



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITALES
DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA-PERÚ,
2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
CLAUDIA MARISOL CABREJO VEGA
MONICA DANAE PEREZ CUELLO**

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITALES
DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA-PERÚ,
2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CLAUDIA MARISOL CABREJO VEGA
MONICA DANAE PEREZ CUELLO**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Carmen Layten Villanueva

Miembro: Mg. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a todas las familias que pasaron y siguen afrontando situaciones difíciles por la pandemia. A todos aquellos que perdieron familiares y seres queridos, y a aquellos que actualmente siguen luchando por recuperarse. Solo tenemos palabras de aliento y admiración hacia esas personas y desde aquí les mandamos mucha fortaleza para que sigan resistiendo a estos tiempos aún sombríos.

A todo el personal de salud, que forma parte de la primera línea de defensa, no solo en la lucha contra el COVID-19, sino también de la atención médica y sanitaria de la sociedad.

AGRADECIMIENTO

Damos gracias a Dios, quien nos ha guiado y brindado fortaleza para continuar con nuestra profesión pese a las dificultades. Quien nos ha permitido despertar día a día con buena salud para poder seguir adelante con nuestro sueño.

A nuestros padres y hermanos, porque gracias a su apoyo, amor e inmensa bondad, hicieron más sencillo este largo camino; no, no fue fácil, pero fueron la energía y el motivo necesario que nos impulsó para alcanzar nuestras metas.

A aquellos que ahora no están físicamente, pero que permanecen en nuestros corazones, son ellos quienes seguirán iluminando nuestros pasos aún en momentos de oscuridad.

A todos nuestros docentes y médicos residentes de las diversas sedes hospitalarias, sin ellos no hubiera sido posible el completo aprendizaje en esta etapa de nuestras vidas.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación externa - Intercambio internacional	2
1.2. Internado médico	3
1.2.1. Medicina interna	3
1.2.2. Cirugía general	8
1.2.3. Ginecología y Obstetricia	11
1.2.4. Pediatría	13
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
2.1. Medicina Interna	20
2.2. Cirugía General	22
2.3. Ginecología y obstetricia	23
2.4. Pediatría	26
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	30
3.1. Medicina Interna	30
3.2. Cirugía general	35
3.3. Ginecología y obstetricia	39

3.4. Pediatría	43
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	50
4.1. Limitaciones y dificultades durante el internado en tiempos de pandemia	51
4.1.1. Cirugía general	51
4.1.2. Ginecología y Obstetricia	51
4.1.3. Pediatría	52
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	56
ANEXOS	61
1. Anexo N°1: Relación de rotaciones en el año del internado médico 2020-2021	62
2. Anexo N°2: Imagen tomada de radiografía de mano derecha en lateral y antero-posterior	63

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo exponer la realidad en la que se realizó el internado médico, el cual se vio afectado por la pandemia del SARS-COV2. Se describirán las condiciones normales en las que este se realizaba, y como tuvo que cambiar para que se adaptara a los lineamientos propuestos por el MINSA. Se realizará una descripción breve de los establecimientos de salud que contribuyeron a la formación de cada estudiante en el periodo del internado. Además, se detallarán los casos más interesantes por cada rotación, precisando el tiempo de enfermedad, los signos y síntomas más relevantes, diagnósticos planteados, plan de trabajo y manejo de la patología de fondo. Posterior a ello se procederá a contrastar el abordaje que se tuvo del paciente en cada hospital con la evidencia científica que se registra en las guías de práctica clínica para cada enfermedad. Por otro lado, se mencionarán cuáles fueron las principales limitaciones que tuvo el alumno para realizar dicho internado en el contexto actual, y como estas se superaron para lograr realizar un internado que cumpla con las exigencias que en un inicio se esperaban. Finalmente se procederá a relatar las conclusiones más relevantes acorde con la experiencia vivida y a dar las respectivas recomendaciones tanto a las facultades de medicina como a los futuros internos, con el propósito de ir mejorando la calidad del internado médico.

ABSTRACT

The present composition aims to convey the reality in which the medical internship was carried out, affected by the SARS-COV2 pandemic. They will describe the normal conditions in the beginning, and how it had to change adapting to the guidelines proposed by MINSA. A brief description will be made of the health establishments that contributed to the training of each student during the internship period. In addition, the most interesting cases will be detailed for each rotation, specifying time of illness, most relevant signs and symptoms, proposed diagnoses, work plan and management of the underlying pathology. Afterwards, the approach taken to the patient in each hospital will be contrasted with the scientific evidence that is recorded in the clinical practice guidelines for each disease. On the other hand, the main limitations that the student had to carry out during said internship in context will be mentioned, and how these were overcome to achieve an internship that meets the demands that were initially expected. Finally, the most relevant conclusions will be reported according to the lived experience and the respective recommendations will be given to both medical schools and future interns, with the purpose of gradually improving the quality of the medical internship.

INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana se caracteriza por ser extensa, desafiante y cada vez más dificultosa a medida que se va avanzando en el tiempo. Y es el internado médico, la etapa más importante en la formación médica que se caracteriza de prácticas preprofesionales realizadas en el último año de la carrera, en la cual permite al interno participar activamente en el sistema de salud del nosocomio asignado.

El aprendizaje, adquisición y reforzamiento de competencias, aptitudes y conocimientos va a depender principalmente del estudiante, el nivel de complejidad del establecimiento de salud y el ambiente laboral en el que se encuentre. Dado que, el realizar un internado médico en un nosocomio del tercer nivel de complejidad, implica en su mayoría un enfoque superior en la recuperación y rehabilitación que en la parte preventiva y promocional, éstas últimas son principalmente manejadas en los primeros niveles de atención.(1) A su vez, el método de aprendizaje de un interno en esta etapa de la carrera se caracteriza en la adquisición de conocimientos basada en el autoaprendizaje; es decir, la acción e interiorización de información, teniendo como guía a un tutor asignado en las respectivas rotaciones.

El internado médico en condiciones normales tiene un año de duración y está dividido en 4 áreas distintas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, y pediatría, manejando una doble condición entre estudiantes aún en formación y personal con múltiples tareas a cumplir en constante cúmulo de conocimientos, habilidades y destrezas. Muchas veces este tiempo, no es suficiente para un aprendizaje global de lo necesario para más tarde asumir personalmente una comunidad en el siguiente proceso de la formación médica, que es el servicio rural y urbano marginal (SERUMS), y se ha visto

aún más limitada en tiempos de pandemia, debido a horarios establecidos a cumplir y respetar, áreas prohibidas para los internos por el gran riesgo de contagio, reducción de actividades académicas y de procedimientos, todo ello a fin de disminuir el riesgo de exposición del interno y, por ende, de su familia.(2)

Por otra parte, los problemas del internado preexistentes de la pandemia persisten y se han exacerbado por obvias razones del manejo del mismo en los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) entre los cuales encontramos pese a la existencia de un documento técnico vigente, la sobrecarga laboral que en algunas sedes, falta de seguro de salud, accidentes biológicos, deficiencia de la docencia que se ha visto más marcada, incumplimiento de pagos, agotamiento físico y mental, entre otros.(3) Éste último repercute en la esfera de salud mental del interno exacerbándose en época de pandemia, en la cual cada estudiante, pone en riesgo su vida y la de su familia a fin de culminar la carrera profesional y por dar un trato correcto al paciente, produciendo en conjunto un agotamiento emocional, depresión, ansiedad, entre otros. Es por ello, la importancia del apoyo psicológico por parte de cada sede y de cada casa de estudios.(4)

El presente trabajo está basado en la experiencia personal de dos alumnas del internado médico, el cual estaba previsto llevarse a cabo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima, Perú; pero por motivos de pandemia se vio interrumpido y afectado debido al aislamiento social obligatorio declarado por el Estado peruano el día 16 de marzo del 2020.(5) Es por ello que, todos los internos de ciencias de la salud del Perú fueron retirados de los respectivos hospitales y permanecieron a la espera de su reincorporación.

La incertidumbre del retorno de los internos, las condiciones del internado médico ante la pandemia del covid-19, la culminación de la carrera de medicina, la afectación del interno de medicina y su familia, entre otros, fueron pensamientos constantes en la vida de cada interno de medicina. Meses más tarde, el Ministerio de Salud emitió la resolución ministerial N° 622-2020-MINSA planteando los lineamientos para la reanudación de actividades de los internos de ciencias de la salud; permitiendo continuar el internado médico en las sedes hospitalarias correspondientes o centros de primer nivel de complejidad, cuya experiencia se relatará a lo largo del documento.(2)

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana en el Perú se compone de 7 años de estudios, los cuales se encuentran divididos en 3 bloques. Los primeros 3 años se desarrollan cursos correspondientes a **ciencias básicas**, encontrando asignaturas generales como anatomía humana, histología, embriología, entre otras; las cuales nos servirán de base para pasar al siguiente bloque denominado **bloque clínico**, éste se compone de los 3 años siguientes, del cuarto al sexto año de carrera. Aquí es donde por primera vez el estudiante de medicina humana relaciona la teoría con la práctica; dado que, se inicia la enseñanza en los hospitales, donde el alumno tendrá la oportunidad de interactuar con el paciente para aprender de manera más directa y dinámica sobre la patología.

En dicho bloque, se llevará de manera más completa las asignaturas correspondientes a Medicina Interna, Cirugía general, Pediatría y Ginecología y obstetricia, donde se brinda enseñanza en el diagnóstico, manejo oportuno de las principales patologías y como abordar las emergencias que se pueden presentar en dichas especialidades.

Si bien es cierto al finalizar el sexto año el alumno de Medicina Humana debe completar 62 cursos para pasar al bloque final, el cual es el **internado médico**, el haber llevado la totalidad de dichas asignaturas, le da la base para poder enfrentar de la mejor manera ese último año, el cual será el más importante para su formación académica. Aquí es donde el Interno será capaz de realizar diagnósticos presuntivos, proponer planes de trabajo y el manejo más adecuado según la patología en cuestión.

1.1. Rotación externa - Intercambio internacional

Otra manera de poder afianzar el conocimiento forjado en los largos años de la carrera médica para llegar preparados al internado, además de poder conocer otras realidades de salud es la realización de un intercambio internacional. La universidad San Martín de Porres cada año ofrece una convocatoria donde se ofertan plazas en hospitales de diversos países y para poder adjudicar a ellas el requisito es ser del tercio superior, dominar el idioma del país al cual se está adjudicando y como mínimo se pide haber llevado la asignatura de Cirugía. La elección se realiza mediante el orden de mérito y logros del propio estudiante. Tal es así que en el 2018 se obtuvo la oportunidad de ocupar una plaza para realizar una rotación externa en el Hospital de Uppsala en Suecia y otra plaza en la Universidad de Bucaramanga en Colombia.

La experiencia vivida en Suecia, la cual se realizó entre los meses de diciembre del 2018 y enero del 2019. Fueron dos meses llenos de mucho aprendizaje donde se coordinó para realizar la rotación en el servicio de Cirugía General y Digestiva la cual tuvo una duración de 4 semanas. Aquí se tuvo la oportunidad de poder conocer médicos de diferentes nacionalidades provenientes de Etiopía, Grecia y curiosamente, Perú. Fue muy enriquecedora dicha pasantía puesto que se permitió que el rotante pudiera asistir en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos que estaban disponibles entre los que se encontraban cirugías de bypass gástrico, cirugías de cánceres intestinales, hernias, entre otras. Además de rotar en dicho servicio, otro que abrió sus puertas, fue el servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, donde afortunadamente el coordinador responsable era un doctor ecuatoriano sumamente capacitado y encargado de entrenar a los médicos residentes para operar en cirugías de Bypass coronario y reparaciones valvulares. Dicho médico se dio el tiempo para poder enseñar al rotante de inicio a fin la realización de una cirugía de esta magnitud e inclusive en múltiples oportunidades este le solicitaba al rotante asistirlo cerrando pared e inclusive en la misma cirugía cardiaca. Toda esa experiencia adquirida en cirugía gracias a la alta calidad docente y del mismo hospital en Suecia, ayudaron a poder desenvolverse de la manera más adecuada cuando se realizó el

internado médico, ya que al enfrentar un contexto de pandemia mientras se rotaba por el servicio de cirugía, el cual se vio limitado, se compensó con el gran aprendizaje brindando por el intercambio.

Por otra parte, la experiencia de la rotación externa realizada en Santander, Colombia entre los meses de enero y febrero del 2018 fueron sumamente gratificantes. En esta oportunidad, la rotación escogida fue en el servicio de cardiología del instituto del corazón de Bucaramanga, donde se formó parte de las visitas médicas y diversos procedimientos vía cateterismo como recambio valvular, angioplastia percutánea, corrección de anomalías cardiacas, entre otras; además, de procedimientos auxiliares al diagnóstico tipo ecocardiogramas transtorácico, transesofágicos, pruebas de esfuerzo, etc. En la cual, el asistente y residente a cargo contribuían activamente en el aprendizaje del estudiante en cada caso observado tanto de manera teórica como práctica. Además, se tuvo la oportunidad de rotar en el hospital universitario de Santander, el cual es un hospital público de dicha ciudad, donde la patología es diversa y abundante, al igual que el aprendizaje y adquisición de habilidades. Es aquí donde la realidad del sistema de salud era semejante a la peruana, una alta demanda de atención y una baja oferta tanto de recursos humanos, materiales y financieros.

A su vez, se pudo llevar dichas rotaciones en Colombia en conjunto a los internos de medicina de cada sede hospitalaria. Lo cual permitió observar de manera externa la importancia del interno de medicina en el sistema de salud tanto privado como público.

1.2. Internado médico

Se procederá a explicar brevemente los casos de mayor interés que se observaron en las distintas rotaciones del Internado Médico, posteriormente se explicará más a detalle sobre el abordaje y manejo de los casos en los próximos capítulos.(anexo 1)

1.2.1. Medicina interna

Caso 1:

Ingresa a la emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza paciente de sexo masculino de aproximadamente 55 años sin antecedentes de importancia, en aparente mal estado general con un cuadro de hematemesis franca y dolor lancinante a nivel de epigastrio. Al examen físico, se encuentra paciente hipotenso, diaforético, pálido con llenado capilar prolongado, ruidos cardiacos rítmicos, tórax y pulmones conservados y a la exploración del abdomen, dolor intenso a la palpación superficial en epigastrio y mesogastrio. En cuanto al sistema nervioso central (SNC) se encontraba confuso y con tendencia al sueño. Tal es así que se lo cataloga como shock hipovolémico por una hemorragia digestiva alta de etiología a determinar. Se procede a realizar el ABCEx como todo paciente hemodinámicamente inestable brindándole reposición de fluidos y omeprazol en bolo e inmediatamente se hizo a la coordinación con el servicio de gastroenterología para la realización de la endoscopia digestiva alta (EDA) de emergencia para poder establecer el origen del sangrado. En dicho procedimiento se encontró una lesión ulcerativa con bordes infiltrativos y engrosados a nivel de antro gástrico que describieron como Bormann tipo 4 y se realizó la biopsia respectiva. Posteriormente se ingresó al paciente al pabellón de hospitalización 2-I del Hospital Arzobispo Loayza donde se amplió la historia clínica descubriéndose que el paciente ya venía con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 meses donde cursaba con dolor abdominal intermitente, dispepsia, llenura precoz y baja de peso de aproximadamente 7 kilos desde que inició hasta que acudió a la emergencia. Con dicha información recopilada y complementado con los resultados obtenidos de la EDA el diagnóstico presuntivo que se planteó fue una neoplasia maligna gástrica, la cual se confirmó con los resultados del informe de anatomía patológica donde describieron un adenocarcinoma de antro poco diferenciado, por lo que se procedió a solicitar una tomografía toraco-abdomino-pélvica para la estadificación del tumor donde no se aprecia metástasis a distancia, más no se especifica la presencia o ausencia de signos de carcinomatosis peritoneal ni liquido libre en cavidad abdominal, por lo que se queda en duda si es operable o tendría que ir a manejo paliativo + quimioterapia adyuvante.

