



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN LIMA – PERÚ  
DURANTE EL PERIODO 2020 – 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**MARIA CLAUDIA VENTE SILVA**

**ANDREA VILLON POLANCO**

**ASESOR**

**DR. HENRY GUIJA GUERRA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN LIMA – PERÚ  
DURANTE EL PERIODO 2020 – 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**MARIA CLAUDIA VENDE SILVA**

**ANDREA VILLON POLANCO**

**ASESOR**

**DR. HENRY GUIJA GUERRA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Victor Hinostroza Barrionuevo

**Miembro:** M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

**Miembro:** Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Índice</b>	iii
<b>Resumen</b>	iv
<b>Abstract</b>	v
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vi
<b>CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1. Pediatría	2
1.2. Cirugía General	4
1.3. Medicina Interna	7
1.4. Ginecología – Obstetricia	9
<b>CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	12
<b>CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	16
3.1. Pediatría	17
3.2. Cirugía General	19
3.3. Medicina Interna	21
3.4. Ginecología – Obstetricia	22
<b>CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	25
<b>CONCLUSIONES</b>	28
<b>RECOMENDACIONES</b>	29
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	30
<b>ANEXOS</b>	35
1. Documento Técnico (DT): “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	36
2. Consentimiento Informado de Ciencias de la salud para iniciar o reanudar sus actividades del internado	37
3. Formato único de Atención	38
4. Formato HIS MINSA	39
5. Mapa de cobertura de atención del C.S.G.B	40
6. Mapa de cobertura de atención del C.S.Moyopampa	41

## RESUMEN

El siguiente trabajo describe la experiencia de un internado de medicina dividido entre el II y III nivel de atención en salud, y posteriormente llevado exclusivamente en I nivel, siendo condicionado por el inicio de la pandemia del SARS-CoV-2, y las restricciones que esta supuso. Posterior a la suspensión de actividades académicas presenciales durante 7 meses, se convoca al retorno a las prácticas profesionales de los alumnos cursando el último año de medicina humana. El objetivo es resaltar las semejanzas y diferencias entre un internado médico tradicional y el nuevo internado desarrollado en contexto de emergencia sanitaria. También buscamos destacar los manejos según capacidad resolutive de distintos centros de salud y hospitales, e identificar ventajas y desventajas de cada uno. Se presentan casos vistos en un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), un hospital de las Fuerzas Armadas (FFAA), y en dos centros de salud de primer nivel de atención en Lima este y Lima sur. Además, se expone la metodología para llegar a un diagnóstico oportuno, indicar un tratamiento adecuado, y para brindar seguimiento a los pacientes usando recursos como normas técnicas del ministerio de salud peruano y guías internacionales. Resaltamos que si bien la pandemia del COVID-19 ha planteado retos en la educación y formación médica en pregrado, en su medida se ha respondido de acuerdo con las posibilidades y necesidades tanto de los alumnos para culminar la carrera, como de los pacientes y su creciente demanda. Mediante este informe se plasma la manera en que se aprovechó esta situación como una oportunidad de aprendizaje y adaptación.

## ABSTRACT

The following manuscript describes the experience of over a yearlong medical internship, initially divided between II and III level of health care, and then developed exclusively in level I, so as conditioned by the beginning of the SARS-CoV-2 pandemic, and the restrictions that this entailed. After the suspension of on-site academic activities for 7 months, a callback is made to professional practices for students going through their last year of medical school. The objective is to highlight the similarities and differences between a traditional medical internship and the new internship developed in context of a health emergency, as well as highlighting the management according to the resolution capacity of different health centers and hospitals, and to identify the advantages and disadvantages of each. This paper reports cases treated in one MINSA hospital, one armed forces hospital, and in two first-level health centers in East Lima and South Lima. In addition, the methodology to reach an on-time diagnosis, to indicate an appropriate treatment, and to follow-up with the patients using resources such as technical standards of the Peruvian Ministry of Health and international guidelines is presented. We emphasize that although the COVID 19 pandemic has challenged the training of the medical intern, to the extent it has been responded accordingly to the possibilities and needs of both students to complete their degree, as well as patients and their growing demand. This report shows how this situation was used as an opportunity for learning and adaptation.

## INTRODUCCIÓN

La situación de salud nacional durante el inicio del año de internado en ciencias de la salud del 2020 se caracterizaba por un sistema de salud fragmentado, que dependía de diversos factores, así como el ámbito sociocultural, el entorno ambiental, y la atención en salud (1). Dichos factores poseen la cualidad de evolucionar en el tiempo, evidenciándose por ejemplo en la distribución demográfica, que muestra un incremento hasta en dos veces de la población urbana en comparación a la rural, y en la distribución por grupos etarios, que muestra un aumento progresivo de la población adulta mayor y una disminución en tasas de natalidad (2). Dentro de estos grupos el Ministerio de Salud (MINSA) ha llegado a concluir que en la población rural las principales causas de muerte son las enfermedades transmisibles, mientras que en las urbanas son las enfermedades no transmisibles o crónico-degenerativas (1).

El sistema de salud peruano se divide en un sector público y en un sector privado. Estos rigen de forma independiente y cuentan con sus propias instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS). Estas, son categorizadas según capacidad resolutive y clasificadas en el I, II, y III nivel de atención (3). El internado médico tradicionalmente se ha llevado a cabo en el II y III nivel. Estos niveles tienen a su disposición servicios y tecnologías de alta complejidad, así como mayor posibilidad de captar a pacientes con patologías de gran diversidad, y de presenciar y participar de cerca en su diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico.

Los centros de salud del primer nivel de atención en su mayoría – históricamente – han sido distribuidos entre médicos egresados para el desarrollo de su Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS). El SERUMS es descrito por la Ley N°23330 como: “Servicio en el que se

encuentran comprendidos los profesionales de las ciencias de la salud, titulados y colegiados; destinado principalmente a brindar atención integral a la población más vulnerable y que residen en zonas de menor desarrollo del país” (4). Concluimos que tiene como objetivo adquirir y reforzar conocimientos de la verdadera situación de salud en la población peruana, para el diagnóstico y manejo de las patologías de menor complejidad, pero mayor morbimortalidad, así como un enfoque en actividades preventivo – promocionales.

Estos conceptos de salud pública, sumados a los conocimientos teóricos brindados por la universidad, y los prácticos, adquiridos durante rotaciones externas de pregrado, son los que acompañan al alumno de medicina humana al comenzar la etapa de internado.

Dicha etapa inició con normalidad en las sedes docentes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú (HCPNP) y del Hospital de Vitarte (HV), elegidos por las autoras del presente informe. Se llevaron a cabo rotaciones en el servicio de cirugía general y pediatría respectivamente durante 2 meses y medio. Realizando jornadas laborales de lunes a domingos, con turnos de 8 horas como mínimo, y guardias diurnas y/o nocturnas al menos 2 veces por semana.

Paralelamente a esto, a nivel internacional, en China, se habría estado describiendo desde diciembre del 2019 múltiples casos de neumonía, los cuales en enero del 2020 se hubieran determinado como consecuencia del nuevo virus SARS-CoV-2. Este nuevo virus se expandió inicialmente por Asia y Europa, llegando a América, y consecuentemente al Perú, reportándose el primer caso el 6 de marzo del 2020 (5). El Gobierno reaccionó a la rápida propagación de la enfermedad tomando medidas que inicialmente incluyeron una cuarentena obligatoria, que inició el 16 de marzo del 2020, prolongándose hasta el 30 de junio del mismo año.

Con la cuarentena obligatoria y las consiguientes medidas de aislamiento social, el internado médico fue puesto en pausa por el gran riesgo que

conllevara, tomando en cuenta que los alumnos no recibían sueldo mínimo y no contaban con seguro de vida. Sin embargo, la necesidad de mayor personal de salud en los distintos niveles de atención impulsó a una convocatoria a la reincorporación voluntaria de internos de ciencias de la salud a hospitales y centros de menor complejidad.

Previo al retorno de los internos a sus actividades presenciales, se organizaron y ejecutaron charlas formativas con información actualizada sobre el COVID-19, incluyendo actitud ante casos sospechosos, y bioseguridad en áreas de salud, brindadas tanto por la Universidad San Martín de Porres (USMP) y las respectivas direcciones integradas de salud (DIRIS), cuyos centros ahora cumplían papel de sede docente. Estos culminaron con una prueba de evaluación de conocimientos la cual era requisito para la reincorporación a las actividades académicas.

El internado médico reinició en octubre del 2020 regido bajo Documento Técnico (DT): “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” (Anexo 1). Este documento describe el carácter voluntario de la reincorporación de los internos, así como sus requisitos mínimos. Entre estos últimos se incluye que el interno se encuentre en el Registro Nacional del Personal de Salud, que este contratado por el MINSA, que cuente con cobertura de seguros, que no sea reactivo a prueba rápida de COVID-19, y que se le brinden equipos de protección personal (EPPs) (Anexo 2).

Asimismo, se estableció que las actividades de los internos se realizarían en áreas no COVID durante 15 días, seguidos por 15 días de descanso, para así lograr alternar dos grupos de internos cada mes y disminuir la exposición y el riesgo de contagio. También se cambió la jornada laboral en turnos de mínimo 6 horas, incluyendo máximo 2 guardias diurnas de 12 horas por mes. Por último, se implementó el estipendio mensual equivalente a una remuneración mínima vital de 930 soles. Las autoras del presente retomaron sus actividades

en el Centro de Salud (C.S.) Gaudencio Bernasconi, y el C.S. Moyopampa; pertenecientes a DIRIS Lima Sur y Lima Este, respectivamente.

Con el inicio del nuevo internado en contexto de pandemia por COVID-9 se evidenció la deficiente situación sanitaria del Perú, a través de malas infraestructuras y desabastecimiento de material, en especial de EPP, así como por un personal de salud mal remunerado.

