



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021-2022 EN  
CLÍNICA DETECTA-INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL  
NIÑO-BREÑA- INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL**

**PRESENTADO POR  
DIEGO MAURICIO GÁLVEZ ALARCÓN**

**ASESOR  
GUILLERMO LADD VICUÑA**

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

**LIMA- PERÚ**

**2022**



**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**

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021-2022 EN  
CLÍNICA DETECTA-INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL  
NIÑO-BREÑA- INSTITUTO NACIONAL MATERNO  
PERINATAL**

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

**PRESENTADO POR  
DIEGO MAURICIO GÁLVEZ ALARCÓN**

**ASESOR  
DR. GUILLERMO LADD VICUÑA**

**LIMA- PERÚ**

**2022**

## JURADO

**Presidente:** Dr. Víctor Hinostrroza Barrionuevo

**Miembro:** Dr. Jorge Carlos Vega Rodríguez

**Miembro:** Dra. Kattia Arribasplata Purizaca

## **DEDICATORIA**

Dedico, de manera especial, este trabajo a mis padres, quienes me dieron la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera y ser colegas. A mis hermanos, abuelos, amigos y docentes por siempre darme el respaldo y confianza que necesité para lograr este primer objetivo en mi vida profesional.

A todo el personal médico peruano que continuó laborando durante la pandemia y que perdió la vida a causa del COVID-19 al ejercer heroicamente su vocación.

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias a Dios por guiarme por este largo camino y darme la sabiduría para tomar las decisiones que permiten estar hoy presente.

Agradezco a mi familia por confiar en mis capacidades, apostar por mí y por el apoyo incondicional que me brindaron en todo momento durante la carrera.

A todos los docentes con los que tuve el honor de interactuar y que compartieron conmigo sus conocimientos y experiencia.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>8</b>
Pediatría	8
Cirugía General	13
Ginecología y Obstetricia	17
Medicina Interna	23
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA PANDEMIA</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>42</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>44</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## **RESUMEN**

El internado médico 2021 se desarrolló de una forma muy distinta a años anteriores en épocas no COVID- 19, enfatizando que era de carácter opcional y no obligatorio por el riesgo que conllevaba.

El internado médico inició oficialmente para el Minsa el 1 de julio del presente año al concluirse la vacunación de los internos de medicina y garantizar así su seguridad.

Es presente trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo relatar las experiencias vividas durante este último año, los conocimientos y destrezas adquiridas y como se desarrollaron las rotaciones de las cuatro grandes especialidades en las diferentes sedes hospitalarias.

Se concluye, al terminar este informe, que el internado médico este año fue de muchas decisiones y determinaciones; ya que presentaba un riesgo para la salud del interno de medicina y su familia; donde en la mayoría de los casos prevaleció la vocación médica y el deseo de ayudar a los pacientes.

**Palabras clave:** Bartonella henselae, apendicitis aguda, metrotexate, sepsis

## **ABSTRACT**

The 2021 medical internship was developed in a very different way from previous years in non-COVID times, emphasizing that it was optional and not mandatory due to the risk that involved.

The medical internship officially began for MINSA on July 1 of this year when the vaccination of medical interns was completed and thus guarantee their safety.

This professional sufficiency report aims to relate the experiences lived during this last year, the knowledge and skills acquired and how the rotations of the four major specialties were developed in the different hospital locations.

It is concluded at the end of this report that medical internship this year was one of many decisions and determinations since it presented a risk to the health of the medical intern and his family, where in most cases the medical vocation and the desire to help patients prevailed.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico en el Perú consiste en las prácticas preprofesionales durante el último año de la carrera de Medicina Humana. El internado médico antes del inicio de la Pandemia por COVID- 19 podía ser realizado en distintas sedes hospitalarias de Minsa, EsSalud, FF. AA. y clínicas particulares y tenía como fecha de inicio el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año correspondiente; donde el interno de medicina laboraba por 3 meses en los grandes servicios de una institución que son Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, tanto la duración, fecha de inicio e instituciones disponibles para la realización del internado médico fueron obligadas a modificarse para poder llevar a cabo este último capítulo del pregrado de la carrera de Medicina Humana (1).

Ante una reducción de plazas en Hospitales Minsa y una negativa de EsSalud a admitir internos en sus instalaciones durante la pandemia de COVID- 19, algunas clínicas particulares pusieron a disposición sus instalaciones a las universidades del país para la realización del internado médico.

Detecta Clínica puso a disposición 10 plazas para la Universidad San Martín de Porres para la realización del internado médico. Al haber una disminución de plazas Minsa y una predisposición por realizar el internado médico solo en establecimientos de primer

nivel de atención, Detecta Clínica se perfila como una gran opción, ya que cuenta con un establecimiento equipado con última tecnología para el manejo de patologías de alta complejidad. En su momento, ofreció gestionar rotaciones externas en las instituciones de mayor complejidad en Ginecología y Obstetricia, y Pediatría del país como el Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña y el Instituto Nacional Materno Perinatal; lo cual motivó la postulación a esta sede.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **Pediatría**

La rotación de Pediatría incluye a los pacientes entre los 2 meses de edad hasta los 17 años, 11 meses y 30 días. La finalidad es conocer el manejo integral del paciente pediátrico en patologías agudas y crónicas que afectan a los menores. Conocer el manejo de las patologías más frecuentes durante la infancia como son los cuadros respiratorios agudos, la enfermedad diarreica aguda, patologías dermatológicas y el síndrome febril; siendo estas las enfermedades más frecuentes en la infancia.

La rotación de pediatría fue realizada en el Instituto Nacional de Salud del Niño– Breña, debido a que Detecta Clínica no cuenta con un servicio de pediatría. Esta fue la primera rotación del Internado Médico y durante los meses de julio y agosto se laboró en el servicio de Emergencias y en el servicio de Medicina A el cual está dividido en 4 Salas: 1, 2, 3 y 4. A la vez, estas salas se subdividen en las de pacientes “agudos” (1 y 2) y s de pacientes “crónicos” (3 y 4).

Específicamente fue la Sala 3 en donde se realizó la rotación, la cual cuenta con 2 camas para pacientes crónicos y una a dos camas para aquellos con patologías agudas.

Un caso muy interesante es el de una paciente mujer de iniciales RCH, de 3 años, natural de Barranca, procedente de Barranca. Ingresa por emergencias acompañada de su padre, presentando fiebre de 40°C hace 2 días,

adenopatía cervical anterior izquierda dolorosa de aproximadamente 0,5 x 1cm, adenopatías submandibulares derechas dolorosas múltiples <0,3 cm dolorosas, blandas y móviles; dolor abdominal acompañado de hepatoesplenomegalia dolorosa a la palpación. La paciente cursa muy irritable, muy quejumbrosa; padre refiere que su hija en los últimos días había estado jugando con un gato de su vecino.

La paciente tenía el antecedente de haber estado hospitalizada en Barranca por 3 días, 5 días antes del ingreso al INSN-Breña. Cursó con síntomas similares al ingreso, recibió manejo antipirético, antimicrobiano viéndose mejoría motivo por el cual es dada de alta del Hospital de Barranca con el diagnóstico de Linfadenitis.

Sin embargo, luego de 2 días del alta del Hospital de Barranca, la paciente cursa nuevamente con fiebre, visceromegalia y las adenopatías se tornan dolorosas. El padre decide llevar a su hija al INSN-Breña para un manejo de mayor complejidad, ingresando así a la emergencia.

La paciente es hospitalizada en emergencias con los diagnósticos de:

1. Fiebre persistente
2. Linfadenopatía cervical: D/C Enfermedad por arañazo de gato, D/C infección viral, D/C síndrome linfoproliferativo.

Se le realiza exámenes auxiliares.

La ecografía abdominal evidencia un incremento del volumen hepático y esplénico sin líquido libre en cavidad abdominal, la lámina periférica revela anisocitosis 1+, hemoglobina 10.8, leucocitosis en 31,760 sin desviación a la izquierda (abastados 1%), PCR en 15.66, DHL en 589 y el resto de los exámenes de laboratorio en rangos normales. Se le tomó muestra de urocultivo. Se tomó IgG e IgM para Virus Ebstein Barr, IgM para Parvovirus, IgG e IgM para Citomegalovirus; no se pudo hacer estudio para *Bartonella henselae* por no disponibilidad de reactante en el hospital.

Se le inicia tratamiento con clindamicina 20mg/kg/día y azitromicina 10mg/kg/día.

Al día siguiente pasa al servicio de Medicina A, recibiendo con misma

sintomatología a espera de resultados de serología viral; se ve la posibilidad de realizar el estudio de *Bartonella henselae* de forma particular. Se continua con el tratamiento antibiótico, y se le realiza una interconsulta con Infectología quien decide ajustar la dosis de Azitromicina a 12mg/kg/día.