Caso 2:

Ingresa a hospitalización proveniente de consultorio externo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza un paciente varón de 28 años sin antecedentes de importancia con un tiempo de enfermedad de tres semanas, en el cual cursó con fiebre, malestar general, hiporexia, fatiga, odinofagia y adenopatías cervicales. Al examen físico lo único positivo además de las adenopatías fue una ligera hepatomegalia e ictericia además de la presencia intermitente de fiebre. Se le solicitó un hemograma completo con frotis de sangre, donde se evidenció una ligera plaquetopenia y una leucocitosis a predominio de linfocitos atípicos en > 10%. Además, también se le solicitó exámenes de glucosa, urea y creatinina los cuales dieron valores normales y por último un perfil hepático, encontrándose ligeramente elevadas las transaminasas. Se planteó como diagnóstico probable una mononucleosis infecciosa, por lo que se procedió a su confirmación mediante la prueba de Ac-ACV IgM/IgG la cual dio positiva para IgG, interpretándose como una infección en resolución puesto a que ya había transcurrido aproximadamente dos semanas desde su inicio. El manejo fue fundamentalmente con sintomáticos y se procedió a darle de alta a la semana.

Caso 3:

Paciente varón de 80 años sin antecedentes patológicos que ingresa por emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con un tiempo de enfermedad de 1 semana de evolución, de forma de inicio brusco y curso progresivo. Caracterizado por una retención urinaria de 2 días de duración que fue manejada en una posta cercana al domicilio del paciente mediante la colocación de una sonda Foley y bolsa colectora, horas después familiar nota presencia de sangre en bolsa colectora, a la cual no le da importancia. El día previo del ingreso, familiar refiere que no hay pasaje de micción a través de la sonda Foley, presencia nuevamente de dolor pélvico intenso y que paciente no se encuentra activo ni alerta como solía estarlo. A la emergencia del hospital, se evidencia a grandes rasgos una fascie terrosa y trastorno del sensorio que tiende a la somnolencia, al examen físico se encuentra hemodinámicamente estable, aparato cardiovascular, respiratorio, abdomen sin alteraciones; en el genitourinario, paciente portador de sonda Foley aparentemente obstruida, se realiza la interconsulta al servicio de urología por

la posibilidad de difícil acceso de sondaje, quienes a su vez dejan indicación de ecografía de próstata, vejiga y riñón con medición de residuo post miccional y dosaje de antígeno prostático. Se le realiza la toma de exámenes de laboratorio para evaluar la función de cada sistema, encontrando el perfil renal alterado con una creatinina en 12 y urea elevada; en la parte hematológica se encuentra una hemoglobina disminuida en valor de 8 g/dl y examen de orina no patológico. Se estabiliza al paciente mediante la corrección hidroelectrolítica y se solicita evaluación por el servicio de nefrología. Una vez hospitalizado, en el pabellón 8-1, se le programa a diálisis interdiaria por sugerencia de los especialistas, se le realizó el control seriado de valores de creatinina y el estudio de la base de la patología renal. En primera instancia se buscó como probable etiología una uropatía obstructiva por una hiperplasia benigna de próstata versus un cáncer de próstata. Encontrando, posteriormente, al tacto rectal por parte del interno una próstata de consistencia semiblanda sin nódulos aparentes; en los valores de laboratorio, un antígeno prostático (PSA) en valores normales; en la ecografía de riñón, vejiga y próstata, unos riñones de un tamaño levemente disminuido sin mayores lesiones, la vejiga de características normales y una próstata aumentada de volumen con un residuo postmiccional incrementado. Por ello se interconsultó nuevamente al servicio de urología, quienes evaluaron al paciente y los exámenes auxiliares, concluyendo en una uropatía obstructiva por una hiperplasia de próstata benigna, con indicaciones de seguimiento al alta. Se manejó al paciente en conjunto al servicio de nefrología, espaciando la necesidad de diálisis por mejoría clínica y de valores de creatinina; a su vez, se interconsultó con el servicio de cirugía vascular para la realización de una fistula arteriovenosa para las futuras diálisis. Una vez con la cita programada para dicho procedimiento y las sugerencias recibida por cada especialidad, la corrección de la anemia, del trastorno de sensorio y mejoría de valores de laboratorio, se dio de alta al paciente con el diagnóstico de enfermedad renal crónica por una uropatía obstructiva con indicaciones de diálisis de 1 vez por semana y seguimiento por nefrología y urología.

Caso 4:

Paciente varón de 83 años sin antecedentes patológicos, dependiente de familia que ingresa al servicio de emergencia del hospital nacional Arzobispo Loayza con un tiempo de enfermedad de un mes de evolución, de forma de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por la presencia de deposiciones líquidas con moco y sangre asociado a trastorno de sensorio (tiende a somnolencia) de un día previo a su ingreso. En emergencia es catalogado como una sepsis por una gastroenteritis aguda y es manejado como tal, se le hidrata e indica antibioticoterapia, es hospitalizado en el pabellón 8-1. Una vez allí, el interno realiza la anamnesis y examen físico completo; en donde se encontró la historia de deposiciones líquidas con moco y sangre de múltiples cámaras y en escasa cantidad, no asociado a ingesta previa de alimento de dudosa procedencia; por el contrario, se obtuvo una historia de pérdida de peso de aproximadamente 10 kilos en 3 meses. Al examen físico, se evidencio a un paciente malnutrido, taquipneico sin ruidos agregados a la auscultación, con aparato cardiovascular sin alteraciones; a nivel abdominal, la presencia de dolor difuso sin signos peritoneales sin masas palpable. A nivel de exámenes auxiliares, se encontró una anemia moderada, no leucocitosis ni desviación a la izquierda, perfil hepático y renal en valores normales. Además, reacción inflamatoria positiva, coprocultivo negativo y parasitológico seriado negativo; por ello, se interconsultó con el servicio de gastroenterología para sugerencias de manejo, quienes solicitaron el dosaje de marcadores tumorales y la realización de colonoscopia o proctoscopia según facilidades con el paciente. Se obtuvo un antígeno carcinoembrionario (CEA) elevado y previo a la realización del examen no se consiguió un adecuado vaciamiento intestinal pese a una correcta preparación, por ello se le realizó una proctoscopia en la cual se evidenció una masa exofítica con zonas sangrantes entre el recto superior y medio con alta sospecha de malignidad por características macroscópicas, enviando muestras a patología para su análisis e interpretación, concluyendo con el diagnóstico de una diarrea por rebosamiento por un probable adenocarcinoma de recto. Se interconsultó al servicio de cirugía general y oncología para posibilidad de conocimiento del caso y futuro manejo debido al alta sospecha de malignidad y análisis de biopsia en curso, se obtuvo mejoría clínica a nivel del sensorio, mejoría nutricional y de valores de hemoglobina; aun sin resultado de

patología pero con el alta sospecha del cuadro, familiares optaron por un alta voluntaria y seguimiento de manera ambulatoria por dichos servicios.

1.2.2. Cirugía general

Caso 1:

Ingresa a la emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza paciente mujer de 24 años, con antecedente de haber sido operada hace 2 meses de una colecistectomía abierta por una colecistitis aguda, con los síntomas de dolor en hipocondrio derecho (HCD), náuseas y vómitos biliosos los cuales iniciaron 2 semanas después de la cirugía, además de la persistencia de dichos síntomas, la paciente refiere agregarse ictericia y coluria 1 mes antes del ingreso y finalmente 2 semanas antes además del dolor cólico que persistía se añadió fiebre. Al examen físico se corroboró efectivamente la ictericia (+++/+++), el dolor intenso a la palpación superficial en HCD, y resto de aparatos y sistemas no contributorio. Se le solicita una colangiorresonancia donde efectivamente se evidencia la presencia de dos cálculos a nivel de colédoco distal, provocando la dilatación de este el cual llegó a un diámetro de 8mm. Además, también se le solicitó perfil hepático, hallándose las enzimas colestásicas muy incrementadas. Con esto y haciendo correlación clínico-radiológica se plantea el diagnóstico de una colangitis por una coledocolitiasis residual. Se procede a coordinar con gastroenterología para la realización de una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), la cual fue frustra debido a que informan que los cálculos eran muy grandes para ser evacuados usando la canastilla de Dormia, es por ello que se procede a la realización de cirugía abierta donde se realiza una exploración de vías biliares, la cual consistía en una coledocotomía, extracción de los cálculos y colocación de dren Kher, que fue con lo que la paciente se fue de alta.

Caso 2:

Paciente mujer de 66 años con antecedente de diabetes hace 20 años y estreñimiento intermitente, ingresa a emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con tiempo de enfermedad de 1 semana, en el cual cursa

con dolor en hemiabdomen inferior a predominio izquierdo, nauseas que llegan al vomito en 3 oportunidades e hiporexia. Con el transcurso de los días el dolor se intensifica y se agrega fiebre de 2 días de evolución, motivo por el cual acude al hospital. Es evaluada y al examen físico se encuentra febril, hipotensa y con signos de resistencia abdominal refiriendo excesivo dolor. Por mal estado general se decide entrar inmediatamente a cirugía donde se evidencia una peritonitis fecaloidea y una perforación a nivel de colon sigmoides de aproximadamente 1 cm, donde también se pudo evidenciar la presencia de múltiples divertículos colónicos, los cuales condicionaron el cuadro. Se procedió a reseccionar la totalidad del sigmoides donde se encontraban los divertículos y para decidir si se anastomosaba el segmento restante o se hacía una colostomía a lo Hartmann se evaluó la edad de la paciente y debido a la magnitud y extensión de materia fecal por la cavidad abdominal, se procedió a realizar la colostomía. En el postoperatorio la paciente estuvo hospitalizada por aproximadamente 6 días con una evolución favorable, no presentó intercurencias por lo que se le dio de alta con indicaciones de retornar meses posteriores para la restitución de su tránsito intestinal.

Caso 3:

Paciente varón de 33 años con antecedentes de quemaduras es traído por familiares a la emergencia del hospital nacional Sergio E. Bernales, quienes refieren que paciente decidió prenderse fuego tras echarse combustible. Paciente hipotenso e inconsciente es llevado a trauma shock, donde es estabilizado, intubado y posteriormente hospitalizado en el área de intermedios de cirugía general. Una vez allí, es evaluado por el médico residente en turno debido a la complejidad de la patología y cuyo plan de manejo es llevado por el interno de medicina; es decir, solicitud de exámenes, referencias, interconsultas, etc. Se planteó el diagnóstico de gran quemado debido al compromiso de aproximadamente un 47% de la superficie corporal (compromiso de cara, cuello, tronco, abdomen, miembros superiores e inferiores con quemaduras de primer y segundo grado), se le manejó con una correcta hidratación y corrección electrolítica, se planteó la referencia a un centro de mayor complejidad debido a que el hospital solo contaba con un

cirujano plástico que respondía interconsultas una vez por semana, tampoco se contaba con el material necesario para la cura quirúrgica. Pero, debido a la situación nacional por la pandemia de covid-19 y el colapso de muchos hospitales de Lima, el trámite de referencia estuvo en curso sin respuesta alguna; mientras que, en el servicio de intermedios, se le realizaba diariamente una limpieza exhausta al paciente con apoyo del médico residente e internos de medicina. Al obtener una mejoría clínica notable, se amplió la anamnesis, siendo el paciente quien relató que ante una discusión amorosa con su pareja, decidió bañarse en combustible frente a ella y prenderse fuego; además, mencionó cuadros similares de quemaduras con anterioridad. Por ello, con dicha información abordada por el interno de medicina se sugirió al médico residente y asistente el manejo conjunto con el área de psiquiatría de ser posible, pero no llegó a cursarse. El cirujano plástico sugirió la compra de materiales para la limpieza quirúrgica y la colocación de injertos, pero por razones económicas del paciente, no se pudo realizar dicho procedimiento; posteriormente, el manejo continuó durante los 15 días que duró la rotación de cirugía, sin respuesta alguna de la referencia cursada, con una notable mejoría clínica gracias a las limpiezas diarias, el paciente continuó en dicha sala hasta donde se supo...

Caso 4:

Paciente mujer de 8 años de edad, sin antecedentes patológicos, es traída por sus padres a emergencia del hospital nacional Sergio E. Bernales con un tiempo de enfermedad de 1 hora, quienes refieren que la menor se encontraba jugando con su hermano en la parte superior de un camarote, pero ésta cae y dedo anular de la mano derecha se queda atrapado en un borde de la cama, presentando inmediatamente sangrado tipo chorro y referían que parte distal del dedo se encontraba colgando mediante un pedazo de piel. Al examen físico, se encontró una paciente hemodinámicamente estable, con torniquete casero en dedo anular de mano derecha, al descubrir zona de lesión, se observó falange distal separada en casi toda su extensión, excepto por unos centímetros de piel que la unía a la falange media. Se derivó a la emergencia de traumatología y se solicitó evaluación por el médico de guardia de cirugía cardiovascular, éste último realizó limpieza local y cierre de vaso sangrante,

indicó antibioticoterapia con dicloxacilina, toma de radiografía (anexo 2) para el descarte de huesos aledaños, y manejo por traumatología. concluyendo en la amputación de falange distal del cuarto dedo de la mano derecha, cierre con piel de falange amputada y alta con antibioticoterapia.

1.2.3. Ginecología y Obstetricia

Caso 1:

Acude a la emergencia del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé gestante de 32 años secundigesta con 35 semanas de edad gestacional y controles prenatales insuficientes, por presentar contracciones uterinas regulares, de buena intensidad que iniciaron hace 1 día y se volvieron más frecuentes siendo estas cada 5 minutos desde hace 4 horas aproximadamente, además de pérdida de tapón mucoso. Niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal, y percibe movimientos fetales. Al examen físico, altura uterina de 34 cm, se le realiza tacto vaginal encontrándose un cuello incorporado de 70%, dilatado en 5 cm, membranas íntegras, altura de presentación C-3 y variedad de posición no precisa. Al tener > 50% de incorporación y > 2 cm de dilatación, se la cataloga como parto pretérmino y ya encontrándose en fase activa de trabajo de parto, se decide su ingreso a centro obstétrico, donde se le piden los exámenes básicos al ver que no contaba con previos debido al mal control prenatal que se realizó solo en 2 oportunidades. Efectivamente sale con un hemograma ligeramente alterado con una leucocitosis de 16,000 con bastonados de 4% y un examen de orina donde se evidenciaba 30-40 leucocitos por campo, se le solicitó también un urocultivo. Ampliando la historia clínica, la paciente refiere desde hace 1 semana haber cursado con molestias para orinar, ardor, náuseas, ligero dolor lumbar el que pensó era por el mismo embarazo y además sensación de alza térmica, la cual no se llegó a cuantificar, por lo que la causa más probable del parto pretérmino se concluyó fue la infección de tracto urinario alta (ITU); es decir, una pielonefritis no diagnosticada en el momento oportuno. Se procedió a brindarle tratamiento ATB para dicha infección con ceftriaxona y a la progresión de la labor de parto, la cual cursó sin complicaciones luego de aproximadamente 4 horas hasta llegar a expulsivo.