Considerando que el SARS-CoV-2 trajo consigo importantes limitaciones para la formación médica en pregrado, se resalta que es significativa la idea que la considera una oportunidad posiblemente única para el desarrollo tanto de alumnos de medicina como para médicos que ejercen, y su probable cualidad de servir de base para futuras situaciones similares.

Se ha tomado en cuenta como principal antecedente para el presente trabajo, la epidemia del cólera en el Perú de 1991, y las medidas de contingencia que se tomaron. En ese entonces el objetivo principal fue evitar cifras muy elevadas de mortalidad, para lo cual, el MINSA promovió la difusión de recomendaciones en torno a higiene personal, control y desinfección de alimentos, así como el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las personas afectadas (6).

Entre las medidas adoptadas se incluyó la atención gratuita a pacientes sospechosos de colera y se formaron áreas especializadas en los hospitales, llamadas las unidades de tratamiento del cólera (UTC). Estas, de forma similar a la actitud actual frente al SARS-CoV-2, tenían personal con equipos de protección constituidos por mandilones y uso de guantes, además de otras prácticas de higiene personal. Otra medida fue el reclutamiento de mayor personal a los hospitales y centros de salud por el aumento en la demanda que significaba la elevación de casos positivos. Entre tanto se describió agotamiento de medicamentos y deficientes servicios básicos como luz y agua (7).

Esto lo comparamos a la pandemia actual, con evidentes similitudes tanto en las medidas estipuladas por el Gobierno peruano y el MINSA, como en las deficiencias que hasta el día de hoy se viven, incluyendo escasez en materiales de protección, camas de unidades de cuidado intensivo (UCI) y de hospitalización, y ventiladores mecánicos.

Se logra entrever que a pesar de haber vivido una situación semejante hace tan solo 2 décadas, y que eventualmente fue controlada, no se habría logrado promover mayor inversión en salud y educación, que pudiera haber prevenido el nivel de la emergencia sanitaria actual.

Por todo lo expuesto, al retomar el internado la mayoría de los alumnos tenían la siguiente interrogante; ¿Se pueden obtener las mismas destrezas y conocimientos realizando el internado en una coyuntura de pandemia con limitaciones académicas y practicas? A partir de las respuestas y descripciones de casos, queremos resaltar las ventajas de realizar el internado en primer nivel de atención, que incluye la adquisición de experiencia laboral contributoria a la etapa de SERUMS.

## **CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico constituye una etapa de suma importancia para la culminación de la carrera de medicina humana. En esta etapa, el futuro médico vive experiencias propias, que servirán tanto para poner en práctica sus conocimientos teóricos y solidificar aprendizajes, así como aprender a entablar una adecuada relación médico – paciente, y el trabajo en equipo junto al personal de salud. La pandemia ha marcado un antes y un después en la formación médica de los estudiantes de la salud, lo cual se evidenciará en su práctica como futuros profesionales.

A lo largo del año, el interno de medicina debe rotar por 4 especialidades: pediatría, cirugía general, medicina interna, y ginecología-obstetricia. Durante este tiempo se esperaba reforzar aprendizajes obtenidos en pregrado mediante las prácticas hospitalarias dirigidas a diagnósticos y tratamientos oportunos guiadas por residentes y médicos asistentes especialistas, para una preparación óptima que permita realizar un buen desempeño en el SERUMS. No obstante, la transición del desarrollo profesional que significó la remoción de los internos de hospitales, y su traslado a centros de primer nivel de atención, genera un nuevo enfoque; centrado en el rol del médico general.

Como muestra de ello, a continuación, se describen casos clínicos importantes y frecuentes que muestran la realidad de la salud de la población peruana, vistos durante el año de internado medico 2020-2021, según rotación por especialidad (8, 9).

## **1.1. Pediatría**

### **1.1.1. Caso 1**

**ANAMNESIS:** Paciente mujer de 1 año 6 meses de edad es traída a emergencia de HV por su madre, quien refiere que su menor hija tiene tiempo de enfermedad de 8 horas caracterizado por deposiciones líquidas en 5 oportunidades; con moco y sangre. Última diarrea media hora antes del ingreso.

**ANTECEDENTES:** Niega antecedentes patológicos, niega alergia a medicamentos. Refiere haber iniciado ablactancia hace dos meses

**EXAMEN FÍSICO:** FC 120, FR 32, T 37.5°C. Piel fría, elástica, signo de pliegue (+), llenado capilar >2", mucosas secas, ojos hundidos, ausencia de lágrimas. Abdomen globuloso, blando/depresible, RHA (++), no doloroso a la palpación superficial o profunda, eritema perianal. Neurológico; paciente se encuentra irritable. Resto del examen sin alteraciones.

**EXÁMENES AUXILIARES:** hemograma completo muestra leucocitosis con desviación izquierda. Reacción inflamatoria en heces negativa. Rotavirus positivo

**DIAGNÓSTICO:** Enfermedad Diarreica Aguda con deshidratación severa.

**TRATAMIENTO:** Se decide hospitalizar a la paciente para su manejo. Recibe terapia de rehidratación endovenosa con NaCl 0.9% + Dextrosa 5% a 100cc/kg en 3 horas, del cual un 30% se administra en media hora, y el 70% restante en 2 horas y media.

### **1.1.2. Caso 2**

**ANAMNESIS:** Paciente varón de 6 años es traído a emergencia de HV por su madre, que refiere tiempo de enfermedad de 2 horas caracterizado por sensación de falta de aire que le impide dormir, además refiere escuchar "silbidos" en su pecho.

**ANTECEDENTES:** Refiere cuadro similar 2 años antes, por lo que también acudió a emergencia y se le nebulizó. Niega alergia a medicamentos. Antecedente familiar de madre asmática.

EXAMEN FÍSICO: FC 80, FR 28, T 37.5°C, SatO2 92%. A la inspección general se evidencia esfuerzo respiratorio. Respiratorio: tórax simétrico y leve uso de músculo accesorio, amplexación conservada, sonoridad a la percusión, a la auscultación sibilantes difusos en ambos hemitórax durante toda la espiración. Resto del examen sin hallazgos significativos.

EXAMENES AUXILIARES: Se solicitó placa de tórax, donde se evidenció leve refuerzo parahiliar sin mayores alteraciones.

DIAGNÓSTICO: Crisis asmática moderada

TRATAMIENTO: El manejo inicial se llevó a cabo con nebulizaciones con salbutamol cada 20 minutos en tres oportunidades. Seguido por control de la saturación, que subió a 97%. Se le da de alta y se recomienda reevaluación por consultorio externo una vez finalizado el tratamiento para control de asma.

### **1.1.3. Caso 3**

ANAMNESIS: Recién nacido (RN) de 5 días, sexo femenino, es traído a consulta externa de HCPNP por su madre, refiriendo tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por presencia de coloración amarillenta de piel que inició en cuello y progreso hasta piernas. Además, refiere hipoactividad y mala succión.

ANTECEDENTES: RNAT 38ss, BPN 1.6kg. Antecedentes familiares: padre grupo sanguíneo O+, madre grupo sanguíneo O+.

EXAMEN FÍSICO: RN normocéfalo, fontanelas normotensas, hipoactivo. Piel con coloración amarilla que llega hasta el ombligo. Se evidencia mala técnica de lactancia. Resto del examen sin alteraciones.

EXAMENES AUXILIARES: hemograma y hematocrito sin alteraciones, bilirrubina total 18

DIAGNÓSTICO: Ictericia por lactancia materna.

TRATAMIENTO: Se convirtió el valor de la bilirrubina total de mg/dL a mmol/L para usar las tablas de la guía NICE (10), cuya conclusión fue manejo con fototerapia. Además, se le brindó información a la madre sobre los signos de una adecuada técnica de lactancia materna, acción que después fue supervisada por personal de salud.

#### **1.1.4. Caso 4**

ANAMNESIS: Paciente varón de 4 meses de edad es traído a servicio de crecimiento y desarrollo en C.S. Gaudencio Bernasconi para recibir inmunizaciones correspondientes.

ANTECEDENTES: Niega patologías previas.

EXAMEN FISICO: examen regional sin alteraciones, se evidencia adecuada ganancia ponderal.

Debido a la edad de paciente, es captado para pasar por consultorio de nutrición para recibir su tratamiento profiláctico para anemia.

TRATAMIENTO: Fe 2mg/kg/día hasta cumplir 6 meses de edad. Se le receta gotas de sulfato ferroso, y se le explica a la madre que debe darle 2 gotas por kilo de peso cada día.

### **1.2. Cirugía General**

#### **1.2.1. Caso 5**

ANAMNESIS: Paciente varón de 25 años acude a emergencia de HV, por tiempo de enfermedad de aproximadamente 6 horas, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, inicialmente ubicado en hemiabdomen superior; y que al momento del examen se ubica en fosa iliaca derecha. Además, refiere ausencia de apetito, y sensación de alza térmica.

ANTECEDENTES: Niega patologías previas, niega alergia a medicamentos.

EXAMEN FÍSICO: FC 110, FR 18, T 38.7°C, SatO2 97%. Abdomen: globuloso, blando/depresible, RHA disminuidos, McBurney (+), Blumberg (-).

EXAMENES AUXILIARES: hemograma mostro leucocitosis con desviación izquierda. Ecografía sugestiva de apendicitis aguda no complicada. Ante la sospecha de una apendicitis aguda se calcula un score de Alvarado de 8.

DIAGNÓSTICO: Apendicitis aguda

TRATAMIENTO: se programa a paciente a sala de operaciones para procedimiento de apendicectomía convencional. Durante la cirugía al retirar el apéndice se evidencio la presencia de nematodos, por lo que se toma una muestra y se procede a terminar la operación sin mayor dificultad.

Una vez que el paciente es llevado a piso para recuperación se le consulta si ha habido presencia de otros signos sugestivos de parasitosis, a lo que el paciente responde haber presentado prurito anal de 3 meses de evolución. El diagnóstico postoperatorio concluyó una apendicitis aguda por enterobiasis intestinal. El paciente quedó hospitalizado para cuidados postoperatorios y fue dado de alta con tratamiento de albendazol 400mg en dos dosis separadas por 2 semanas.