En el segundo día de hospitalización, se evidencia una gran disminución del dolor en la adenopatía cervical y disminución del tamaño. Además, existe disminución marcada de la hepatoesplenomegalia y menor dolor a la palpación abdominal. Ya no hay fiebre, la paciente luce menos irritable con mejoría clínica marcada. Ante la mejoría con antibioticoterapia, se continúa con el manejo orientado a *Bartonella henselae*.

En el tercer día de hospitalización se le toman exámenes de laboratorio control con resultado de leucocitos en 9,110 sin desviación izquierda, PCR en 0,99, con lo que se comprueba una notable mejoría en los parámetros de laboratorio que va de la mano a la evolución clínica.

Al examen físico, paciente en buen estado general, muy activa, sonriente. La adenopatía cervical anterior derecha con marcada disminución del tamaño al igual que las adenopatías submandibulares izquierdas. No dolor a la palpación de las adenopatías. A la palpación abdominal no se evidencia visceromegalia, no dolor a la palpación. Gran evolución clínica. Se le toma la muestra para el estudio de *Bartonella henselae* por un laboratorio particular. Se reciben resultados positivos de IgG e IgM para Virus de Epstein Barr; resultados positivos para IgG e IgM para citomegalovirus.

Al cuarto día de hospitalización, paciente en buen estado general, asintomática, con evolución favorable. Se decide el alta de la paciente con control de resultados de *Bartonella henselae* por consultorio externo. Se da de alta con los diagnósticos de Infección aguda por citomegalovirus y Epstein Barr y D/C Enfermedad por arañazo de gato.

A los 5 días dentro del hospital se ubica a la paciente con su padre quienes esperaban su cita por consultorio externo con resultado de prueba particular

para *Bartonella henselae*, siendo estos negativos. Vale la pena recalcar que la prueba se realizó en un laboratorio muy reconocido y prestigioso a nivel nacional; dando la seguridad de que eran de confianza.

Otro caso interesante fue el de un paciente varón de iniciales JPA, de 7 años que ingresa al hospital por emergencias, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 15 días, caracterizado por fiebre de 38-39°C, dolor y distensión abdominal asociado a deposiciones líquidas durante los primeros 3 días. Es hospitalizado con el diagnóstico de hepatoesplenomegalia a D/C Síndrome linfoproliferativo; se inicia manejo sintomático y se toman exámenes de laboratorio. Hemoglobina en 9.3 g/dl, leucocitos en 4,560 y plaquetas en 64,000. Con una bicitopenia se sospecha con mayor certeza el diagnóstico planteado y se solicitan electrolitos y perfil laboratorial de síndrome de lisis tumoral.

Electrolitos (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> y Cl<sup>-</sup>) en valores normales y perfil de Lisis Tumoral (fósforo, calcio y ácido úrico) en rangos normales. Se inicia tratamiento preventivo para Síndrome de Lisis Tumoral con hidratación endovenosa agresiva y alopurinol.

A los 2 días de hospitalización se ve una disminución en las 3 series hemáticas: hemoglobina en 9.2 g/dl, leucocitos en 2,280 y plaquetas en 59,000. Los neutrófilos o segmentados en 18%; es decir un valor cuantitativo de 410, clasificando al paciente como Neutropénico severo, además de ancitopenia. El perfil de lisis tumoral en rangos normales. Clínicamente continua la hepatoesplenomegalia y paciente cursa afebril.

Al tercer día en emergencias, se decide hospitalización en el servicio de Medicina A para un manejo más adecuado; se inicia proceso de referencia a INSN-San Borja o INEN en la oficina de SENARUE. Asimismo, el paciente es revisado por el servicio de Hematología quienes realizan un aspirado de médula ósea por la pancitopenia y se manda muestra para mielograma y panel molecular.

Al cuarto día del ingreso, se encuentra en el servicio de Medicina A. El servicio de hematología acude a observación de paciente con informe de mielograma: se evidencia presencia de blastos de estirpe linfoide en 90%, de pequeño y mediano tamaño, con relación núcleo/citoplasma alto, citoplasma basófilo, presencia de algunos blastos con 1 nucléolo, la mayoría inconspicuos; conclusión: Leucemia linfoblástica aguda FAB L1-L2. Se sugiere solicitar prueba molecular COVID- 19 a paciente y familiar para trámite de referencia a INSN y INSN-San Borja. Se dejan indicaciones:

Dieta blanda atraumática + LAV, continuar hidratación Dextrosa 5% 1000 cc, NaCl 20% 40cc, KCl 10cc }85 cc/hr. Omeprazol 20mg EV c/12hrs, Alopurinol 100mg VO c/12hrs, Metamizol 440 EV PRN, Furosemida 20mg EV c/24hrs, CFV+OSA, monitoreo de diuresis + perfil de lisis tumoral cada 48 horas.

Hematología sugiere iniciar prednisona 40mg/m<sup>2</sup>/día VO dividido en 2 dosis. Al quinto día se suspende la furosemida por alto flujo urinario. Paciente continua estable y con valores de laboratorios similares a días previos.

Al día 9 del ingreso, en exámenes de control se evidencia una hemoglobina de 7.2 por lo cual se le trasfunde 1 paquete globular. Oncología acude a evaluar al paciente y sugiere incrementar la dosis de prednisona a 60mg/m<sup>2</sup>/día. La referencia sigue en trámite y no se aprueba el traslado por un brote de VSR en INEN por lo cual dicha institución entra en cuarentena por 7 días. La madre del paciente muestra incomodidad y en repetidas ocasiones amenazó con pedir alta voluntaria y llevar a su hijo al INEN por emergencias o incluso a casa. El paciente continúa estable, en el control post transfusión la hemoglobina sube a 11.4 y los neutrófilos a >500.

Al día 11 de hospitalización, se realiza teleconsulta al servicio de Hematología del INSN-San Borja donde es aceptado por la institución, pero no se procede a la referencia por falta de camas hospitalarias. Se sugiere aumentar la hidratación de 2000 a 2500 cc/m<sup>2</sup> y control de electrolitos. Urea, creatinina y hemograma cada 48 horas.

El paciente continúa estable con valores similares a su basal.

Al día 18 del ingreso el INEN sale de cuarentena por brote de VSR y se

procede a la referencia del paciente para su manejo especializado por Oncología Pediátrica.

## **Cirugía General**

La rotación por este servicio se realizó en los meses de septiembre y octubre en Detecta Clínica. La clínica cuenta con un tópico de emergencias de cirugía para el manejo agudo de patologías más frecuentes como Apendicitis aguda, Colecistitis aguda, Obstrucción intestinal y pacientes con heridas con solución de continuidad.

La clínica cuenta con 30 camas hospitalarias para el manejo postoperatorio de pacientes del servicio de Cirugía General, Urología, Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Oncológica, Ginecología, entre otras.

Detecta Clínica dispone de 2 salas operatorias equipadas con torres laparoscópicas de alta tecnología para cirugías de alta complejidad. A la vez, se ha inaugurado una tercera sala de operaciones para procedimientos ambulatorios como mastectomías, rinoplastias, etc.

Un caso observado es el del paciente JVM de sexo masculino de 21 años que ingresa a la emergencia sin antecedentes de importancia, con un tiempo de enfermedad de 6 horas aproximadamente, caracterizado por dolor abdominal difuso a predominio de hemiabdomen inferior, asociado a náuseas y malestar general.

11:27 horas: Al examen físico: frecuencia cardiaca en 95, temperatura axilar 37.6°C, saturación en 98%. Paciente despierto, facie álgida. Abdomen globuloso, tenso a la palpación, doloroso a la palpación superficial y profunda en Fosa Iliaca derecha, signo de McBurney (+), signo de Rovsing (+), Blumberg (+).

Diagnóstico: Apendicitis aguda

Plan: se solicita prequirúrgicos, riesgo quirúrgico cardiovascular, radiografía de tórax y ecografía abdominal, examen de orina.

Indicaciones:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 30 gotas por minuto
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas
4. Metamizol 2 gr EV c/8 horas
5. Ranitidina 50 mg EV c/8 horas
6. CFV

15:00 horas: se reciben resultados de exámenes auxiliares y se evalúa a paciente: glucosa 89, urea sérica: 27, leucocitos en 17,300 con desviación izquierda; hemoglobina 15.1; plaquetas en 248,000; perfil de coagulación, examen de orina y demás resultados en valores normales. Prueba antigénica COVID- 19 negativa.

Ecografía abdominal: Sin alteraciones significativas.

