



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN DOS HOSPITALES NIVEL II-1
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID – 19

TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR
DANAE MARITZA QUEVEDO LA TORRE

ASESOR
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

LIMA , PERÚ
2021



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN DOS
HOSPITALES NIVEL II-1 DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID – 19**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
DANAE MARITZA QUEVEDO LA TORRE**

**ASESOR
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dr. José Enrique Villarreal Palomino

Miembro: Dr. Víctor Wilfredo Ontón Reynaga

Miembro: Dr. Edilberto Temoche Espinoza

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi maravillosa familia, en particular, a mis padres por ser mi fortaleza, mi principal fuente de apoyo y mis guías en cada etapa de mi vida.

Danae Maritza Quevedo La Torre

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Importancia del internado y logros alcanzados	2
1.2 Casos clínicos	4
1.2.1 Medicina Interna	4
1.2.2 Ginecología y Obstetricia	7
1.2.3 Pediatría y Neonatología	9
1.2.4 Cirugía General	10
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	14
2.1 Hospital de Vitarte	15
2.2 Hospital Román Egoavil Pando	17
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
FUENTES DE INFORMACIÓN	32
ANEXOS	37
1. Organigrama estructural del Hospital de Vitarte	38

RESUMEN

Introducción: El año de internado médico constituye una etapa primordial en la formación de pregrado de todo estudiante de medicina durante el cual se realizan rotaciones por cuatro de las principales especialidades médicas durante el último año de la carrera. Sin embargo, debido a la pandemia por COVID-19 se suspendieron temporalmente las actividades de los internos y posteriormente se llevó a cabo su reincorporación bajo determinadas condiciones establecidas en el Decreto de Urgencia N° 090-2020.

Objetivo: Describir la experiencia de internado médico realizado en dos hospitales de categoría II-1 en Perú durante la pandemia por COVID – 19 desde un punto de vista personal.

Metodología: Se describió la experiencia de internado médico durante el periodo enero 2020 – abril 2021. Además, se presentaron y analizaron casos clínicos.

Conclusiones: El año de internado médico durante la pandemia por COVID – 19 significó un desafío que modificó completamente la estructura del internado pero que a pesar de la coyuntura complicada en que atraviesa el país se convirtió en una experiencia única y enriquecedora con énfasis en la atención primaria.

Palabras clave: Internado médico, estudiante de medicina, Covid-19

ABSTRACT

Introduction: The year of medical internship constitutes a fundamental stage in the undergraduate training of all medical students, during which rotations are carried out through four of the main medical specialties during the last year of the degree. However, due to the COVID-19 pandemic, the activities of the interns were temporarily suspended and their reincorporation was subsequently carried out under certain conditions established in Emergency Decree No. 090-2020.

Objective: To describe the experience of a medical internship carried out in two category II-1 hospitals in Peru during the COVID-19 pandemic from a personal point of view.

Methodology: The medical internship experience during the period January 2020 - April 2021 was described. In addition, remarkable clinical cases were presented and analyzed.

Conclusions: The year of medical internship during the COVID-19 pandemic meant a challenge that completely modified the structure of the internship, but despite the complicated situation in which the country is going through, it became a unique and enriching experience with an emphasis on primary care.

Keywords: Medical internship, medical student, Covid-19

INTRODUCCIÓN

Una de las etapas fundamentales en la formación de todo estudiante de medicina es el internado médico ya que permite la integración y consolidación de todo lo aprendido a lo largo de la carrera. En nuestro país corresponde al año de prácticas preprofesionales que se lleva a cabo durante el último año de estudios de pregrado (1), al final del cual se debe rendir y aprobar el Examen Nacional de Medicina (ENAM) para obtener la colegiatura y poder ejercer la profesión (2).

El objetivo es lograr que el interno adquiriera las competencias necesarias para obtener el título de Médico – Cirujano y que al egresar posea las cualidades de un profesional de calidad. Para ello, el interno desarrolla actividades asistenciales y académicas supervisadas por personal calificado en su respectivo establecimiento de salud realizando cuatro rotaciones de tres meses cada una por las especialidades de Medicina, Cirugía, Pediatría, así como Ginecología y Obstetricia (3). De esta manera, el futuro médico pone en práctica de manera continua los procedimientos básicos que le servirán en su ejercicio de la profesión.

Sin embargo, desde que el brote por COVID -19 se reportó por primera vez en el Perú el 6 de marzo de 2020 (4), seguido de su declaración como pandemia realizada por la OMS el 11 de marzo de 2020 (5), se ha suscitado una serie de cambios drásticos en el país que alteró completamente nuestro sistema de educación de pregrado.

El gobierno peruano adoptó medidas de control como la suspensión de actividades educativas (6) mediante la emisión de la Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU en la que se dispuso la postergación y/o suspensión de las actividades universitarias (7), lo cual su vez fue acatado por

la Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM). En consecuencia, se decidió el cese temporal de las actividades de los internos de medicina en los establecimientos de salud desde el 15 de marzo del 2020 (8).

Posteriormente, se solicitó el retorno de los internos para disminuir la brecha de recursos humanos en salud priorizando establecimientos de nivel I-3 y I-4 mediante la emisión del Decreto de Urgencia N° 090-2020 en el mes de agosto de 2020 (9).

Además, mediante Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA (10) se solicitó la aprobación de los lineamientos para la reincorporación progresiva a las actividades del internado en los que se establecieron derechos temporales en favor de los internos que incluían un contrato con el MINSA, un estipendio mensual no menor a 930 soles, así como equipos de protección personal y acceso a cobertura de seguros y de vida (9 – 11).

En consecuencia, tras una pausa de aproximadamente 7 meses, se reanudó el internado médico y, dada la coyuntura por el COVID – 19, un gran porcentaje de internos a nivel nacional fue reasignado de tal manera que concluyó su internado en sedes distintas a las que iniciaron sus rotaciones.

En lo particular, inicialmente mi internado médico se llevó a cabo entre los meses de enero a marzo de 2020 en la ciudad de Lima en el Hospital de Vitarte que pertenece al MINSA (12), mientras que de octubre 2020 a abril 2021 mis actividades como interna continuaron en el Hospital de Contingencia Román Egoavil Pando, de categoría II-1, ubicado en el distrito de Villa Rica, provincia de Oxapampa, departamento de Pasco (13).

Por lo que, el presente trabajo tiene como finalidad describir la experiencia de internado médico durante la pandemia por COVID – 19 desde un punto de vista personal, mencionando aspectos de mi trayectoria profesional, así como explicar el contexto en que se llevó a cabo. Asimismo, se realizará una reflexión crítica de esta experiencia y se mencionarán algunas recomendaciones.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El camino de la medicina es largo, escalonado, de aprendizaje continuo y lleno de desafíos. En cada etapa, el estudiante debe adquirir los conocimientos y la destreza necesarios para afrontar con éxito los casos clínicos que se le presenten a futuro en su práctica profesional.

Por ello, durante los 7 años de la carrera de Medicina en la Universidad de San Martín de Porres, se inicia con el estudio de ciencias básicas durante los 3 primeros años, luego de lo cual se continúa con la etapa de ciencias clínicas en la que durante 4 años se realizan las prácticas hospitalarias.

En esa fase clínica, previa al internado, logré rotar por hospitales e institutos de gran reconocimiento nacional como el Hospital Arzobispo Loayza, el Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé y el Instituto Nacional de Salud del Niño en los que adquirí muchos conocimientos que posteriormente puse en práctica durante el último año de estudios que corresponde al internado.

Del mismo modo, tuve la gran oportunidad de realizar rotaciones externas en el extranjero dentro de países no hispano – hablantes como Brasil y Francia. Estas experiencias me ayudaron a comprender la importancia del lenguaje no verbal y su impacto en el paciente ya que, a pesar de no hablar el mismo idioma, pude experimentar la gratitud, el cariño y el cambio de actitud que expresan los pacientes como respuesta a una buena atención o al sencillo hecho de sentirse comprendidos y acompañados, lección que posteriormente apliqué durante mis rotaciones este último año de internado, en particular, con los pacientes quechua hablantes o con aquellos que debido a su condición no podían expresarse claramente de manera verbal.

1.1 Importancia del internado y logros alcanzados

La importancia del año de internado radica en que, durante esta etapa final de la formación de pregrado, el estudiante de medicina se incorpora progresivamente en el ámbito hospitalario y gana experiencia, no solo en lo académico, sino también, en el ámbito de lo humano ya que interactúa directamente con un equipo de trabajo y desarrolla habilidades sociales para abordar al paciente de la mejor manera posible.