### **1.2.2. Caso 6**

**ANAMNESIS:** Paciente mujer de 34 años acude a emergencia de HCPNP por tiempo de enfermedad de 4 días, caracterizado por dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, asociado a baja de apetito y náuseas. Refiere fiebre cuantificada de 39°.

**ANTECEDENTES:** Refiere presentar deposiciones cada 3 – 4 días de consistencia dura. Niega patologías previas. Niega alergia a medicamentos.

**EXAMEN FÍSICO:** FC 118, FR 22, T 38.8°C. Paciente en aparente mal estado general. Abdomen rígido, RHA ausentes, dolor a la palpación superficial y profunda de hemiabdomen inferior. Blumberg (+), Rovsing (+)

**EXAMENES AUXILIARES:** hemograma mostró leucocitosis con desviación izquierda. Ecografía sugestiva de apendicitis aguda complicada. Puntaje según Score de Alvarado de 9.

**DIAGNÓSTICO:** Apendicitis aguda

**TRATAMIENTO:** se programa a paciente a sala de operaciones para procedimiento de apendicetomía convencional. En el intraoperatorio se halla apéndice necrosado y perforado, además de abundante líquido libre en cavidad peritoneal, por lo que se procede a hacer una apendicetomía convencional + lavado peritoneal + cierre diferido + antibioticoterapia.

Diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda complicada + peritonitis

### **1.2.3. Caso 7**

**ANAMNESIS:** Paciente varón de 67 años proveniente de Ayacucho acude a emergencia de HCPNP, por tiempo de enfermedad de 1 día caracterizado por

dolor abdominal tipo cólico 8/10, asociado a distensión difusa. Refiere ausencia de heces y flatos.

ANTECEDENTES: paciente apendicectomizado hace 10 años. Niega otros antecedentes de importancia

EXAMEN FÍSICO: FC 98, FR 18, T 36.8°C. abdomen globuloso, distendido, RHA ausentes, leve resistencia a la palpación profunda, timpanismo a la percusión.

EXAMENES AUXILIARES: radiografía abdominal en bipedestación evidencia signo de grano de café.

DIAGNÓSTICO: Obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides

TRATAMIENTO: se programa a paciente a sala de operaciones para procedimiento de colectomía + anastomosis.

#### **1.2.4. Caso 8**

ANAMNESIS: Paciente varón de 21 años acude a emergencia de HV, refiriendo accidente laboral en construcción donde trabaja como albañil, en el que su mano izquierda fue impactada con objeto contuso cortante, ocasionando sangrado significativo. Por lo que el paciente se aplica presión y acude al hospital con la mano afectada envuelta en tela. dejando una herida en región tenar de la palma de aproximadamente 4 cm, con bordes bien definidos y signos de sangrado reciente.

ANTECEDENTES: niega patologías previas.

EXAMEN FÍSICO: mano izquierda evidencia herida en región tenar de la palma de aproximadamente 4 cm de extensión, y menos de 1cm de profundidad, con bordes bien definidos y signos de sangrado reciente. Dolor a la movilización pasiva y activa de primer y segundo dedo.

EXAMENES AUXILIARES: se solicita radiografía de mano izquierda, la cual descartó lesión ósea.

DIAGNÓSTICO: Herida contaminada en mano

TRATAMIENTO: limpieza de herida con suero fisiológico y Lugol en espuma, seguido de cierre de herida con 4 suturas usando Nylon 3, previa infiltración con xilocaína 2% sin epinefrina. El paciente es dado de alta con la indicación de volver por consultorio externo en una semana para el retiro de puntos, además de receta para manejo en casa con 1 tableta de Cefalexina 500mg

cada 8 horas por 5 días, y una tableta de Ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 5 días.

### **1.3. Medicina Interna**

#### **1.3.1. Caso 9**

ANAMNESIS: Paciente varón de 56 años acude a consultorio externo de C.S. Gaudencio Bernasconi para reevaluación y recojo de medicamentos de DM2.

Niega molestias

ANTECEDENTES: DM2 diagnosticado hace 3 años. Niega otras patologías. Niega alergia a medicamentos.

EXAMEN FÍSICO: FC 76, FR 12, PA 130/80, T 36.5°C. Paciente en aparente buen estado general. Respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Resto del examen físico sin alteraciones.

EXAMENES AUXILIARES: ultimo control de glucosa en ayunas de hace una semana en 115mg/dL

DIAGNÓSTICO: Diabetes Mellitus 2, bien controlado

TRATAMIENTO: reforzar cambios en estilo de vida. 1 tableta de Metformina 850mg cada 24 horas, después del almuerzo durante 3 meses

#### **1.3.2. Caso 10**

ANAMNESIS: Paciente mujer de 61 años acude a C.S. Moyopampa, refiriendo tiempo de enfermedad de 30 minutos, caracterizado por cefalea global y mareos que imposibilitan la marcha sin apoyo. Niega otras molestias.

ANTECEDENTES: paciente refiere haber recibido diagnóstico de hipertensión arterial hace aproximadamente 1 años, pero no siguió tratamiento y no volvió a consultorio externo. Madre fallecida por cáncer de cérvix, padre hipertenso.

EXAMEN FÍSICO: FC 106, FR 20, PA 190/130, T 37.5°. Paciente en aparente mal estado general. Es llevada a tópico de urgencias donde asume posición en decúbito dorsal.

DIAGNÓSTICO: Crisis hipertensiva

TRATAMIENTO: se le administro 1 tableta de Captopril 50mg vía oral seguido por reposo en tópicos de 30 minutos para controlar la presión arterial. Posterior a ellos PA 180/110, por lo que se repitió la dosis de captopril y se realizó referencia a centro de mayor complejidad.

### **1.3.3. Caso 11**

El centro de salud Moyopampa de Diris Lima Este brinda charlas y campañas informativas y de seguimiento para casos VIH – SIDA en poblaciones de riesgo.

Una vez por semana se hace un llamado a los miembros de la comunidad LGBT y los(as) trabajadores(as) sexuales a ser parte de las actividades educativas en la que se describen diversas ITS, pero principalmente se informa sobre la prevención del contagio del VIH, y se alienta a realizarse pruebas oportunas y reconocer conductas sexuales de riesgo.

Además, se organizan citas personalizadas para aquellos pacientes que tengan más dudas o accedan a realizarse pruebas de tamizaje. Así como citas para los pacientes que ya han sido diagnosticados para control y entrega de TARV, y pasar por consulta por los demás servicios, incluyendo apoyo psicológico al paciente y a la familia.

### **1.3.4. Caso 12**

ANAMNESIS: Paciente mujer de 35 años acude a tópicos de urgencias de C.S Gaudencio Bernasconi, refiriendo tiempo de enfermedad de 10 minutos caracterizado por mordedura de perro del vecino en pierna derecha.

ANTECEDENTES: Niega patologías previas, niega alergia a medicamentos. El perro es conocido, se informa por parte del vecino que ha recibido todas sus vacunas.

EXAMEN FÍSICO: FC 76, FR 20, T 37°C. Extremidades: herida de aproximadamente 3cm x 4cm en región posterior de miembro inferior derecho, por debajo de la flexura de la rodilla, bordes mal delimitados y signos de sangrado reciente, rodeada por equimosis.

DIAGNÓSTICO: Mordedura de perro

TRATAMIENTO: en este caso como se trata de un animal no sospechoso con una lesión no grave, el manejo consiste en control del perro durante 10 días y manejo de la herida. No se requiere suero antirrábico ni vacuna. El manejo de la herida consiste en lavado diario con suero fisiológico y yodopovidona, y se contraindica suturar. Además de ello se le indica antibioticoterapia con Amoxicilina + Acido clavulánico 500mg/125mg cada 12 horas por 7 días.

#### **1.4. Ginecología – Obstetricia**

##### **1.4.1. Caso 13**

ANAMNESIS: Paciente mujer de 28 años acude a consulta en C.S. Moyopampa por tiempo de enfermedad de una semana, caracterizado por aumento de flujo y dolor difuso en hemiabdomen inferior.

ANTECEDENTES: refiere dos contactos sexuales recientes. Antecedente personal de diagnóstico y tratamiento para chlamydia trachomatis hace 3 meses.

EXAMEN FÍSICO: especuloscopía evidencia cérvix aparentemente sano, con presencia de abundante flujo amarillento. Dolor a la movilización de cérvix y anexos. Resto del examen sin hallazgos significativos

DIAGNÓSTICO: Síndrome doloroso abdominal bajo

TRATAMIENTO: se indica tratamiento sintromico con Ciprofloxacino 500mg vía oral en dosis única + Doxiciclina de 100mg cada 12 horas por 14 días + Metronidazol de 500mg cada 12 horas por 14 días. Se le cita al paciente a control por consultorio una vez culminado el tratamiento.

##### **1.4.2. Caso 14**

ANAMNESIS: Paciente mujer de 19 años acude a consulta externa en C.S. Gaudencio Bernasconi para control de fecundidad. Niega molestias.

ANTECEDENTES: G2P2002. Hijo menor de 2 años de edad, inicio de métodos anticonceptivos hormonales desde culminada la lactancia materna exclusiva.

EXAMEN FÍSICO: FC 84, FR 14, T 36.8°C. Examen regional conservado

DIAGNÓSTICO: administración de método anticonceptivo hormonal mensual

TRATAMIENTO: Se administra ampolla IM de Estradiol + Medroxiprogesterona, se llena los datos de la cartilla de planificación familiar, y se le indica a la paciente que vuelva en un mes.

#### **1.4.3. Caso 15**

ANAMNESIS: Paciente mujer de 40 años y edad gestacional de 36semanas acude a emergencia de HV por tiempo de enfermedad de 1 hora, caracterizado por ausencia de movimiento fetales y sangrado vaginal, asociado a dolor abdominal tipo contracción de moderada intensidad

ANTECEDENTES: G5P3104. Paciente con 3 CPN. Niega perdidas, niega patologías previas.