Paciente continua con dolor abdominal; al examen: abdomen blando, depresible, dolor a la palpación den FID, McBurney (+), Blumberg (+)

Pasa a observación, pendiente riesgo quirúrgico. Continua con mismas indicaciones.

16:30 horas: se recibe riesgo quirurgo; Riesgo Quirúrgico I.

Paciente ingresa a SOP.

Inicio de operación: 23:15 horas

Término de operación: 23: 50 horas

Hallazgos operatorios: apéndice cecal supurado en toda su extensión, subserosos en tercio proximal, base indemne, líquido purulento de +/- 30 cc en saco retrovesical.

Se evalúa paciente al día siguiente:

Paciente varón de 21 años con diagnóstico:

1. PO 1 apendicetomía laparoscópica por apendicitis aguda flemonosa

Paciente refiere leve dolor en zona operatoria, tolera vía oral.

Al examen: AREG, LOTEP.

Abdomen simétrico, blando, depresible, RHA (+), herida bien afrontada cubiertas por apósitos limpios, no signos peritoneales. Paciente con evolución favorable, hemodinámicamente estable, afebril.

Indicaciones:

1. DLA, si tolera DB en el almuerzo

2. Dextrosa 5% 1000cc I y II  
NaCl 20% 2 ampollas
3. Ceftriaxona 2 gr c/24 horas EV
4. Metronidazol 500mg c/8horas EV
5. Metamizol 1gr c/8 horas EV
6. Metoclopramida 10mg c/8horas EV
7. Omeprazol 40mg c/24 horas EV
8. CFV

Paciente al día siguiente cursa con evolución favorable y es dado de alta del servicio de Cirugía General.

Otro caso de gran importancia es el del paciente masculino TTG de 45 años que ingresa por una cirugía programada de colecistectomía laparoscópica. Paciente sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, niega alergias a medicamentos, ingresa con un tiempo de enfermedad de 1 año de forma insidiosa y curso progresivo, caracterizado por cuadros de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho e hipogastrio; último cólico hace 5 meses. Cuenta con una colangiografía donde no se evidencia coledocolitiasis, niega pancreatitis.

Al examen: Funciones vitales estables, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, abdomen simétrico, no distendido, Murphy (-), RHA (+), blando, depresible, no signos peritoneales.

Diagnóstico: Colelitiasis

Plan de trabajo: Colecistectomía laparoscópica

A la vez paciente cuenta con ecografía y tomografía abdominales.

Ecografía abdominal: Colédoco de 4 mm de diámetro, vesícula biliar de 101mmx44mm con pared de 4.5mm de grosor con edema, con litiasis en su interior de 15mm y 10mm asociado a barro biliar. Conclusión: colecistitis crónica calculosa con signos de reagudización

Tomografía abdominal: Vesícula biliar de paredes engrosadas edematosa con estriación de la grasa periférica, con litiasis en su interior.

Paciente ingresa a SOP.

Hallazgos: Síndrome adherencial severo adherido a fondo vesicular, plastrón

vesicular firmemente adherido a duodeno, colon y epiplón, abscedado de +/- 10x6 cm, paredes muy gruesas (1cm) se evidencia salida de pus durante su sección, no se logra identificar trigono hepatocístico, en su interior cálculos de 3cm que excluye la vesícula. Durante liberación de plastrón, se evidencia lesión puntiforme en colon ascendente sin salida de material fecal. Se realiza rafia con parche epiploico.

Lo resaltante del procedimiento es lo siguiente:

1. Disección del plastrón vesicular
2. Se decide realizar colecistectomía subtotal fenestrada
3. Sección del fondo vesicular
4. Limpieza de interior vesicular, retiro de cálculo empotrado en bacinete
5. Rafia de laceración colónica con seda 3/0, se coloca parche epiploico
6. Lavado con solución fisiológica +/- 500cc
7. Retiro de fondo vesicular y litios en bolsa de látex por trocar 1.
8. Colocación de dren tubular en bacinete y drenes laminares 1 en espacio hepatoreanal y 1 en parietocólico derecho.

Se envía muestra de fondo vesicular a patología.

PO1: DX PO1 Laparoscopia DX + colecistectomía subtotal fenestrada + Dren tubular + Dren Penrose (2) + Rafia cecal.

Paciente refiere leve dolor abdominal, en la madrugada un episodio de vómito.

Paciente LOTEPE, REG, abdomen: RHA (+), blando, depresible, Dren tubular y Penrose con secreción serohemática, Murphy (-), drenaje: DT:250 cc y Penrose: 20cc

Indicaciones:

1. Tolerancia oral, de tolerar, dieta líquida amplia por la tarde
2. Dextrosa 5% 1000cc
- 2 NaCl 20%
- 1 KCl 20
- 2 frascos
3. Omeprazol 40mg EV c/24 horas
4. Metamizol 2gr EV c/8 horas
5. Dimenhidrinato 50mg EV c/8horas
6. Ceftriaxona 2gr EV c/24 horas
7. Metronidazol 500mg EV c/8 horas

## 8. CFV

Paciente continúa en el servicio.

PO2: Paciente refiere leve dolor abdominal, niega náuseas, niega vómitos. Drenaje tubular y 2 Penrose con secreción serohemática. Dren tubular: 32cc y Dren Penrose 14 cc.

PO3: Paciente refiere leve dolor abdominal, niega náuseas niega vómitos, tolera dieta, realiza deposiciones y elimina flatos. RHA (+), abdomen blando, depresible, drenaje tubular y Penrose con secreción serohemática, no signos peritoneales, Dren tubular: 14cc, Dren Penrose: 45cc.

PO4: Paciente refiere mejoría, tolera vía oral, elimina flatos. Dren Tubular: 35 cc, Dren Penrose: 12 cc ambos serohemáticos.

Se evidencia mejoría clínica, abdomen sin signos peritoneales, se evidencia disminución progresiva del drenaje. Se decide alta del paciente con control a la semana por 3 semanas para manejo de los drenajes. Se le explican los signos de alarmas. Se da de alta con 1 Dren Tubular y 2 Drenes Penrose.

## **Ginecología y Obstetricia**

La rotación en el servicio de Ginecoobstetricia tiene como finalidad instruir al interno de medicina en el manejo de la gestante antes durante y después de la gestación y parto. Así mismo lograr las competencias para ofrecer una atención especializada a la mujer en salud sexual y reproductiva.

Esta rotación fue la tercera en realizarse y tuvo lugar en el Instituto Nacional Materno Perinatal, debido a que Detecta Clínica no cuenta con un servicio de Obstetricia. Los servicios en donde se ejercieron labores son Centro Obstétrico, Ginecología, Servicios de Obstetricia de Adolescencia, Obstetricia de Patologías Hemorrágicas, Obstetricia de Estados Hipertensivos y Sala de Operaciones.

Un caso interesante es el de una paciente de sexo femenino con iniciales JGM de 26 años sin antecedentes patológicos, sin antecedentes quirúrgicos, sin alergias a medicamentos, G2P0010. La paciente acude a emergencias por contracciones uterinas, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal

y niega pérdida de líquido.

11:03 horas. Al examen físico: abdomen con altura uterina 34cm, Longitudinal Cefálico Izquierdo, Frecuencia Cardíaca Fetal 140 por minuto, Dinámica Uterina irregular, tono normal.

Al tacto vaginal: dilatación de 4cm, incorporación al 90%, altura de presentación -2cm, membranas íntegras, pelvis ginecoide.

Diagnóstico de ingreso:

1. Gestante de 39 semanas 3 días por FUR
2. Trabajo de parto fase activa

Plan:

1. Hospitalización con prueba COVID- 19 negativa
2. Monitoreo obstétrico
3. Apertura de partograma
- 4.

Indicaciones: NaCl 0.9% vía, control obstétrico, control de funciones vitales, se solicitan pruebas cruzadas.

13:03 horas: se evalúa a paciente, refiere contracciones uterinas frecuentes, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

Al examen: altura uterina 34cm, LCI, FCF: 140 por minuto, dinámica uterina 2/10, tono normal.

Tacto vaginal: dilatación: 4cm, incorporación.

Diagnóstico: Gestante de 39 semanas 3 días por FUR, trabajo de parto fase activa, bienestar fetal adecuado.

Plan: evolución espontánea, vigilar curva de alerta, monitoreo electrónico permanente.

Indicaciones: NaCl 0.9% 1000cc vía, control obstétrico, partograma, vigilar curva de alerta, CFV.

15:12 horas: paciente con dilatación completa, pasa a sala de expulsivo

Reporte del parto:

Parto eutócico más episiotomía medio lateral derecha

15:22 horas: se produce nacimiento de recién nacido de sexo femenino, peso 3355 gramos. Se entrega a pediatra quien informa APGAR 9 al minuto y 9 a los 5 minutos y examen físico dentro de parámetros normales.