Asimismo, al finalizar el internado, el alumno no solo reafirma y profundiza sus conocimientos teóricos, sino que adquiere dominio de una serie de procedimientos básicos en medicina, todo ello bajo supervisión permanente por parte de todo el equipo médico y de sus respectivos tutores, quienes deben garantizar el aprendizaje óptimo de cada interno a su cargo (1, 3) a pesar de la frecuente excesiva carga laboral y la compleja interacción social que se lleva a cabo en el ambiente intrahospitalario (14, 15).

Considero que, como interna, logré gran parte de lo mencionado anteriormente. Por ejemplo, las rotaciones en los servicios de emergencia me permitieron aprender a trabajar bajo presión y me enseñaron a mantener la calma para tener claridad de pensamiento y tratar de resolver la situación aplicando principios éticos y haciendo uso de la medicina basada en evidencia, todo lo cual, junto a las actividades académicas como discusión de casos clínicos y rondas médicas, contribuyó exponencialmente en la formulación y ejercicio de mi juicio crítico.

La rotación por el servicio de Cirugía General en el Hospital Román Egoavil Pando me permitió adquirir cierta destreza en la realización de procedimientos básicos importantes tales como curaciones de heridas post quirúrgicas, suturas por planos de todo tipo de heridas, cambio de sondas vesicales y de drenaje, cuidado del paciente con quemaduras, así como retiro de cuerpo extraño de la cavidad auditiva, entre otros. Asimismo, me dio la oportunidad de apoyar como segundo cirujano en intervenciones quirúrgicas de patologías frecuentes como apendicitis, hernias inguinales y colecistitis.

Del mismo modo, en el área de Gineco – Obstetricia pude realizar la atención de partos vaginales, así como formar parte de manera activa como segundo cirujano en cesáreas, histerectomías y apoyar en legrados uterinos.

Mientras que las rotaciones por Pediatría y Neonatología me permitieron aprender a manejar patologías frecuentes como infección de tracto urinario, enfermedad diarreica aguda, crisis de asma y, en especial, la atención inmediata al recién nacido, así como la importancia del alojamiento conjunto. Además, pude observar patologías poco frecuentes como Síndrome de Edwards y observar otros hallazgos como fosita pilonidal, sinequia vulvar y hemangiomas a pesar de contar con baja afluencia de pacientes y atender a una población muy reducida en comparación con los grandes hospitales de la capital.

En general, con el transcurrir de los meses, obtuve mayor seguridad en mí misma, lo cual fue importante para mejorar mi desempeño en cada servicio y lograr transmitir serenidad y confianza a los pacientes con los objetivos de disminuir la tensión emocional, lograr que comprendan su patología de base y concientizarlos sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.

En consecuencia, los pacientes cada vez con mayor frecuencia me permitían la realización de procedimientos en lugar de los asistentes tales como sutura de heridas, colocación de sondas vesicales y atención de partos. Más aún, los médicos asistentes progresivamente me cedieron mayor campo tanto clínico como quirúrgico.

Por otro lado, la experiencia en el internado me llevó a desarrollar mis habilidades comunicativas, tanto para lograr una mejor conexión y relación médico – paciente, como para lograr mantener una relación equilibrada con todos los trabajadores del establecimiento de salud para así lograr integrarme al equipo.

Todas estas competencias son particularmente importantes durante el año de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en el cual, los médicos - en su mayoría recién egresados – se enfrentan a múltiples desafíos (16, 17) y deben solucionar situaciones clínicas sin apoyo ni supervisión de especialistas.

Dado que el SERUMS constituye un requisito para poder postular a la especialidad, así como para trabajar en el sector Público (18), suele ser la primera experiencia laboral de los médicos recién egresados y la mayor parte de la experiencia en el campo clínico para esta etapa se obtiene del internado.

1.2 Casos clínicos

La experiencia, en general, fue enriquecedora y en cada rotación hubo casos clínicos que en su momento me impactaron y contribuyeron con mi aprendizaje en el manejo de patologías por lo que se detallarán en los siguientes párrafos.

1.2.1 Medicina Interna

Caso 1: Tormenta tiroidea

Paciente de 26 años, de sexo femenino, natural de Huancavelica y procedente del distrito de Ate de la ciudad de Lima - Perú, con antecedente de hipertiroidismo diagnosticado en el Hospital Cayetano Heredia el 2015, se encontraba en tratamiento irregular con Tiamazol 20 mg c/12h y Propranolol 40 mg VO c/12h, el cual abandonó hace 3 meses por temor a ocasionar daños a su bebé a través de la leche materna.

La paciente acudió al servicio de emergencias del Hospital Vitarte con un tiempo de enfermedad de 48 horas, de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por malestar general, palpitaciones, diarrea sin moco y sin sangre, anorexia y vómitos.

Al momento de su llegada, la paciente se encontraba despierta, lúcida, en aparente mal estado general, en aparente mal estado de nutrición y en regular estado de hidratación, con fascie hipertiroidea, ventilando espontáneamente sin equipos de apoyo de oxígeno, deambulando con cierta dificultad y afebril. Sus funciones vitales consignaban una frecuencia cardíaca de 128, frecuencia respiratoria de 16, presión arterial de 90/70, temperatura axilar de 37°C y saturación de O₂: 94%.

Al examen físico evidenciaba piel fría, palidez, ictericia, llenado capilar < 2" y a nivel de los ojos se observaba exoftalmos e ictericia en escleras. En el cuello había presencia de bocio grado IB, sin nódulos palpables. La evaluación cardiovascular, pulmonar y abdominal no reveló datos patológicos.

Se encontraba, despierta, con ligera agitación, orientada en tiempo, espacio y persona, sin signos de focalización, sin signos meníngeos y con fuerza muscular 3/5 en 4 extremidades.

Se planteó el diagnóstico de hipertiroidismo no controlado, a descartar crisis tirotóxica, descartar trastorno hidroelectrolítico y diarrea aguda.

Inmediatamente se le instauró vía periférica con NaCl 0.9% 1000ml, se administró Dimenhidrinato 50mg EV c/12h.

Se utilizó la escala para tormenta tiroidea de Burch y Wartofsky para tormenta tiroidea y se solicitó los siguientes exámenes auxiliares:

- AGA
- Electrolitos
- Hemograma
- Glucosa, urea y creatinina
- Perfil hepático y perfil de coagulación
- EKG
- Radiografía de tórax

No se solicitó dosaje de hormonas tiroideas debido a que en ese hospital solo está permitido el dosaje de dichas hormonas por consultorio externo y no por emergencia ni tampoco se solicitaron biomarcadores cardiacos por carecer de dichas pruebas.

El reporte de laboratorio mostró neutropenia severa (240u/L), sin presencia de abastones, trombocitopenia leve (114 000/mm³) y anemia (Hb 10.2). En el AGA de ingreso se evidenció acidosis metabólica y el estudio de electrolitos reveló hipokalemia severa (1.5 mEq/L). Además, había evidencia de bilirrubina indirecta en 4.2 mg/dl. Los hallazgos observados en el EKG se catalogaron como taquicardia paroxística supraventricular.

Finalmente, se estableció el diagnóstico de tormenta tiroidea a pesar de no contar con el dosaje de hormonas tiroideas ya que se obtuvo un puntaje de 80 en la escala Burch y Wartofsky.

Con tales resultados se decidió administrar retos de potasio, bicarbonato de sodio y solución polielectrolítica, Propranolol, corticoterapia con Hidrocortisona e iniciar Ceftazidima y Amikacina.

Además, se solicitó interconsultas a los servicios de Endocrinología y Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) quienes sugirieron referencia a un hospital de mayor complejidad.

No obstante, 6 horas después del ingreso, la paciente súbitamente empezó a desaturar, presentó bradicardia y entró en paro cardiaco por lo que se

procedió a realizar reanimación cardiopulmonar avanzada, sin éxito, tras lo cual se constató el fallecimiento de la paciente.

Caso 2: Tungiasis

Paciente varón de 78 años, residente de área rural del distrito de Villa Rica, provincia de Oxapampa, ex agricultor que vive en la chacra con su hija y cría animales de granja. Niega antecedentes patológicos de importancia.

Familiar del paciente lo lleva al Hospital Román Egoavil Pando por presentar cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por lesiones papulares, pruriginosas que aparecieron en la planta de los pies, las cuales aumentaron progresivamente en número y se diseminaron a ambos miembros superiores y tórax. Además, se asociaba a dolor que le dificultaba la deambulación.