EXAMEN FÍSICO: especuloscopia confirma sangrado escaso de origen uterino, de color oscuro, útero hipertónico.

EXAMENES AUXILIARES: ecografía constata LCF 100x'

DIAGNÓSTICO: Desprendimiento prematuro de placenta

TRATAMIENTO: se programa a la paciente a sala de operaciones para procedimiento de cesárea de emergencia, sin previa maduración pulmonar por edad gestacional mayor a 34 semanas.

#### **1.4.4. Caso 16**

ANAMNESIS: Paciente de 19 años acude a consultorio externo de ginecología de HV por tiempo de enfermedad de 4 meses caracterizado por aparición progresiva de masa en seno izquierdo. Niega otras molestias

ANTECEDENTES: niega patologías previas, niega alergia a medicamentos. Madre con síndrome de ovario poliquístico, y cáncer de mama mínimamente invasivo tratado de forma quirúrgica.

EXAMEN FÍSICO: FC 80, FR 16, T 37°C. Mamas simétricas, no retracción de pezón, no retracciones cutáneas, mama derecha sin hallazgos significativos, mama izquierda cuenta con presencia de masa blanda en cuadrante inferomedial, móvil, superficial, no dolorosa a la palpación. No se evidencia secreción por los pezones. Ausencia de adenopatias. Resto del examen físico conservado.

**EXAMENES AUXILIARES:** se solicita una ecografía de mamas, cuyo informe clasifica la masa un BIRADS 2; es decir masa con signos de benignidad

**DIAGNÓSTICO:** Fibroadenoma de mama

**TRATAMIENTO:** se le explica a la paciente que se trata de una masa benigna, por lo que una cirugía sería estrictamente de carácter electivo y estético. Sin embargo, debe seguir acudiendo para control de evolución de la masa.

## **CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

La primera parte de año de internado medico 2020 se realizó en el segundo y tercer nivel de atención, este último es caracterizado por contar con equipos tecnológicos de alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieran estudios exhaustivos. Cuenta con salas de cirugía, de internamiento, clínica médica, especialidades quirúrgicas y clínicas, infraestructura para la realización de estudios complementarios complejos, UCI y unidades coronarias. El tercer nivel recibe las referencias del segundo nivel de atención.

El HCPNP, ubicado en el distrito de Jesús María, constituye un centro de nivel III-E, de referencia y contrarreferencia. Cuenta con una desarrollada complejidad arquitectónica, y posee una cobertura poblacional mayor a 100,000 habitantes. El personal está conformado por médicos generales, especialistas, subespecialistas, bioanalistas, enfermeras, odontólogos, entre otros. Además, cuenta con UCIs y medicina crítica. Este hospital es el de mayor complejidad del grupo de IPSS de las fuerzas armadas, teniendo a su disposición 507 camas de hospitalización, 27 camas de emergencia, 8 ambulancias, 5 quirófanos, y un helipuerto (11).

En el segundo nivel de atención se cuenta con internamiento en servicios básicos como clínica médica, pediatría, cirugía general, guardia y maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes. Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud específicos como neurología, traumatología y cardiología. Este recibe a pacientes referidos por centros de primer nivel de atención.

El HV pertenece a la DIRIS de Lima este, y brinda atención de salud integral y especializada de categoría nivel II-1. Se encuentra ubicado en el distrito de Ate Vitarte. Su población adscrita alcanza aproximadamente a los 478 278 habitantes, además se atiende a población de distritos contiguos y pacientes transeúntes por su ubicación estratégica en la carretera central. Actualmente el HV cuenta con 924 trabajadores, de los cuales 142 son médicos generales y especialistas. Cuenta con 78 camas de hospitalización y 2 salas de operación, y ofrece atención 24 horas (12).

Luego de varios meses de iniciada la pandemia del SARS-CoV-2 y la cuarentena obligatoria que generó, los internos de ciencias de la salud retomaron el internado. Estos se reintegraron, en su mayoría a centros de salud de primer nivel, el cual abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a las actividades enfocadas en la prevención y promoción de la salud. El equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, sin descuidar las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de calidad.

El C.S. Gaudencio Bernasconi es categorizado en el nivel I3, se encuentra ubicado en el distrito de Barranco, y atiende a una población de 17 a 20 mil habitantes. Cuenta con los servicios de medicina, obstetricia, crecimiento y desarrollo, nutrición, odontología, psicología, y un área de atención de tuberculosis (TB). Se hacen referencias quirúrgicas en su mayoría al Hospital Casimiro Ulloa y Hospital María Auxiliadora, pero actualmente por el estado de emergencia también se hacen referencias a gestantes COVID-19 positivo al Hospital de Villa El Salvador. (Anexo 3)

El C.S. Moyopampa – de la misma manera – pertenece al nivel I3 de atención. Se encuentra ubicado en Chosica, y brinda atención en turnos de 6 horas a más de 16 mil pobladores en los servicios de medicina general, obstetricia, crecimiento y desarrollo, nutrición, odontología, psicología, y control de paciente con TB. Además, cuenta con una infraestructura adecuada y fortalecida para hacer frente a los desastres naturales habituales de la zona

como son los huaicos y deslizamientos (Anexo 4). Esta deriva sus referencias al Hospital José Augurto Tello de Chosica.

El internado médico tradicionalmente ha consistido de prácticas preprofesionales durante el último año curricular de los estudiantes de medicina, existiendo rotaciones en las 4 grandes especialidades hospitalarias: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, y cirugía general. Aquí los internos de medicina, guiados por médicos asistentes y residentes, obtienen mayor destreza y responsabilidad debido al contacto directo con pacientes. Al final del internado, los aun estudiantes son evaluados sobre los conocimientos adquiridos durante la carrera en el examen nacional de medicina (ENAM), el mismo que tiene carácter aprobatorio obligatorio para obtener colegiatura y ejercer como médico cirujano en territorio peruano.

La pandemia por SARS-CoV-2 ha restaurado la visión sobre la formación médica a nivel mundial. En el Perú, ha llevado a replantear las mallas curriculares, tomando en consideración la necesidad de egresar nuevos médicos sin dejar de lado que estos adquieran conocimientos y prácticas clínicas mínimas y necesarias para poder ejercer (13).

Uno de los hechos que generó mayor preocupación fue la suspensión de clases y actividades presenciales. Estas actividades incluyen rotaciones hospitalarias, sobre todo en las especialidades que necesitan el alcance de habilidades técnicas, la total perdida de exposición a pacientes y sus patologías, la suspensión de congresos científicos y de investigación, y de las constantes evaluaciones de conocimientos dirigidas a los estudiantes de medicina. Además, los alumnos se vieron enfrentados a una situación difícil, ante el deber permanecer en sus casas para reducir el contagio, mientras que al mismo tiempo debían experimentar las consecuencias de la suspensión de sus estudios. Esto se tradujo también en un aumento en las manifestaciones de patologías de salud mental, que se veían exacerbadas por la sensación de obligación y el deseo de la vocación, de querer participar y colaborar en esta situación de crisis sanitaria (14).

Esto ha provocado una necesidad de establecer un nuevo formato de docencia en el área médica, y retos para llevar a cabo opciones de corto plazo que les confieran a los médicos en formación poder aprender y ayudar en estas circunstancias. En el Perú, si bien no se retornó tempranamente al internado, el MINSA decreto un estado de emergencia, lo que permitía a los internos empezar a trabajar en forma remunerada para los servicios de salud con mayor necesidad de recurso humano.

Consideramos que la pandemia no ha sido negativa en su totalidad para los internos, ya que; han podido experimentar de cerca lo que implica el manejo de una crisis sanitaria. De esta manera, no solo se ven preparados en cuanto a prevención y promoción de la salud, sino también se ha demostrado que la ciencia es dinámica, y que nuevas patologías necesitan no solo de mucho conocimiento teórico, sino de mucho criterio médico. La incertidumbre frente a una enfermedad que no se conoce del todo no debe ser un impedimento para continuar luchando contra esta, sino un impulso para dar lo mejor de cada profesional en esta batalla.

Esta pandemia ha quitado y agregado experiencias a la formación de los internos como futuros médicos, los ha hecho más humanos y hábiles a la hora de tomar decisiones, sin embargo la culminación del internado en un centro de nivel III siempre tendrá una ventaja en cuanto a prácticas clínicas, quirúrgicas y el manejo de una mayor variedad de patologías a diferencia de las que se ven en nivel I. Si bien es cierto, en este último se ve lo básico necesario para un adecuado desenvolvimiento en el SERUMS, mas lo que se vive en el internado hospitalario es una etapa de aprendizaje que no va a volver y los beneficios académicos de esta tampoco.

### **CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

Las experiencias vividas tanto en el ámbito hospitalario como en el de centros de primer nivel de atención comparten una cualidad básica; la medicina basada en evidencias (MBE). La MBE consiste en agregar la experiencia clínica a conocimientos adquiridos previamente, y basarse en ello para futuros casos médicos. Cada patología de cada especialidad trae consigo una cadena de información constantemente actualizada en cuanto a prevención, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico.

Esto es reforzado en el internado hospitalario mediante la constante presentación de exposiciones y presentaciones de casos clínicos, con el requisito de contener la información más reciente tanto para la educación propia como para los co-internos y el resto del personal de salud atendiendo. Estas mismas presentaciones son evaluadas por residentes y médicos asistentes, de tal manera llegando a consolidar los conceptos más importantes de cada patología.

En el primer nivel de atención las metodologías difieren, pero también son de gran utilidad. La accesibilidad a las normas técnicas actualizadas, las cuales no se alejan de los tratamientos aceptados internacionalmente, refuerzan los manejos básicos y esenciales para todo médico general. Además, se incluyen las capacitaciones brindadas por el MINSA en cuanto a metas y obligaciones por cada servicio de un centro de salud, los cuales serán responsabilidad de los actuales internos de medicina, una vez empiecen a ejercer en el SERUMS.