Alumbramiento dirigido, placenta completa a lo Schultze que se expulsa a las 15:30 horas.

Se procede a limpieza y preparación de material para episiorrafia. Se inicia episiorrafia con catgut crómico 2/0, cuando se evidencia sangrado uterino.

15:50 horas: se procede a activar Clave Roja ante evidencia de sangrado de 600cc por hipotonía uterina. Se procede a masaje bimanual a la par a administración de oxicitos 30 UI en C/Na, ergometrina IM, misoprostol transrectal 4 tabletas. A la par se procede revisión de canal del parto sin evidenciar solución de continuidad. Se procede a confección de balón artesanal hecho con 2 sondas Foley de triple vía con 60 cc y se coloca en cavidad uterina, a pesar de ello no remite sangrado.

15:55 horas: se apersona equipo de guardia de emergencia y se opta por realizar junta médica para laparotomía exploratoria con alta posibilidad de histerectomía.

Junta médica: evaluado el caso, tratándose de puerpera inmediata con hemorragia postparto por Atonía Uterina que no responde a tratamiento conservador instalado, se decide laparotomía exploratoria con alta posibilidad de histerectomía con conversación de anexos. Paciente firma consentimiento informado, se comunica a esposo RVG. Se solicitan pruebas cruzadas, se indica transfusión de dos paquetes globulares, se procede a regularizar solicitud de SOP.

Indicaciones: 2 vías permeables periféricas, pasa a SOP.

Inicio de operación: 16:20

Termino de operación: 18:15

Descripción de hallazgos: Útero flácido atónico pálido, anexos de aspecto normal, sangrado aproximado 2500 cc.

Descripción del procedimiento: Laparotomía exploratoria, incisión transversa suprapúbica, apertura de cavidad por planos, hallazgos descritos. Se procede en un intento de salvar el útero a colocar puntos transfixiantes y se decide

histerectomía ante falla de respuesta de útero. Pinzamiento de cuernos, empaquetamiento con gasas intraabdominales, PCL de ligamentos redondos y anchos, disección de peritoneo vesical anterior y rechazo de vejiga. PCS de Ligamento Infundíbulo Pélvico, PCL de arterias Uterinas + úterosacros. Exéresis de pieza uterina (Histerectomía subtotal con conservación de anexos). Perotinización y revisión de hemostasia prolija.

Cierre de pared por planos hasta piel previo recuento de gasas y material completos informados por licenciada circulante.

Se procede a revisar canal de vagina del parto y a completar episiorrafia. Se evidencia en bolsa colectora 300cc de orina con tinte hematórico.

Intrasop Se coordina pase de paciente a UCI.

Intrasop se administró 2 paquetes globulares, 2 plasma fresco congelado, 1 poligelina y 3 NaCl 0.9% 1000cc. Se informa a esposo el estado de la paciente y la decisión de la junta médica para histerectomía; familiar manifiesta su conformidad.

19:40 horas: Anestesiología prepara a paciente para traslado a UCI.

Paciente mujer de 26 años, proveniente de SOP con los siguientes diagnósticos:

1. Puérpera inmediata de parto vaginal
2. Histerectomía por atonía uterina
3. Shock hipovolémico

Presión arterial: 111/82; Frecuencia cardiaca: 90 lpm. Paciente con TET + CVC, con relajación muscular. MEG, BEN, BEH. Piel con llenado capilar menor a 2 segundos, murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, saturación 100% con FiO2 60%. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, cicatriz operatoria afrontada. Paciente bajo sedación y relajación.

Plan: sedación y analgesia, estabilización hemodinámica, hemograma control, antibioticoterapia y vigilar sangrado.

Paciente pasa a UCI para manejo.

Otro caso interesante en el servicio de Ginecología es el de la paciente EFT de 25 años con antecedente de G1P0, sin antecedentes quirúrgicos ni médicos, niega a alergias a medicamentos y un dato a resaltar es que la

paciente es Testigo de Jehová.

Ingresa por emergencias, referida de hospital MINSA de menor complejidad con el diagnóstico de Gestación no evolutiva, con la justificación de no contar con hematología ni alternativa de componente sanguíneo por ser Testigo de Jehová. Actualmente niega sangrado vaginal, refiere leve dolor pélvico.

Al examen físico: REG, BEN, ventilando espontáneamente.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, se palpa tumoración de aproximadamente 30 cm, móvil, no dolorosa a la palpación, no signos peritoneales.

Genitourinario: no sangrado vaginal activo, no pérdida de líquido amniótico.

Tacto vaginal: OCE permeable, central, blando

Según su historia clínica:

2 días antes del ingreso se intentó AMEU con guía ecográfica. Tiene RQ 1.

1 día antes del ingreso recibió 1 dosis de hierro sacarato.

Recibió misoprostol desde hace 3 días antes del ingreso hasta 1 día antes del ingreso.

Hemoglobina de 1 día antes del ingreso es de 11.1,  $\beta$  HCG >10 000.

Ecografía TV: útero aumentado de volumen de bordes lobulados de 22x17cm.

Grand nódulo miomatoso que compromete cara posterior de 15x14cm.

Cavidad desplazada hacia cara anterior, vacua, con complejo endometrial de 10mm, se visualiza saco gestacional de 25x20mm hacia cuerno izquierdo con endometrio residual de 5mm.

Importante flujo vascular periférico al mapeo Doppler con esbozo embrionario sin actividad cardiaca en su interior. Cérvix cerrado y normal.

Diagnósticos presuntivos:

1. Gestación ectópica cornual no evolutiva
2. Miomatosis uterina gigante
3. Testigo de Jehová

Plan de trabajo:

1. SS prequirúrgico + perfil hepático +  $\beta$  HCG
2. SS RMN abdomino-pélvica con contraste
3. Pasa a observación

Indicaciones:

1. NPO
2. Vía salinizada
3. CFV+CSV

La paciente además cuenta con una tomografía de abdomen y pelvis con contraste: mioma gigante subseroso fúndico de 15cmx12cmx14.5cm, con volumen aproximado de 1350cc. Cavidad endometrial levemente distendida, sin evidencia de saco gestacional a este nivel. Se aprecia formación sacular alargada localizada a nivel del aspecto izquierdo de periferia uterina (proyectado a nivel del cuerno izquierdo) mide 25mmx25mm. Se acompaña de componente periférico hipervascularizado que realza ávidamente con el contraste y muestra dependencia de arterias uterinas que en el contexto de  $\beta$  HCG positiva, puede corresponder con embarazo ectópico más probable a nivel cornual izquierdo.

Resultado de  $\beta$  HCG: 38,179

9 horas posterior al ingreso se evalúa a paciente quien niega dolor pélvico, niega sangrado vaginal, niega otras molestias. Paciente estable, sin dolor, se le explica el diagnóstico y se explica el manejo

Plan:

1. Junta médica
2. Mañana interconsulta a oncología para posibilidad de tratamiento con metotrexate

Se realiza junta médica: evaluado el caso, tratándose de diagnóstico: gestación ectópica cornual no evolutiva, no complicada + miomatosis uterina gigante + Testigo de Jehová, se decide hospitalización en piso para manejo médico por alto riesgo de sangrado intrasop y deseo de fertilidad posterior.

Indicaciones:

1. Metotrexate 1 ampolla cada 48 horas
2. Ácido folínico 1 tableta cada 48 horas intercalando con el metotrexate.
3. Hemograma + control de  $\beta$  HCG cada 48 horas.

A los 2 días del ingreso se inicia tratamiento con Metotrexate 1 ampolla.

Al cuarto día del ingreso se aplica segunda dosis de Metotrexate y el control de  $\beta$  HCG es de 33,996 evidenciándose una disminución.

Al sexto día del ingreso se aplica la tercera ampolla de Metotrexate, encontrando un  $\beta$  HCG 26,616.

Al octavo día del ingreso es la cuarta dosis de Metotrexate y en el control de  $\beta$  HCG sale en 20,659.

Se culmina así el primer esquema de Metotrexate y se solicita control de  $\beta$  HCG a las 48 horas y junta médica con resultados para definir alta de la paciente y controles semanales de  $\beta$  HCG vs segundo esquema de Metotrexate en 7 días.

Control de  $\beta$  HCG en 15,756. Paciente asintomática, buen estado general, funciones vitales estables. Se decide alta médica y control de  $\beta$  HCG en 7 días para decidir manejo definitivo.