Familiar refería que se trataba de “Pique” y que aplicó sobre las lesiones diversos remedios caseros a base de hierbas medicinales, alcohol metílico, tiner y petróleo sin mejoría clínica, por lo que finalmente decidió buscar atención médica.

Al examen físico el paciente se encontraba en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición e hidratación, despierto, lúcido, deambulando con cierta dificultad debido a dolor, afebril y con funciones vitales dentro de rangos normales.

A nivel de miembros inferiores se observaba múltiples lesiones papulares (>100) de aprox. 3 - 5mm, confluentes, de superficie hiperqueratósica, algunas de las cuales eran de color negruzco y otras de color blanquecino con punto central negro, pruriginosas, con distribución acral, localizadas en dorso, planta, talón y región periungueal de ambos pies.

En miembros superiores y tórax se apreciaba entre 15 – 30 pápulas blanquecinas con punto central negro, no confluyentes, de bordes bien delimitados, localizadas en palmas y región periungueal de ambas manos, antebrazo y tórax. No había signos de flogosis.

Se realizó el diagnóstico clínico de tungiasis y se efectuó la extracción de los parásitos con hoja de bisturí, así como la aplicación tópica de Mupirocina.

No obstante, tras 3 días de tratamiento, el paciente se negó a continuar con la extracción y solicitó alta voluntaria.

I.2.2 Ginecología y Obstetricia

Caso 3: Útero de Couvelaire

Paciente de 22 años, primigesta, con gestación de 35 semanas por fecha de última regla, procedente de Iscozacín, sin antecedentes patológicos relevantes fue referida desde un centro de salud con tiempo de enfermedad de aprox. 12 horas de evolución caracterizado por presencia de sangrado vaginal oscuro, dolor pélvico, dinámica uterina y óbito fetal.

Al examen físico de ingreso, presentaba signos vitales dentro de rangos normales: presión arterial de 110/60, frecuencia cardiaca de 90, frecuencia respiratoria de 17 y temperatura axilar de 36.7 °C.

Se encontraba en aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente buen estado de nutrición, despierta, lúcida, con fascie dolorosa y palidez leve en piel y mucosas.

Al examen obstétrico, la paciente presentaba una altura uterina de 30cm, ausencia de movimientos y latidos cardiacos fetales. A la palpación se evidenciaba útero con tono aumentado y a la exploración vaginal se observó sangrado vaginal rojo oscuro en escasa cantidad.

Se plantearon los diagnósticos de gestación de 35 semanas, hemorragia de segunda mitad del embarazo por desprendimiento prematuro de placenta, óbito fetal y anemia aguda.

Por consiguiente, se solicitó exámenes prequirúrgicos para realizar cesárea de emergencia en los cuales no se evidenció alteraciones significativas.

Durante el periodo intraoperatorio se encontró un producto, único, de sexo masculino, sin signos vitales. Además, se constató la presencia de un útero con superficie lisa, totalmente flácido, con signos de infiltración sanguínea que comprometía aprox. el 70% de su superficie.

Dado que los hallazgos uterinos eran compatibles con útero de Couvelaire y había presencia de atonía uterina se decidió la realización de histerectomía.

La paciente no presentó complicaciones post quirúrgicas.

Se le administró antibióticos endovenosos durante 3 días luego de lo cual fue dada de alta con indicaciones de vigilancia y seguimiento en el centro de salud

de origen, así como reevaluación por consultorio de Ginecología para el manejo definitivo del útero bicorne.

Caso 4: Aborto incompleto asociado a útero bicorne

Tercigesta, nulípara de 45 años de edad - cuyos únicos antecedentes de importancia eran 2 abortos espontáneos previos que ocurrieron antes de las 12 semanas hace 2 y 5 años respectivamente para los que se le realizó AMEU -acude al servicio de emergencias referida de Oxapampa para la realización de legrado uterino por aborto incompleto.

La paciente refería que 12 horas antes del ingreso presentó dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipogastrio de leve intensidad, el cual 8 horas antes del ingreso se intensificó hasta 7/10 asociado a sangrado vaginal en regular cantidad, con coágulos, escalofríos y sensación de debilidad generalizada por lo que acude al Hospital General de Oxapampa en donde la estabilizaron e hicieron los diagnósticos de aborto incompleto y útero bicorne por lo que la refirieron por carecer de especialistas para concretar el procedimiento.

Al ingreso se consignaron signos vitales dentro de parámetros normales.

Al examen físico, la paciente se encontraba en aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y aparente buen estado de nutrición, despierta, lúcida y actitud colaboradora.

Presentaba piel tibia, llenado capilar <2", con ligera palidez de piel y mucosas. No se encontraron alteraciones en la evaluación pulmonar ni cardiaca. A la palpación abdominal se constató leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Al tacto vaginal se consignó orificio cervical abierto con escaso sangrado vaginal.

Se efectuó ecografía transvaginal que detectó embarazo intrauterino, con la presencia de feto de 9 semanas sin actividad cardiaca y se corroboró el diagnóstico de útero bicorne.

Se administró 2 dosis de Misoprostol para maduración cervical y posteriormente ingresó para aspiración manual endouterina (AMEU), no obstante, debido a problemas con el dispositivo, se procedió a la evacuación de restos mediante legrado uterino. La paciente fue dada de alta al siguiente día, sin complicaciones.

I.2.3 Pediatría Y Neonatología

Caso 5: Infección por gonococo en niña de 5 años

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, con antecedente de 2 episodios de ITU en el último año, acude a emergencia en compañía de su madre por cuadro clínico de inicio insidioso y curso progresivo de 4 días de evolución caracterizado por disuria y flujo vaginal verdoso de aspecto mucopurulento asociado a prurito vaginal. Niega otros síntomas. Además, la madre refería que la niña no permitía el contacto físico, no se dejaba cambiar la ropa interior y que la menor quedaba al cuidado del hermano mayor o de la vecina.

Antecedentes personales:

- RNAT por parto vaginal con peso adecuado para la edad gestacional, sin complicaciones.
- Parámetros de crecimiento dentro de rangos normales para la edad.
- Esquema de inmunizaciones completo para la edad.
- No hospitalizaciones ni cirugías previas.
- No alergias.
- Dos episodios previos de ITU baja en el último año (última vez hace 3 meses) que recibió tratamiento completo con antibióticos de manera ambulatoria.

Antecedentes familiares: Progenitores y hermano mayor de 15 años aparentemente sanos.

La paciente se encontraba en aparente regular estado general, adecuado estado de nutrición e hidratación, despierta, irritable, con actitud temerosa y en malas condiciones de vestimenta e higiene.

Presentaba funciones vitales dentro de rangos normales.

Se mostraba renuente al examen físico, en particular, a la exploración del área genital en el cual se constató eritema y secreción mucopurulenta amarillo-verdosa en regular cantidad, no maloliente. No se observaron lesiones ni signos de desfloramiento. El resto del examen físico fue normal.

Se planteó el diagnóstico de vulvovaginitis, a descartar oxiuriasis e infección de tracto urinario. Se solicitó examen de orina, cultivo de secreción vaginal y Test de Graham.

Los resultados revelaron Neisseria Gonorrhoeae, lo cual elevó la sospecha de abuso sexual. Se prescribió tratamiento antibiótico ambulatorio e interconsulta por psicología.

Caso 6: Síndrome de Edwards probable

Recién nacido pretérmino de sexo masculino, hijo de madre de 22 años, primigesta, sin comorbilidades, que tuvo control inadecuado del embarazo. La madre negaba interurrencias durante el embarazo y negaba antecedentes de malformaciones congénitas en la familia.

El RN nació por parto vaginal eutócico a las 36 semanas según Test de Capurro con puntaje de Apgar 8 – 9, peso de 2400g y talla de 45 cm que presentó adaptación favorable al medio externo.

Al examen físico se evidenciaba un recién nacido despierto, poco activo pero reactivo a estímulos externos y pobre succión.

Además, el recién nacido presentaba múltiples rasgos dismórficos:

- Hipertelorismo
- Orejas displásicas de implantación baja
- Micrognatia
- Piel redundante en la nuca
- Dedos con flexión del segundo dedo sobre el tercero y el quinto dedo sobre el cuarto
- Polidactilia en mano izquierda
- Criptorquidia
- Talones prominentes.

A la auscultación se detectó soplo sistólico III/VI. En el resto del examen físico no se encontraron otras alteraciones.

Se planteó el diagnóstico presuntivo de Síndrome de Edwards por lo que se efectuó referencia al INSN para mayor evaluación.