Caso 2:

Gestante de 27 años multigesta de 38 semanas de edad gestacional, acude a la emergencia del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, por pérdida de líquido transparente sin mal olor en regular cantidad desde hace 8 horas, luego de 3 horas refiere dolor abdominal tipo contracción de moderada intensidad el cual no ha cesado, niega sangrado vaginal, y percibe movimientos fetales. Al examen físico se encontraba afebril con funciones vitales estables, con DU (dinámica uterina) efectiva de 3/10 minutos, se procedió a realizar la prueba de Fern para confirmar si efectivamente se trataba de una ruptura prematura de membranas, el cual dio positivo con un patrón de helecho en la lámina. Habiéndose confirmado el diagnóstico se procede a realizar el tacto vaginal correspondiente, donde se encuentra un incorporado de 80%, dilatado de 4 cm, membranas rotas y altura de presentación (AP): C-3. Al encontrarse en su fase activa de trabajo de parto, pasa a centro obstétrico donde se le indica ATB profilaxis con ampicilina + eritromicina y se indica realización de tacto cada 2 horas, con la consiguiente progresión del trabajo de parto. Luego de aproximadamente 6 horas se consigue la dilatación en 10 cm y se pasa a sala de expulsivo, donde todo se da sin interurrencias.

Caso 3:

Paciente mujer de 18 años ingresa por emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal por la presencia de ginecorragia de 3 horas de evolución asociado a dolor a nivel de la pelvis de moderada intensidad, niega atraso menstrual, una vez en emergencia es evaluada por el médico de guardia, se le solicita un hemograma completo, grupo sanguíneo y factor, serológicos y b-HCG que resulta positivo y el resto normal, se realiza el examen ginecológico correspondiente; evidenciando un cuello uterino permeable con sangre proveniente de la cavidad uterina y membranas rotas, se concluye en un aborto en curso inevitable, se le coloca vía periférica permeable con suero fisiológico y se administra misoprostol para acelerar el proceso. Luego de la expulsión de restos, encontrándose hemodinámicamente estable se realizó

un aspirado manual endouterino, se mantuvo en observación y luego se procedió al alta.

Caso 4:

Primigesta de 37 semanas por fecha de última regla (FUR) de 40 años con obesidad tipo I que acude por emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, por presentar desde hace 6 horas cefalea fronto-occipital que no cede con paracetamol asociado a contracciones uterinas y edemas de miembros inferiores. En emergencia se le encuentra una presión arterial de 140/100 mmHg y es derivada inmediatamente a centro obstétrico, una vez allí, se le solicita exámenes de laboratorio para descartar una preeclampsia severa o daño orgánico, y a su vez, se inicia el manejo como tal, se indica sulfato de magnesio 20% a dosis preventiva de 4g EV en bolo seguida de la infusión a 1 g por hora, además de Nifedipino condicional a presiones mayores de 160/110 mmHg. Al examen ginecológico se encuentra una altura uterina de 36 cm, se le realiza tacto vaginal encontrándose un cuello incorporado de 80%, dilatado en 7 cm, membranas íntegras, altura de presentación +2 y variedad de posición occipito iliaca izquierda anterior (OIIIA), además se evalúan los latidos cardiacos fetales encontrándolos en valores normales. Se la cataloga como primigesta de 37 semanas por FUR, trabajo de parto en fase activa y trastorno hipertensivo del embarazo: Preeclampsia con criterios de severidad. Se continúa con la acentuación del trabajo de parto, posterior al parto que cursó sin complicaciones, la paciente es reevaluada a las 2 horas con los resultados de laboratorio encontrando plaquetas, perfil renal, perfil hepático en rangos normales; mientras que, en el examen de orina se comprobó la proteinuria con 2+ de tira reactiva. Es hospitalizada para su observación correspondiente, continuando la infusión del sulfato de magnesio y el antihipertensivo condicional, durante la hospitalización no vuelve a cursar con cefalea, se evidencia notable mejoría clínica, exámenes auxiliares persisten en valores normales, tras 72 horas con presiones arteriales en rangos normales y ausencia de otra sintomatología es dada de alta.

1.2.4. Pediatría

Caso 1:

Acude a la emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño, lactante de 2 años acompañado de su madre la cual refiere que su hijo desde el día anterior ha cursado con deposiciones diarreicas aproximadamente 4-5 cámaras/día sin moco, sin sangre que no llegan a rebasar el pañal, además de vómitos alimentarios en 2 oportunidades. Refiere día del ingreso cursar febril, con persistencia de deposiciones diarreicas en 3 oportunidades y 2 vómitos, el último hace 3 horas. Al examen físico se encuentra mucosa oral hidratada, ojos no hundidos, presencia de lágrimas, signo del pliegue (-), irritabilidad que calma con la madre, movilizándolo 4 extremidades, por lo que se le cataloga como una diarrea aguda infecciosa sin signos de deshidratación. Se procede a calmarle la fiebre con paracetamol en jarabe y posteriormente se le explica a la madre que para evitar la deshidratación del niño se le debe otorgar una reposición volumen a volumen con sales de rehidratación oral (SRO) o suero. Por cada vómito dar 5 cc y por cada diarrea dar 10 cc. Además, se le explican los signos de alarma y se procede a darle de alta.

Caso 2:

Acude a la emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño, madre con lactante de 8 meses en brazos, el cual se encuentra irritable, no calma con la madre. Ella refiere que su hijo desde hace dos días cursa con fiebre cuantificada en 38.5 que llega hasta 39.9 °C varias veces al día y que cede parcialmente con paracetamol. Además, menciona que no ha querido lactar y lo ve más decaído. Niega diarrea, niega vómitos, niega síntomas respiratorios. Al examen físico por aparatos y sistemas lo único positivo que se encuentra son vesículas eritematosas a nivel del paladar blando y úvula. Se le toma la temperatura en dicho momento hallándose en 38°C. Se lo cataloga con un cuadro de herpangina donde se le brinda tratamiento sintomático con paracetamol como antipirético y gingivona en spray condicional a mucho dolor y dificultad para lactar. Se le da de alta sin mayores interurrencias explicándole los signos de alarma.

Caso 3:

El servicio de centro obstétrico y de atención inmediata del hospital de San Bartolomé es notificado por la llegada a la emergencia de una primigesta de 23 semanas por ecografía de primer trimestre con embarazo gemelar bicorial biamniótico en expulsivo, sin controles prenatales, sin antecedentes patológicos personales o familiares, con dinámica uterina incrementada y pérdida de líquido amniótico. Inmediatamente el servicio de atención inmediata se prepara para la posibilidad de reanimación neonatal, además de dos incubadoras con los balones de oxígeno necesarios. Una vez en centro obstétrico, la gestante es llevada inmediatamente al área de expulsivo y evaluada por el médico de guardia del servicio de ginecología y obstetricia confirmando la dilatación en 10 cm, el médico neonatólogo se encuentra ya en la sala de expulsivo a espera de la salida del primer recién nacido. Una vez afuera, se clampa y corta el cordón de manera inmediata y es llevado al área de atención inmediata para la evaluación correspondiente. Se encuentra un recién nacido pretérmino, cianótico, que no llora y flácido, se seca y estimula, se da oxígeno mediante la bolsa-válvula-máscara, se evalúa a los segundos, encontrando una frecuencia cardíaca de aproximadamente 60 latidos por minuto y una saturación preductal disminuida, inmediatamente se decide intubar, dar oxígeno mediante PEEP e iniciar compresiones torácicas a ritmo de compresiones 3:1 ventilación, se reevalúa encontrando la frecuencia cardíaca en 60 latidos por minuto, por lo que se indica la administración de adrenalina EV a dosis de 0.1 cc/kg/dosis (recién nacido pesaba 799 gramos, con un APGAR 3 al minuto), se logra incrementar la frecuencia cardíaca a rangos normales y la saturación oscilaba entre 88 y 92%, a la par se realizó la solicitud de cama en unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) y manejo por dicho servicio, se cateterizan vasos umbilicales y toma de análisis de gases arteriales, luego se administra dosis de surfactante. A los pocos minutos de recibir al primer recién nacido, confirman la salida del segundo, confirmando óbito. Pese al esfuerzo del servicio de neonatología, pasadas unas horas de la reanimación del recién nacido, la falta de cupo en el servicio de UCIN y el mal pronóstico del paciente, caída de saturación y frecuencia cardíaca, se realizó nuevamente la reanimación correspondiente sin respuesta alguna, confirmando la muerte del paciente.

Caso 4:

Paciente varón de 1 mes es traído por su madre a emergencia de pediatría del hospital San Bartolomé con un tiempo de enfermedad de 2 días de evolución caracterizado por fiebre mayor a 38°C que cedía con paracetamol, pero el día del ingreso no revertía con dicho medicamento, además se añade irritabilidad y afectación de la lactancia. Al examen en la emergencia, se encuentra un paciente con las mucosas húmedas, llenado capilar adecuado, una palidez de ++/+++, aparato respiratorio, cardíaco y abdominal sin alteraciones, paciente que tiende a la somnolencia, pero reactivo a estímulos. Se le solicita exámenes de sangre, examen de orina, urocultivo y hemocultivo, se inicia el manejo con antibioticoterapia compuesta por ampicilina a 190mg EV cada 8 horas y amikacina 60 mg cada 24 horas, además del paracetamol a horario. Se obtiene los resultados de sangre, encontrando un valor de leucocitos en 13 900 con 6 % de bastonados, hemoglobina de 10,1, plaquetas en 384 000 y un PCR en 23. Además, un examen de orina patológico, orina de aspecto turbio con una densidad de 1015, presencia de albumina 2+, hemoglobina 2+ y nitritos 1+. Con dicho resultado se continúa antibioticoterapia y es hospitalizado con los diagnósticos de Pielonefritis aguda y anemia leve. Una vez en la sala 5 del servicio de pediatría es evaluado de manera conjunta entre el médico asistente, médico residente y el interno de medicina, se encuentra eritema en la zona del pañal planteando el diagnóstico adicional de dermatitis de pañal, agregando al tratamiento el uso de crema tópica de óxido de zinc, nistatina e hipoglos en la zona y una limpieza frecuente y adecuada al cambio de pañal. Además, se plantea ante el primer episodio de Infección del tracto urinario alto solicitar una ecografía renal, encontrando la dilatación de la pelvis izquierda. Se decide continuar antibioticoterapia en espera de resultado de urocultivo y hemocultivo, al tercer día se obtiene urocultivo patológico con presencia de >100 000 por campo de *e. coli*, >100 leucocitos por campo, leucocitos aglutinados 3+, hematíes 6-8 por campo y gérmenes 3+, sensible a amikacina y ampicilina; ante la sensibilidad al tratamiento antibiótico y avances de lecturas negativas de hemocultivo, se decide retirar la ampicilina y continuar la amikacina hasta el día 7 de tratamiento. Se obtiene resultado negativo de hemocultivo del ingreso, se culminan los 7 días de tratamiento antibiótico y ante la mejoría

clínica se da el alta médica al paciente con indicaciones, se educa a la madre sobre una correcta higiene genital del paciente, la importancia de la vacunación y la lactancia materna.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Aproximadamente a finales del mes de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, Hubei-China se reportó un brote de casos de neumonía de etiología no conocida, que llevaba rápidamente a un cuadro de gravedad. Se determinó que dichos casos tuvieron asociación epidemiológica con un mercado mayorista de mariscos, por lo que se notificó esta serie de casos al Centro Chino para el control y prevención de enfermedades, el cual ordenó inmediatamente el cierre del mercado. Conjuntamente, se realizó el estudio de muestras de lavado broncoalveolar de los pacientes comprometidos mediante el método de la reacción en cadena de polimerasa aislándose por primera vez un virus que en dicho tiempo denominaron nuevo coronavirus (nCoV-2019). Se observó que dicho agente tenía una rápida propagación con una alta tasa de infectividad, siendo el 20 de enero del 2020, fecha en la cual dicha enfermedad llega a Estados Unidos y posteriormente el 30 del mismo mes, la Organización mundial de la salud (OMS) cataloga a la infección por nCoV- 2019 como una emergencia internacional de salud pública.(6) El 11 de febrero se modificó su denominación, siendo incluido en la misma especie del SARS-COV, por lo que se le nombró como SARS-COV2, y por ende a la enfermedad por el SARS-COV2 se le catalogó como COVID-19, haciendo referencia a *coronavirus disease*; cabe recalcar que el primer SARS-COV1 se descubrió alrededor del año 2002.(7) A causa de la rápida expansión del virus hacia diversos países y continentes, el 11 de marzo del 2020, la OMS declaró la pandemia por COVID-19, con el propósito que todos los países estén o no afectados, tomen medidas para su control.(8) Como bien se sabe, el primer caso importado de SARS-COV2 en el Perú se confirmó el 6 de marzo del

2020, en un joven con una historia de viajes a diversos países; posteriormente, se confirmaron más casos en la región y solo bastaron pocos días para que el 15 de marzo de dicho año implementaran el aislamiento social obligatorio.(9) Esto afectó a un gran número de familias, puesto que muchos integrantes de éstas perdieron su empleo y otros tuvieron que continuar laborando vía remota con sueldos disminuidos. Es importante mencionar que cuando el gobierno decretó el aislamiento social, se cerraron colegios, universidades y todo tipo de centro educativo, dejando en incertidumbre la formación académica de los estudiantes, donde también se incluía a todos los internos de ciencias de salud. Expuesto este panorama, debemos relatar dos realidades completamente distintas en las que se llevó a cabo el internado, una es la época pre-pandemia y la otra, durante la pandemia.