A esto se suma la formación continua por parte de la universidad, que habiendo implementado herramientas de telecomunicación óptimas, ofrece a sus alumnos clases teóricas con tutores especialistas, así como la exigencia de informes semanales con la finalidad de evaluar conocimientos e identificar

áreas en las que se podrían implementar mejoras para el desarrollo de los internos.

Por parte de ambas autoras se notaron diferencias en cuanto a fuentes de información utilizados en primer nivel, comparado a segundo y tercer nivel. Si bien ante todo paciente, el médico – ya sea general o especialista – pone en práctica su criterio profesional, también se toman en cuenta guías y protocolos nacionales e internacionales.

En los centros de salud es primordial el manejo de las guías, protocolos y normas técnicas brindadas por el MINSA. Incluso contándose con material en físico por cada servicio. Esto va de la mano con la obligación de un llenado adecuado de formatos únicos de atención (FUAs), registros diarios de atención y de otras actividades en consulta externa (HIS), recetas y solicitudes de exámenes auxiliares cobiertas por el Sistema De Salud (SIS) y estrategias sanitarias, entre otros documentos que luego son revisados por un médico auditor. (Anexo 5 y 6)

Mientras tanto, en los centros de mayor complejidad como hospitales nivel II y III, se toman en consideración más fuentes internacionales de guías y protocolos, debido a la demanda de atención de patologías menos frecuentes. Entre estas fuentes se ha identificado la importancia de bases de datos actualizados y de alcance inmediato como son el UpToDate y las revistas científicas de sociedades americanas y europeas.

Las especificaciones de protocolos de manejo y guías según casos presentados se describen a continuación:

### **3.1. Pediatría**

#### **3.1.1. Caso 1**

Lo primero que se busca ante un caso de enfermedad diarreica aguda es evaluar el estado de hidratación para determinar su tratamiento. Esto se logró

usando información de la guía de Procedimientos y protocolos de Atención en Enfermedades del Aparato Digestivo del MINSA, (15) catalogando el caso como una deshidratación severa, necesitando terapia de rehidratación endovenosa (EV). Esta última se hizo según las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Rehidratación y Fluidoterapia en Niños y Adolescentes del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). (16) Esta indica que para el manejo de niños y adolescentes con deshidratación severa la rehidratación EV se debe hacer de preferencia con fluidos cristaloides. En cuanto a la velocidad de infusión, ya que se está ante el caso de un paciente no chocado, se recomienda primero administrar 30ml/kg en 30 minutos, seguido por 70ml/kg en 2.

### **3.1.2. Caso 2**

Ante la presentación de una crisis asmática en el paciente pediátrico, primero se debe reconocer su grado de severidad. Para ello se usó la tabla de Score Pulmonar, llegando a la conclusión de estar ante una crisis asmática moderada. Cuyo manejo consiste en nebulizaciones con salbutamol cada 20-30 minutos, por 3 dosis. Una vez controlada la crisis, se recomienda reevaluar al paciente para determinar la clasificación según presentación y severidad del asma, y su respectivo tratamiento basado en las Guías de Práctica Clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales de niño y la niña del MINSA. (17)

### **3.1.3. Caso 3**

Ante el caso de ictericia neonatal primero se descarta posibles causas según el examen físico, la anamnesis, y el momento de aparición. Se plantean diagnósticos presuntivos y se realizan pruebas complementarias basados en el algoritmo de screening y manejo de hiperbilirrubinemia no conjugada en recién nacidos (RN). Una vez hecho el diagnóstico definitivo de ictericia por lactancia materna, se decide el tratamiento mediante el uso de la herramienta de apoyo médico validada “Biliapp”, la cual arroja resultados en comparación con las guías NICE y recomienda – en este caso – fototerapia y control de niveles de bilirrubina en 12 horas (9).

### **3.1.4. Caso 4**

En el Servicio de Crecimiento y Desarrollo de los centros de atención en I nivel de salud, se realiza la importancia del esquema nacional de Vacunación según MINSA. (18) Ante un paciente de 4 meses, las vacunas correspondientes según el anterior serían la vacuna pentavalente, rotavirus, antineumocócica, y la vacuna inactivada contra la polio (IPV).

En el I nivel de atención se realizan planes de atención integral, es por ello por lo que este mismo paciente es captado por el servicio de nutrición para iniciar con su profilaxis de anemia, tal como lo indica la norma técnica (NT): “Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas” del MINSA. (19). Esta reconoce como medidas de prevención a la suplementación con Hierro a niños nacidos a término desde el 4to mes de vida hasta los 35 meses. Dicha suplementación se da con gotas de sulfato ferroso o gotas de complejo polimaltosado férrico de forma diaria, desde los 4 hasta los 6 meses, seguido por consumo de micronutrientes en sobres de 1gramo en polvo, un sobre diario hasta completar 360 sobres.

## **3.2. Cirugía General**

### **3.2.1. Casos 5-6**

Ambos casos presentan a pacientes con el diagnóstico de apendicitis aguda. Ante la sospecha de esta patología, la primera actitud que se toma es evaluar la probabilidad de tratarse de apendicitis y su manejo; esto usando el score de Alvarado (20). en ambos casos se llega a un puntaje entre 7 y 10, concluyendo necesaria una apendicetomía.

La apendicitis aguda se da por obstrucción de la base apendicular, en el primer caso por sobreinfección parasitaria, y en el segundo caso más probablemente por un fecalito. Una apendicitis aguda no complicada se

resuelve con apendicetomía, mientras que una asociada a peritonitis requiere de drenaje o lavado de cavidad.

### **3.2.2. Caso 7**

El vólvulo intestinal se define como una torsión generalmente en un segmento de intestino con mesenterio amplio. Se ubica frecuentemente en el colon sigmoides, y está asociado a dietas ricas en fibras y carbohidratos (21). el caso describe a un paciente presentando la clínica característica.

Los exámenes auxiliares de la patología incluyen clásicamente a la imagen en “grano de café” vista en la radiografía abdominal tomada a la bipedestación, tal como descrito en el caso. También se conoce de la imagen en “pico de pájaro” en la tomografía abdominal (22).

El tratamiento es basado en el algoritmo de abordaje y manejo del vólvulo del sigmoides en el adulto, según UpToDate (23).

### **3.2.3. Caso 8**

En el servicio de Emergencia de Cirugía General, algunos de los casos más frecuentes son las heridas. Se determina el abordaje según sus características.

En el caso descrito se menciona una herida cortante, cuyo manejo según la Guía de Procedimientos y Protocolos de Atención en Emergencias, consiste en lavado profuso, infiltración con lidocaína al 2% sin epinefrina y suturas. Estas últimas deben ser hechas con material no absorbible. Posterior a ello se cubre con gasa (24). esta guía no considera necesario el uso de antibióticos ante heridas de extensión disminuida. Sin embargo, como se trata de una herida contaminada por las circunstancias en las que se originó, se decide profilaxis antibiótica. Los patógenos más frecuentes hallados en piel son el *S. aureus* y el *S.pyogenes*, por lo que se usa Cefalexina (25).

Por último, para el manejo del dolor se prefiere indicación de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) condicional, pero debido al origen traumático se establece horario determinado.

### **3.3. Medicina Interna**

#### **3.3.1. Caso 9**

El MINSA brinda la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de atención, el cual ante un paciente previamente diagnosticado y bien controlado, indica pautas para el seguimiento. Este consiste en identificar el tratamiento y determinar si el paciente alcanza las metas de control cardiometabólico.

Se describe a un paciente que, sí alcanza dichas metas, entonces se recomienda reforzar los cambios del estilo de vida y su monoterapia con Metformina (26).

#### **3.3.2. Caso 10**

El MINSA brinda la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención, sin embargo, ante el caso de una crisis hipertensiva en primer nivel, no plantea ninguna recomendación. Se centra más bien en el manejo crónico (27).

Por ello, se usan como base guías internacionales, que recomiendan la administración de captopril vía oral en dosis de 25mg, seguido por una reevaluación de la presión arterial (PA) a los 30 minutos. En caso de no disminuir la PA, se puede repetir la dosis hasta 3 veces, sin embargo, si se da el caso es preferible hacer referencia a centro de mayor complejidad (28).

#### **3.3.3. Caso 11**

El MINSA brinda la norma técnica (NT) de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH, cuya finalidad es reducir su transmisión en el

territorio peruano, mediante el refuerzo de las actividades preventivas promocionales y mediante la atención integral del adulto con VIH (29).

El caso descrito es una muestra de las disposiciones específicas que buscan lograr la meta descrita anteriormente, específicamente a las disposiciones de promoción de la salud, y prevención de la salud.

#### **3.3.4. Caso 12**

Según nuestra experiencia, las urgencias por casos de mordedura de perro y/o gato son de las más frecuentes vistas en tópico de centros de salud del I nivel.

Para ello, se toma como guía a la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de Rabia Humana en el Perú, que indica como tratamiento inicial el lavado con abundante agua y jabón, además de la aplicación de suero antirrábico o vacuna; según las características de la lesión y/o del animal. No recomienda suturar la herida (30).

Esta NT comparte varias semejanzas con el algoritmo profiláctico post-exposición al virus de la rabia según UpToDate, así como las recomendaciones de antibioticoterapia. Siendo la de elección la administración por vía oral de amoxicilina + ácido clavulánico.

### **3.4. Ginecología – Obstetricia**

#### **3.4.1. Caso 13**

El MINSA brinda la Guía Nacional de Manejo de Casos de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Este agrupa a las ETS en síndromes, lo cual demuestra gran utilidad en el I nivel de atención, porque permiten un tratamiento oportuno y bienestar del paciente, sin importar la falta de insumos de laboratorio necesarios para hacer un diagnóstico etiológico (31).

Incluye un flujograma de manejo del síndrome doloroso abdominal bajo que, en caso de cumplir los criterios sugestivos, recomienda tratamiento para

enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Además, recomienda brindar consejería en ETS y VIH, supervisión del cumplimiento del tratamiento, y promoción del uso y entrega de métodos de barrera (32).