I.2.4 CIRUGÍA GENERAL

Caso 7: Apendicitis aguda complicada con peritonitis generalizada

Paciente de sexo femenino de 18 años, procedente de Villa Rica, sin comorbilidades ni antecedentes quirúrgicos previos acude al servicio de

emergencia por cuadro clínico de 3 días de evolución de inicio insidioso y curso progresivo.

Paciente refería que 3 días antes del ingreso cursó con dolor abdominal tipo cólico en flanco derecho, intermitente, de leve intensidad que no irradiaba a otras zonas y que cedió con Paracetamol.

Dos días antes del ingreso el dolor reapareció, aumentó en intensidad y se asoció a hiporexia, molestias urinarias, náuseas y sensación de alza térmica por lo que acudió a consultorio privado en donde le diagnosticaron infección de tracto urinario. Le indicaron tratamiento ambulatorio con antibióticos por vía oral y paracetamol condicional a fiebre.

El día del ingreso, los síntomas persistían a pesar del tratamiento instaurado. Presentaba dolor abdominal difuso, tipo cólico, de intensidad 7/10, asociado a malestar general, hiporexia, náuseas, vómitos de contenido bilioso en 2 ocasiones y escalofríos, motivo por el que decide acudir al hospital.

Al examen físico, la paciente se encontraba en aparente mal estado general, aparente regular estado de nutrición y regular estado de hidratación, despierta, quejumbrosa, orientada en tiempo, espacio y persona, con lenguaje coherente. Presentaba postura antálgica y fascie dolorosa.

Sus funciones vitales eran las siguientes: frecuencia cardiaca de 110, frecuencia respiratoria de 20, presión arterial de 100/70, temperatura axilar de 38°C y saturación de O₂ en 96%.

Al examen físico evidenciaba piel caliente, palidez, llenado capilar < 2". La evaluación cardiovascular y pulmonar fue normal.

En la evaluación abdominal, a la inspección, no se observaban sin cicatrices quirúrgicas previas y el abdomen se encontraba ligeramente distendido, A la auscultación había presencia de ruidos hidroaéreos. Había signos de defensa y dolor intenso a la palpación de manera difusa. Signos de McBurney y Blumberg positivos. El resto del examen físico fue normal.

Se planteó el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico por probable peritonitis secundaria a apendicitis aguda complicada. Se solicitaron exámenes prequirúrgicos y ecografía de abdomen.

Se realizó laparotomía exploratoria a través de una incisión mediana infraumbilical en la cual se encontró apéndice de localización retrocecal, perforado, con gran cantidad de pus en cavidad peritoneal.

Se procedió a realizar apendicectomía con lavado amplio de la cavidad abdominal más colocación de 2 drenajes intraabdominales y antibioticoterapia endovenosa con Ceftriaxona más Metronidazol.

El posoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta tras completar el tratamiento antibiótico.

Caso 8: Amputación traumática de mano

Paciente de sexo masculino, agricultor de 18 años de edad, sin comorbilidades, acude al servicio de emergencias por accidente laboral con motosierra que le ocasionó corte profundo en mano derecha y sangrado abundante de 4 horas de evolución.

Refería que trabajaba en una chacra ubicada a 4 horas de la ciudad por lo que se aplicó un torniquete con jebe y fue traído inmediatamente con vehículo particular al Hospital de Villa Rica.

Al ingreso se encontraba en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición e hidratación, lúcido, deambulando sin dificultad, pero sosteniendo su mano derecha, con vestimenta sucia y manchada de sangre. Actitud colaboradora pero temerosa.

Al examen físico presentaba frecuencia cardiaca de 120, frecuencia respiratoria de 18, temperatura de 37 °C y saturación de oxígeno de 98%.

Presentaba piel fría, palidez y llenado capilar menor a 2 segundos. En el examen cardiológico solo se auscultaron ruidos cardiacos taquicárdicos.

A nivel de miembro superior derecho se evidenciaba un torniquete con jebe en antebrazo y la mano derecha envuelta con trapos que se encontraban completamente empapados de sangre. Al retirar la envoltura se encontró amputación traumática de la mano derecha a nivel de la muñeca, con sangrado activo, pulsátil con evidencia de fragmentos óseos y tierra. El resto de la evaluación fue normal.

Inmediatamente se le instauró vía periférica para hidratación no solución salina y posteriormente se procedió a limpieza enérgica de la herida con cloruro a chorro, clorhexidina y se procedió a realizar puntos hemostáticos para detener el sangrado activo y se vendó.

Se solicitó radiografía de mano y muñeca. Seguidamente se iniciaron los trámites para su referencia a un establecimiento de mayor complejidad que cuente con la especialidad de Traumatología.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

En el Perú, los establecimientos de salud del MINSA se dividen en 3 niveles de atención cada uno de los cuales se subdividen según su complejidad (19). Los que corresponden al nivel I se subdividen en cuatro niveles e incluyen los puestos y centros de salud. Poseen la mayor demanda por parte de la población, no obstante, son de baja complejidad y, por tanto, poseen profesionales de salud, aunque no necesariamente personal médico. En consecuencia, principalmente se desarrollan actividades de promoción de la salud, así como tratamiento de las patologías básicas más frecuentes.

Además, constituye el nivel de atención en el cual los recién egresados llevan a cabo su año de SERUMS, no obstante, durante esta pandemia por COVID – 19, una gran cantidad de internos culminó su internado en los establecimientos de salud I-3 y I-4 (9).

El segundo nivel de atención es de complejidad intermedia y se subdivide en 2 niveles. Comprende los hospitales y clínicas de atención general o con cierto grado de especialización por lo que hay presencia de un equipo completo de profesionales de salud que incluye especialistas (19). Posee mayor capacidad resolutive e históricamente en este nivel de atención se ha realizado el año de internado médico.

Por último, el tercer nivel de atención alberga hospitales con mayor grado de complejidad y especialización por lo que incluye a los Institutos especializados.

Mi año de internado médico se realizó en dos hospitales de categoría II – 1 pertenecientes a los departamentos de Lima y Pasco.

2.1 Hospital de Vitarte

El Hospital de Vitarte es un hospital de baja complejidad de categoría II-1 que pertenece al MINSA y está ubicado en distrito de Ate de la ciudad de Lima. Se trata de un establecimiento de salud que inició como un Puesto de Salud pero que en el año 2003 fue reconocido como hospital (12).

La población que atiende es fundamentalmente del distrito de Ate, uno de los más grandes de Lima, y, además, recibe referencias de zonas aledañas como Lurigancho, Santa Anita, Chaclacayo y Huaycán. Este hospital a su vez realiza referencias al Hospital Nacional Hipólito Unanue.

A pesar de atender a una población grande, se trata de un hospital pequeño que antes de la pandemia contaba con 78 camas, dos salas de operaciones, un equipo de Rayos X, ecógrafos y un servicio de emergencia diferenciado según especialidades.

Además, disponía de aproximadamente 924 trabajadores, de los cuales 142 eran Médicos y brindaba atención no solo en las cuatro principales especialidades como Medicina Interna, Cirugía General, Gineco – Obstetricia y Pediatría, sino también en las siguientes especialidades: Anestesiología, Traumatología, Cirugía Plástica, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Gastroenterología, Endocrinología, Psiquiatría, Radiología entre otros (Ver Anexo 1).

Aquí se realizó mi primera rotación de internado en el servicio de Medicina Interna durante los meses de enero a marzo del 2020, es decir, antes del inicio del estado de emergencia por la pandemia por COVID – 19.

El servicio tenía capacidad para 10 camas de hospitalización y 4 camas en emergencia, no obstante, la infraestructura era excesivamente pequeña como para albergar esa cantidad de camas y por tanto había hacinamiento.

El horario laboral establecido para los internos correspondía a 150 horas mensuales, con derecho a cena durante la guardia y a descanso postguardia. La función principal del interno consistía en elaborar la historia clínica y evolucionar a los pacientes hospitalizados, así como asegurar que todos los exámenes de laboratorio estén listos para la visita médica, la cual se realizaba a diario dos veces al día en los turnos de mañana y tarde.

Asimismo, se debía realizar curaciones de los pacientes que lo ameritasen y llevar a cabo procedimientos como obtención de muestras para análisis de gases arteriales (AGA), paracentesis, colocación y cambio de sonda vesical, etc.

Así también se debía realizar el seguimiento de los resultados de laboratorio y gestionar el trámite administrativo concerniente a los ingresos, altas y referencias de los pacientes designados.

Cada semana se realizaba la revisión de artículos científicos, así como exposiciones de temas específicos en presencia de los tutores de cada interno.