Se inició el internado el 01 de enero del 2020 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ubicado en el distrito de Lima Cercado, siendo considerado como un hospital de categoría III-1, por lo que viene a ser uno de los principales centros de referencia en el ámbito nacional. Esto confiere una gran ventaja al interno de Medicina; dado que, la variedad de casos ayuda a enriquecer su experiencia académica y profesional. Además, dicho hospital brinda prestaciones de salud ambulatoria, quirúrgica y de hospitalización altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación. Cabe resaltar, la función de docencia e investigación que fomenta dicho establecimiento.(10) El número total de recurso humano aproximado en el hospital es de 3'163, del cual un 76,95% equivale al personal asistencial y 23,05% al personal administrativo. El hospital cuenta con 121 consultorios físicos distribuidos en diversas especialidades, y el servicio de consulta externa tiene a su disposición 425 médicos, contando con un promedio de 34'312 atenciones de consulta externa por mes. En cuanto a la hospitalización, posee 7 ambientes de Medicina interna, 3 de unidad cuidados intensivos (UCI), 3 de cirugía general, 7 de especialidades quirúrgicas, 6 de gineco-obstetricia, 2 de pediatría, 1 de neumología, 1 de cirugía de día y 2 de emergencias. Además, el establecimiento de salud cuenta con un aproximado de 736 camas, siendo el promedio mensual de 20'755 días-cama, con una demanda de aproximada de 95,655 pacientes día y un promedio mensual de 15'942 días de estancia, lo que se traduce en un 76,8% de ocupación de

camas.(10) Con respecto al número de camas para la atención de pacientes críticos en UCI, viéndose modificado por el tema de la pandemia, actualmente cuenta con la disponibilidad de 30 camas. (11)

2.1. Medicina Interna

Se inició por la rotación de Medicina Interna en dicho hospital, la cual es una especialidad médica dedicada a la atención integral del adulto enfermo, enfocándose en el diagnóstico y manejo no quirúrgico de las patologías que comprometen a sus órganos y sistemas internos, además de la prevención de éstas.(12) En dicha rotación, se distribuyen a los internos por pabellones, los cuales tendrán a cargo aproximadamente entre 6-8 pacientes cada uno. Las labores principales a cumplir empiezan desde el ingreso del paciente al pabellón, donde el interno debe realizarle la historia clínica completa, detallando de manera específica los signos y síntomas de su enfermedad, además de su examen físico por aparatos y sistemas; lo cual, posteriormente será corroborado por el residente superior que supervisa y da conformidad. Una vez realizada la historia clínica, los días posteriores hasta que culmine su hospitalización debe realizar su evolución diaria, la cual consta de 4 parámetros importantes: **Subjetivo**, se describe como amaneció el paciente y si presentó o no alguna intercurencia; **Objetivo**, se realiza diariamente el examen físico detallado poniendo énfasis en evaluar el sistema por el cual es hospitalizado; **Apreciación**, se escriben los principales diagnósticos del paciente en orden de gravedad, los eventos de importancia que sucedieron durante el día y la descripción de resultados de exámenes y procedimientos realizados; por ultimo; **Plan de Trabajo**, se deja por escrito todo lo que se planea hacer con el paciente los días posteriores y los pendientes que quedaron. Además, el interno también es considerado medio principal de comunicación con otras especialidades; puesto que, es el encargado de presentar al paciente ante la respuesta de interconsultas enviadas a otras especialidades. Los procedimientos, son algo de lo cual un interno de medicina no está exento, y más aún en un pabellón de medicina interna, ya que existen múltiples oportunidades donde toca realizar extracción de muestras de sangre, punciones lumbares, artrocentesis, paracentesis y

demás, lo cual también favorece la formación académica y los prepara para posteriormente afrontar tales procedimientos en el SERUMS y posteriormente, el residentado médico. Por otro lado, también se incluyen guardias diurnas y nocturnas en el servicio de emergencia, las cuales, se deben cumplir estrictamente; están distribuidas cada 6 días en grupos de 3 internos por guardia. Rotar en este servicio es de suma importancia, dado que enseña y prepara al interno de medicina para afrontar situaciones de estrés y toma de decisiones de manera rápida y oportuna en favor de la vida del paciente. Por último y no menos importante, como interno se debe mantener una relación adecuada tanto con el paciente como con su familia, aprender a dar malas o buenas noticias, ser empático con ellos, saber explicar claramente la patología, educarlos para prevenir una recurrencia o complicaciones, siempre manteniendo una relación de respeto.

Todos estos roles que se detallaron previamente siempre se han cumplido en todo interno de medicina sea el hospital en el que se encuentre. Lamentablemente el hecho de afrontar una pandemia dejó a todos en una gran incertidumbre, abundaban las interrogantes con respecto a la fecha de reinicio y fin del internado médico, las medidas de bioseguridad en cada sede, fecha del examen nacional de medicina (ENAM), calidad de aprendizaje, entre otros.(13) Con el transcurrir de los meses, viendo que la situación que atravesaba nuestro país parecía no mejorar, y los servicios de salud no se daban abasto con tantos pacientes, fue necesario la reincorporación de los internos a sus labores, pero restricciones. Muchos internos fueron distribuidos en centros de primer nivel de atención, porque el riesgo de contagio era alto en el hospital donde previamente laboraban. Sin embargo, en este caso, el hospital Arzobispo Loayza volvió a abrir sus puertas garantizando a los internos horarios de trabajo flexibles que iban de 7:00 am – 13: 00 pm por 15 días seguidos y posteriormente 15 días libres, equipos de protección personal otorgados por cada servicio, además de la realización de pruebas rápidas de detección de SARs-COV2 cada 2 semanas y la cancelación obligatoria de las guardias en el servicio de emergencia, con el objetivo de disminuir el riesgo del contagio para los internos como para sus familias.

2.2. Cirugía General

Aplicado al nuevo contexto, la segunda rotación del internado se vio muy limitada por las disposiciones del ministerio de salud (MINSA) con respecto al número del personal médico presente en un procedimiento quirúrgico, los cuales debían ser los más capacitados garantizando la realización de la cirugía en el menor tiempo posible, debido al riesgo de suspensión de partículas víricas que pudieran ser inhaladas por el personal de salud; por ello, no se podía exponer al interno a este tipo de cirugías tan frecuentemente como antes; y si lo hacía, debía hacerse con todas las medidas de bioseguridad existentes. Pese a dicha medida, se compensó con un buen abordaje pre y post quirúrgico, el cual es tan o incluso mucho más esencial que la misma operación en sí, permite determinar en qué momento el paciente deberá entrar a sala de operaciones y en qué debe encontrarse previamente. Además de garantizar una adecuada vigilancia post operatoria, especialmente en los primeros días posteriores a una cirugía que son los más críticos, debido al riesgo de hacer complicaciones.

Desafortunadamente como se predijo, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza volvió al cierre de sus puertas a todo interno de ciencias de la salud debido a una segunda ola de contagios en el país y al alto riesgo de contagio por ser centro principal de referencia. Por tal motivo, con el apoyo de la oficina de internado de la facultad se obtuvo una vacante para poder culminar la rotación de cirugía general, teniendo a disposición el hospital Nacional Sergio E. Bernales, ubicado en el distrito de Comas, el cual es de categoría III-1, también enfocado en una atención integral y especializada centrada en el tratamiento y recuperación de la población objetivo de Lima norte, fundamentalmente de los distritos de comas y carabaylo, además de independencia, los olivos, puente piedra y la provincia de Canta.

En época pre-pandemia, dicho nosocomio tenía un aproximado de 1'515 trabajadores que permitía el cumplimiento de las actividades de los servicios de salud que demandaba la población general. Del total de los trabajadores descritos, un promedio de 1'050 corresponde a servidores asistenciales y los restantes, al personal administrativo. Con respecto al número de camas, se cuenta con 353 camas funcionales, distribuidas entre los 4 principales

departamentos, ocupando el servicio de cirugía un mayor porcentaje de camas. Por otro lado, con respecto al servicio de consulta externa, se cuenta con 51 consultorios físicos y 76 funcionales, tal es así que se consigue una cobertura aceptable.(14)

A diferencia del hospital previo, el hospital nacional Sergio E. Bernales plantea desde un inicio una rotación distinta, basada en subrotaciones quirúrgicas como urología, traumatología, cirugía general, cirugía pediátrica y sus respectivas emergencias, es por ello que el aprendizaje fue variado y primaba lo práctico sobre lo teórico. Se le permitía al interno participar activamente de diversos procedimientos según el área asignada como curaciones, cambio de sondas urinarias o tallas vesicales, colocación de férulas o yesos, suturas, evaluar y examinar de manera minuciosa al paciente y participar desde el ingreso de este por emergencia, el acto quirúrgico y el postquirúrgico. Esta oportunidad permitió aprender principalmente la atención en emergencia desde pacientes pediátricos hasta adultos mayores con patología de posibilidad quirúrgica como patologías digestivas, accidentes de tránsito, quemaduras, mordeduras caninas, retenciones urinarias agudas, entre otros. Además, se reforzaba la parte teórica durante las visitas médicas y en actividades junto a los médicos residentes en formación.

2.3. Ginecología y obstetricia

En esta rotación, se tuvo la oportunidad de realizarla en dos centros de alto nivel y con gran especialización. El Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé, ubicado en el distrito de Lima Cercado, de categoría III-1, el cual está dedicado en brindar atención enfocado en la salud sexual y reproductiva de la mujer además de una atención integral del feto, neonato, lactante, niño y adolescente. Se cuenta con información disponible del año 2019 donde se evidencia el hospital cuenta con 10 salas de hospitalización que abarcan un total de 217 camas y 3 salas de UCI con 26 camas en dicho servicio. Para el mismo año se tuvo un promedio anual de cama ocupada de 203 que vendría a ser un 75% de la totalidad de camas de la institución. Por otro lado, el nosocomio cuenta con un total de 48 consultorios médicos, entre

los cuales predomina el consultorio de obstetricia de alto riesgo y el de pediatría general, y 13 consultorios no médicos.(15)

En dicho hospital, el interno tiene la posibilidad de rotar por la mayoría de servicios disponibles: ARO, donde se encuentran gestantes de alto riesgo obstétrico, Puerperio, Infertilidad, pabellón de patología netamente ginecológica y centro obstétrico. También están presentes los servicios de Emergencia y UCI materna; sin embargo, por la coyuntura de la pandemia no estaban permitidos para el interno. Con respecto a las funciones que se cumple en dicho hospital, es un poco diferente respecto a otros. Puesto que en dicha especialidad médica la prioridad es tanto la madre como el bebé que está por nacer, durante la atención obstétrica existen muchos incidentes que pueden conllevar a demandas y problemas medico legales. Esto se puede ver tanto antes del parto, con el uso inadecuado de fármacos, o la no identificación del momento oportuno para culminar la gestación, como también errores en la atención del parto que podrían conllevar lesiones en el neonato o hasta inclusive el fallecimiento de este o de la madre.(16) De manera que, el interno de medicina está prohibido de realizar las historias clínicas maternas y las evoluciones diarias, dejándole tal obligación al residente, quien ya cuenta con título profesional de médico cirujano. Por ende, las labores como interno en el Hospital San Bartolomé se reducen al tema administrativo, solicitar y recoger exámenes auxiliares, realizar interconsultas y examinar a las pacientes, más nunca deberán llenar ningún formato por escrito. A pesar de ello, la parte docente del hospital está muy bien desarrollada y es donde el interno de medicina saca ventaja de la enseñanza que se le proporciona al momento del pase de visita diaria, donde se expondrán todos los casos de los pabellones y se resaltarán los puntos más importantes de cada patología. Por otro lado, una de las labores fundamentales del interno cuando se encuentra en centro obstétrico es la realización del partograma, que constituye una herramienta fundamental para ver el progreso del parto, y determinar complicaciones con el fin de actuar en el momento oportuno. También, de la actitud y proactividad del interno, se le da la posibilidad de poder atender partos guiados por el residente de mayor jerarquía o del mismo asistente, por lo que el aprendizaje es completo en todo sentido.

Para complementar la especialidad, también se realizó una rotación por el Instituto Nacional Materno Perinatal, ubicado en el distrito de Barrios Altos, categorizado como un establecimiento de salud de nivel III-2, siendo así el centro de referencia de mayor complejidad a nivel nacional en dicha especialidad. La población objetivo es la mujer en edad reproductiva y no reproductiva, además de la gestante y el neonato; el perfil de demanda de la población es femenino, predominantemente jóvenes entre los 20-34 años y el principal distrito del que provienen es San Juan de Lurigancho en un 25.9%. Para finales del año 2018 el nosocomio contaba con un total de 1860 trabajadores distribuidos tanto en el área asistencial como administrativa. En dicho contexto, el establecimiento contaba con un total de 417 camas de hospitalización, siendo el servicio ginecología y obstetricia predominante con un 61.9% de camas. Por otro lado, el porcentaje restante corresponde a neonatología, las cuales se encuentran distribuidas en unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales, cirugía pediátrica y emergencias neonatales.(17)

En el instituto nacional Materno Perinatal, el aprendizaje es primordial, se tuvo la oportunidad de rotar en la sala de puerperio, donde el interno tenía la responsabilidad de examinar a la paciente puérpera de parto vaginal o de cesárea, hacer su respectiva evolución del día, indicaciones médicas guiadas por el asistente y se le permitía dar sugerencias en el manejo debido a que ésta era una sala con puérperas de bajo riesgo a complicarse; a su vez, el asistente responsable reforzaba de manera teórica y práctica el aprendizaje sobre manejo y evaluación completa en este tipo de pacientes. Por otra parte, también se rotó en el servicio de adolescentes, en el cual de la misma manera, se le permitía al interno la evaluación y manejo de las puérperas, pero en esta oportunidad clasificadas por su edad. Además, de participar activamente en la visita médica de las pacientes gestantes hospitalizadas en esta área, dado que en este tipo de pacientes, la evolución y llenado de formatos eran netamente responsabilidad del médico residente. Según el interés mostrado por el interno, se le permitía participar como instrumentista en las cesáreas programadas, mientras se le explicaba el procedimiento de manera detallada. En esta área, se realizaba de manera interdiaria un reforzamiento teórico guiado por el residente mayor mediante exposiciones de patologías

obstétricas frecuentes y vitales a conocer para el SERUMS, y a su vez, se planteaban casos hipotéticos para un mayor aprendizaje. La rotación también incluía guardias en centro obstétrico, donde se le permitió al interno participar desde el ingreso de la paciente, realizar un adecuado abordaje de la gestante, recabando datos de importancia para conocer el posible estado fetal, participar en la atención del parto y de la evaluación inmediata de las púerperas. Conformando en conjunto un aprendizaje completo, enriquecedor y de sumo agrado, pero de corta duración por la pandemia actual.

2.4. Pediatría

Se culminó la etapa del internado cursando esta rotación, la cual está dividida en Pediatría propiamente dicha y Neonatología; la cual se realizó en diferentes hospitales. El Instituto Nacional de Salud del Niño, ubicado en el distrito de Breña, el cual tiene una categorización III-2, por ello al ser un centro altamente especializado, brinda cobertura al 70% de la población pediátrica a nivel nacional en sus 44 especialidades clínico-quirúrgicas. La atención de la población objetivo abarca la jurisdicción de DISA II Lima Sur que cuenta con una totalidad de 6'192 978 habitantes en promedio. Con respecto a la demanda de los servicios ofrecidos, el área de consulta externa recibe aproximadamente 56'136 atenciones mensuales y 1'810 atenciones diarias, siendo el servicio de medicina interna de la mayor demanda. En cuanto al área de emergencia, se suelen atender aproximadamente 69 mil emergencias anuales dentro de las cuales un 80% corresponden al área de medicina interna seguido del área del cirugía general. El grupo etario que más acude a servicios de emergencia son los pacientes menores de 4 años de sexo femenino. Por otra parte, el área de UCI cuenta con 20 camas operativas y se notifica un promedio de 19 egresos mensuales, siendo los menores de 1 año la población vulnerable. Finalmente, el servicio de hospitalización da aproximadamente 9300 egresos hospitalarios, a predominio del sexo masculino, siendo las enfermedades del sistema respiratorio la causa más frecuente en un 17.6%.(18)

Para la realización del internado en dicho establecimiento, existen dos posibilidades, acudir a hospitalización, donde se ven patologías poco

frecuentes más crónicas y complejas, de las cuales se aprende mucho porque la parte docente está muy bien estructurada; u optar por el servicio de emergencias. En este caso, se prefirió la segunda opción por el tiempo limitado de rotación y la importancia del manejo de patologías más frecuentes para el SERUMS. Las labores que el interno cumple en la emergencia pediátrica van desde la elaboración de una breve historia clínica con los datos más relevantes proporcionados por los padres hasta un examen físico dirigido a la patología en sospecha. Luego de ello, se le debe reportar lo encontrado al médico residente, quien confirma lo evaluado y juntos llegan a un diagnóstico probable con el cual se decidirá si el paciente en cuestión recibirá un tratamiento ambulatorio o si ingresará a hospitalización. En este servicio, se saca mucho provecho puesto que además de poner en práctica la semiología y la velocidad para evaluar; debido a la gran demanda de pacientes, se aprende el abordaje correcto de cada caso ya que suelen ser patologías similares las que llegan a emergencia.