### **Medicina Interna**

La cuarta y última rotación es la de Medicina Interna, realizada en los meses de febrero y marzo del año 2022 en Detecta Clínica. Esta tiene a su servicio 30 camas de hospitalización disponibles para el manejo de patologías médicas. Cuenta con un tópico de emergencias para manejo de patologías agudas tanto médicas como quirúrgicas. Asimismo, Detecta Clínica tiene a su cargo 2 camas UCI equipadas con la más alta tecnología y personal médico competente.

Un caso clínico de relevancia es el del paciente masculino MCM de 46 años que ingresa a la clínica con el diagnóstico de Cáncer de Colon para una cirugía programada. Cirugía realizada: Gastrectomía total D2 + esplenectomía + pancreatometomía distal.

Paciente cursa con evolución favorable hasta el día postoperatorio 4. Durante visita médica se encuentra a paciente diaforético, taquipneico, con temperatura axilar en 38°C, con una frecuencia cardiaca de 110 y saturación en 95% con FiO2 21. Se evalúa a paciente quien refiere dolor en borde inferior de parrilla costal izquierda, al examen físico: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, subcrépitos bilaterales y vibraciones vocales aumentadas en hemitórax izquierdo.

Diagnósticos:

1. PO4 Gastrectomía total D2 + Esplenectomía + Pancreatectomía Distal
2. Descartar Neumonía Intrahospitalaria

Plan: se solicita hemograma completo, amilasa sérica, Radiografía de tórax.  
Iniciar antibioticoterapia con Vancomicina y Meropenem.

Indicaciones:

1. NET 1000cc en 20 horas/ horas de reposo
2. CFV+BHE
3. NaCl 0.9% 1000cc + Kalium
4. Meropenem 1gr c/8 horas EV
5. Vancomicina 1gr c/12 horas IF 90´ EV
6. Simeticona 20 gotas c/8 horas x SNY
7. Ketoprofeno 100mg c/8 horas EV
8. Alprazolam 0.5mg 8pm x SNY
9. Metoclopramida 10mg c/8horas EV
10. Triflow 10 veces/hora
11. Deambulaci3n

Se reciben resultados de laboratorio:

1. Leucocitos 12,960 con desviaci3n izquierda
2. Hemoglobina 11.1
3. Amilasa 98 U/L

En la radiografía de T3rax se evidencia un proceso consolidativo basal y retrocardiaco izquierdo, ambos campos pulmonares se muestran hipoventilados.

Se confirma el diagn3stico de Neumonía Intrahospitalaria. Se mantienen indicaciones

En el PO5, paciente refiere "hincadas" en hipocondrio izquierdo. Frecuencia respiratoria en 18, frecuencia cardiaca en 95, temperatura axilar 37,3°C, saturaci3n 98% FiO2 21. Al examen: paciente en AREG, leve palidez +/-+++, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, subcr3pitos en ambas bases pulmonares. Se continúa tratamiento antibi3tico (Dia 2)

Paciente continua por 3 d3as m3s hospitalizado con evoluci3n favorable, afebril, hemodinamicamente estable, sin distr3s respiratorio con la finalidad de recibir la mayor cantidad de d3as de antibi3tico parenteral. Recibe 5 d3as

Vancomicina + Meropenem. Es dado de alta con un hemograma control dentro de parámetros normales.

Indicaciones al alta:

1. Evaluación por nutrición
2. Amoxicilina/ácido clavulánico 1 tableta c/8horas VO por 7 días

Otra patología muy frecuente que acude a la emergencia de Medicina Interna es como la de la paciente JVC de 84 años, quien ingresa por emergencias con los diagnósticos:

1. ITU parcialmente tratada
2. HTA X HC
3. Postrada crónica

Se evalúa a paciente ya hospitalizada y se realiza la nota de ingreso:

Motivo de ingreso: familiar mal informante refiere que paciente no tolera vía oral, no ingesta de alimentos sólidos, solo pequeños tragos de agua, además presenta sensación de alza térmica. Refiere haber estado hospitalizada en otra institución médica hace 2 meses durante 7 días por ITU complicada tratada con Ceftriaxona 2 gramos, tras lo cual le dan de alta con Nitrofurantoína 100mg c/24horas por 1 mes. Además, recibió tratamiento la semana pasada con Amikacina 1gr y Ceftriaxona 2gr durante 2 días.

Antecedentes: presencia de marcapaso cardiaco, enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca, postradora crónica hace 1 año. Niega RAMS.

Subjetivo: paciente no responde al interrogatorio.

Al examen:

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/-+++.

Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ápices, bases con crépitos difusos, saturación en 97% a FiO2 21%

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no aparenta doloroso a la palpación.

SNC: Glasgow 12/15. No signos meníngeos ni de focalización

Apreciativo: paciente hemodinamicamente estable, ventilando espontáneamente, afebril, paciente con persistencia de leucocituria a pesar de tratamiento recibido con Ceftriaxona, Amikacina y Nitrofurantoína.

(Examen de orina de hace 2 días: leucocitos 70-80 x campo, hematíes 0-1 x campo, células epiteliales: 4-8 x campo, bacterias: 3+, por lo que se decide iniciar Carbapenem.

Se reciben exámenes auxiliares solicitados al ingreso en emergencias:

Hemograma: leucocitos:  $4.42 \times 10^3/\text{mm}^3$ ; Hb: 10.2 gr/dl; plaquetas:  $196 \times 10^3/\text{mm}^3$ ; glucosa: 99mg/dl; urea: 41mg/dl; creatinina 0.62 mg/dl

Electrolitos: Na+: 139 mmol/L; K+: 4.56 mmol/L; PCR: 0.4 mg/dL.

Prueba de detección de antígenos COVID-19: Negativo

Plan:

1. Pendiente urocultivo
2. Electrolitos control 5 am
3. Seguir indicaciones médicas

Indicaciones:

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20%(2 ampollas) + KCl 20% (1 ampolla) → 15 gotas x minuto
3. Ranitidina 50mg EV c/12 horas
4. Dimenhidrinato 50mg EV c/8 horas
5. Imipenem 500mg EV c/6 horas (1)
6. Captopril 25mg sublingual PRN PA>150/90
7. HGT c/8 horas
8. CFV + OSA

Día hospitalario 02:

Subjetivo: paciente despierta, enfermería no reporta interurrencias.

Objetivo: examen físico:

Despierta, desconectada con el entorno, ventilando espontáneamente, saturación 98%, FiO2 0.21%, HGT 87mg/dL

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar<2 segundos, palidez +/-+++

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ápices, bases con crépitos difusos escasos.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles.

Abdomen: blando, depresible, no aparenta doloroso a la palpación, RHA (+)

SNC: Glasgow 12/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Subjetivo: Paciente hemodinamicamente estable, ventilando espontáneamente, postrada crónica lo que podría condicionar ITU a repetición. En tratamiento con Imipenem con evolución favorable y tendencia a mejoría.

Electrolitos: Na+: 138; K+: 3.95; Cl-: 106.

Plan: pendiente urocultivo, seguir indicaciones médicas.

Indicaciones:

1. Dieta blanda licuada hiposódica + LAV
2. Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% (2 ampollas) + KCl (1 ampolla) →15 gotas x minuto
3. Ranitidina 50mg EV c/12 horas
4. Dimenhidrinato 50mg EV PRN nauseas
5. Imipenem 500mg EV C/6horas (2)
6. Captopril 25mg sublingual PRN PA>150/90
7. HGT c/8 horas
8. CFV+OSA

Paciente cursa con funciones vitales por los siguientes días hospitalarios con las mismas indicaciones a espera de urocultivo y culminar antibioticoterapia 7-10 días.

Al quinto día hospitalario, se recibe respuesta de urocultivo: germen aislado es E. coli BLEE, sensibilidad a Imipenem.

Se decide culminar antibioticoterapia por 2 días más con Imipenem (7días).

Se da de alta a la paciente con evolución favorable.



## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA PANDEMIA**

El internado médico se realizó en 3 sedes hospitalarias; una sede central que es Detecta Clínica y 2 auxiliares donde se realizaron rotaciones externas de Pediatría, Neonatología y Ginecoobstetricia en el Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña (INSN-Breña) y el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Detecta inició su creación en el año 2014 cuando 5 médicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), liderados por el Dr. Gastón Mendoza de Lama decidieron alquilar una casa a las espaldas del INEN para brindar atención por consultorio externo a los pacientes de la mencionada institución. La afluencia de pacientes fue tanta que decidieron abrir nuevos consultorios en una casa al costado. En el 2016, viendo el éxito que se obtuvo, se decidió construir lo que es hoy Detecta Clínica a tan solo unas cuadras del INEN. Actualmente, Detecta Clínica ha adquirido un nuevo terreno al costado de su institución para la construcción de una nueva torre.

