábado
Horario: 06:00 am. a 07:00 pm.

EMERGENCIA
Horario: 24 HORAS

CONSULTA EXTERNA
Horario: Lunes a Sábado
Turno Mañana: 08:00 am. a 02:00 pm.
Turno Tarde: 02:00 pm. a 06:00 pm.

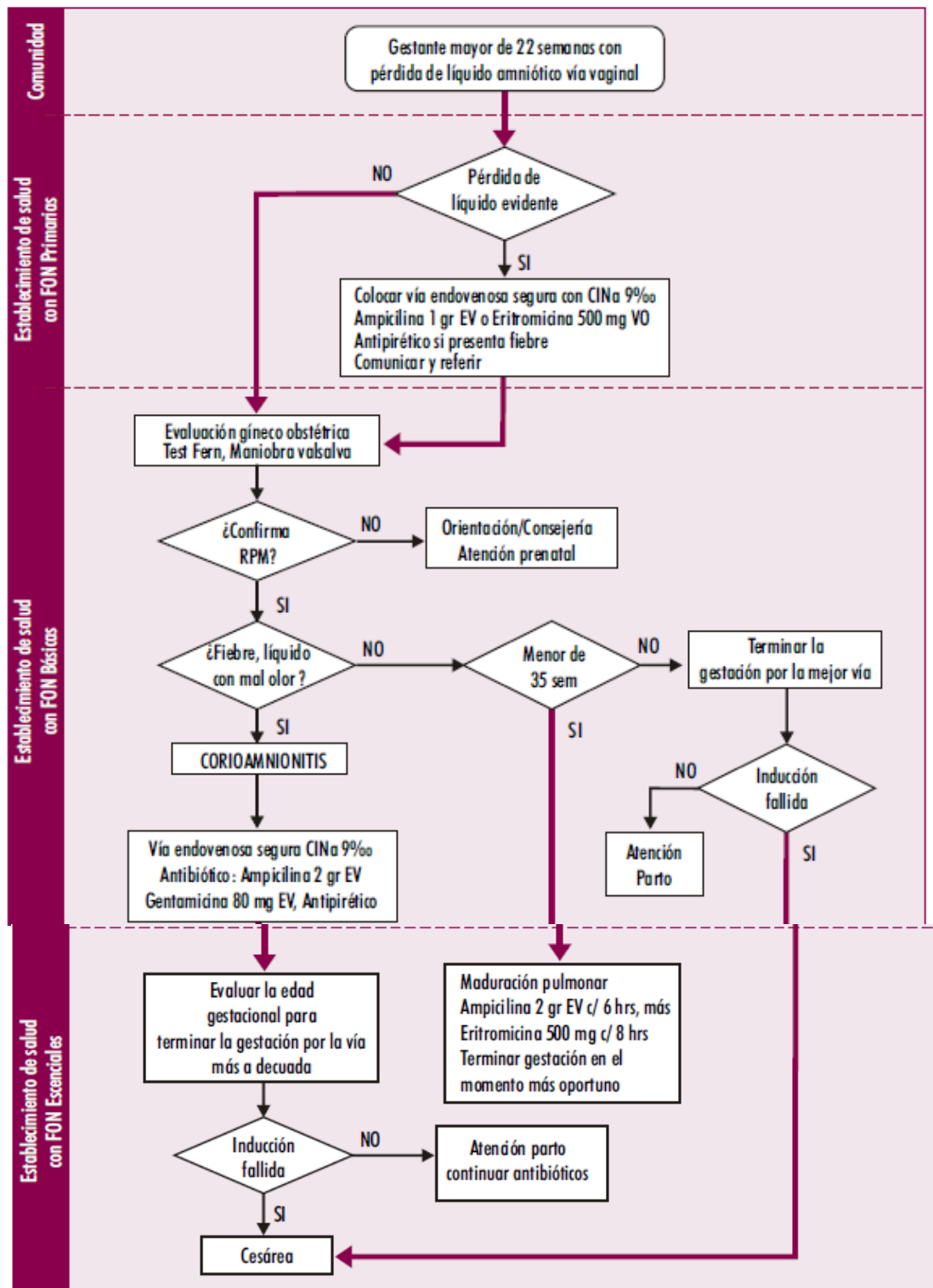
CENTRAL TELEFÓNICO