Por otro lado, se tuvo también la oportunidad de rotar en el Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé; en contraste al hospital previo, éste se encuentra más limitado en cuestión de manejo, dado que no cuentan con una basta relación de subespecialistas como traumatología pediátrica, inmunología, entre otros, ni exámenes auxiliares complejos como tomografía, resonancia magnética nuclear, electromiografía, etc. Esto sobrecarga el trabajo del interno, debido a que debe elaborar de ser necesario expedientes para la realización de algún examen que se requiera o de teleconsultas a solicitar en hospitales de mayor complejidad como el Instituto Nacional de Salud del Niño de breña. Es por ello que la parte académica se puede ver afectada, y más aún por el poco tiempo con el que se cuenta para la rotación. En esta oportunidad, se pudo rotar en el área de lactantes mayores, preescolares y escolares, en donde el interno debe evaluar de manera diaria al paciente, realizar su balance hídrico, evolución, y plantear un manejo con apoyo del médico residente y asistente a cargo, además de realizar todo trámite solicitado explicado previamente. De manera que, cada caso constituye un momento de aprendizaje, adquisición y reforzamiento de habilidades guiada por los superiores. Lamentablemente, el hospital no permite que el interno realice guardias en el área de emergencia de pediatría,

debido al riesgo de contagio por SARS-COV2 y que los pacientes pediátricos no suelen hacer clínica aguda ni característica de la infección y ello dificulta su separación entre pacientes con y sin covid-19, lo cual incrementa el riesgo de contagio del personal que labore en esa área.

Finalmente, para realizar la rotación de Neonatología, el establecimiento elegido fue el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el cual se cuenta con salas de alojamiento conjunto y cuidados intermedios. En la primera, el interno tiene el rol de evolucionar a los neonatos que nacieron sin mayores interurrencias; pero también se tiene la posibilidad de rotar por el área de intermedios, la cual está dividida en 4 pabellones, dependiendo de la complejidad de la patología con la que curse el recién nacido. Aquí se aprende a abordar desde entidades muy frecuentes como lo es la ictericia y sepsis neonatal, hasta aquellas enfermedades más complejas como displasia broncopulmonar, o inclusive errores innatos del metabolismo. Además, al interno se le programan 2 guardias durante los 15 días de rotación, las cuales deben ser cumplidas en el área de centro obstétrico. Aquí se tendrá el rol de llenar la cartilla del recién nacido poniendo los antecedentes materno-perinatales más importantes y posterior al nacimiento, se realizará la atención inmediata neonatal la cual será guiada por la enfermera de turno. Semejante situación se presenta en la rotación de neonatología en el hospital Nacional Madre – Niño San Bartolomé incluye también las áreas de alojamiento conjunto y cuidados intermedios, pero se añade también el área de atención inmediata con mayor frecuencia como turno normal y como guardias programadas, debido a su importancia en el SERUMS. La rotación en alojamiento conjunto en este hospital, está basada principalmente en reconocer tempranamente las posibles patologías según los factores de riesgo de la madre durante el periodo pre natal y natal, y manejarlas adecuadamente; a su vez, se trabaja exhaustivamente la técnica de la lactancia materna con la madre y en que ella pueda reconocer cualquier alteración en el recién nacido de manera precoz. En el área de intermedios, el interno debe aprender a estabilizar al recién nacido con una correcta hidratación y manejo electrolítico, además del correcto y completo examen físico; mientras que, en el área de atención inmediata, el manejo es rápido, conforme llega la paciente, el interno debe recabar toda información importante, presentar el caso a los

superiores y de esta forma prepararse a la posibilidad de recibir un recién nacido estable o complicado ya sea por parto vaginal o por cesárea.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En el presente capítulo se procederá a ampliar como fue la metodología y manejo de cada caso clínico relatado en el capítulo I y se contrastará su abordaje según las guías de práctica clínica para cada patología

3.1. Medicina Interna

Con respecto al primer caso clínico cuyo diagnóstico de ingreso fue shock hipovolémico por una HDA de etiología a determinar nos basaremos en la guía de práctica clínica para la evaluación y manejo de la HDA en pacientes del seguro social y del hospital nacional dos de mayo, esto con el objetivo de poder encontrar similitudes y diferencias en cuanto al abordaje del caso. Con respecto al manejo que se realizó inicialmente en la emergencia fue el correcto puesto un paciente con signos de descompensación hemodinámica, como fue el caso, una vez clasificada la gravedad de la hemorragia, se le debe ofrecer un acceso venoso periférico de adecuado calibre que pueda permitir la infusión rápida de cristaloides en un volumen aproximado de 500-1000 ml con el objetivo de restaurar la perfusión a los tejidos. Según la guía del HN2DM esta recomienda que en caso el sangrado haya sido reciente, la realización de un lavado gástrico previo a la EDA podría ser muy favorecedor para evacuar el contenido gástrico y ser mucho más sencilla la exploración endoscópica. En el presente caso, eso no se aplicó puesto que el paciente ingresó a la emergencia con la hematemesis franca pero posteriormente cesó, y se optó por además de la resucitación con fluidos, administrarle vía endovenosa una dosis alta de IBP (Omeprazol), puesto que tiene evidencia alta de disminución de tasa de sangrado. Esto si se dio acorde con las guías,

donde se especifica que en todo paciente con HDA no variceal se le debe administrar bolo endovenoso inicial de 80mg de omeprazol y posteriormente una infusión continúa del mismo en dosis de 8mg/hora por 3 días.(19) Con respecto a la realización de la EDA según la guía elaborada por ESSALUD, se recomienda que esta debe realizarse dentro de las 24 horas post reanimación hemodinámica, lo cual fue justamente aplicado puesto que el paciente ingreso aproximadamente a las 10 pm y su endoscopía fue llevada a cabo en promedio a las 3:00 am del siguiente día.(20) Por otro lado, up to date nos recomienda que en caso de encontrar durante el procedimiento endoscópico la presencia de una ulcera, independientemente de las características de la misma, si está ubicada a nivel gástrico, la realización de una biopsia puesto que puede ser indicativo de malignidad, que fue justamente lo que se hizo, obteniéndose como diagnóstico definitivo un adenocarcinoma gástrico poco diferenciado.(21) Hasta aquí para centrar como objetivo principal el abordaje y manejo de una paciente con HDA, se concluye a grandes rasgos que se cumplió con las guías de práctica clínica en el hospital arzobispo Loayza que fue donde se evidenció el caso.

Con respecto al segundo caso, el cual fue de mononucleosis infecciosa, al tener un paciente con la clínica típica que se describió previamente, adulto joven con fiebre, malestar general, hiporexia, adenopatías cervicales y odinofagia, la literatura nos dice que el diagnóstico suele ser solo clínico y se podría complementar este con exámenes de laboratorio entre los que sería de mucha ayuda pedir un hemograma completo con frotis sanguíneo para poder ver la presencia de linfocitosis absoluta con > 10% de células atípicas, un perfil hepático el cual generalmente altera transaminasas y FA en valores no muy elevados y finalmente la mejor prueba y la inicial que sería la de Paul Bunnell, donde se detectaran los anticuerpos heterófilos (IgM), los cuales van declinando con forme pase la fase aguda de la enfermedad, más pueden estar presentes y ser detectados hasta por un periodo de 9 meses.(22) Se cumplió con pedir la mayoría de exámenes que describe la literatura, y para contrastar un poco con el pensamiento diferencial de otras especialidades, cuando se obtuvo el resultado del frotis sanguíneo informado como una linfocitosis con > 10% de atípicos, el servicio de hematología rápidamente sospecho en una posible neoplasia hematológica, por lo cual habló con el paciente queriendo

realizarle un AMO, el cual posteriormente al conversar con los asistentes del área de medicina interna y explicarle que era lo esperado en cuanto al hemograma en función al posible diagnóstico de mononucleosis infecciosa, rechazó dicho procedimiento. Se relata dicha experiencia porque si bien es cierto, un hemograma con esos hallazgos podría ser compatible con el diagnóstico planteado por hematología, es importante siempre hacer correlación clínica, y el paciente no presentaba otros signos como para poder sospechar de dicha patología. Por otro lado, algo que no se manejó acorde con lo que dice la literatura fue el solicitar la mejor prueba inicial que son los anticuerpos heterófilos. En este caso se procedió a solicitar una prueba mucho más costosa que fueron los anticuerpos Ac-ACV IgM/IgG, que, si bien es cierto, no es una mala prueba, esta como segunda, en caso la prueba de Paul Bunnell salga negativa. Por último, en cuanto al manejo de la patología en cuestión, si se realizó acorde con lo que dice la literatura, puesto que al ser una enfermedad que remite sola, tan solo requiere manejo sintomático con líquidos, dieta blanda y AINES o paracetamol condicional a fiebre y cefalea.(22) Finalmente se procedió a dar recomendaciones previo al alta, haciendo énfasis en evitar aquellos deportes de contacto y fuerza extrema por un periodo mínimo de 1 mes.

El tercer caso en mención, abarca a la patología renal, la enfermedad renal crónica secundaria a la uropatía obstructiva por una hiperplasia benigna de próstata (HBP), según manuales de HBP, encontramos hallazgos como valores de PSA normales (valor menor a 4ng/ml) que alejarían la posibilidad de una neoplasia; además, guías europeas y españolas recomiendan preferentemente la evaluación del residuo postmiccional sobre la ecografía de próstata, en la cual tiene como corte de valor normal entre 100 a 150 cc de volumen; la utilidad de la ecografía de todo el aparato urinario radicaría principalmente en el descarte de complicaciones como divertículos vesicales, litiasis, hidronefrosis, entre otras; además de poder obtener de maneja objetiva las medidas de la próstata y otros órganos . Mientras que, en otras guías encontramos que la indicación de ecografía en un paciente con sintomatología del tracto urinario inferior sería en pacientes que cursen con hematuria o infección recurrente.(23)(24) Además, un examen físico mediante el tacto rectal arroja diversas características que permiten al evaluador

distinguir entre una neoplasia o hiperplasia benigna de próstata obteniendo características como la consistencia, presencia de dolor, nódulos con movilidad determinada, entre otros. Ante esta situación, se ha visto que una hipertrofia prostática con flujo bajo y residuo significativo como del caso clínico presentado, es característico de una obstrucción descompensada y el manejo futuro consiste en un tratamiento quirúrgico, pero de inicio médico para aliviar la obstrucción, dar calidad de vida y preservar la función vesical.(25) Todo lo mencionado en base a guías, se realizó en el paciente una vez hospitalizado, luego de haber realizado el recambio del sondaje como medida inicial. Pero, el caso va más allá del problema prostático, debido al compromiso renal secundario que se produjo, ante ello las recomendaciones en la literatura muestran un manejo de la enfermedad renal crónica enfocada en 7 puntos principales:

- Tratamiento de las causas específicas de la enfermedad renal
- Identificar y resolver las causas reversibles del daño renal
- Tratar los factores de progresión
- Manejar y controlar factores de riesgo cardiovascular
- Evitar nefrotóxicos
- Tratar complicaciones urémicas
- Preparar al paciente para técnica de sustitución renal si amerita

En este caso, se sabe la causa de la patología, la cual es irreversible en un manejo inicial debido al estado del paciente; se realizó el descarte de infección del tracto urinario mediante exámenes de orina y en la ecografía no se observaron complicaciones, el paciente manejaba en todo momento presiones arteriales en rangos normales; debido al valor incrementado de creatinina, se utilizaron fórmulas para estimar la tasa de filtración glomerular (TFG) a través del valor de creatinina, la edad y peso del paciente, se obtuvo una TFG disminuida en etapa 5 de enfermedad renal crónica con criterio para manejo con diálisis; por ello, el manejo en el caso clínico fue en conjunto con el servicio de nefrología quienes indicaron la necesidad de terapia de sustitución renal como lo mencionan las guías. Una vez al alta, se le indicó el seguimiento por medicina interna y nefrología para las terapias de sustitución.(26)

Con respecto al cuarto caso, consiste en un paciente con un aparente cuadro de gastroenteritis aguda según diagnóstico de emergencia que no coincide con la definición exacta. Siento ésta de duración menor a 2 semanas; mientras que, anamnesis refleja una evolución de un mes, que según definiciones consistiría en una diarrea crónica. En pacientes adultos mayores que cursan con diarrea de este tiempo de evolución, se subclasifica según fisiopatología para poder tener opciones diagnósticas:

- Diarrea inflamatoria
- Diarrea osmótica
- Diarrea secretora
- Diarrea por motilidad intestinal alterada
- Diarrea ficticia

Según frecuencia por edad, se obtiene que la polimedicación, neoplasias e impactación fecal son las causas más frecuentes.(27)

Una vez en emergencia, ante la historia de diarrea disentérica (presencia de moco y sangre) asociado a dolor abdominal, trastorno de sensorio y se le cataloga como una sepsis punto de partida abdominal por una gastroenteritis aguda, esto debido a la utilización del score Quick SOFA (qSOFA) que se utiliza en primera instancia en emergencia. (28) Ante ello, se decidió la hidratación con cloruro de sodio al 9% y el inicio de antibióticos con ciprofloxacino y metronidazol. En contraste a la literatura, donde encontramos que el objetivo de la diarrea es conocer la etiología del cuadro, compensar la deshidratación si en caso hubiera a través de la reposición hídrica y electrolítica (debido a que en esta edad el efecto de la deshidratación es más rápido y peligroso) y no en la administración de antibióticos. El uso de éstos últimos está reservada para casos con disentería o diarrea acuosa severa con etiología documentada.(29) Por ello, la indicación inicial, debió ser a través de las sales de rehidratación oral de manera paulatina y en pequeñas cantidades haciendo relación a las pérdidas gastrointestinales o vía endovenosa en caso de no tolerar vía oral; y a su vez, el estudio de la causa de la diarrea a través de una reacción inflamatoria, coprocultivo, parasitológico, descartar la ingesta de medicamentos, entre otros. Esto último se realizó posterior a la hospitalización del paciente. (27) Una vez que se obtuvo la reacción inflamatoria positiva, coprocultivo y parasitológico negativos, se tuvo la

sospecha de una patología orgánica como diverticulosis, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias; para lo cual se recomienda el dosaje de marcadores tipo anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA-P), *Saccharomyces cerevisiae* (levadura, ASCA), CEA para el estudio de dichas patologías, siendo la última de importancia para el seguimiento tras el diagnóstico de una neoplasia más que para diagnóstico en sí. Pero, en el hospital no contaba con las dos primeras pruebas, además por la edad del paciente no entraban como prioridad, por ello se optó por la colonoscopia o proctoscopia. Para la cual no se pudo preparar como se indicó, pero esto se debió a la patología después encontrada. La presencia de una masa exofítica a nivel rectal medio – superior con lesiones ulcerosas sangrantes, masa que ocluía parcialmente la luz intestinal, generó una diarrea por rebosamiento debido a la obstrucción parcial de la luz intestinal asociado a la presencia de sangre en heces por las úlceras en masa; constituyendo una manifestación poco frecuente de una patología tumoral.(30) Haciendo unidad clínica con apoyo de guías, se tiene a un paciente adulto mayor con historial de pérdida de peso significativo, diarrea con moco y sangre de características especiales, anemia moderada asociada, CEA elevado y una masa altamente sospechosa de malignidad. Ante ello, el siguiente paso recomendado era la estadificación mediante tomografía tórax abdomen con contraste en búsqueda de metástasis, el resultado histopatológico de la biopsia, para seguidamente determinar el manejo mediante cirugía general u oncología.(31) Pero por decisión de familiares, se optó por manejo ambulatorio.