Detecta Clínica cuenta con 10 pisos para la atención de pacientes. Tiene a su disponibilidad 30 camas hospitalarias para manejo de pacientes postoperados u hospitalizados por patologías médicas, donde se brinda monitoreo constante de enfermería y dominio en pacientes de alta complejidad; se brinda un plan nutricional de alimentación exclusivo por el personal licenciado en nutrición, manteniendo en todo momento los protocolos de medidas de bioseguridad. Dispone de un servicio de emergencias equipada por personal médico y de enfermería altamente capacitado para el manejo de las patologías más frecuentes de este servicio.

El Centro Quirúrgico de Detecta Clínica consta de 3 salas de operaciones; 2

disponibles para cirugías de alta complejidad y que requieran un manejo hospitalario postoperatorio y una de operaciones habilitada para procedimientos quirúrgicos de menor complejidad o ambulatorios. Están equipadas con torres laparoscópicas de la más alta tecnología disponible en el país que son 1 Torre laparoscópica Stryker 1688 con fluorescencia y 1 Torre laparoscópica STORZ 3D, Láser Thulium y Láser Holmium; además de contar con personal de Anestesiología del más alto nivel (2).

El Centro de Imágenes está equipado con múltiples equipos de imágenes como mamógrafo 3D, ecógrafo, densitómetro, rayos X, tomógrafo, entre otros (3). El laboratorio médico cuenta con servicios especializados en biología molecular y genética, entre otras.

El servicio de Patología cuenta con una alta experiencia en patología oncológica con máxima eficiencia en pruebas desde biopsias hasta pruebas histoquímicas. Cuenta con personal médico experto en estudios por congelación, pruebas moleculares, entre otras.

El área de Quimioterapia es de las más especializadas dentro de Detecta Clínica que brinda protocolos oncológicos personalizados según el diagnóstico del paciente. Tiene al alcance medicamentos biológicos según el tipo de cáncer y cuenta con el Staff de Oncólogos más especializado a nivel nacional quienes laboran también en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

Cuenta con un área de docencia que tiene a su disposición una plaza para la Residencia de Urología, Ginecología Oncológica y Cirugía Plástica respectivamente.

Las funciones desempeñadas por el interno de medicina en Detecta Clínica constan en realizar una correcta historia clínica y examen físico a todo paciente que ingresa por emergencias, consultorio o cirugía programada; seguimiento continuo de todo hospitalizado desde su ingreso a una cama de hospitalización, el manejo del paciente postoperado, entre otras.

El interno de medicina, en Detecta Clínica, tiene la oportunidad de ingresar a múltiples cirugías diarias de las especialidades de Cirugía General, Cirugía de Cabeza y Cuello, Urología, Ginecología, Cirugía Plástica, Traumatología, Cirugías Oncológicas de mama, colon, estómago, próstata, entre otras.

El Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña se inauguró el 1 de noviembre de 1929 con el nombre de “Julia Swayne de Leguía” bajo la presidencia de la República de don Augusto B. Leguía y el Dr. Carlos Krundieck como primer director general del hospital (4).

El INSN-Breña cuenta con múltiples especialidades pediátricas para la atención de calidad del niño peruano. Cuenta con 6 pabellones de Medicina Interna, servicios de Neumología Pediátrica, Hematología Pediátrica, Dermatología Pediátrica, Infectología Pediátrica, Cirugía Pediátrica, entre otros. La emergencia del INSN-Breña dispone de los mejores médicos pediatras a nivel nacional que brindan servicios de salud integral a la población de niños y adolescentes a nivel nacional, ya que esta institución es un centro de referencia de alta complejidad a nivel nacional.

El interno de medicina que labora en el INSN-Breña se desempeña en los servicios de Medicina Interna y Emergencias; su misión es el manejo integral de los pacientes hospitalizados por distintas patologías, seguimiento diario del estado del menor por medio de la evolución diaria en la historia clínica, el seguimiento de los exámenes auxiliares y las imágenes diagnósticas de apoyo. El interno vela por la salud del niño no solo por el manejo clínico, sino por un manejo integral constituido por la salud mental que puede ser afectada en un menor al sufrir una enfermedad a tan corta edad.

El hospital consta de una Oficina de Docencia, donde el interno de medicina debe cumplirá actividades académicas para fortalecer sus conocimientos y capacidades en el manejo clínico pediátrico por medio de exposiciones y conferencias que por el contexto de la pandemia por COVID- 19 se realizan de manera virtual.

En el servicio de emergencias, debe mostrar sus competencias en el manejo de la patología aguda del paciente pediátrico realizando una exhaustiva anamnesis apoyada en el relato del padre o madre del menor y con un examen clínico completo que permita orientar a un diagnóstico claro y por lo tanto a un manejo correcto y como consecuencia a mejorar el estado de salud del menor que acude a la institución.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) fue fundado el 10 de octubre del año 1826 por obra del médico prócer Don Hipólito Unanue como la “Casa de la Maternidad” que posteriormente cambió de nombre a “Hospital Maternidad de Lima”. Es en 1992 donde dio lugar al Instituto Nacional Materno Perinatal con una nueva organización que incorpora la investigación y enseñanza en su misión institucional, siendo categorizada en el año 2006 como Establecimiento de Salud III-2, siendo el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno perinatal del país.(5) Es así que el INMP recibe una gran afluencia de gestantes, puérperas y mujeres en general provenientes de todo el país, ya que es un centro de referencia a nivel nacional.

El INMP cuenta con 3 grandes servicios que son el de Ginecología, Obstetricia y Neonatología; además del servicio de Emergencias, Centro Obstétrico y Sala de Operaciones. El servicio de Obstetricia está dividido de acuerdo a grandes patologías que afecten a la gestante. El Servicio A es particularmente para la atención de gestantes y puérperas Adolescentes; el B está dispuesto para pacientes con cualquier patología de tipo hemorrágica; el C para los Estados Hipertensivos del Embarazo y el D, por el contexto de la pandemia COVID-19, se dispuso para pacientes gestantes contagiadas por el SARS-COV2; servicio por el cual el interno de medicina tenía prohibido rotar. En los de Obstetricia, la función del interno de medicina es la del control y manejo de complicaciones de puérperas de parto vaginal o de parto por cesárea, en donde debe examinar y reconocer los signos de alarma que podría presentarse en determinada paciente de acuerdo con la patología por la que se encuentre hospitalizada.

En el servicio de Ginecología, el interno de medicina debe adquirir las competencias necesarias para el manejo postoperatorio de las enfermedades ginecológicas más frecuentes como aborto, embarazo ectópico, miomas, masa ovárica, prolapso genital, entre otros.

En el servicio de Centro Obstétrico se debe aprender a realizar la nota de ingreso de la gestante evaluando el abdomen, altura uterina, contracciones uterinas y realizar un adecuado tacto vaginal para determinar la dilatación, altura de presentación, borramiento, etc. El interno de medicina debe lograr las habilidades necesarias para un adecuado manejo del parto y evaluación de la puérpera.

### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

El Internado Médico 2021-2022 ha sido en la gran mayoría de casos un internado dividido en Hospitales MINSA y Centros de Salud del Primer Nivel de Atención MINSA, debido a la limitación de plazas que los hospitales dispusieron como disponibles.

En el caso de los internos de medicina de Detecta Clínica, las rotaciones no disponibles como Pediatría y Ginecología y Obstetricia se realizaron en las instituciones de mayor complejidad de la respectiva especialidad; INSN-Breña y INMP respectivamente.

Detecta Clínica está categorizada como establecimiento III-E y el INSN-Breña y el INMP como categorías III-2. (6) Esto permitió al interno de medicina lograr las competencias y conocimientos necesarios para el manejo de las patologías más frecuentes y menores que aquejen a un paciente de cualquier grupo etario; asimismo tener la oportunidad de realizar prácticas clínicas en instituciones de alta complejidad, le permiten manejar una amplia gama de conocimientos en patologías poco frecuentes que enriquecen aún más sus conocimientos y lo convierten en un médico preparado para cualquier tipo de situación a la que deba enfrentarse desde su primera experiencia laboral desde el Serum.

Durante la rotación de pediatría se lograron las competencias necesarias para el manejo de las enfermedades más frecuentes que acuden a la emergencia; debido a que se laboró en la emergencia del INSN-Breña durante todo el mes de agosto. Se logró aprender el manejo de patologías como diarrea aguda infecciosa, faringitis aguda, rinofaringitis aguda, síndrome emético, infección urinaria, crisis asmática, síndrome de obstrucción bronquial, etc.