558 01 86

DIRECCIÓN
Av. Tupac Amaru N°8000
Eje. 14.3 - Conasa

Activar
Ir a Config

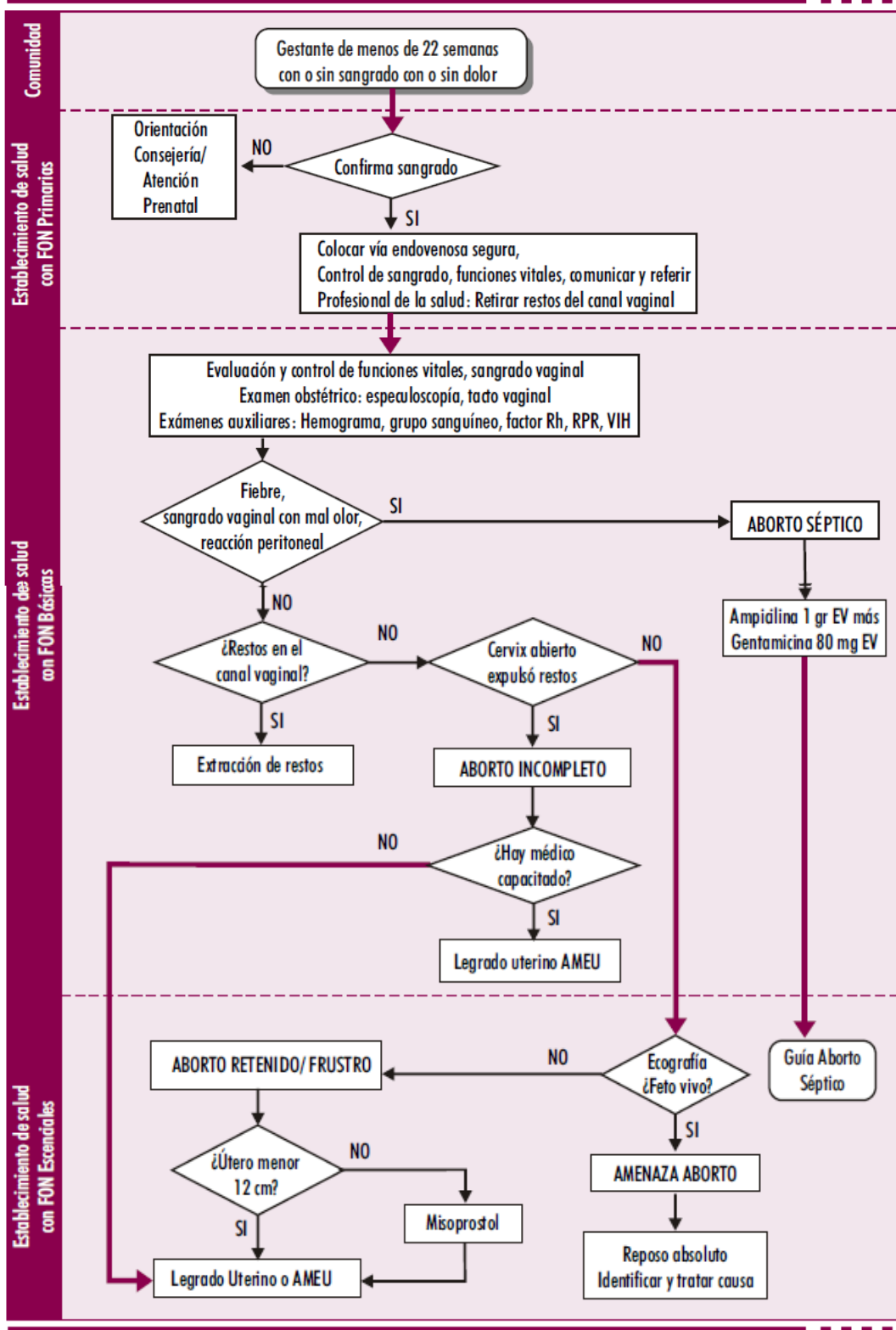
ANEXO N°2: Organigrama de rotura de membranas de la guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Minsa