3.2. Cirugía general

Para comenzar hablando del primer caso de una colangitis por coledocolitiasis residual, confirmada inicialmente por la presencia de la triada de Charcot con la que vino, además de enzimas de colestasis realmente incrementadas y conjuntamente con el informe de ColangioRMN que venía trayendo. Si bien es cierto el primer examen de imagen en patología de vesícula y vía biliar, es la ecografía, por ser no invasiva, barata y fácil de realizar, es mucho más fiable (95%) en el estudio de colelitiasis; sin embargo, su sensibilidad baja al 25% en la coledocolitiasis, tal es así que como la paciente ya venía con su

colangioRMN realizada de manera particular, se procedió a omitir la ecografía.(32) En el informe detalló que existían dos cálculos de gran tamaño a nivel de colédoco distal los cuales provocaban la dilatación del conducto (8mm). Se coordinó con el servicio de gastroenterología para ver la posibilidad de realizar una CPRE terapéutica, los cuales concluyeron que a pesar de que los cálculos sean de gran tamaño y exista la posibilidad de fracaso, tomar el riesgo de hacerlo. Según artículos de revisión sobre la patología de fondo, la literatura menciona que solo se está indicada la realización de la CPRE en casos donde existan cálculos pequeños con conducto cístico no muy tortuoso, puesto que sería muy arriesgado hacerlo en otros casos, ya que la CPRE también trae consigo múltiples complicaciones que podrían empeorar el pronóstico del paciente.(32) Lamentablemente se procedió a la realización de la CPRE, la cual como se esperaba, fue frustra. Es por ello que ante el empeoramiento clínico de la paciente, se la trasladó a SOP para realizar un manejo quirúrgico mediante coledocotomía, exploración y limpieza de vía biliar la cual está indicada en el 10% de los casos en los cuales el abordaje transcístico haya fracasado o no sea posible. El artículo nos refiere que para realizar la coledocotomía con éxito y evitar la estenosis posterior a la sutura, lo mínimo que debe medir el colédoco es >8 mm.(32) La paciente tenía un colédoco justamente de 8mm; sin embargo, se prefirió no correr el riesgo de la estenosis por lo que se evaluó el dejarle un drenaje en T tipo Kher, el cual le permitiría la descompresión del árbol biliar.

Con relación al segundo caso de una paciente adulto mayor con diverticulitis colónica complicada, se analizará el caso en comparación del manejo entre el hospital Loayza y la guía de práctica clínica realizada por el hospital Cayetano Heredia. Al ser una diverticulitis se recomienda que el examen inicial al ingreso sea una TAC, la cual tiene una sensibilidad del 97% y una especificidad muy cercana al 100% para el diagnóstico de la patología en mención, además una vez hecho el diagnóstico deberá evaluarse su tratamiento de acuerdo con el estado clínico del paciente que en caso sea no complicado e inmunocompetente, se le podría dar chance de manejo ambulatorio con antibioticoterapia por 7-10 días; sin embargo, si al evaluar al paciente, este tiene signos de obstrucción intestinal, es incapaz para alimentarse vía oral y valorando su edad, se procederá a hospitalizarlo.(33) En el caso del paciente,

como ingresó con signos de irritabilidad peritoneal y hemodinámicamente inestable, la guía nos dice que ésta es un indicación para realizar la cirugía de emergencia, que fue lo que efectivamente se hizo. Para poder decidir entre la realización de una colostomía a lo Hartmann, versus una anastomosis primaria, la literatura también menciona que dependerá de la evaluación intraoperatoria que realice el cirujano, contemplando los riesgos de dehiscencia, estado nutricional del paciente, y comorbilidades. Tal es así, que en este caso, el cirujano al ver que la paciente era adulta mayor, y contaba con antecedente de diabetes hace 20 años con tratamiento irregular, prefirió una técnica mucho más segura y con bajo riesgo de complicaciones en el post operatorio inmediato, que vendría a ser la colostomía tipo Hartmann, la cual consiste en reseca el segmento colónico comprometido, el segmento proximal se abocará a la pared abdominal, cerrándose el cabo distal y posteriormente luego de 60 días será posible la restitución del tránsito intestinal.(33) Lo único que varió con respecto al abordaje fue la recomendación final que realizó el médico especialista al paciente, mencionándole que el restablecimiento de la continuidad del colon debería hacerse entre los 3-6 meses posterior de dicha operación.

El tercer caso, consiste en el manejo del paciente gran quemado cuya definición abarca a una quemadura mayor del 20% de superficie corporal en adultos o mayor al 10 % en niños o ancianos, o a la quemadura respiratoria, por corriente de alta tensión, con un trauma encefálico o quemaduras profundas o complejas en cabeza, manos, pies y periné. (34) Una vez en emergencia se hizo ello, se determinó el área comprometida; mientras que, se compensaba hemodinámicamente posterior al aseguramiento de vías periféricas. Se aplicó el protocolo ABCDEF como indica la guía de manejo:

- A (vía aérea): ante sospecha de injuria inhalatoria debido a quemadura en cara, cuello y tronco superior, se decidió intubar para una ventilación adecuada, hasta comprobar una vía aérea indemne.
- B (ventilación): se administró oxígeno debido al punto previo
- C (circulación): se garantizaron dos accesos intravenosos periféricos en áreas no quemadas para la administración de fluido isotónico seguido del control de aportes y pérdidas, y funciones vitales. El primero se realizó mediante la fórmula Parkland ($4\text{cc} \times \text{kg} \times \text{superficie}$

de peso corporal en 24 horas), siendo de elección el uso de lactato de ringer, pero ante su falta en el país, se utilizó suero fisiológico, a una indicación del 50% del total en las primeras 8 horas y el resto en 16 horas.

- D (déficit neurológico): inicialmente inconsciente con una escala de Glasgow alterada.
- E: exposición con cuidado a temperatura ambiental
- F: reposición de fluidos(34)

Debido al compromiso del paciente, estabilización hemodinámica y mejoría del sensorio, se derivó al paciente al área de intermedios. Donde se monitoreo constantemente el flujo urinario mediante la colocación de sonda Foley y bolsa colectora (manteniendo entre 0.5 a 1 ml/kg/hr), funciones vitales, balance hídrico y la solicitud de exámenes de laboratorio como análisis de gases arteriales, hemograma, electrolitos, creatinina, entre otros. (35) El siguiente manejo luego de la estabilización, debe realizarse en un paciente hemodinámicamente estable, flujo urinario adecuado, dolor abolido; esto incluye una limpieza quirúrgica para el retiro de tejido desvitalizado, flictenas, realización de fasciotomía en caso de sospecha de síndrome compartimental, lavado extenso con suero fisiológico, entre otros. Posteriormente, una nueva limpieza quirúrgica y cobertura con injertos según lesión.(34) Ello es lo recomendable según guías clínicas, pero ante un paciente gran quemado de economía limitada, en un hospital con escasos recursos tanto materiales, financiero como humano, en plena pandemia por covid-19, con los hospitales saturados de pacientes; la atención adecuada al caso se vio limitada.

Continuando con el cuarto caso, dentro de los traumatismos pediátricos por edades y tipo de accidente, se encuentra que las caídas son la principal causa etiológica de accidentes en edad pediátrica, seguido de golpes, aplastamiento o cortes en segundo lugar, siendo este último más frecuente en niños de 5 a 11 años. (36) A su vez, en un hospital de España se hizo una revisión con respecto a lesiones en mano y su localización, se obtuvo en primer lugar la amputación parcial o total del pulpejo del dedo con un 36%, seguido de la lesión del lecho ungueal 35% y el aplastamiento de la falange distal 32%.

El presente caso, forma parte de la prevalencia mostrada en la literatura, una paciente pediátrica de 8 años con lesión del pulpejo de dedo; ante un manejo inicial se recomienda:

- Control del sangrado con presión directa
- Elevación de la extremidad
- Aplicación de frío local en región inflamada
- Retirar elementos que compriman la mano

Teniendo en cuenta que el principal signo de alerta de lesión es la asimetría del miembro con respecto a otro.

En este caso, lo recomendable ante una amputación distal completa es la cobertura de la zona expuesta con piel del extremo amputado.(36)

3.3. Ginecología y obstetricia

Se contrastarán los casos clínicos según la evidencia científica que propone la guía de práctica clínica y de procedimientos obstétricos del INMP.

Respecto al primer caso, relacionado con parto pretérmino por una ITU, la guía de la maternidad de lima propone que muy aparte de la solicitud de exámenes de laboratorio, los cuales se cumplieron al solicitárselos a la paciente, también es necesario la realización de una ecografía obstétrica, con el objetivo de confirmar la edad gestacional, poder descartar la presencia de RCIU (Retardo del crecimiento intrauterino), determinar el perfil biofísico fetal pero incluso mucho más importante, esta se hace con el fin de medir la longitud cervical, la cual es una prueba muy sensible para predecir la progresión del parto pre término.(37) En este caso, por protocolo, el Hospital san Bartolomé, al ingreso de toda gestante por emergencia que pasará a centro obstétrico, se le realiza una ecografía, y más aún en esta paciente con suma urgencia puesto que se relató previamente que no había recibido adecuados controles prenatales ni tampoco realizado ecografías por personal médico capacitado. Con ello, se determinó el bienestar del feto, los LCF (Latidos cardiacos fetales) eran adecuados y había movimientos fetales, por otro lado se confirmó que era una gestación única activa de 35 sem 4/7, más no se dio importancia a la medición de la longitud cervical, puesto que la paciente ya estaba en fase activa de trabajo de parto y al contar con >34

semanas, la literatura dice que ya es posible la progresión del parto. En caso sea una gestación de <34 semanas que ha iniciado con dinámica uterina, está presente el riesgo de complicaciones neonatales, puesto que no hay una adecuada madurez pulmonar, tal es así que se recomienda en dichos casos la administración de uterotónicos, encabezados por Nifedipino y beta miméticos además de corticoides para favorecer la maduración pulmonar, y posterior a completar un ciclo único de 48 horas se permite la progresión del parto.(37) Como la gestante ya estaba con dilatación de 5 cm, DU regular, y había bienestar fetal confirmado por la ecografía, además que, por edad gestacional, ya hay había maduración pulmonar, se prosiguió con la labor de parto por vía vaginal, puesto que no había indicaciones para realizarlo por cesárea, lo cual conllevaría a un mayor riesgo de endometritis puerperal aunado al diagnóstico previo de ITU que tenía la gestante.

El segundo caso nos habla de una gestante a término que ingresa con una ruptura prematura de membranas (RPM) de aproximadamente de 8 horas, donde posteriormente se desencadena el trabajo de parto (TdP). Según los antecedentes de importancia que relata, el único factor de riesgo encontrado que pudo haber predisposto al RPM es la multiparidad (3 hijos vivos nacidos de parto vaginal previamente). La presencia de pérdida de líquido desde hace unas horas es un dato muy subjetivo que depende del relato de la paciente; la guía del INMP nos manifiesta que para confirmar dicho diagnóstico existen una gran cantidad de pruebas, donde las más sencillas e ideales a aplicar en el servicio de emergencias son la prueba de Nitrazina, la cual se basa en el pH del líquido amniótico y el cambio de coloración del papel tornasol al introducirlo en el fondo de saco vagina, además del Test de Fern, que consiste en sacar muestra del fondo de saco, frotarla en una lámina porta objetos, dejar secar y observar al microscopio la arborización, lo cual es indicativo para RPM. Para este caso, se confirmó el diagnóstico mediante el Test de Fern, tal y como dice la literatura, y acorde con lo mencionado por la gestante, este RPM tenía un tiempo de 8hrs por lo que ya existía riesgo de corioamnionitis, tal es así para disminuir la morbilidad infecciosa se dio ATB profilaxis de ampicilina + gentamicina. Sin embargo, lo que propone la guía de la Maternidad de Lima en estos casos es administrar ampicilina o cefalosporina de 1°G (1-2 gr ev c/6hrs).(37) Por otro lado, según la FLASOG (Federación

latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología), esta propone la profilaxis conjunta de Ampicilina 2grs ev c/ 6hrs + Eritromicina 250mg c/6hrs por 48 horas y posteriormente pasar a vía oral con amoxicilina 250mg c/ 8hrs + Eritromicina 333 mg c/ 8hrs por 5 días más.(38) Además de la antibioticoterapia, cuando la gestación tiene > 34 semanas en un cuadro de RPM, según la literatura, ya está indicado terminar la gestación dentro de un plazo de 24 hrs siguientes a la ruptura de membranas, y la forma en la cual se procede para realizarlo dependerá mucho del Test de Bishop, el cual si da un puntaje < 7, debe de hacerse maduración cervical con misoprostol, por otro lado en caso el Bishop sea >= a 7 puntos, se procederá con la progresión del trabajo de parto, mucha veces pudiendo ser estimulado para su culminación más rápida con oxitocina. Ya que la paciente presentaba DU efectiva la cual fue incrementándose mientras se encontraba en centro obstétrico y al ser una G4, se le dio un avance espontáneo del TdP, el cual finalmente procedió sin complicaciones. Un aspecto bien importante a tener en cuenta es que, según la literatura, cuando en una gestante se confirma un cuadro de RPM, se debe restringir al mínimo el número de tactos vaginales, siendo este solo realizado por el personal más capacitado y con más experiencia, ya que a mayor número de tactos, se incrementa el riesgo de infección materna y neonatal.(37) Esto fue algo que lamentablemente, en el hospital San Bartolomé no se cumplió, puesto que con dicha paciente nunca se restringieron el número de tactos vaginales, los cuales fueron realizados por el residente de 1er año, y posteriormente corroborados por el residente superior o el mismo asistente.

Continuando con el tercer caso, abarca la patología del aborto que constituye una patología obstétrica sumamente frecuente, de incidencia entre 11 a 20%. El caso clínico presentado consiste en un aborto en curso, caracterizado por la presencia de dolor pélvico intenso y sangrado genital abundante, al examen físico mediante el tacto vaginal se observa orificio cervical interno permeable y membranas rotas. La guía del instituto materno perinatal recomienda que ante un aborto en curso, se debe en primera instancia garantizar vía endovenosa permeable para instalación de cloruro de sodio al 9%, mientras se solicita hemograma, grupo sanguíneo y factor, serología, examen de orina y una ecografía vaginal. Además, se refuerza la actividad uterina con

ergometrina o misoprostol y posterior a la expulsión del feto y restos del trofoblasto, se realiza la revisión de la cavidad uterina, y de ser necesario se realiza el legrado uterino.(37) Evidenciamos que el procedimiento realizado fue un aspirado manual endouterino ante una paciente hemodinámicamente estable y no un legrado uterino como recomienda la guía.

Con respecto al cuarto caso presentado, consiste en el trastorno hipertensivo del embarazo; específicamente, preeclampsia con criterios de severidad. Esta patología incluye criterios diagnósticos como gestante > 20 semanas con presiones arteriales igual o mayor a 140 la sistólica y 90 la diastólica con o sin proteinuria:

- Presión arterial mayor o igual a 160 mmHg la sistólica y/o 110 mmHg la diastólica
- Creatinina >1.1 mg/dl o doble del basal
- Neurológico: cefalea, alteraciones visuales (escotomas, fotopsias, visión borrosa), alteraciones auditivas, hiperreflexia, convulsiones
- Hematológico: plaquetopenia < 100 000
- Hepático: transaminasas mayor o igual a 70 UI/L o doble del basal, dolor persistente en cuadrante superior derecho o epigastrio
- Edema agudo de pulmón

Ante la sospecha de un cuadro como este, se debe solicitar exámenes de laboratorio que evalúen la funcionalidad de los órganos, además del examen de orina, monitoreo electrónico fetal e imágenes para comprobar la vitalidad del feto.