Por otro lado, dado que las condiciones en que funciona el antiguo hospital no eran las adecuadas, se tramitó - durante años - la construcción del nuevo hospital de Lima Este, el cual es de muchísima mayor extensión y que, a diferencia del hospital antiguo, cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y disponibilidad de 40 camas para el servicio de Medicina Interna.

El ansiado traslado al nuevo Hospital Emergencia Ate Vitarte (HEAV), ubicado a una cuadra del hospital de Vitarte, se llevó a cabo en febrero de 2020 de manera progresiva, iniciando con el traslado de los consultorios externos y del servicio de Medicina Interna mientras que el resto de servicios seguían funcionando en el antiguo Hospital Vitarte.

En consecuencia, durante el último mes de internado prepandemia se alternó entre ambos hospitales de la siguiente manera: los días programados en hospitalización de Medicina Interna se realizaban en el HEAV, mientras que las guardias de emergencia de Medicina Interna se realizaban en el hospital antiguo.

No obstante, dado que el laboratorio aún no funcionaba en el nuevo hospital, las muestras de AGA debían ser llevadas por el interno hasta el antiguo hospital para su procesamiento.

Lamentablemente, las actividades cesaron el 15 de marzo de 2020 debido a la instauración de la cuarentena obligatoria por la pandemia de COVID -19 junto a la suspensión de las actividades educativas indicada por MINEDU (6 – 7).

Posteriormente, el MINSA solicitó la reanudación de actividades de internado mediante la emisión del DU N° 009 – 2020, no obstante, inicialmente el

Hospital de Vitarte negó el retorno de los internos debido a que se convirtió en una sede de pacientes COVID y a que se encontraba con dificultades burocráticas en su traslado al nuevo hospital, el cual, recientemente había sido catalogado por el presidente Martín Vizcarra como el próximo Instituto Nacional de Medicina Crítica. Por ello, los internos fueron reasignados a establecimientos de salud de categoría I-3 y I-4 pertenecientes a la DIRIS Lima - Este.

En ese contexto, bajo el amparo de dicho DU, gestioné una plaza de internado en un hospital del departamento de Pasco.

2.2 Hospital Román Egoavil Pando

El Hospital Román Egoavil Pando (HREP) es un hospital que posee categoría II - 1 ubicado en el distrito de Villa Rica que pertenece a la provincia de Oxapampa en el departamento de Pasco (13).

Se trata de un hospital de baja complejidad que solo cuenta con las principales especialidades médicas: Medicina, Cirugía general, Pediatría, Gineco - Obstetricia y Anestesiología. Así también brinda servicios en odontología, psicología y nutrición.

Posee un servicio de emergencia general que brinda atención 24 horas, 2 salas de partos, una sala de operaciones, un servicio de URPA, una sala de rayos X, una sala de ecografía y Farmacia.

Además, se trata de un hospital de contingencia dado que actualmente el hospital oficial se encuentra en construcción, el cual poseerá una extensión de aprox. 9 471.21 m² y se proyecta a brindar atención en 19 especialidades. El HREP tiene como población objetivo a los habitantes del distrito de Villa Rica, no obstante, recibe referencias de distritos aledaños pertenecientes a las microrredes de Oxapampa, Chontabamba, Huancabamba, Pozuzo, Palcazú, Constitución y Puerto Bermúdez.

A su vez, en caso de ser necesario, al HREP le corresponde realizar referencias al Hospital "Ernesto German Guzman Gonzales" de Oxapampa que es de similar complejidad o en su defecto al Hospital Daniel Alcides Carrión ubicado en Cerro de Pasco a 6 horas de distancia.

Sin embargo, el Hospital más cercano y de mayor capacidad resolutive es el Hospital Regional de Medicina Tropical "Julio César Demarini Caro" ubicado a 1 hora de distancia en La Merced, capital del distrito de Chanchamayo del departamento de Junín. Por tal motivo, se intenta referir a dicho nosocomio a los pacientes que requieran atención inmediata en un establecimiento de mayor complejidad aun cuando no pertenece a la jurisdicción de Pasco.

En este hospital se concretaron las 3 rotaciones que faltaban para culminar el año de internado: Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia, las cuales se llevaron a cabo en concordancia con lo establecido en los lineamientos del retorno al internado.

Se realizaron rotaciones de 15 días al mes, alternando con 15 días de descanso, en horario de lunes a sábados de 7am a 1pm y realizando solo dos guardias diurnas al mes. Solo se atendían emergencias y los servicios de consultorios externos no estaban habilitados, con excepción de los programas e inmunizaciones y Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) el cual era realizado por el personal de enfermería.

Dado que el Hospital es pequeño y que debido a la situación de cuarentena el flujo de pacientes disminuyó considerablemente nuestras actividades como internos se desarrollaron de la siguiente manera:

Se designó uno o dos internos por cada servicio y cada mañana, a diario, la rutina iniciaba en el área de hospitalización de cada especialidad, en donde fundamentalmente uno debía hacerse cargo de todo lo relacionado a los pacientes para el pase de la visita médica.

Solo tras la culminación de todos los pendientes en hospitalización, se acudía al área de Emergencia hasta la terminación del turno. En caso de ser necesario, uno podía permanecer en el hospital por mayor tiempo al estipulado en el horario oficial, particularmente, durante las rotaciones de Cirugía y Gineco – Obstetricia ya que las intervenciones quirúrgicas podían prolongarse fuera del horario establecido por el MINSA.

Además de ello, se organizaron actividades académicas quincenales que incluían exposiciones, discusión de casos clínicos, revisión de revistas científicas, así como ponencias virtuales con especialistas sobre temas importantes y frecuentes en nuestra práctica clínica.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Desde el pregrado, se nos inculcó la importancia del uso de Medicina Basada en Evidencias (MBE) que consiste en tomar en cuenta la evidencia científica de mejor calidad posible para tomar decisiones con respecto al manejo de los pacientes [20].

Para ello, se debe desarrollar competencias como la lectura crítica de artículos científicos para evaluar su calidad, así como tener conocimiento de conceptos básicos de epidemiología y estadística para poder interpretar los resultados de los estudios de manera óptima ya que se sabe que un gran porcentaje de las publicaciones científicas carecen de una adecuada rigurosidad metodológica que aseguren resultados realmente válidos [21].

No obstante, existen miles de publicaciones y en ocasiones durante la práctica diaria es necesaria información concisa, útil y de calidad, lo cual es brindado por excelentes recursos como UpToDate, el cual brinda acceso a información clínica actual [22] y ha sido una de las herramientas que más he utilizado durante el internado.

Asimismo, ha sido de gran importancia revisar las guías internacionales de práctica clínica y contrastar la información con lo planteado en las Normas Técnicas del MINSA.

En la mayoría de casos clínicos presentados en el capítulo I, se llevaron a cabo los procedimientos adecuados para tratar inicialmente la patología subyacente. No obstante, dada las limitaciones por el nivel de complejidad del Hospital no se pudo concretar todo lo recomendado en las guías de manejo. Por ejemplo, en el caso 1 sobre tormenta tiroidea. Se sabe que es una patología poco común que pone en peligro la vida y se caracteriza por manifestaciones clínicas graves de tirotoxicosis. Aunque puede desarrollarse

en pacientes con hipertiroidismo no tratado de larga duración (enfermedad de Graves, bocio multinodular tóxico, adenoma tóxico solitario), a menudo se precipita por un evento agudo como cirugías, traumatismos, infecciones e incluso por interrupción del tratamiento antitiroideo. En el caso de la paciente, presentaba Enfermedad de Graves en el que los probables eventos desencadenantes fueron la suspensión del tratamiento con Tiamazol y un foco infeccioso.

Por otro lado, el diagnóstico de tormenta tiroidea se basa en la presencia de síntomas graves y potencialmente mortales (hiperpirexia, disfunción cardiovascular, alteración del estado de consciencia) en un paciente con evidencia bioquímica de hipertiroidismo (elevación de T4 y / o T3 libres y disminución de TSH).

No obstante, se realizó el diagnóstico clínico de tormenta tiroidea, sin realmente tener la confirmación mediante exámenes de laboratorio, dado que, en el Hospital de Vitarte, no está permitido el dosaje de hormonas tiroideas en el servicio de Emergencia, aún cuando, es necesario para el diagnóstico y descarte de patologías tiroideas que llevan alto riesgo de compromiso vital como en este caso.