#### **3.4.2. Caso 14**

Las autoras han notado un gran peso de la planificación familiar en las atenciones brindadas en los centros de salud. Esto se logra con base según la NT de Salud de Planificación Familiar del MINSA (33).

Esta incluye en sus disposiciones específicas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, y a la orientación y consejería. Sus componentes de prestación comprenden a la evaluación clínica del usuario(a), la selección del método de planificación, la prescripción del método anticonceptivo, y su aplicación o entrega.

La selección del método se logra informándole al usuario(a) las características de cada opción. Esto incluye la eficacia, las contraindicaciones, los beneficios, el riesgo al embarazarse, y la elegibilidad del método (34).

#### **3.4.3. Caso 15**

El desprendimiento prematuro de placenta es considerado una emergencia obstétrica según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva de MINSA. El cual indica culminación del embarazo por cesarea, sin importar la edad gestacional.

Se usan de apoyo guías internacionales con indicaciones más detalladas, como la diferencia de manejo entre una gestante estable y una gestante inestable, y según edad gestacional y maduración pulmonar fetal. En el caso descrito se recomienda la inducción al trabajo de parto, tomando en cuenta que la edad gestacional de 36 semanas implica una adecuada maduración pulmonar fetal, y por ende la baja tasa de mortalidad (35).

#### **3.4.4. Caso 16**

Existe gran variedad etiológica en el grupo de masas mamarias, con ello se conocen criterios internacionales para determinar la probabilidad de encontrarse ante una lesión benigna o maligna.

El caso presenta una masa mamaria de características sugerentes de patología benigna. Sin embargo, el MINSA cuenta con un Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú (36). Teniendo a este en mente, y debido al antecedente familiar de cáncer de mama, se sugiere indicar ecografía y seguimiento.

## **CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El desarrollo del internado antes y después de la pandemia tienen no solo grandes diferencias, sino marcadas ventajas y desventajas. El internado médico cada año se culmina al término de 4 rotaciones, todas muy importantes en la formación del profesional. Estas requieren no solo conocimientos teóricos, sino también de mucha práctica, puesto que solo así el interno adquirirá la seguridad necesaria para comenzar a trabajar como médico cirujano una vez graduado. Durante este año los alumnos consolidan todo lo aprendido durante 6 años, por lo cual, están ávidos por querer confirmar lo que saben mediante la práctica.

La rotación de cirugía tiene una especial importancia, y es que no todos los internos se formarán como especialistas en cirugía general más adelante, por lo que, tal vez el paso por esta especialidad sea una oportunidad única en su vida para ganar conocimiento y destrezas. La diferencia de rotar esta especialidad en un hospital comparada con un centro de salud es abismal. Primero que los tutores no son especialistas – lo cual es lo idóneo en cada rotación. Segundo, la gran mayoría de patologías necesitan ser referidas de centros de nivel I a hospitales de nivel II o III. Por esto, la exposición a patologías quirúrgicas por parte de los internos es casi nula.

Otra gran desventaja es que al existir hospitalización en el nivel III el interno debe tener un control y seguimiento constante de su paciente; del cual debe informar a sus residentes o asistentes en cada visita médica. Esto no solo le da gran responsabilidad, sino que evalúa su aprendizaje día a día, siendo puesto a prueba por los médicos; quienes no solo tienen la obligación de conocer el estado del paciente, sino de identificar cómo actuaría el interno frente a casos complejos. Tener a cargo pacientes no solo los prepara como profesionales de la salud, también les enseña y permite experimentar la

verdadera relación médico- paciente, creando un vínculo empático y haciéndolos más humanos.

Por último, la oportunidad de ingresar a una sala de operaciones, de preparar al paciente y asistir a los residentes y asistentes; les permite a los internos ver de cerca aquello por lo que estudian. Se da otro nivel de aprendizaje, y eso lamentablemente no se puede adquirir en el nivel I. Sin embargo, hay algo que los centros de salud tienen como ventaja; y esa es la practica más básica y necesaria en cirugía; en cuanto a suturas se trata. Si bien es cierto en un hospital se tiene la oportunidad de realizar esto, solo se logra cuando al interno le corresponde guardia de emergencia, mientras que en un centro de salud el interno ve esto más seguido y tiene la oportunidad de practicar constantemente, preparándose así para el SERUMS.

La rotación de ginecología-obstetricia es fundamental en la formación del futuro médico, lamentablemente en los centros de salud no se pueden tratar la mayoría de patologías ginecológicas como se haría en un hospital, sin embargo, en el primer nivel se tiene la oportunidad de realizar la prevención y promoción de la salud mediante planificación familiar, cosa que en un hospital no se ve tan de cerca , a excepción de los días que al interno le toca rotar por consultorio; pero esto no es muy constante. Obstetricia en el primer nivel tiene mucha responsabilidad con las gestantes, esto es beneficioso para el interno porque le permite ver a las futuras madres, realizarles controles prenatales, monitorearlas y evaluarlas, e incluso ante una emergencia antes de referir a cualquier paciente; deben estabilizarla.

Pediatría y neonatología de las rotaciones que tienen mayores ventajas en un centro de salud, la exposición a pacientes es considerable, y el manejo de enfermedades guiadas por los tutores brinda enseñanza y seguridad para vivencias futuras, sin embargo, es probable que en neonatología existan muchos vacíos en cuanto practica se refiere, puesto que la atención del RN es esencial, y esta solo puede aprenderse en hospitales nivel II y III. Al igual que cirugía general, neonatología es una especialidad que probablemente se tendrá la oportunidad de estudiar y ver de cerca solo durante el internado por lo cual es una pena que muchos estudiantes no hayan tenido la posibilidad de

experimentarla. Otra ventaja en un centro de salud es que estos están a cargo de las inmunizaciones de los niños, este es un gran pilar para la prevención y promoción de la salud del cual estaremos a cargo cuando iniciemos el SERUMS.

Finalmente, medicina interna es una rotación de la cual los internos pueden sacar provecho tanto en un centro de salud como en un hospital, las enfermedades crónicas son atendidas en ambos niveles de atención y son las que los estudiantes como futuros serumistas verán en sus próximos puestos de trabajo, estar expuestos a este tipo de pacientes constantemente les da a los internos una gran experiencia en su manejo. No se ignora el hecho de perderse la oportunidad de toparse con diagnósticos de patologías raras, como se podría lograr en un hospital de mayor complejidad, pero tomando en cuenta la situación actual, una rotación por un servicio hospitalario de medicina interna sería una de las más riesgosas.

En general, a partir de lo expuesto es evidente que la formación del interno en un centro de salud no está compuesta solo por desventajas. Es sabido que el último año de la carrera de medicina humana es el más importante, pero esto no significa que los 6 años previos no jueguen un papel fundamental. Si la base de esos 6 años es fuerte, las limitaciones de un internado en primer nivel no serán tan perjudiciales a largo plazo. Depende mucho también de la vocación y disciplina del profesional de salud.

## **CONCLUSIONES**

El Perú es un país que no está ni estaba preparado para la magnitud de esta pandemia, y eso se vio reflejado en la crisis sanitaria que afectó la formación de muchos estudiantes de la salud

La pandemia por SARS-CoV-2 ha traído consigo grandes alteraciones sobre la formación médica a nivel mundial. En nuestro país ha llevado a replantear las mallas curriculares para adaptar a los internos a la nueva coyuntura y permitir su retorno a actividades presenciales

La formación del interno en un centro de salud, al igual que el internado hospitalario, consta de numerosas ventajas y desventajas. Sin embargo, influye mucho la actitud del alumno y la colaboración de entidades que brinden el apoyo para continuar con sus estudios, así como la universidad y las sedes docentes.

## RECOMENDACIONES

El sistema de salud del país persiste con una brecha de recursos para atender la demanda regular de salud, lo que condicionará su respuesta a una nueva amenaza como el COVID-19. Sin embargo, con la experiencia acumulada en el manejo de epidemias, así como por las recientes acciones adoptadas por las autoridades sanitarias, se tiene la confianza de que el país podrá superar la crisis

Mejorar la situación sanitaria en el Perú no solo depende del sistema de salud, sino también de la población. Esta debe, de una vez por todas, actuar con responsabilidad en la prevención, que es el principal medio para contener la cadena de contagio, además de evitar la propagación de rumores o noticias sensacionalistas. A ello se debe sumar una actuación responsable de parte de los medios de comunicación para evitar el pánico colectivo que conlleva a que la población se automedique de manera incorrecta

Frente a las desventajas, el personal de salud debe intentar adaptarse a la nueva realidad y tratar de sacar provecho de cualquier circunstancia por más complicada que parezca.