Se obtuvo los conocimientos pertinentes para el manejo de las patologías crónicas como las presentadas con la Enfermedad por Arañazo de Gato; siendo el pilar del tratamiento el manejo antibiótico con Azitromicina 10mg/kg/día, el cual mejora la gran mayoría de síntomas como la linfadenitis, hepatoesplenomegalia, malestar general, fiebre, etc.(7).

En el servicio de Medicina A del INSN-Breña se manejó al paciente presentado con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda; siendo esta la neoplasia más frecuente durante la edad pediátrica y por ende es fundamental que un interno de medicina tenga los conocimientos del manejo de las posibles complicaciones agudas que pongan en peligro la vida del paciente

como lo es el Síndrome de Lisis Tumoral. Este es una liberación súbita de productos intracelulares de las células neoplásicas a la circulación central como potasio, fósforo y ácidos nucleicos que saturan rápidamente la capacidad renal de eliminación de dichos productos, con un alto índice de mortalidad. Las consecuencias metabólicas son hiperkalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia secundaria, hiperuricemia y como consecuencia a la no eliminación de estos productos se produce una injuria renal aguda. Es de vital importancia conocer el manejo de esta complicación con una agresiva hidratación 90-100 cc/kg/día, monitorizando el gasto urinario que debe ser 2ml/kg/hora. (8) El manejo preventivo de la hiperuricemia es con alopurinol 10mg/kg/día sin exceder 800mg en 24horas y debe ajustarse la dosis si existiera daño renal (9).

En la rotación de Cirugía General, se alcanzaron los conocimientos necesarios para el manejo de las patologías más frecuentes que acuden a la emergencia como la apendicitis aguda, cólico biliar, colecistitis aguda y/o colecistitis crónica calculosa.

En el manejo de una apendicitis aguda es de suma importancia conocer la sintomatología clásica y manejar la escala de Alvarado que evalúa una serie de parámetros clínicos y laboratoriales que determinan la conducta a seguir con el paciente (10). Se adquirieron los conocimientos necesarios para el manejo de complicaciones intrasop de colecistitis crónica calculosa; siendo el procedimiento de elección la colecistectomía laparoscópica.

El caso presentado previamente es de un paciente con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa que durante el procedimiento quirúrgico no se logra obtener una adecuada visión crítica de seguridad, por una severa inflamación del triángulo de Calot. A esta situación se le denomina "Colecistectomía difícil" y se presenta en un 10% de los pacientes que son llevados a cirugía laparoscópica. Se logró durante esta rotación, el conocimiento de técnicas quirúrgicas que evitan la conversión de una cirugía laparoscópica a una abierta o convencional como la colecistectomía parcial fenestrada (presentada en el caso anterior) que consiste en la disección desde

el fondo de la vesícula hasta llegar a la bolsa de Hartmann, se hace la apertura de la vesícula y sección distal a este nivel, con la extracción completa de los cálculos y se deja un dren tubular en el cístico para el drenaje biliar; acompañado de 1-2 drenes laminares en el espacio Hepato-renal.

Durante la rotación de Ginecología y Obstetricia el objetivo principal era lograr las habilidades necesarias para la correcta atención de un parto; realizar un correcto tacto vaginal con la finalidad de identificar la dilatación, altura de presentación, incorporación, entre otras. Además, se logró conocer el manejo de la puerpera de parto vaginal y de cesárea. Se logró identificar las posibles complicaciones que podrían presentarse antes, durante y después del parto y su manejo.

Este es el caso de la paciente expuesta que se trata de una atonía uterina; siendo esta la primera causa de hemorragia postparto y siendo también la principal causa de mortalidad postparto en países en vías de desarrollo como lo es el nuestro. Se debe habilitar 2 vías periféricas a la paciente, hacer el manejo del ABCDE, administrar oxitocina 10-40 UI a 40 gotas/minuto, añadir ergometrina 0.2mg IM, seguido de misoprostol 800ug sublingual o intrarrectal, aplicar ácido tranexámico 1gr EV de persistir. Así mismo conocer la posibilidad del uso de medidas más complejas como el Balón Bakri, de persistir el uso de empaquetamiento del útero (Técnica B-Lynch modificada) o incluso la histerectomía(11).

En el Departamento de Ginecología, otra patología muy frecuente es la presentada como caso clínico que es el embarazo ectópico. Esta patología corresponde a una gestación fuera de la cavidad endometrial, que no va a ser viable y por lo tanto debe culminarse por medio de una intervención quirúrgica como la salpinguectomía o salpingoostomía; ya que es en la trompa el lugar más frecuente de presentación. sin embargo, existe el manejo médico con metotrexato que tiene indicaciones muy puntuales para su uso como:

1. Paciente hemodinámicamente estable sin hemorragia activa o signos de hemoperitoneo
2. Masa anexial ecográficamente menor de 3.5cm de diámetro

3. Sin evidencia de actividad cardiaca embrionaria
4.  $\beta$  HCG <5000 mUI/mL
5. Ausencia de líquido libre o menor de 100mL en fondo de saco posterior a la ECO-TV
6. Ausencia de patologías coadyuvantes que contraindiquen el uso de metotrexato

Existen 2 protocolos de uso de metotrexato; el esquema de dosis única y el esquema de dosis múltiple, con una tasa de éxito similar entre ambas que alcanza el 90%. La paciente presentada cumplía todos los criterios a excepción de nivel de  $\beta$  HCG que era superior a 30000. Por lo tanto, debió tratarse con un manejo quirúrgico; sin embargo, la paciente es Testigo de Jehová y no iba a ser posible transfundirle paquetes globulares ya que había un alto riesgo de sangrado excesivo por el antecedente del Mioma Gigante. Es por eso que se realiza la junta médica y se decide optar por un manejo con metotrexato con esquema de dosis múltiple para ser más agresivo debido al alto nivel de  $\beta$  HCG. El esquema usado comprende administrar metotrexato 1mg/kg IM (en los días 1,3,5 y 7), alternando con ácido fólico 0.1mg/kg IM (días 2,4,6 y 8).(12)

Durante la rotación de Medicina Interna se lograron los conocimientos pertinentes para el manejo de las patologías más frecuentes de esta especialidad como lo son los procesos respiratorios como neumonía, infecciones urinarias, trastornos hidroelectrolíticos, síndrome coronario, etc. Con los casos clínicos planteados se lograron las competencias necesarias para el manejo de patologías frecuentes como la neumonía intrahospitalaria; reconocer los síntomas clínicos como fiebre, tos, expectoración, taquicardia, sudoración, etc. e identificar un nuevo consolidado en la radiografía de tórax. Se logró conocer el manejo más adecuado para cada paciente de acuerdo con sus factores de riesgo, patología de base y sobre todo el manejo antibiótico en centros de alta complejidad como Detecta Clínica por la posibilidad de bacterias resistentes (13).

Las infecciones urinarias son muy frecuentes en las emergencias de Medicina Interna y durante la rotación se logró manejar a todo tipo de pacientes con

ITU, desde una cistitis hasta una pielonefritis en una paciente con factores de riesgo que hacen más complejo el manejo de la patología. Reconocer signos y síntomas, realizar la toma de exámenes de laboratorios pertinentes para cada paciente y el manejo adecuado individual, evaluando a cada paciente y reconociendo sus factores de riesgo para orientar al uso de un antibiótico adecuado (14).

#### **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico en Detecta Clínica inició voluntariamente 2 meses antes de la fecha oficial para los internos de Minsa y/o FF. AA. (1 de julio de 2021), debido a una adecuada gestión por parte del Director Médico el Dr. Guillermo Ladd quien pudo garantizar la vacunación de los internos en el mes de abril

del 2021, garantizando así una mayor protección y seguridad para el reinicio de la práctica clínica. Esto permitió que exista un mayor tiempo de interacción con los pacientes y por lo tanto una mejor adaptación en el reinicio de las prácticas médicas. Por su puesto esta situación le dio al interno de medicina de Detecta Clínica una ventaja sobre otras instituciones quienes tuvieron que esperar aun 2 meses más para reencontrarse con sus actividades.

Las funciones del interno de medicina en Detecta Clínica son las de realizar la historia clínica de ingreso de todo paciente que vaya a ser hospitalizado, ya sea por emergencia, cirugía programada o consultorio. Debe supervisar que todo paciente que ingresa contará con una prueba COVID negativa, con exámenes de laboratorio básicos como un hemograma completo, grupo sanguíneo y factor, glucosa, urea y creatinina, entre otros. Además, supervisar que todo aquel que vaya a ser operado cuente con riesgo cardiológico y de encontrar algún signo de alarma durante la evaluación clínica, debe notificar al médico de guardia o médico residente.