No existen criterios universalmente aceptados o herramientas clínicas validadas para diagnosticar la tormenta tiroidea, pero existen sistemas de puntuación como la Escala de Burch y Wartosfsky que muestra sensibilidad para la identificación de tormenta tiroidea, particularmente si existe un puntaje mayor o igual a 45. En el caso de esta paciente, sí se utilizó esta escala y se obtuvo un puntaje de 80, aún sin tener el dosaje de hormonas tiroideas.

En el manejo inicial se utilizan betabloqueantes como el Propranolol para controlar los síntomas y signos inducidos por el aumento del tono adrenérgico. En Up To Date se menciona una dosis de 60 – 80mg via oral cada cuatro a seis horas. En este caso se indicó Propranolol 40mg cada 8 horas, lo cual difiere respecto a lo sugerido por dicha fuente. La otra recomendación es utilizar glucocorticoides como Hidrocortisona 100mg via endovenosa cada 8 horas lo cual sí fue realizado en el manejo de esa paciente [23].

En casos severos, también se sugiere el uso de tionamidas para bloquear la síntesis de nuevas hormonas, así como una solución de yodo para bloquear

la liberación de hormona tiroidea o incluso radiocontraste yodado para inhibir la conversión periférica de T4 en T3. Sin embargo, ninguno de estos fármacos se indicó en este caso ya que no están disponibles en el hospital.

Además de la terapia específica se requiere manejo en unidad de cuidados intensivos (UCI) ya que la tasa de mortalidad de la tormenta tiroidea varía entre 10 – 30% motivo por el que desde un inicio se inició el trámite de la referencia hacia un hospital de mayor complejidad, puesto que no se contaba con UCI.

Asimismo, se sabe que tanto la tormenta tiroidea como las alteraciones hidroelectrolíticas como la hipokalemia están asociados a eventos cardiovasculares, principalmente arritmias por lo que se inmediatamente se tomó EKG, no obstante, el hospital no se cuenta con el dosaje de enzimas cardíacas que permitan la adecuada evaluación y manejo de los pacientes que lo requieran.

Otro de los casos mencionados fue el de Tungiasis, popularmente conocido como “Pique”, el cual consiste en la penetración en la piel por la pulga *Tunga Penetrans* y es propia de áreas de bajos recursos socioeconómicos en donde existen factores de riesgo como hacinamiento, caminar descalzo e higiene deficiente todo lo cual presentaba nuestro paciente.

El diagnóstico se basa en la presentación clínica y en la observación del parásito mientras que el tratamiento de elección consiste en su extracción quirúrgica (24). Aunque, algunos autores mencionan como alternativa el tratamiento médico con ivermectina (25).

Sin embargo, en ese paciente no se pudo concretar el tratamiento debido a que no toleró el procedimiento de extracción de los parásitos, pidió alta voluntaria y se negó a recibir el tratamiento en el Hospital. Debido a la magnitud de las lesiones, la edad del paciente, el factor de riesgo social y la pobre adherencia al tratamiento elevan exponencialmente el riesgo de complicaciones.

Por otro lado, en la rotación de Gineco-Obstetricia se vio el caso de útero de Couvelaire que consiste en la infiltración de sangre en el miometrio constituye una complicación poco frecuente asociada al desprendimiento prematuro de placenta y a elevado riesgo de óbito fetal. Su abordaje es complejo y con frecuencia requiere laparotomía e histerectomía debido a su asociación con

atonía uterina y consecuente hemorragia. Su diagnóstico solo se confirma mediante laparotomía y biopsia [26].

En el caso descrito, lamentablemente por la ubicación lejana y retraso en el manejo de la atención en el primer nivel de atención en donde solo se contaba con la presencia de una técnica de enfermería, así como la falta de movilidad para la referencia, la paciente no llegó a tiempo a un hospital con capacidad resolutive adecuada para atender su patología de base y en consecuencia no se diagnosticó a tiempo el DPP, se produjo óbito fetal, así como el desarrollo de útero de Couvelaire.

Dado que, en sala de operaciones, la paciente cursó con atonía uterina y ectoscópicamente había un compromiso cercano al 70% del útero, se decidió la histerectomía. No obstante, se realizó un diagnóstico clínico ya que en este establecimiento de salud no se cuenta con el servicio de patología para mandar la muestra para estudio y confirmación del diagnóstico. Dada la coyuntura por pandemia, el envío de muestras a otros hospitales tampoco es viable.

El segundo caso descrito en dicha rotación consiste en un aborto incompleto asociado a útero bicorne. El aborto temprano, según la plataforma de UpToDate, se describe como aquel embarazo intrauterino no viable dentro del primer trimestre hasta 12 + 6 semanas desde la fecha de última regla. Constituye la complicación más común al comienzo del embarazo y en este periodo se deben principalmente a anomalías cromosómicas, pero también se asocia a anomalías maternas y traumatismos. La presentación clínica más frecuente consiste en sangrado vaginal y dolor pélvico. En la ecografía se constata ausencia de latidos cardiacos fetales. Las complicaciones más comunes asociadas son la hemorragia y la infección, que pueden ser graves y requieren una evaluación e intervención rápidas. El manejo consiste en la extracción de los restos (27). En este caso se realizó legrado uterino ya que no se contaba con AMEU.

Por otro lado, el caso descrito se trataba de una tercigesta nulípara que ya contaba con antecedentes de 2 abortos espontáneos previos que se produjeron antes de las 12 semanas y que tenía clínica compatible con aborto. La ecografía permitió detectar la presencia de una anomalía uterina poco frecuente: útero bicorne el cual consiste en un útero con 2 cavidades uterinas

que resulta de una anomalía en la fusión de los conductos de Müller. Su importancia clínica radica en su asociación con abortos espontáneos en el 36%, partos prematuros entre el 21% y 23% (28) por lo que en este caso sería la etiología de los abortos a repetición de esta paciente. El tratamiento definitivo es quirúrgico para la reunificación uterina pero dada la baja complejidad del establecimiento de salud y la situación de pandemia no pudo llevarse a cabo.

En la rotación de Neonatología se describe un probable caso síndrome de Edwards el cual constituye la segunda trisomía autosómica más común observada en los nacidos vivos (1 de cada 5500 nacidos vivos). Al igual que con la trisomía 21, existe una relación con la edad materna avanzada, sin embargo, en este caso aparentemente no había factores de riesgo ya que se trataba de una madre joven sin comorbilidades ni antecedentes familiares de anomalías congénitas.

Esta trisomía afecta con mayor frecuencia a bebés de sexo femenino en una proporción de mujeres a hombres de 3: 1, a pesar de ello en nuestro caso el bebé era de sexo masculino. La sospecha diagnóstica también se hizo en base a presentación clínica dada por la presencia de múltiples dismorfias características de la trisomía 18 tales como hipertonia, occipucio prominente, boca pequeña, micrognatia, orejas puntiagudas, esternón corto, y dedos flexionados, con el dedo índice superpuesto al tercer dedo y el quinto al cuarto, muchas de los cuales presentaba este recién nacido.

Sin embargo, la categoría del Hospital no permite un estudio más profundo de la patología por lo que tuvo que ser referido para estudio y manejo de las probables complicaciones. Lo que llama la atención es que esta trisomía suele estar relacionada a edad materna avanzada y a hallazgos ecográficos prenatales como polihidramnios, RCIU y posición anormal de manos (29), no obstante, en este caso se trataba de un RN adecuado para edad gestacional, sin alteración de líquido amniótico que nació de una madre joven con escasos controles prenatales que impidieron el diagnóstico prenatal de esta patología. En la rotación de Cirugía se presentó el caso de una paciente con apendicitis aguda complicada que constituye una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes de cirugía abdominal de emergencia en todo el mundo. Principalmente es causada por

obstrucción del lumen apendicular debido a fecalitos o a hiperplasia linfoide. La clínica clásica consiste en dolor abdominal migratorio que inicia en la región periumbilical y que luego se localiza en la fosa iliaca derecha, acompañado de anorexia, náuseas y/o vómitos, fiebre y dolor a la palpación en fosa iliaca derecha. No obstante, el apéndice tiene múltiples localizaciones y la presentación clínica dependerá de ello (30).

Por ejemplo, la localización retrocecal ocasiona dolor en flanco derecho y síntomas urinarios por la proximidad con el uréter y enmascara el dolor a nivel de la fosa iliaca derecha debido a la presencia del ciego suprayacente, por lo que puede dificultar el diagnóstico y producir complicaciones (31).