Los internos de medicina deben tener en cuenta que el aprendizaje continúa a lo largo de su vida profesional, y que eventualmente cuando las medidas se vayan levantando, y se pueda volver a hospitales sin implicar mayores riesgos; siempre es posible la búsqueda personal de oportunidades que aporten al desarrollo académico.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Análisis de la situación de salud del Perú 2018, Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. 2019 [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf). 13 de abril del 2021
2. Roxana Isabel Cardozo Gonzales. Visión panorámica de la situación de salud en el Perú. Revista Latinoamericana de enfermedades. 2017. <http://www.oge.sld.pe/>.
3. Presidencia del consejo de ministros del Perú. Normas Legales. El Peruano.2008. <https://serumista.com/2015/01/ds-007-2008-sa-optimizado-modificaciones-al-reglamento-de-la-ley-23330-serums.pdf>
4. Ministerio de Salud. Plan Nacional frente a una Potencial Pandemia de Influenza. 1ra ed. Lima - Perú: Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 854- 2005/MINSA; 2005. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1025\\_OGE57.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1025_OGE57.pdf)
5. Percy Herrera-Añazco, médico nefrólogo. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta Medica Peruana. 2020. 37(2). <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.32.999>
6. Uriel García Cáceres. El Cólera en la historia de la medicina social peruana: Comentarios sobre un decreto precursor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016. 19(2). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-463420020002016](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-463420020002016). 12 de abril del 2021
7. Ciro Maguiña Vargas. Historia del cólera en el Perú en 1991. Acta Médica Peruana.2018. 27(3). 27-28

8. Benenson A. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. OPS. Publicación científica N° 507. 14ta edición 1985. Washington.
9. Harrison. Principles of Internal Medicine. 15a Edition. McGraw-Hill Companies, Inc.
10. National Institute for Health and Care Excellence, Jaundice in newborn babies under 28 days. National Institute for Health and Care Excellence guideline. 2010. 16 de abril del 2012, disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/resources/jaundice-in-newborn-babies-under-28-days-pdf-975756073669>
11. Santiago Valero Álamo CrI. S. PNP. Intervención de la Sanidad ante Desastre de gran Magnitud. <https://www.indeci.gob.pe/wp-content/uploads/2019/01/fil20150814153800.pdf>. 12 de abril del 2021
12. Ministerio de Salud –Hospital Vitarte. Plan de reposición de equipos. <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2015/R20434.pdf>. 12 de abril del 2021
13. Percy Herrera-Añazco, Carlos J. Toro-Huamanchumo. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta medica Peruana. 2020. 37(2). <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-169.pdf> . 16 de abril de 2021
14. Víctor Torres-Muñoz, Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. Revista Mexicana de Urología ISSN. 2020. 80(3). <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>
15. Ministerio de Salud, Procedimientos y protocolos de Atención en Enfermedades del Aparato Digestivo del MINSA. Procedimientos de Atención y salud infantil MINSA. 2000. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701\\_MS-PSNB318-5.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-5.pdf)
16. Ruth Colca Cruz. Guia de práctica clínica de rehidratación y fluidoterapia en niños y adolescentes. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación de EsSalud. 2017. <http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC-Fluidoterapia-Version-Corta.pdf>

17. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales de niño y la niña. Guía de Enfermedades Respiratorias MINSA. Biblioteca nacional del Perú. 2006. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2087-1.pdf>
18. Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones. Esquema nacional de Vacunación. Guía del Ministerio de Salud. Millennium Challenge Corporation. 2010. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2060.pdf>
19. Ministerio de Salud del Perú. Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Guía del Ministerio de Salud. Biblioteca Nacional del Perú .2017 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
20. Leopoldo de Quesada Suárez. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. 2015. 54(2) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932015000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004)
21. Dr. Lázaro Quevedo Guanche. Vólvulo del sigmoide: diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Cirugía 2007; 46 (3) [.http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n3/cir16307.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n3/cir16307.pdf)
22. Ali Nawaz Khan. Sigmoid volvulus imaging. Medscape. .2021. <https://emedicine.medscape.com/article/373585-overview>
23. Richard A. Hodin. Volvulus of the colon. Incidence and mortality. Ann Surg 1985; 202:83.. [https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=sigmoid%20volvulus&source=search\\_result&selectedTitle=1~14&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=sigmoid%20volvulus&source=search_result&selectedTitle=1~14&usage_type=default&display_rank=1)
24. Ministerio de Salud, Procedimientos y Protocolos de Atención en Emergencias. Procedimientos de Atención y salud infantil MINSA. 2000 [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701\\_MS-PSNB318-7.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-7.pdf)
25. Adriana Patricia Cruz. Antibióticos en cirugía dermatológica ¿Cuándo se deben usar?. Revista Asociación Colombiana de Dermatología. 16(2) [https://revistasocolderma.org/sites/default/files/antibioticos\\_en\\_cirugia\\_de\\_rmatologica.pdf](https://revistasocolderma.org/sites/default/files/antibioticos_en_cirugia_de_rmatologica.pdf)
26. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud. Biblioteca

- Central del Ministerio de Salud.2016.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
27. Dirección General de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud. Biblioteca Central del Ministerio de Salud.2011  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>
28. Crisis Hipertensiva. Actualización en Medicina de Familia. 2018.  
[https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1235](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1235)
29. Dirección de estrategia Sanitaria Nacional. Norma técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el VIH. Ministerio de Salud. Biblioteca Nacional DEL Peru. 2015  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4866.pdf>
30. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Componente Especial de Zoonosis. Norma técnica de salud para la prevención y control de la rabia humana en el Perú. Ministerio de Salud. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. 2006  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/770\\_DGSP242.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/770_DGSP242.pdf)
31. Programa de control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Guía Nacional de Manejo de Casos de Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud. Biblioteca Nacional Del Perú  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2104.pdf>
32. Gerencia Central de Prestaciones de Salud -EsSalud. Guía de Manejo Síndromico de las Infecciones de Transmisión Sexual. Guía de Seguro Social de Salud. 2010  
<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/disposiciones/08GCPS2010.pdf>
33. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. Biblioteca Nacional del Perú. 2017.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
34. Thompson R, Manski R, Donnelly KZ. contraception:Counseling and selection . BMJ Open 2017; 7:e017830.  
<https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-and->

selection?search=birth%20control%20options&source=search\_result&selectedTitle=2~150&usage\_type=default&display\_rank=2

35. Dirección General de estrategia Sanitaria. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Ministerio de Salud. Biblioteca Nacional de Salud .2007  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
36. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Cáncer. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú. Ministerio de Salud. Biblioteca Nacional de Salud. 2017  
[https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-management-and-long-term-prognosis?search=desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta&topicRef=6826&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-management-and-long-term-prognosis?search=desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta&topicRef=6826&source=see_link)

## **ANEXOS**

### 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"

#### 1. PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud (MINSA) promueve la formación integral de los profesionales de las ciencias de la salud, en el marco de su competencia en recursos humanos en salud (RHUS), con la finalidad de procurar que la población tenga acceso a prestaciones de salud en condiciones de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad, dignidad y pertinencia social, entregadas por Recursos Humanos en Salud (RHUS) con el perfil adecuado.

El internado en ciencias de la salud es el período correspondiente a las prácticas preprofesionales de los estudiantes del último año de formación de pregrado en ciencias de la salud, desarrollado en los establecimientos de salud, bajo tutoría de la universidad.

El Ministerio de Educación dispuso, a través de la Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU, complementado mediante Resolución Viceministerial N° 095-2020-MINEDU, la suspensión de actividades lectivas realizadas de modo presencial, por las universidades públicas y privadas, en tanto se mantenga vigente la emergencia sanitaria por COVID-19 y hasta que se disponga el restablecimiento del servicio educativo presencial.

El MINSA requiere contar con el mayor número de RHUS disponibles para ser incorporados al sistema, para así fortalecer los sistemas de prevención, control y vigilancia y la respuesta sanitaria para afrontar la pandemia por la COVID-19, por lo que se emitió el Decreto de Urgencia N° 090-2020, que establece medidas para dicho propósito, e incluye la reanudación de actividades de los internos de ciencias de la salud, por ser su participación un apoyo importante para continuar la dinámica de los servicios de salud, siempre bajo supervisión de la universidad, por su condición de RHUS en formación.



Los presentes lineamientos se emiten en función a lo señalado en la Primera Disposición Complementaria Final de la norma citada, el cual indica que el MINSA, emite las disposiciones complementarias que resulten necesarias para la implementación de las disposiciones contenidas en el Decreto de Urgencia en mención.

#### 2. FINALIDAD

Contribuir a la formación de los internos de ciencias de la salud para la adquisición de competencias para la formación profesional, mejorando la gestión y desarrollo de los recursos humanos en salud.

Asimismo, se busca la disponibilidad de todos los recursos humanos posibles para garantizar el acceso de las personas usuarias de los servicios de salud, en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020, que establece medidas excepcionales y

## Anexo N°2

### Consentimiento informado del interno de ciencias de la salud para iniciar o reanudar sus actividades de internado

Mediante el presente documento, yo \_\_\_\_\_  
(nombres y apellidos completos), identificado con Documento Nacional de Identidad / Carné de  
extranjería N° \_\_\_\_\_ en mi condición de interno de la carrera  
profesional de \_\_\_\_\_ de la Universidad  
\_\_\_\_\_, expreso mi  
consentimiento informado para iniciar o reanudar, voluntariamente, las actividades del  
internado en ciencias de la salud.

Asimismo, tengo conocimiento sobre los factores de riesgo para la COVID-19, así como de los  
signos y síntomas característicos, conforme a lo establecido en las normas emitidas por el  
Ministerio de Salud.

De igual forma, manifiesto que (sí) o (no) presento factores de riesgo o comorbilidad,  
consistente en \_\_\_\_\_ (señalar comorbilidad o factor de riesgo de  
existir), por lo que, expreso mi voluntad para iniciar o reanudar el internado pese a la condición  
antes descrita.

Suscribo el presente consentimiento informado, en la ciudad de \_\_\_\_\_  
a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2020.