El interno de medicina de Detecta Clínica debe realizar las evoluciones médicas de todo paciente hospitalizado ya sea postoperado o por alguna patología médica. Estas evoluciones son presentadas al médico residente y/o médico de guardia quien las supervisa y hace alguna corrección si lo considera pertinente. Se realiza la visita médica junto al residente o médico asistente para verificar el estado de salud del paciente; siempre se desarrolla docencia durante la visita médica o posterior a esta. Esta enseñanza es muy valiosa, ya que los médicos asistentes de Detecta Clínica son de los más exitosos y prestigiosos del país y por lo tanto llenan de conocimientos valiosos a los internos para sus futuras funciones como médicos durante el Serum o el camino que se vaya a elegir.

En Detecta Clínica, el interno tiene la posibilidad de ingresar a todo tipo de cirugía, desde ambulatorias hasta s de alta complejidad como son oncológicas, cirugías de obesidad, neurocirugías, etc. No solo existe la posibilidad de ingresar a las cirugías, sino también la de participar y asistir si el médico asistente lo desea y permite. También es posible ingresar a

consultas médicas de todo tipo de especialidad y acompañar al médico asistente durante su labor y poder adquirir conocimientos de muy alto valor académico.

Las rotaciones de Ginecoobstetricia y Neonatología en el INMP y de Pediatría en el INSN-Breña han sido de un alto nivel académico, ya que son los Institutos docentes de mayor complejidad de cada especialidad respectivamente en todo el país. Por lo tanto, el interno de medicina que labora en estas instituciones tiene una ventaja sobre sus compañeros, ya que tiene la posibilidad de enriquecer sus conocimientos con el manejo de las patologías más complejas de las mencionadas especialidades. A la vez, en las mencionadas instituciones también se atienden las patologías más frecuentes de cada especialidad, ya que son los pacientes de todo quienes buscan estas instituciones incluso para el manejo de patologías menos complejas y/o más frecuentes por el mismo prestigio de la institución y el de su personal médico.

El INSN-Breña y el INMP son instituciones docentes en su más alto nivel y por lo tanto, el interno de medicina recibía diariamente sesiones académicas por parte de los residentes luego de la visita médica; por su puesto el médico asistente también participaba para afondar más los conocimientos brindados. Durante las tardes, 2-3 veces por semana, en el INSN-Breña y en el INMP se brindan conferencias vía zoom por cada servicio de rotación con los médicos residentes y asistentes, en donde el interno de medicina tenía a su cargo un tema de exposición y era cuestionado por sus superiores sobre la patología expuesta para así enriquecer más los conocimientos y reforzar lo aprendido. Las 4 rotaciones realizadas en las distintas sedes hospitalarias han sido de un gran valor académico, permitiendo al interno de medicina de Detecta Clínica conocer y manejar adecuadamente patologías de menor y alta complejidad dentro de todas las especialidades.

Hay que recalcar que las rotaciones obtenidas en los diferentes Institutos Nacionales se lograron gracias a la gestión del Dr. Ladd quién es el encargado del internado médico de Detecta Clínica, él mostró siempre su interés en lograr un excelente último año, lleno de conocimientos y experiencias de la

mejor calidad para sus alumnos.

## CONCLUSIONES

El internado médico es considerado el año más importante del pregrado de la carrera de Medicina Humana, ya que permite afianzar y plasmar los conocimientos obtenidos de ciencias básicas y prácticas clínicas de los últimos seis años de carrera. Es un año de suma importancia, ya que el interno de medicina tiene responsabilidades directas con sus pacientes, debe monitorizarlos y velar por su salud; es el año en donde se van a reforzar todos los conocimientos obtenidos para poder plasmarlos durante la vida posuniversitaria y profesional.

Sin embargo, este gran año esperado por todo interno de medicina, se vio truncado desde un principio por la pandemia COVID-19, la cual en un inicio obligó a los internos del año 2020 a refugiarse en sus hogares para preservar su vida y la de sus familias. Fue un año lleno de incertidumbre para nuestros compañeros internos del año anterior y también para los internos de 2021, quienes cursaban el sexto año de medicina y se vieron obligados a paralizar su formación clínica en especialidades importantes como las de Ginecología y obstetricia, y Pediatría para realizarlas de forma virtual.

Sin embargo, esta situación no debe ser visto como una debilidad o desventaja a comparación de internados en épocas pre-COVID, sino como una motivación a tomar este año con más responsabilidad, interés, perseverancia y actitud para lograr los objetivos planteados en un menor tiempo y formar así a un gran profesional.

Detecta Clínica siempre se mostró dispuesta a brindar todas las herramientas a su alcance para lograr una correcta formación final de sus

internos, gestionando plazas de rotación externa en los institutos más especializados de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, ofreciendo de esta forma una educación de calidad.

A pesar de ser un internado muy diferente al de años anteriores, Detecta Clínica siempre se mostró dispuesta a orientar sus recursos con la finalidad de que sus internos de medicina logren las competencias necesarias en el ámbito clínico, quirúrgico y social y ser profesionales de calidad.

## **RECOMENDACIONES**

Durante momentos de incertidumbre por el desarrollo del internado médico en la pandemia COVID-19 es importante que todas las instituciones tanto públicas como privadas dirijan todos sus recursos en una correcta planificación para el internado médico, ya que son los internos quienes en unos meses estarán en el primer nivel de atención a pacientes en todo el territorio nacional durante el Serum.

La vacunación a los internos de medicina se retrasó en el sector Minsa y fueron las clínicas privadas y FF. AA. quienes priorizaron la vacunación para brindarle la seguridad necesaria para laborar durante la pandemia COVID-19.

De las experiencias contadas por internos del Minsa, se considera pertinente que los siguientes internos puedan contar con una vacunación completa para el inicio del siguiente internado médico; y de no ser así, es necesario desviar los recursos necesarios para lograr ese fin y evitar retrasos en el inicio de este como ocurrió en el 2021.

El autor de este trabajo de suficiencia considera necesaria la reapertura de sedes hospitalarias de EsSalud, ya que los internos cuentan con la vacunación completa y si se pueden garantizar las condiciones necesarias para lograr un año exitoso y seguro para los próximos futuros médicos.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Aprueban el Documento Técnico: “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria”-RESOLUCION MINISTERIAL-N° 779-2021/MINSA [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico-lineamientos-para-el-desarro-resolucion-ministerial-n-779-2021minsa-1965360-1/>
2. Centro Quirúrgico – Detecta [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.detecta.pe/centro-quirurgico/>
3. Centro de Imágenes – Detecta [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.detecta.pe/centro-de-imagenes/>
4. INSN - Instituto Nacional de Salud el Niño [Internet]. INSN - Instituto Nacional de Salud el Niño. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/>
5. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
6. Categorías de establecimientos del sector salud (NT N° 021-MINSA/DGSP V.01) [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352897-categorias-de-establecimientos-del-sector-salud-nt-n-021-minsa-dgsp-v-01>
7. Treatment of cat scratch disease - UpToDate [Internet]. [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-disease?search=cat%20scratch%20disease%20children&source=search\\_result&selectedTitle=2~77&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-disease?search=cat%20scratch%20disease%20children&source=search_result&selectedTitle=2~77&usage_type=default&display_rank=2)

8. Tumor lysis syndrome: Prevention and treatment - UpToDate [Internet]. [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/tumor-lysis-syndrome-prevention-and-treatment?search=sindrome%20de%20liss%20tumoral&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H21712044](https://www.uptodate.com/contents/tumor-lysis-syndrome-prevention-and-treatment?search=sindrome%20de%20liss%20tumoral&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H21712044)
9. Roveló-Lima JE, García-Rodríguez FM, Alvarado-Silva C, Jiménez-Villanueva X, Aboharp-Hassan Z, Sosa-Duran EE. Síndrome de lisis tumoral. *Gac Mex Oncol*. 1 de julio de 2010;9(4):175-9.
10. de Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev Cuba Cir*. junio de 2015;54(2):121-8.
11. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. Guía de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2018. En Lima; 2018. p. 67-75.
12. Pantoja-Garrido M, Cabezas-Palacios MN, Tato-Varela S. Protocolo de tratamiento multidosis con metotrexato a pacientes con embarazo ectópico cornual. *Ginecol Obstet México*. 15 de abril de 2017;84(05):319-23.
13. Luna CM, Monteverde A, Rodríguez A, Apezteguía C, Zabert G, Ilutovich S, et al. Neumonía intrahospitalaria: guía clínica aplicable a Latinoamérica preparada en común por diferentes especialistas. *Arch Bronconeumol*. 1 de agosto de 2005;41(8):439-56.
14. Echevarría-Zarate J, Aguilar ES, Osoro-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. :6.