En este caso, la paciente inició con síntomas urinarios, afebril y molestias a nivel de flanco derecho, en ausencia del típico dolor migratorio por lo que fue catalogado erróneamente como un cuadro de infección de tracto urinario que conllevó al retraso en el diagnóstico y llevó a la complicación del cuadro con peritonitis para lo cual se realizó un laparotomía exploratoria de emergencia con apendicectomía más lavado de cavidad peritoneal en el cual se evidenció un apéndice retrocecal perforado. Todo lo cual coincide con lo descrito anteriormente.

Por otro lado, en el caso de amputación traumática se hizo todo lo posible para estabilizar al paciente. Se instauró vías periféricas para la hidratación con vía salina y recuperar la estabilidad hemodinámica del paciente. Se realizó limpieza enérgica de la herida, así como administración de antibióticos endovenosos con Clindamicina y Cefazolina por tratarse de una amputación traumática, sucia con alto grado de infección. Dado que en el establecimiento no posee la especialidad de Traumatología, también se procedió a realizar la referencia a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutoria.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Se sabe que el internado médico es crucial en la formación de todo médico para alcanzar las competencias que a futuro permitirán que el egresado se desempeñe de manera óptima.

No obstante, se ha reportado que en el Perú los médicos recién egresados no se sienten lo suficientemente capacitados para realizar los procedimientos médicos básicos como colocación de inyectables, catéteres venosos periféricos o atención de parto vaginal vertical debido a deficiencias en el aprendizaje durante el internado relacionados con exceso de trabajo administrativo (papeleo) y sobrecarga laboral (32), los cuales reducen sustancialmente el tiempo dedicado al aprendizaje y conllevan al desarrollo de un alto porcentaje de Síndrome de Burn Out entre los internos de Medicina Humana de nuestro país (14, 15).

Además de ello, durante el internado, los estudiantes se enfrentan a otros problemas tales como inadecuada docencia (33, 34), falta de aprovisionamiento de equipos de protección personal a pesar de lo establecido en el reglamento del comité nacional de pregrado de salud (1).

Asimismo, se reportan turnos prolongados de hasta 36 horas y ausencia de descansos postguardia (34, 35), aun cuando el Decreto Supremo N° 003 – 2008 especifica que la jornada máxima de un interno corresponde a 150 horas mensuales incluyendo guardias nocturnas y que debería existir por lo menos 5 horas de descanso previo y posterior a una guardia durante el internado (36).

Del mismo modo, se han descrito situaciones de violencia tanto física y verbal como sexual ocasionadas por personal de salud, pacientes y sus familiares (34, 36).

Por otro lado, desde el año 2002 mediante Decreto Supremo N° 020-2002-EF se estableció que los internos de Medicina Humana y Odontología debían percibir una remuneración mensual de cuatrocientos soles, así como aguinaldos por Fiestas Patrias y Navidad (37). Sin embargo, se ha publicado que cerca del 40% de internos de Medicina no recibía ningún tipo de remuneración (34, 35).

Todo lo anteriormente mencionado demuestra que a nivel teórico se buscan las mejores condiciones para el desarrollo del internado, no obstante, las medidas que amparan los derechos del interno y que regulan sus actividades no se respetan.

Peor aún, existen decretos como el DL N° 1401 que regula las modalidades formativas de servicios en el sector público el cual excluye a los internos de la salud de disposiciones importantes para su seguridad como el seguro de salud a pesar de pertenecer a uno de los ámbitos profesionales con mayor riesgo de exposición y contagio a enfermedades. Así también, los exceptúa del derecho a una remuneración mínima vital (33) aun cuando trabajan largas jornadas y su horario rara vez se respeta (31 – 33).

Todas estas carencias fueron inicialmente corregidas tras la reanudación de actividades durante la pandemia ya que el Decreto de Urgencia estableció y aseguró que los Internos reciban una remuneración mínima de 930 soles, cobertura de salud, EPP y un horario fijo sin sobrecarga laboral. Sin embargo, lamentablemente solo fueron medidas temporales que son válidas mientras dure el estado de Emergencia Sanitaria, tras lo cual, los internos volverían a la situación precaria en que se encontraban antes.

Aun así, a pesar de encontrarnos en pandemia y en primera línea, muchos establecimientos de salud se negaron a cumplir con lo estipulado y cometieron abuso hacia los internos, exponiéndolos innecesariamente ya que no proveían el EPP básico y necesario en esta coyuntura, es decir, intentaron continuar con el ritmo anterior a pesar de las nuevas disposiciones.

Por otro lado, se trata de la primera vez en que el internado se desarrolla de manera fundamental en el primer nivel de atención, lo cual, debido al bajo nivel de complejidad y sumado al contexto de pandemia por COVID -19, limitó muchísimo el aprendizaje y la adquisición de las competencias básicas de internado.

Un gran número de estudiantes, no tuvo la oportunidad de rotar por las especialidades básicas ya que en muchos establecimientos de Salud todo se realizaba por teleconsulta y los pacientes solo se acercaban al Centro de Salud para recoger sus medicamentos, por tanto, no se tenía la opción de examinar al paciente.

Otros, como en mi caso, tuvimos la oportunidad de reincorporarnos a hospitales, no obstante, el horario reducido de nuestras actividades limitó excesivamente nuestro aprendizaje.

Por ejemplo, en el distrito de Villa Rica en donde desarrollé mi internado, una importante cantidad de la población se dedica a la agricultura, principalmente, al cultivo del café por lo que las personas viven en las chacras y frecuentemente sufren accidentes laborales con machetes, sierras y accidentes con animales ponzoñosos. Pero dada la lejanía de los lugares, con frecuencia llegan al Hospital en horas de la tarde.

En consecuencia, siguiendo estrictamente el horario estipulado en el Decreto de Urgencia que establece el fin de las actividades a las 13 horas con excepción de las guardias diurnas, no se habría podido aprender a manejar esos casos.

Asimismo, en mi establecimiento de Salud, las gestantes usualmente llegan a dar a luz en la tarde o en la noche ya sea por parto vaginal o para cesárea de emergencia dado que acuden referidas desde lugares lejanos por lo que era preciso quedarse fuera del horario.

Del mismo modo, la rotación de Cirugía se vio afectada ya que por pandemia solo se debía realizar cirugías de emergencia por lo que el número de intervenciones se redujo considerablemente y los pacientes se vieron obligados a postergar sus cirugías, en los cuales la cirugía era el tratamiento definitivo para sus patologías crónicas. En consecuencia, constantemente acudían a emergencias para recibir sintomáticos.

Afortunadamente en el establecimiento de salud en el que roté, dado el poco flujo de pacientes sí se pudo programar las cirugías de pacientes con indicación quirúrgica que acudían de manera recurrente al Hospital por sus afecciones.

Por otro lado, el rotar en un hospital de baja complejidad en provincia puso de manifiesto la brecha de recursos humanos en salud y en especial, la escasez

de especialistas en el interior del país, dado que, a pesar de estar en un hospital de categoría II-1, no había presencia permanente de todo el equipo completo de especialistas para dicho nivel ya que los profesionales trabajan de manera rotatoria y por quincenas, todo lo cual dista mucho a la realidad que se vive en los grandes hospitales de Lima.

En ocasiones, solo había presencia de cirujanos, mas no de anestesiólogos o viceversa. Solo se contaba con la presencia de una pediatra y un médico internista los cuales estaban presentes por quincenas, por ende, había quincenas en que la mayoría de servicios era cubierta por los médicos generales junto a los internos.

Por un lado, esta escasez de especialistas afectaba tanto a los pacientes que los necesitaban y se veían obligados a ser referidos o a esperar la siguiente quincena para reevaluación, como al aprendizaje de los internos ya que no se pudo intervenir en muchos casos clínicos interesantes debido a dicho este motivo. Por otro lado, estos periodos de escasez de especialistas permitían una experiencia más cercana a la atención primaria en salud, de la mano de médicos generales que manejaban las patologías básicas más frecuentes, lo cual nos preparó para lo que enfrentaremos durante el año de SERUMS. Mientras que había periodos en que se contaba con el personal completo y se hacía el respectivo manejo de especialidad.

Asimismo, el hecho de rotar en un hospital ubicado en la selva permitió el aprendizaje del manejo de patologías propias de dicha región como enfermedades metaxénicas y accidentes ofídicos que difícilmente se habría podido observar en hospitales de baja complejidad en Lima. Por lo que realizar una rotación en contextos socioculturales y geográficos distintos es, en definitiva, una experiencia positiva.