ROTURA PREMATURA MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS



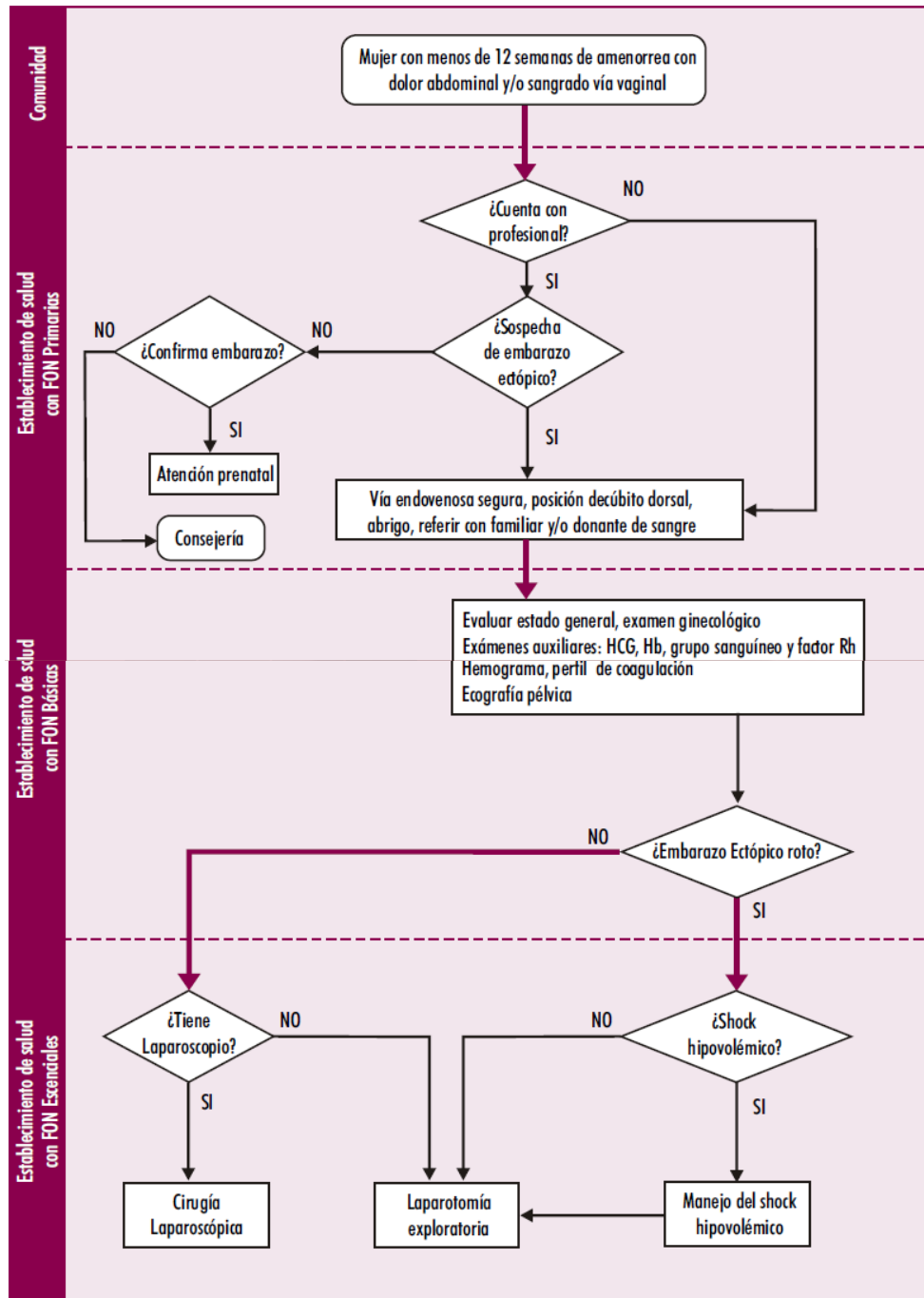
ANEXO N°3: Organigrama de aborto de la guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Minsa