Ante una paciente con esta patología se activa la clave azul desde el ingreso de la paciente; en primer lugar, una adecuada hidratación a través de una vía periférica con catéter N°18 con cloruro de sodio al 9% y se pasa 1000 cc a chorro en 20 minutos, seguido de la evaluación del estado de hidratación. Luego se previene la convulsión mediante la infusión de sulfato de magnesio por otra vía periférica, diluyendo 5 ampollas de SO₄Mg al 20 % en 50 cc de cloruro de sodio al 9% y se pasa en un volutrol con bomba de infusión a 40 cc en 20 minutos, se continua con 10 cc por hora hasta las 24 horas postparto. Además, se administra metildopa 1 g vía oral cada 12 horas y se evalúa la presión arterial a los 20 minutos. A los 20 minutos se debe reevaluar la respuesta terapéutica y verificar daño de órgano. Durante la administración

del sulfato de magnesio se debe vigilar el reflejo rotuliano, diuresis, frecuencia respiratoria y cardiaca, de manera estricta, control de saturación y estado de consciencia. Ante una edad gestacional superior a 34 semanas no se requiere uso de corticoides y se indica culminación del embarazo. Al postparto en hospitalización se debe realizar el monitoreo estricto de las funciones vitales, diuresis, reflejos osteotendinosos y estado de consciencia; se continua la inducción de sulfato de magnesio hasta las 24 horas del postparto y se retira si síntomas de severidad cesan, de no ser así, se continua por 24 horas más. La analgesia en post-operadas se realiza con tramadol seguido de paracetamol, no es recomendable el uso de AINES. El alta de una paciente que cursó con este cuadro clínico se da a las 72 horas del postparto si las presiones son menores a 150/110 mmHg, se encuentra asintomática y exámenes de laboratorio presentan mejoría. A su vez, se le debe explicar la importancia de controles posteriores, siendo el primero a los 7 días.(37) Todo ello se siguió paso a paso en el caso clínico, excepto que la indicación del antihipertensivo (nifedipino) fue condicional a presiones mayores de 160/110 mmHg y no se indicó metildopa como refiere la guía.

3.4. Pediatría

Con relación al primer caso clínico visto en la emergencia del INSN correspondiente a diarrea aguda infecciosa (DAI), se procedió a realizar el examen físico respectivo catalogándose como una DAI sin signos de deshidratación. En el casos del abordaje de las diarreas agudas, UpToDate propone que se debe realizar una clara diferenciación según el estado de hidratación del niño, puesto que la conducta inicial es el manejo de fluidos que consta en dos fases: la reposición y el mantenimiento. Se menciona que para los casos donde no haya signos de deshidratación, no requerirán la parte de la reposición hídrica y solo pueden empezar con la fase de mantenimiento. En estos casos el manejo tiende a ser ambulatorio previo a un corto periodo de observación para verificar que efectivamente el niño pueda tolerar la vía oral.(39) En el caso del paciente, se le explicó a la madre que, al no encontrarse deshidratado en el momento de la evaluación, la única conducta que debía garantizarse es que no progrese a dicho cuadro, y para evitarlo se

le recomendó una reposición volumen a volumen con Suero de rehidratación oral (SRO). Según el protocolo que maneja el INSN, se le indicó a la madre que por cada vomito que se presentara, debía reponerle con dicha solución un volumen de 5 ml y por cada diarrea el volumen a reponer sería de 10 ml. Por otro lado se contrasta el caso con la evidencia existente en la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en el niño y la niña elaborados por el MINSA, donde al ser una caso de DAI sin deshidratación, lo más recomendable sería aplicar el plan A el cual consiste en el acrónimo ACREZ: Aumentar ingesta de líquidos apropiados en mayor cantidad a la habitual, Continuar con la alimentación habitual, Reconocer signos de deshidratación y alarma, Enseñar a evitar futuros episodios de diarrea y Zinc como suplemento según indicaciones. Efectivamente en la emergencia se procedió a explicarle a la madre la importancia de reconocer los signos de alarma oportunamente y saber cuándo regresar de inmediato al establecimiento de salud. No se le llegó a solicitar ningún examen auxiliar al paciente puesto que al ser la causa más frecuente la viral, esta se autolimita sola sin la necesidad de uso de antibióticos, lo cual también es respaldado por la literatura.(40)

El segundo caso que se expone es un lactante de 8 meses irritable, febril desde hace dos días con temperaturas que llegan hasta los 39°C y con disminución del apetito y babeo constante. Se procede a realizar el examen físico donde efectivamente se confirma la presencia de vesículas localizadas a nivel de paladar blando y pilares laterales. Según lo que dice la literatura para el diagnóstico de la Herpangina basta solo una buena anamnesis y el examen físico detallado que descarte otro foco infeccioso.(41) Eso justamente fue lo que se realizó en la emergencia del INSN y no se le solicitó ningún otro examen ya que no estaba indicado. Con respecto a su manejo, al ser una enfermedad ocasionada por un agente viral, tiende a remitir sola, por lo que solo requiere el manejo medico con antipiréticos para calmar la fiebre. En este caso, el manejo de inicio a fin se cumplió adecuadamente con lo escrito en la literatura. La herpangina a pesar de ser una patología muy sencilla en su manejo, si no se tiene claro el relato de la enfermedad con el que suele venir dicho paciente, no se sospechará y por ende estará subdiagnosticada, pudiendo incurrir en el error de solicitar múltiples exámenes auxiliares para

poder precisar el origen de la fiebre que en muchos de esos casos tiende a ser alta, lo cual es preocupante para los padres. Es por ello que se quiso relatar la importancia de dicha patología, además será una de las más frecuentes que se deberán enfrentar en el SERUMS.

Continuando con el tercer caso clínico, la atención inmediata del recién nacido (RN) se caracteriza por la anticipación de casos, se estima que un 85 % de RN a término iniciará con respiraciones espontáneas, 10 % requerirá de estimulación, 3 % necesitará apoyo de ventilación a presión positiva (VPP), un 2 % requerirá intubación y cerca del 0.1 % necesitará masaje cardíaco y/o adrenalina en bolo para superar el cuadro. (42) Por ello ante la llegada de una gestante en trabajo de parto, es importante la predicción de la necesidad futura de reanimación considerando la presencia o no de factores de riesgo prenatales e intraparto:

- Prenatal: comorbilidad materna (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades crónicas, isoimmunización, hemorragia obstétrica, infección materna, ruptura prematura de membrana, gestación múltiple, embarazo no controlado, malformación fetal, tratamiento farmacológico, etc.)
- Intraparto: parto instrumentado, cesárea de urgencia, corioamnionitis, rotura prematura de membranas prolongadas, prolapso de cordón, patrón cardíaco fetal alterado, parto prematuro o precipitado, etc.)

Por ello, ante el dato de una primigesta de embarazo gemelar de 23 semanas con dilatación de 10 cm (en expulsivo), inmediatamente el equipo de atención inmediata debe prepararse ante la posibilidad de requerir reanimación cardiopulmonar neonatal. Lo cual se realizó en el caso clínico, apenas el equipo fue informado. (43) Durante el desarrollo del trabajo de parto, el equipo a cargo debe plantearse 3 preguntas:

- ¿gestante a término?, ¿respira o llora?, ¿buen tono muscular?

Como se planteó en el caso clínico, se obtuvo un primer recién nacido pretérmino (según ecografía que madre traía, tenía aproximadamente 23 semanas), RN no lloraba, tenía respiración jadeante y se encontraba flácido. Según consensos, inmediatamente surge el término de “minuto de oro” para completar los pasos iniciales, reevaluar al RN e iniciar la ventilación de ser necesario. De manera inmediata a la salida del RN, se debe proporcionar calor

(se le coloca bajo fuente de calor), remover toallas húmedas restantes del secado, colocar la cabeza en ligera extensión del cuello y aperturar la vía aérea, de requerirlo se aspira, y se estimula; todo ello, posterior a la ligadura inmediata del cordón umbilical debido a la necesidad de traslado del RN para inicio de reanimación. (44)

Inmediatamente, se reevalúa el patrón respiratorio, frecuencia cardíaca y color; ante el apnea o frecuencia cardíaca menor a 100 se inicia ventilación a presión positiva con un FiO₂ de 30%, el equipo recomendable para esta situación es el dispositivo que brinda presión positiva al final de la espiración (PEEP), dado que permite que los pulmones permanezcan expandidos entre las respiraciones, a la par otro especialista debe auscultar el pasaje bilateral de aire y constatar el aumento de la frecuencia cardíaca. Esto demoró un poco en el desenlace del caso clínico, dado que inicialmente se brindó oxígeno mediante máscara-válvula-bolsa; mientras el equipo preparaba el dispositivo PEEP para su conexión, debido a que no se contaba con dispositivo propio en atención inmediata. Seguido a ello, se evalúa la secuencia "MR SOPA":

- M: reajustar máscara para un sello adecuada
- R: reposición de vía aérea
- S: Aspirar secreciones si requiere
- O: vía oral abierta
- P: considerar aumento de presión de la insuflación
- A: vía aérea alterna

Ante la ausencia de mejoría en la reevaluación (FC < 60 latidos por minuto), se procede a la intubación y aspiración en caso de encontrar secreciones, colocación de monitor cardíaco y posteriormente, se inicia compresiones torácicas por parte del personal que se encuentra a la cabecera del paciente utilizando la técnica de los pulgares en preferencia a nivel del tercio inferior del esternón a ritmo de 3 compresiones: 1 ventilación; es decir, rodeando el tórax del RN. Mientras que, la persona que realiza la ventilación se coloca a un lado del paciente, de manera que la zona del abdomen queda libre para una posibilidad de canalización umbilical.(44) En contraste con el caso clínico, se siguió paso a paso lo mencionado en guías y consensos, pero se optó por la técnica de dos dedos de una misma mano en la compresión torácica.

Se continúa por 60 segundos y se controla la frecuencia cardíaca, si ésta persiste menor a 60 latidos por minuto se indica adrenalina endotraqueal (0.5 a 1 ml/kg de dilución 1: 10 000) mientras se consigue el acceso EV, de no ser efectiva, se puede repetir a penas se cuente con la vía EV. Se continúa las compresiones y ventilaciones, se reevalúa al minuto, en caso de no incremento de la FC, se indica una segunda dosis de adrenalina a los 3 a 5 minutos de la primera. A la par, se considera el uso de solución fisiológica en caso de hipovolemia a una dosis de 10 ml/kg. Una vez que recupera la FC, se continúa con ventilación con PEEP. En similitud al caso, todo ello se realizó paso a paso, lamentablemente en la evolución del RN, a las horas de la reanimación se presentó caída de la saturación y frecuencia cardíaca que ya no revirtieron ante maniobras. (43)

Seguidamente, el caso clínico número 4 presenta la patología de una infección del tracto urinario (ITU) en un lactante menor. La ITU es una infección bacteriana frecuente en pacientes pediátricos, siendo más frecuente en varones durante los 3 primeros meses de vida, después de dicha edad la frecuencia es mayor en mujeres. Esta patología se desarrolla habitualmente por una vía ascendente de gérmenes intestinales, aunque en neonatos puede producirse por vía hematógena. En el abordaje de un paciente de la edad del caso clínico (lo califican de “preverbal”) la clínica es muy específica, se tiene la historia de fiebre sin foco como manifestación más frecuente, también presentan vómitos, irritabilidad, pérdida de apetito, hematuria, orina mal oliente, entre otros. Por ello, ante la llegada de un paciente con estas características, en primera instancia se solicita un análisis de orina y urocultivo en caso de resultar alterado; además de solicitar hemograma, PCR y hemocultivo. El protocolo de ITU recomienda en niños no continentes la técnica de recogida “al acecho” (se califica de fiable), o también sugieren la recogida con bolsa colectora adhesiva, pero deben ser confirmado con un estudio de mayor fiabilidad como un urocultivo. En contraste con la guía, ante la llegada del paciente a la emergencia pediátrica, se opta en primer lugar por un examen no invasivo, sencillo y rápido como la toma de muestra con bolsa colectora, seguido de urocultivo, tal cual recomienda el protocolo.(45)

Para reconocer un análisis de orina patológico encontramos los siguientes datos:

- Tira reactiva: positiva para nitritos y esterasa leucocitaria → dichos parámetros incrementan la probabilidad que urocultivo resulte positivo, lo cataloga de ITU muy probable y se sugiere tratamiento antibiótico (ATB). Nitrito positivo y esterasa leucocitaria negativo se cataloga como ITU probable y también se sugiere ATB. Mientras que, nitritos negativos y esterasa leucocitaria positivo puede resultar como no en una ITU y se deja a criterio del especialista. El resultado negativo de ambos, excluye la ITU.

El protocolo plantea como criterio para hospitalización:

- Pacientes menores a 3 meses por riesgo a bacteriemia y sepsis
- Afectación del estado general: signos de deshidratación, hiporrespuesta a estímulos, palidez, etc.
- Intolerancia oral
- Alteraciones de función renal
- Malformación del tracto urinario
- Antecedente de inmunodeficiencia
- Sospecha de mal cumplimiento del tratamiento o difícil seguimiento ambulatorio (45)

La asociación española de pediatría, recomienda que posterior a la toma de muestra de urocultivo, se inicie el tratamiento antibiótico endovenoso en caso de criterios de hospitalización por 7 a 10 días (en menores de 2 años). Se plantea como tratamiento empírico el uso de ceftriaxona (50 a 75 mg/kg/día en dos dosis), amoxicilina con ácido clavulánico o aminoglucósidos (5 a 7 mg/kg/día) en una sola dosis, en caso de menores de 3 meses se agrega un antibiótico debido al riesgo de infección por enterococo; se reevalúa a las 48 a 72 horas de inicio de tratamiento buscando la mejoría clínica y nuevamente con el resultado del urocultivo para el ajuste antibiótico. (45) Mientras que la sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria menciona que el tratamiento empírico de una ITU en pacientes con indicación de hospitalización consiste en el uso de gentamicina 5 mg/kg/día EV dosis diaria asociado a ampicilina 100 mg/kg/día EV en menores de un mes.(46) En contraste al caso clínico, se optó por un manejo empírico con ampicilina y amikacina como si fuese tratamiento de una sepsis debido a la edad del paciente, tal cual recomienda la segunda literatura citada.

Además, se plantea la realización de ecografía renal en pacientes no continentales y que no cuenten con ecografía previa, ITU febril, ITU recurrente, ITU por microorganismo no *E. Coli*, valor de creatinina alterado, masa abdominal al examen y antecedentes familiares de reflujo vesicoureteral.(45) En el caso clínico presentado, sí se solicitó la ecografía en base a los criterios de no contar con imagen previa, ser primer episodio e ITU febril. Por otra parte, la sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria recomienda que en menores de 6 meses con buena respuesta al tratamiento en 48 horas de inicio, se realice una ecografía a la 6 semanas del cuadro.(46)

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al inicio del internado médico, se mantuvieron grandes expectativas y esperanzas sobre las experiencias que venían, los pacientes considerado un mundo de patologías, los procedimientos a realizar, las vidas a salvar y las personas, entre pacientes y colegas a conocer. Es la época más esperada y deseada de toda la carrera, no solo por los conocimientos teóricos y prácticos que se afianzan, sino también por las relaciones profesionales y amicales que se generan.