Por otro lado, si bien se estableció que todos los internos debían recibir EPP y una remuneración mínima de 930 soles, no se cumplió en todos los establecimientos, lo cual obligó a que los estudiantes inviertan en la obtención de su propio EPP. Lamentablemente algunos se contagiaron de COVID – 19 y desarrollaron complicaciones en los que fue necesario internamiento en UCI. No obstante, a pesar de las limitaciones mencionadas, este año de internado nos permitió obtener una experiencia lo más cercana posible a lo que nos enfrentaremos durante el año de SERUMS que es la atención primaria por lo

que considero que esta experiencia mixta de realizar el internado en establecimientos de distinta complejidad y en diferentes contextos socioculturales ha sido enriquecedor.

CONCLUSIONES

El año de internado médico se vio completamente alterado debido a la pandemia por COVID – 19. En consecuencia, se establecieron medidas que teóricamente buscaban disminuir el riesgo de exposición a los internos y brindarle la seguridad necesaria ya que aún son estudiantes de pregrado.

Sin embargo, la falta de cumplimiento estricto de las medidas estipuladas, así como la reducción del horario laboral como de la duración total de internado y la redistribución a primer nivel de atención trajo como consecuencia un internado heterogéneo, en el cual, se limitó excesivamente el aprendizaje y la adquisición de las competencias básicas necesarias que todo interno de medicina debe adquirir en su último año.

No obstante, la experiencia en el primer nivel de atención o en establecimientos de distinta categoría y contexto sociocultural permitió ampliar nuestra visión de lo que es la atención al paciente y convirtió el año de internado médico en una experiencia única y enriquecedora a pesar de la coyuntura complicada en que atraviesa el país debido a la pandemia por COVID – 19.

RECOMENDACIONES

Es imperiosa la modificación del decreto que excluye a los internos de la salud de los derechos básicos que todo practicante preprofesional debe poseer tales como derecho a un estipendio mensual y cobertura de salud.

Asimismo, es necesaria la formulación de un reglamento de internado en el que se especifiquen las funciones de los internos y asegurar su cumplimiento para evitar los abusos que se suele cometer durante esta etapa de formación. Finalmente, debería considerarse la instauración de una rotación externa en el primer nivel de atención durante el año de internado médico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). Reglamento del Comité Nacional de Pregrado de Salud del SINAPRES. Lima: ASPEFAM; 2006.
2. Morán-Ortiz J, Cabani-Ravello L. Aprobar el Examen Nacional de Medicina será obligatorio para ejercer como médico cirujano en el Perú. Acta Med Peru. 2019;36(1):3-4.
3. Universidad de San Martín de Porres (USMP). Reglamento de internado médico – 2020. Lima: USMP; 2020. (Consultado el 22 de abril de 2021). Disponible en:
4. Ministerio de Salud - Perú. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. 2020 [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
5. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [internet]. [Citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
6. Gobierno del Perú. El Peruano - Decreto Supremo que Prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del COVID-19 y dictan otras medidas – Decreto supremo - No 064-2020-PCM – Poder ejecutivo [Internet]. 2020. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-prorroga-el-estado-de-emergencia-naciona-decreto-supremo-no-064-2020-pcm-1865482-3/>

7. Ministerio de Educación. Resolución Viceministerial N° 081-2020 - MINEDU: Disposiciones para la prevención, atención y monitoreo ante el Coronavirus (COVID-19) en universidades a nivel nacional [Internet]. Diario Oficial El Peruano 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/459958-081-2020-minedu>
8. Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). COMUNICADO ASPEFAM | COVID-19 - 15.03.2020 [Internet]. 2020. Consultado el 21 de abril de 2021. Disponible en: [.https://www.aspefam.org.pe/prensa/comunicado_15.03.2020.pdf](https://www.aspefam.org.pe/prensa/comunicado_15.03.2020.pdf)
9. Decreto de Urgencia N 090-2020 que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19. Lima, 3 agosto 2020. Consultado el 22 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>
10. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. Lima, 14 de agosto de 2020. Consultado el 21 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>.
11. Ministerio de Salud. Documento técnico: “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020” [Internet]. Lima, 14 de agosto de 2020. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
12. Hospital Vitarte: Nosotros [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/>
13. Red de Salud Oxapampa: Hospitales [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.risoxapampa.gob.pe/Hospitales.php?id=154>
14. Luna-Porta L, Mayor-Vega A, Taype-Rondán Á. Síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de medicina humana: un problema escasamente estudiado en el Perú. An Fac med. Enero de 2015;76(1):83-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.11082>.

15. Estela-Villa LM, Jiménez-Román CR, Landeo-Gutiérrez JS, Tomateo-Torvisco JD, Vega-Dienstmaier JM. Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Neuro-Psiquiatr.* 2013;73(4):147-56.
16. Mayta-Tristán P, Poterico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* Octubre de 2014;31(4):781-7.
17. Inga-Berrosapi F, Taype-Rondán Á, Purizaca-Rosillo N. La problemática del médico serumista en el Perú: conclusiones de la Segunda Convención Nacional de Médicos Serumistas, 2013. *An Fac med.* Julio de 2014;75(3):271-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i3.9785>.
18. Decreto Ley 23330 Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS. Lima: Congreso de la República; 1981.
19. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud “Categorías de establecimientos del sector salud” N° 021-MINSA/dgsp-v.03 [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2011 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/moperaciones/index.php/normativas/file/13-norma-tecnica-de-salud-nro-021-minsaldgsp?tmpl=component>
20. Tenny S, Varacallo M. Evidence Based Medicine. [Updated 2020 Nov 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470182/>
21. Carrell DT, Simoni M. ‘Easier ways to get a publication’: the problem of low quality scientific publications. *Andrology.* 2018;6:1–2.
22. Garrison J. UpToDate. *J Med Libr Assoc.* [Internet]. 2003; [consultado el 23 de abril de 2021] 91(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC141198/pdf/i0025-7338-091-01-0097.pdf>
23. Ross D. Thyroid storm. USA: UpToDate. [Internet]. (accedido el 22 de abril de 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/thyroid-storm?search=thyroid%20storm&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

24. Serie Parasitosis en Dermatología Tungiasis. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2017; 37(3): 112-115.
25. Santos Rui P, Resende C, da Luz Duarte M y Brito C. Tungiasis a poorly-known diagnosis in Europe. Two paradigmatic cases from Portugal. Acta Dermatovenereol. APA 2017 Dec; 26(4): 115-117.
26. Oyelese Y, Ananth C. Placental abruption: Management and long-term prognosis. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 22 de abril de 2021).
27. Prager S, Micks E, Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. USA: UpToDate. [Internet]. (accedido el 22 de abril de 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation?search=miscarriage&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
28. Laufer M, DeCherney A. Congenital uterine anomalies: Surgical repair. USA: UpToDate. [Internet]. (accedido el 22 de abril de 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/congenital-uterine-anomalies-surgical-repair?search=utero%20bicorne&source=search_result&selectedTitle=2~28&usage_type=default&display_rank=2
29. Giersch A. Congenital cytogenetic abnormalities. USA: UpToDate. [Internet]. (accedido el 22 de abril de 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/congenital-cytogenetic-abnormalities?search=congenital%20cytogenetic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
30. Martin R. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. USA: UpToDate. [Internet]. (accedido el 22 de abril de 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
31. Vicente E, Ferrándiz M, Sánchez M. Síndrome urinario por apendicitis retrocecal. Elsevier [Internet]. 2016 (citado el 23 de abril de 2021);

- ;42(Espec Congr 15):136. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-38-congreso-nacional-semergen-45-sesion-area-urgencias-3079-comunicacion-sindrome-urinario-por-apendicitis-retrocecal-33606-pdf>
32. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *An Fac Med (Lima)*. 2016;77(1):31-8.
 33. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondán A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosipi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta Med Peru*. 2016;33(2):105-10.
 34. Galán-Rodas E, Díaz-Vélez C, Maguiña Vargas C, Villena Vizcarra J. Bioseguridad durante el internado de medicina en hospitales de Trujillo-La Libertad 2010: a propósito de la muerte de un estudiante de medicina. *Acta Med Peru*. 2010;27(2):119-22.
 35. Decreto Legislativo N° 1401. Decreto legislativo que aprueba el régimen especial que regula las modalidades formativas de servicios en el sector público. Lima: Presidente de la República; 2018.
 36. Taype-Rondán Á, Lizarraga-Castañeda Z, Mayor-Vega A, Mariños Claudet A. Percepción de violencia en internos de medicina de una universidad peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):382-4.
 37. Decreto Supremo N° 020-2002-EF. Lima: Congreso de la República; 2002. Consultado el 22 de abril de 2021. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/248510/223869_file20181218-16260-5oiscg2.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL VITARTE.