ABORTO

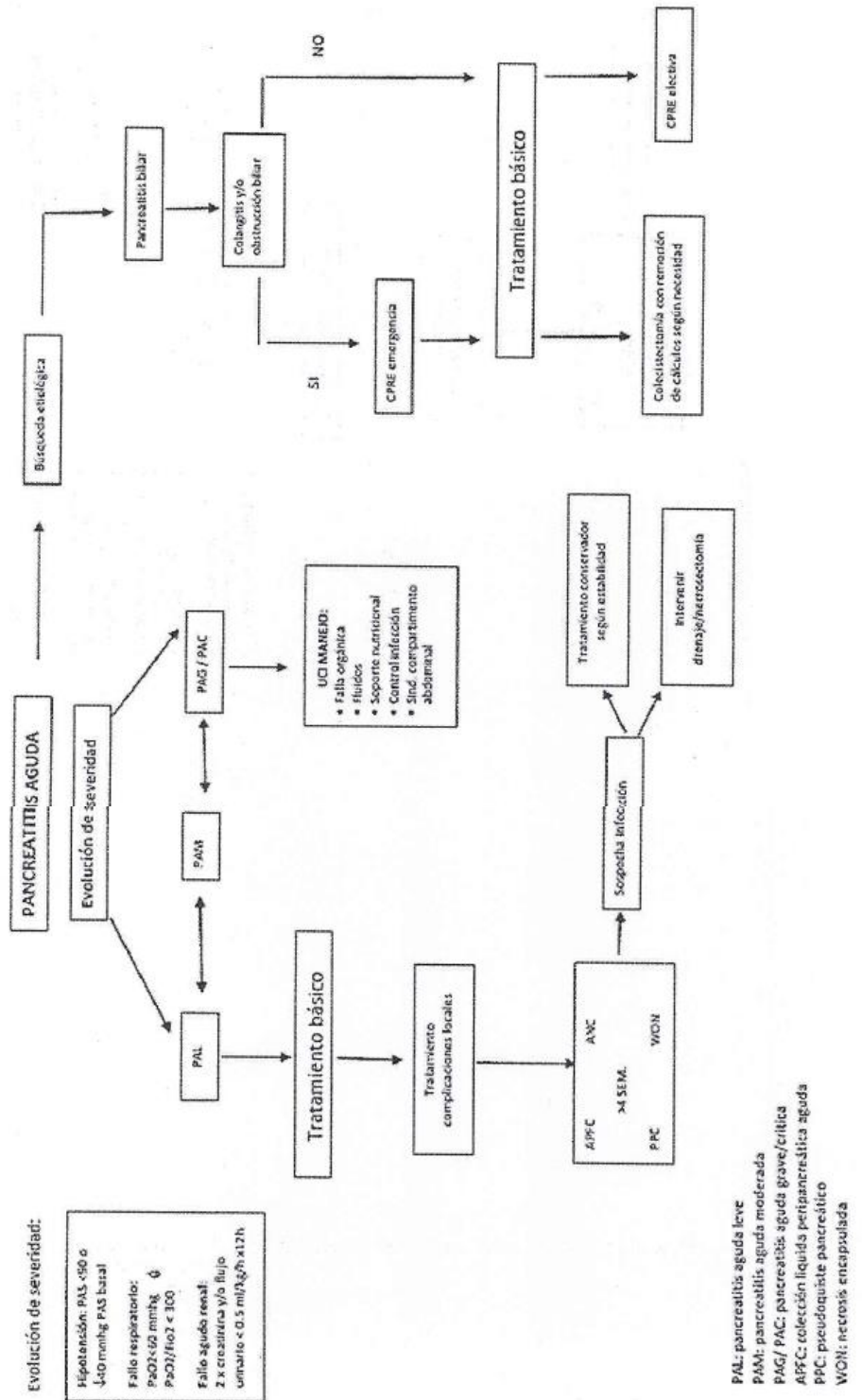


ANEXO N°4: Organigrama de embarazo ectópico de la guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del Minsa