Al trabajar en un hospital como interno de medicina, se deberá compartir meses con alumnos de la misma y de diferentes universidades, además de nuestros guías inmediatos durante todo este trayecto, los médicos residentes y asistentes, a quienes se llega a apreciar por su dedicación y preocupación para con el interno por su aprendizaje y formación como médico.

Por otro lado, el vivir esta etapa no solo abarca mantener contacto con profesionales médicos; sino, también con el personal de técnico y de enfermería, con quienes se trabaja incluso más de cerca.

Previo a la pandemia, el internado médico estaba lleno de muchas irregularidades, largas horas de trabajo que llegaban hasta 36 horas en promedio, sobrecarga laboral por el bien del paciente que conducían a días sin desayuno o almuerzo, falta de un descanso y alimentación adecuada, ausencia de equipos de protección personal, entre otros. Además, de la gran cantidad de trámites a realizar desde solicitar y recoger exámenes auxiliares, programar procedimientos diagnóstico-terapéuticos, coordinar con los auditores, la farmacia del hospital, etc., todo con el objetivo de brindar la mejor atención al paciente. A pesar de todos estos abusos y de esta montaña de emociones; el aprendizaje continuo, la adquisición de nuevas habilidades, una

sonrisa del paciente, la mejoría clínica, el agradecimiento de éste y de sus familiares hacían que cada esfuerzo cobrara importancia.

El inicio del internado por la rotación de medicina interna fue una ventaja debido a su complejidad, brindó la oportunidad de una vista global de la patología y su manejo. Lo cual, permitió más adelante una mejor adaptación a las rotaciones restantes.

4.1. Limitaciones y dificultades durante el internado en tiempos de pandemia

4.1.1. Cirugía general

Uno de los principales servicios que se comprometió por la pandemia fue el área de emergencias. Por reglamentación se le negó al interno la realización de guardias en dicho servicio, afectando negativamente su formación en cuanto a la realización de suturas, estabilización de pacientes descompensados, y participación en cirugías de emergencia. A pesar de ello, se compensó dicha ausencia, con el fortalecimiento del aprendizaje en el preoperatorio, identificando cuando y en qué condiciones es ideal que un paciente entre a sala de operaciones. Además, que también se trabajó mucho en el post operatorio del mismo, y se enseñó a realizar una correcta evolución enfocada en las posibles complicaciones que se podrían presentar en los primeros días.

4.1.2. Ginecología y Obstetricia

Al igual que en la rotación de cirugía, se canceló toda rotación por la emergencia, el cual es uno de los servicios donde el interno aprende más, desde cómo realizar un adecuado tacto vaginal y manejar las principales complicaciones obstétricas las cuales pueden llegar a presentarse cuando se realice el proceso de SERUMS. Además de esto, el ingreso a cesáreas para el interno también fue restringido, limitándose su rotación a hospitalización y centro obstétrico. La atención de parto es una de las principales actividades que se le debe garantizar al interno de inicio a fin, puesto a que lo tendrá que afrontar solo cuando le lleguen las gestantes a su centro de salud el siguiente

año. Lamentablemente dicha rotación coincidió con el ingreso de los nuevos residentes de primer año, quienes fueron los más favorecidos con los procedimientos y partos que ocurrieron durante la rotación. A pesar de que la enseñanza se vio muy limitada, la buena actitud, la puntualidad con los horarios, la colaboración con el residente superior y las ganas de aprender hicieron que los asistentes entendieran que el internado había cambiado y que el poco tiempo que se rotara debería ser lo más sustancioso posible, brindando al interno un mayor apoyo al respecto.

4.1.3. Pediatría

Fue la rotación con la que se culminó el internado y coincidió con el rebrote de casos y la aparición de nuevas variantes del virus. A pesar de ello, el INSN si permitió al interno poder rotar en el área de emergencias, aquí se evidenció que a pesar de que por normatividad se decía que el alumno no estaría expuesto a áreas COVID, era casi imposible de determinar el contagio en dichos pacientes, puesto que muchos de ellos llegaban con sintomatología respiratoria y con prueba rápida negativa. El interno los examinaba y posteriormente se indicaba su hospitalización donde se le volvía a tomar una nueva prueba, en este caso la molecular, las cuales terminaban dando positivo para el SARs-COV2. Por otro lado, en dicha rotación, se enseña que el abordaje de un paciente pediátrico debe ser completo y más aún en el servicio de emergencias, es por lo que muchas veces se le exigía al mismo interno a revisar cavidad oral, exponiéndose a los fluidos del paciente potencialmente infectado. Afortunadamente y gracias a que el hospital siempre brindó equipos de protección personal y se siguieron todos los protocolos de cuidado, se pudo culminar dicha rotación sin enfermarse. Por otra parte, en el hospital San Bartolomé, el acceso a emergencia era restringido a los internos de medicina debido al alto riesgo de contagio, limitando su rotación a áreas de hospitalización.

CONCLUSIONES

El internado médico se considera la etapa más importante para la formación profesional del alumno previo a la obtención del título de médico cirujano, ya que en este se aplicarán los conocimientos, habilidades y destrezas que se adquirieron a lo largo de los 6 años de carrera.

En dicho año, el estudiante será capaz de plantear un diagnóstico, realizar un plan de trabajo y tomar decisiones en cuanto al manejo de la patología en mención, siendo supervisado por el residente y asistente, quienes serán la principal guía del interno durante todo el año académico.

El afrontar un internado en contexto de pandemia dificulta enormemente, mas no imposibilita el poder alcanzar las competencias que se tenían previstas. A pesar de las limitaciones que se tuvieron como la prohibición de rotaciones en ciertas áreas, se fortalecieron otras igual de importantes con el fin de poder conseguir los conocimientos y aptitudes mínimas necesarias para afrontar situaciones similares con seguridad y confianza en el proceso de SERUMS.

El sistema de salud peruano no está preparado para afrontar un acontecimiento de tal magnitud como la pandemia, existe una gran escases de recursos materiales, que pone en riesgo la vida del personal médico quien trabaja a favor de la salud del paciente, por lo que temporalmente tuvo que prescindirse de la labor del interno de medicina asegurando su protección.

A raíz del contexto por el cual atravesó el país con la infección por el SARSCOV2 y con el incremento de la demanda de los servicios de salud en todos los establecimientos, los cuales colapsaron por el sistema de salud precario, la falta de recursos humanos, materiales y un inadecuado manejo de recursos financieros. Marcando un hito importante en la historia de la carrera de medicina, a partir del cual se evidenció la importancia del interno de

medicina en el sistema de salud, para con la atención del paciente; por ello, se recalcó la significancia de los derechos del interno de medicina, que antiguamente no se tenían tan en cuenta.

Gracias a la buena calidad de docentes y practicas realizadas en los distintos establecimientos de salud de alto nivel, proporcionados por la casa de estudio durante el pregrado, se pudo llegar con una buena base al internado médico, donde se tuvo la oportunidad de rotar con internos de otras universidades, dejando en claro que los estudiantes de la universidad San Martín de Porres son igual de hábiles, competentes y virtuosos que sus pares.

El internado médico en esta pandemia desafió toda expectativa que se tenía y toda tranquilidad emocional que se planteó en un inicio. Vivir en incertidumbre del qué pasará más adelante con el año académico, la carrera, la sede hospitalaria, la salud propia y de familiares crearon una sensación de preocupación y miedo; ante la cual, tuvo que afrontarse día a día, con ánimo y esfuerzo para una adaptación constante a lo desconocido.

Estos tiempos difíciles aun persistirán, y se debe aprender a vivir con este virus, ahora ya como médicos, tocará ponerse en la primera línea de defensa para poder seguir combatiendo con dicha enfermedad, y así colaborar a que se pierdan cada vez menos vidas, se ganen más batallas y se garantice la salud de la población.

RECOMENDACIONES

Basado en la experiencia de ambas internas, las cuales realizaron todo el internado en establecimientos de salud de categoría III, se recomienda a promociones futuras, que en caso se tenga la posibilidad de elegir nuevamente donde rotar en su último año de formación académica, estos puedan optar por los hospitales, puesto que es aquí donde se verá al paciente de inicio a fin y de esa manera se conseguirá una formación más completa.

Se sugiere que todas las facultades de medicina y sedes hospitalarias tengan principal interés en brindarle al interno un apoyo psicológico, ya que dicha etapa puede desencadenar en agotamiento emocional, depresión, ansiedad, etc., más aún en tiempos de pandemia, donde surge además la preocupación y miedo constante del contagio de uno mismo y de familiares.

Se aconseja a todo interno de medicina a poner como prioridad su salud y la de sus familias, no exponerse más de la cuenta, ni arriesgarse a realizar diferentes procedimientos los cuales no están permitidos. Se sabe que todo estudiante ingresa al internado con altas expectativas y con muchas ganas de aprender; lo cual puede cegar y llevar a conductas intrépidas que se deben tratar de evitar, más aún debido al contexto actual por el que atraviesa el País.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educación Médica Superior. diciembre de 2007;21(4):0-0.
2. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
3. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosapi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Médica Peruana. abril de 2016;33(2):105-10.
4. Abreu-Hernández LF, León-Bórquez R, García-Gutiérrez JF, Abreu-Hernández LF, León-Bórquez R, García-Gutiérrez JF. Pandemia de COVID-19 y educación médica en Latinoamérica. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica. 2020;23(5):237-42.
5. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>
6. Miranda-Novales MG, Vargas-Almanza I, Aragón-Nogales R. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Revista Mexicana de Pediatría. 2019;86(6):213-8.
7. Ruiz-Bravo A, Jiménez-Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). :17.
8. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Med Lab. 5 de mayo de 2020;24(3):183-205.
9. Análisis epidemiológico de la situación actual de covid-19 en el Perú, basado en la información de la Vigilancia Epidemiológica y la Investigación de Campo. [Internet]. [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en:

https://www.dge.gob.pe/portal/docs/notas_prensa/2020/notaprensa032020.pdf

10. Resolución directoral N° 274-2015 HNAL/D MINSA [Internet]. [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_94fdd9a4aeff173_.pdf
11. Hospital Loayza amplía a 30 el número de camas para pacientes de cuidados intensivos [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/114817-hospital-loayza-amplia-a-30-el-numero-de-camas-para-pacientes-de-cuidados-intensivos>
12. Reyes B H. ¿Qué es Medicina Interna? Revista médica de Chile. octubre de 2006;134(10):1338-44.
13. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. julio de 2020;37(3):504-9.
14. Resolución directoral 20190612.pdf [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.dirislimanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/RD20190612.pdf>
15. Bartolomé S. ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD 2019. :291.
16. Guevara-Ríos E. Problemas médico legales en obstetricia. Investigación Materno Perinatal. 5 de marzo de 2019;7(2):7-9.
17. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/asis-ho/1421426743>
18. Análisis situacional del Instituto del Salud del Niño. 2016 [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: http://infanciaymedios.org.pe/wp-content/uploads/An%C3%A1lisis-Situacional-del-Instituto-de-Salud-del-Ni%C3%B1o-2016-INSN_compressed.pdf
19. Guía de práctica clínica de hemorragia digestiva alta. HNDM. pdf [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2017/enero/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DE_HEMORRAGIA_DIGESTIVA_ALTA_DR_0001.pdf
20. Vásquez-Quiroga J, Taype-Rondán A, Zafra-Tanaka JH, Arcana-López E, Cervera-Caballero L, Contreras-Turin J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Revista de Gastroenterología del Perú. enero de 2018;38(1):89-102.

21. Peptic ulcer disease: Treatment and secondary prevention - UpToDate [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-treatment-and-secondary-prevention?search>
22. Vera-Izaguirre DS, Chávez-Tapia NC, Lizardi-Cervera J, Méndez-Sánchez N. Mononucleosis infecciosa. 2003;10:15.
23. Alonso-Roca R, Kittel-Tarifa M, Chao-Escuer P, de Nicolás-Navas B. Utilidad en la hipertrofia benigna de próstata de la ecografía clínica en atención primaria. Aten Primaria. 1 de marzo de 2014;46(3):168-9.
24. F. MADUELL. Diálisis adecuada. Nefrología. 1 de abril de 2002;22(2):111-34.
25. García Navas et al. - 2006 - Diagnóstico y seguimiento de la hipertrofia prostá.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v59n4/original4.pdf>
26. Rodrigo Orozco B. Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). Rev Med Clin Condes. 1 de septiembre de 2010;21(5):779-89.
27. Ignacio Centenera J. Diarrea en el anciano. Farmacia Profesional. 1 de mayo de 2004;18(5):55-61.
28. qSOFA (Quick SOFA Score) para identificación de la Sepsis [Internet]. SAMIUC. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.samiuc.es/qsofa-quick-sofa-score-para-identificacion-de-la-sepsis/>
29. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Rev Med Clin Condes. 1 de mayo de 2014;25(3):463-72.
30. Abordaje diagnóstico de la diarrea crónica en adultos | RAPD Online | SAPD [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2015/38/4/03>
31. Cáncer colorrectal. Una guía práctica. :167.
32. Hoyuela C, Cugat E, Marco C. Opciones actuales para el diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis. Cir Esp. 1 de septiembre de 2000;68(3):243-53.
33. Resolución directoral 723 2013.pdf [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_723_2013.pdf
34. Guía clínica gran quemado. MINSAL, 2007 [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222d6a3774f3535e04001011f01482e.pdf>

35. Reanimación del paciente gran quemado adulto – Revista Chilena de Anestesia [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/reanimacion-del-paciente-gran-quemado-adulto/>
36. Soto Beauregard C. Traumatismos pediátricos en las manos. Epidemiología y prevención. An Pediatr Contin. 1 de julio de 2012;10(4):234-7.
37. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del 2018.pdf>
38. Gracia PV-D, Savransky R, Wuff JAP, Gutierréz D, de MORAIS EN. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. :19.
39. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries - UpToDate [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search>
40. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
41. Stanford Children’s Health. Herpangina [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=herpangina-90-P04958>
42. Actualización en reanimación cardiopulmonar neonat.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_actualizacion-en-reanimacion-cardiopulmonar-neonatal-95.pdf
43. Reanimación neonatal. Asoc Esp Ped. 2018 [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13_1.pdf
44. Actualización en reanimación cardiopulmonar neonatal Área de Trabajo de Reanimación Neonatal – Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN). Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de junio de 2018 [citado 10 de abril de 2021];116(03). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n3a32s.pdf>

45. Rodríguez JDG, Fernández LMR. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA INFANCIA. :18.
46. Infección del tracto urinario [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-07/infeccion-del-tracto-urinario/>

ANEXOS

1. ANEXO N°1:

Relación de rotaciones en el año del internado médico 2020-2021

Año	2020												2021				
Meses	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr	
Rotación de Cabrejo Vega	HNAL Medicina interna			Inmovilización social obligatoria Perú						HNAL Cirugía general		HDMNSB Ginecología y Obstetricia		INSN Pediatria		INMP Neonatología	
Rotación de Perez Cuello	HNAL Medicina interna			Inmovilización social obligatoria Perú						INMP Ginecología y Obstetricia		HNAL Cirugía general		HNSB Cirugía general		HDMNSB Pediatria y Neonatología	

HNAL: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, HDM-NSB: Hospital Docente Madre-Niño San Bartolome, INSN: Instituto Nacional de Salud del Niño, INMP: Instituto Nacional Materno Perinatal, HNSB: Hospital Nacional Sergio Bernales.

2. ANEXO N°2:

Imagen tomada de radiografía de mano derecha en lateral y antero-posterior