EMBARAZO ECTÓPICO

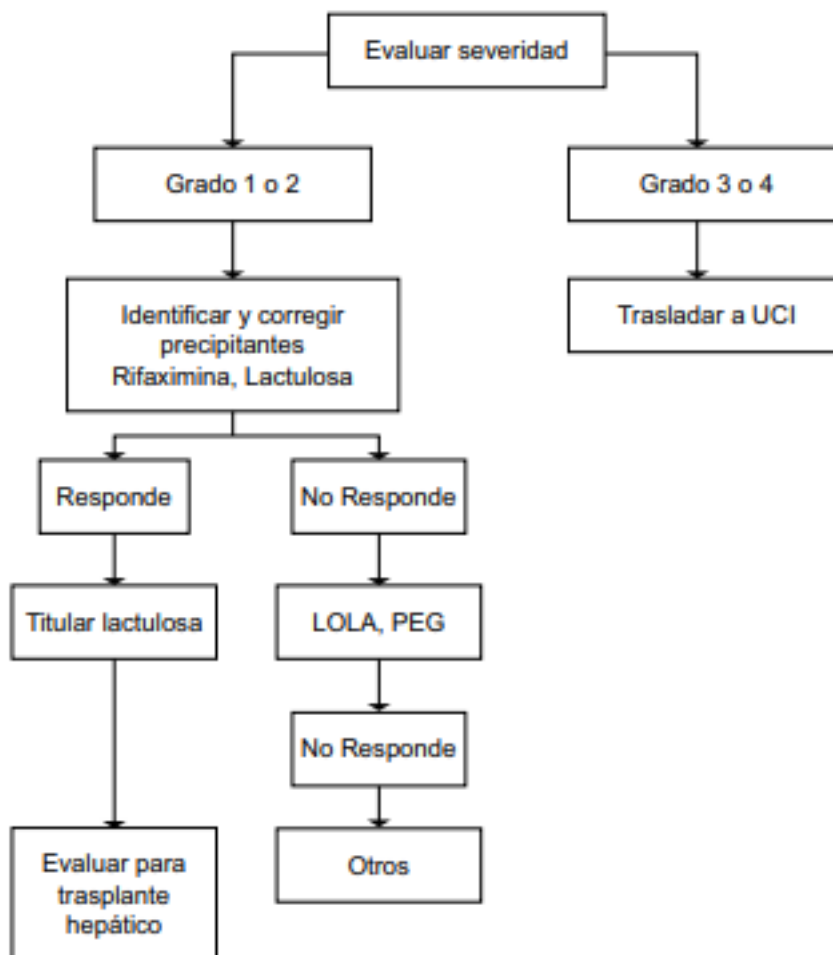


ANEXO N°5: Organigrama de pancreatitis aguda de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda del Minsa

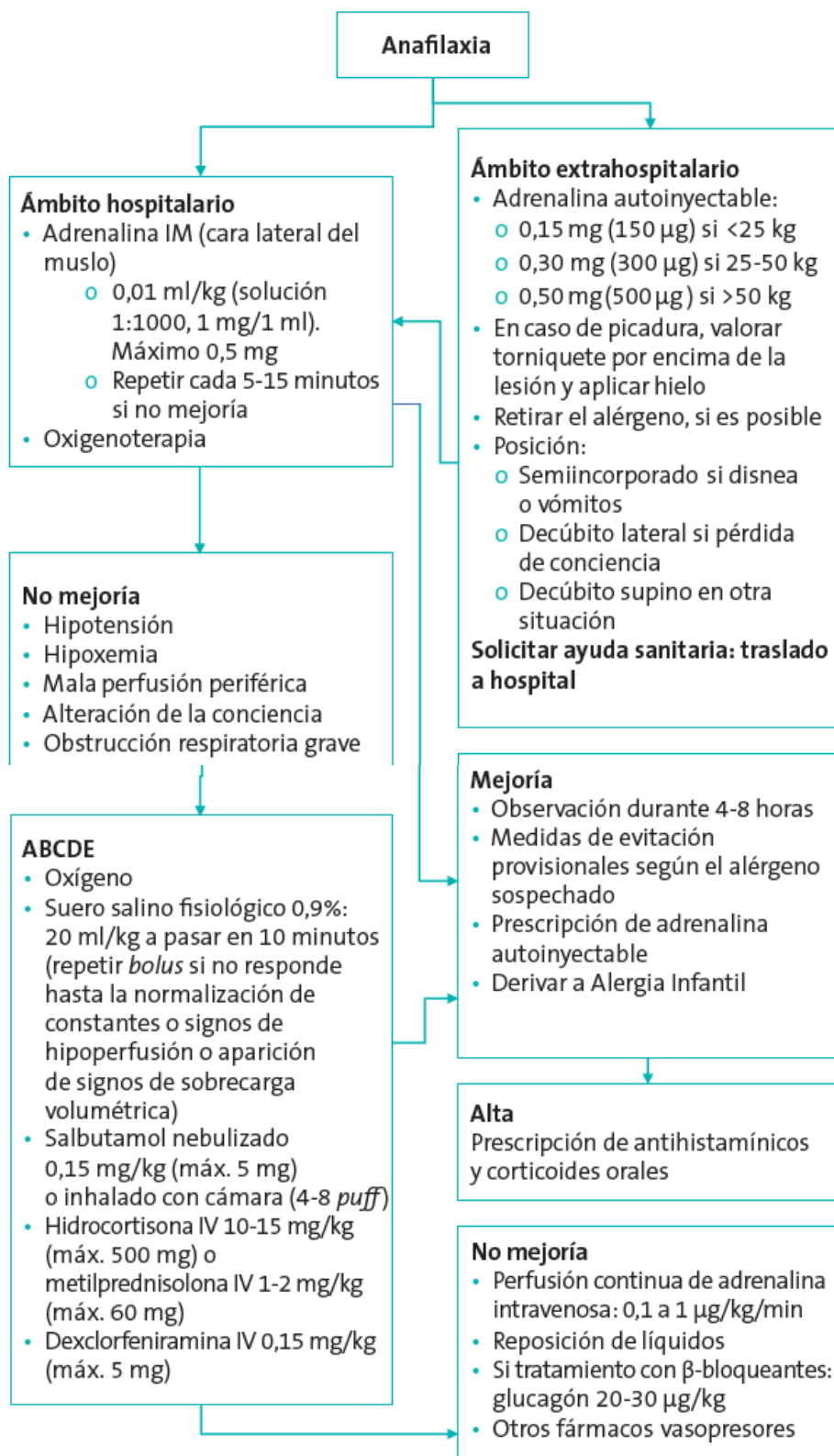


ANEXO N°6: Organigrama de la encefalopatía hepática

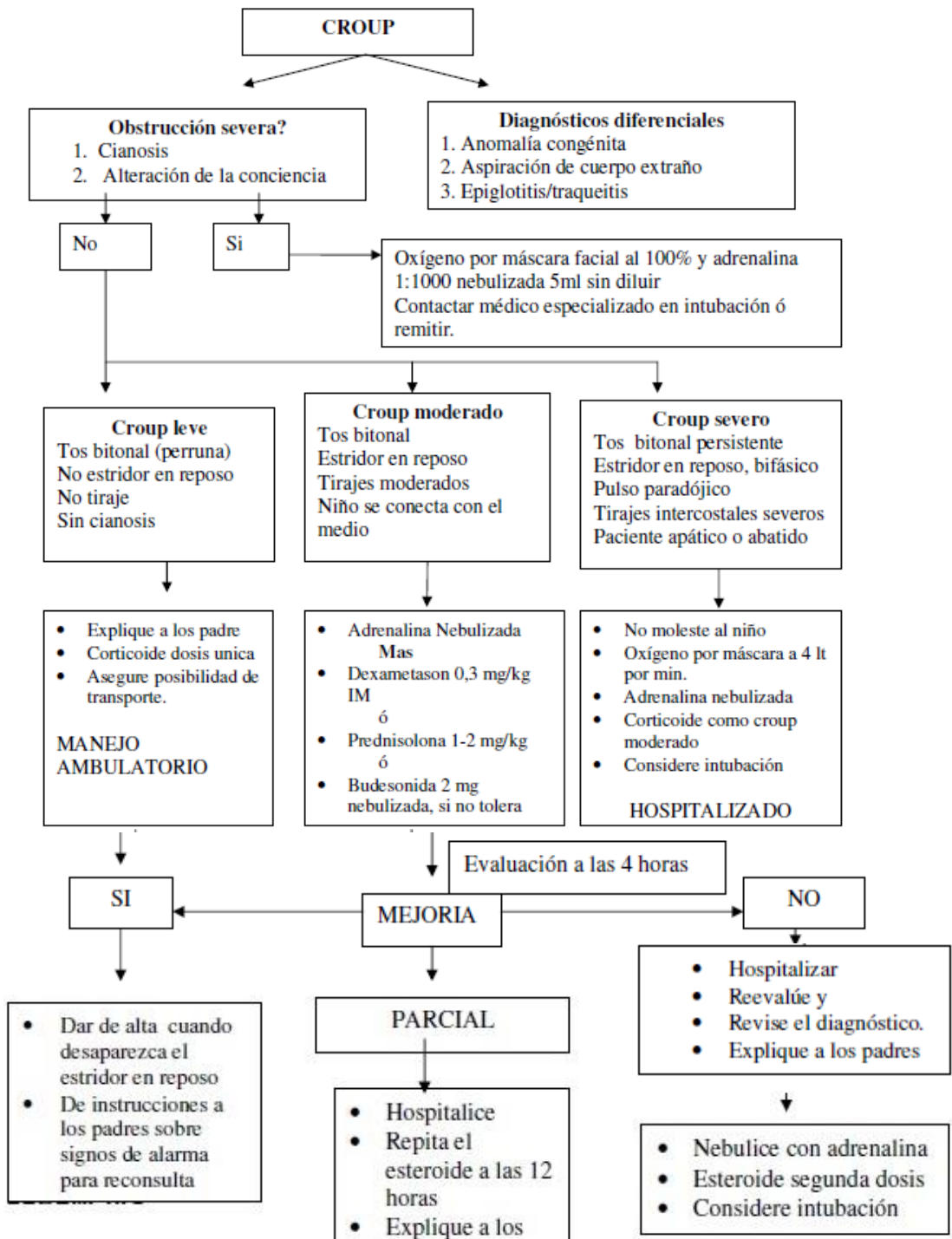
Figura 1. Tratamiento de la encefalopatía hepática en la sala general.



ANEXO N°7: Organigrama sobre anafilaxia de SEUP



ANEXO N°8: Organigrama de croup



ANEXO N°9: Organigrama de apendicitis según la guía clínica del Hospital Santa Rosa