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI / C.E. N° \_\_\_\_\_

# Anexo N°3



## FORMATO UNICO DE ATENCIÓN

NUMERO DE FORMATO

040 - 14 - 23400001

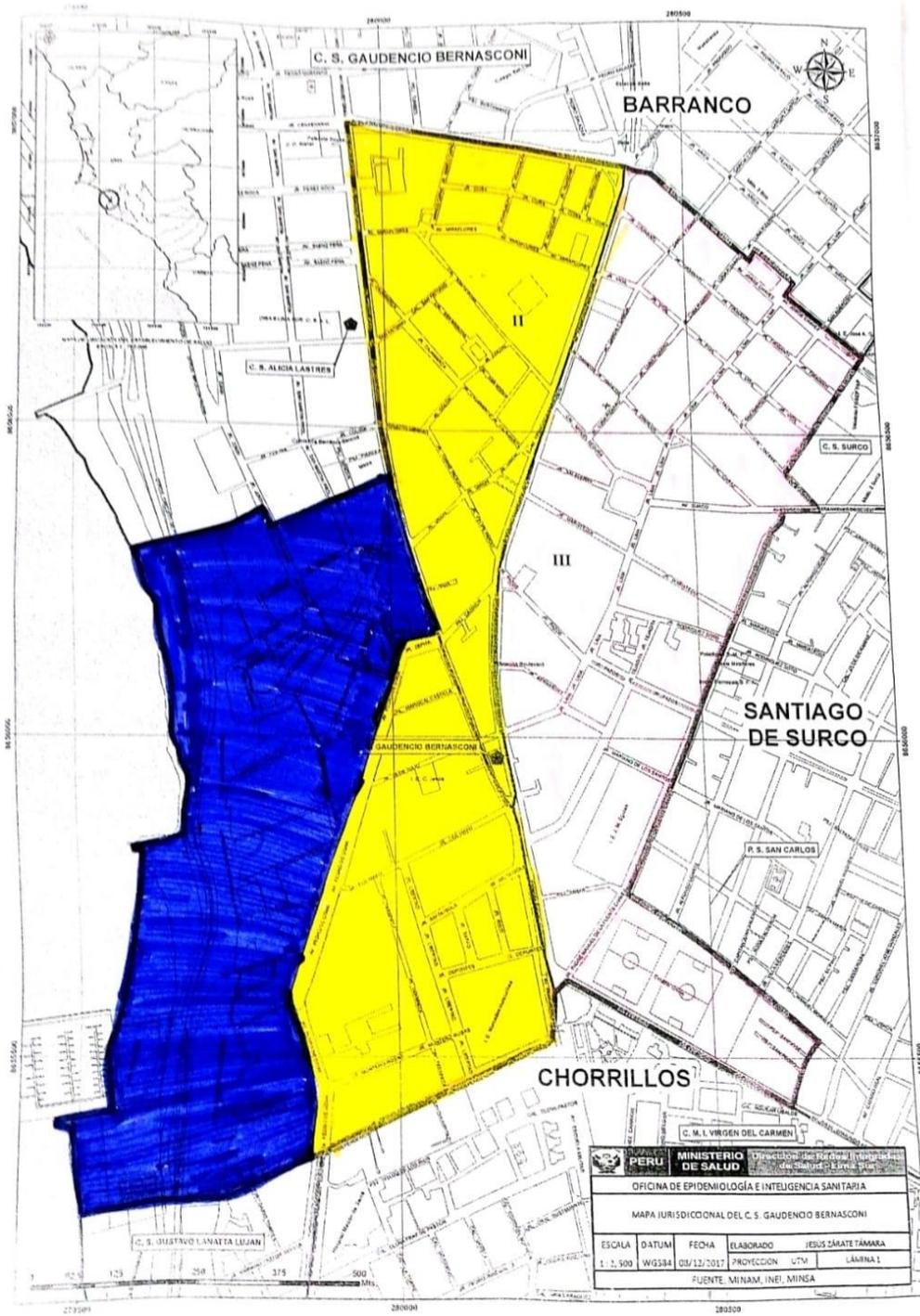
CODIGO E.S./EQUIPO AISPED <b>040104A202</b>		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCIÓN <b>C.S. ZAMACOLA</b>				RECONSIDERACIÓN (*) N° FUA PARA RECONSIDERACIÓN							
COMPONENTE		TIPO FORMATO AFILIACIÓN		CODIGO AFILIACIÓN/INSCRIPCIÓN		IDENTIFICACIÓN		CODIGO DE AFILIACIÓN SEGURO (*)					
SUBSIDIADO	<input checked="" type="checkbox"/>	NUEVO		DISA	NUMERO	TD	N° DOCUM	INSTITUCIÓN					
SEMISUBSIDIADO		ANTIGUO	INSCR AFIL. <input checked="" type="checkbox"/>	<b>040</b>	<b>2</b>	<b>63000021</b>	<b>1</b>	<b>63000021</b>	COD SEGURO				
APELLIDO PATERNO <b>QUIJANDRIA</b>					APELLIDO MATERNO <b>TORRES</b>								
PRIMER NOMBRE <b>JUAN</b>					OTROS NOMBRES <b>LUIS</b>								
FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		ATENCIÓN		GESTANTE		CONCEPTO PRESTACIONAL				
DIA	MES	AÑO	MASCULINO	<input checked="" type="checkbox"/>	AMBULATORIA	<input checked="" type="checkbox"/>	PUERPERA		ATENCIÓN DIRECTA	<input checked="" type="checkbox"/>	N° AUTORIZACIÓN	MONTO	
<b>21</b>	<b>08</b>	<b>2013</b>	FEMENINO		REFERENCIA				BNF. ALTO COSTO				
FECHA DE ATENCIÓN			HORA		LUGAR DE ATENCIÓN		N° HIST. CLÍNICA		SEPLIO		FECHA DE PARTO		
DIA	MES	AÑO			INTRAMURAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>105231</b>		TRASLADO		DIA	MES	AÑO
<b>23</b>	<b>04</b>	<b>2014</b>	<b>10</b>	<b>50</b>	EXTRAMURAL								
PERSONAL QUE ATIENDE DEL ESTABLECIMIENTO		CODIGO PRESTACIÓN		CODIGO E.S./EQUIPO AISPED		NOMBRE DEL E.S./EQUIPO AISPED QUE REFIERE		N° HOJA REFERENCIA					
<input checked="" type="checkbox"/>		<b>007</b>											
DESTINO DEL ASEGURADO													
REFERIDO													
ALTA	OTADO	<input checked="" type="checkbox"/>	EMERGENCIA	C. EXTERNA	APOYO AL DIAGNOSTICO	CONTRAREFERIDO	FALECIDO						
CODIGO DEL E.S.				E.S. AL QUE SE REFIERE/CONTRAREFERENCIA				HOJA REFERENCIA/CONTRAREFERENCIA					
SERVICIOS PREVENTIVOS													
OPN N°	PESO (kg)	<b>7.3</b>	TALLA (cm)	<b>66.4</b>	CONSEJERA NUTRICIONAL	(SI) (NO)	VACUNAS N° DOSIS						
EDAD GEST.	EDAD GEST. IN (SEM)		APGAR	<b>1</b>	<b>5</b>	CONSEJERA PP. PP.	ECG	ENFERMEDAD	ANTIAMARILLA				
ALT. UTERINA	CRED N°		ADMINISTRAC. VITAMINA K		PROFILAXIS OCULAR	BO (NO)	DPT	PAROTO	ANTITETANICO				
P.A. (mmHg)	EDDY/TEPSI	(SI) (NO)	ADMINISTRAC. VITAMINA K		ADMINISTRACION SUBL. NUTRIC.	(SI) (NO)	ARO	RUBEDA	ANTITETANICA				
PSICOPROFILAXIS	LACTANCIA MATERNA EXCLUS.	(SI) (NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)				ASA	ROTAVIRUS					
ADMINISTRACION OROLOGICA							SPE	OTITIS					
							HVS	PENTAVAL					
DIAGNÓSTICOS													
N°	DESCRIPCIÓN						DX INGRESO		DX EGRESO				
1	<b>OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS ESPECIFICADAS</b>						TIPO DX	CIE - 10	CIE - 10	TIPO			
2							<b>P D R</b>	<b>Z29.8</b>		D R			
3							<b>P D R</b>			D R			
4							<b>P D R</b>			D R			
5							<b>P D R</b>			D R			
N° DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						N° COLEGIATURA					
<b>19742982</b>		<b>MARIA DEL CARMEN VALVERDE COYLA</b>						<b>29961</b>					
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			ESPECIALIDAD										
<b>6</b>													
Firma y Sello del Responsable de la Atención						Firma del afiliado o Aprobado							
						Huella Digital del Asegurado o Aprobado							

Anexo N°4

MINISTERIO DE SALUD															1 TURNO		
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA															MAÑANA	TARDE	
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud																	
2	3	4			5			6			7			8		9	
AÑO	MESES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD			EDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (EP)			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN			HISTORIA CLÍNICA / #			TIPO DE		CÓDIGO	
7	8	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
DIAS	9	FINANC. DE SALUD	PROV. DE SALUD	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTAB. ELEC.	SERV. VIG.	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	DIAGNÓSTICO P D R	LAB.	OE / CFI					
1						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
2						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
3						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
4						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
5						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
6						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
7						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
8						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
9						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
t#:						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
t#:						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				
t#:						M	N	N	1		P	D	R				
							C	C	2		P	D	R				
						F	R	R	3		P	D	R				

PARA ÍTEM 10: FINANCIADOR DE SALUD				ÍTEM 15 Y 16 (CONDICIÓN DE INGRESO)				PARA ÍTEM 18			
1 USUARIO	4 SOF	7 SANIDAD EP	10 OTROS	N PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA)	P DX PRESUNTIVO.						
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	8 SANIDAD PR	11 EXONERADO	C PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO.	D DX DEFINITIVO.						
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVA	9 PRIVADOS		R PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO.	R DX REPETIDO (CONTINUA)						

# Anexo N°5



Anexo N°6

# CENTRO DE SALUD MOYOPAMPA MAPA DE SECTORIZACION



sector 1	sector 2	sector 3	sector 4	sector 5
Asoc. Maria Auxiliadora Asoc. Maria P. de Bellido Paquillana y Carrillo Paseaje Hipolito Unanue Malecon Rimac Av. Independencia Toribio Rodrige M. Alfonso Ugarte Andres Arellano C. Salvador Villafane Juana Paj. El Triunfo Olavide Paj. H. Unanue Ca. Los Laureles	Asoc. Villa Don Bosco Cop. Bata Sol Mareno Meigar Francisco de miranda Ramon Castilla Daniel Alcides Carrion Tupac Amaru Eco Bolognesi Ca. Manuel Delgado Julio C. Tello	Jorge Chavez Paj. San cristobal Miguel Grau Paj. Wilson Jose Olaya Paj. Wilson Ca. Daniel A. Paj. Wilson Paj. 13 Ca. Buenos Aires Ca. 13 de Octubre Ca. 2 de Mayo Ca. Jose Galvez Paj. San Cristobal Ca. 13 de Octubre	Buenos Aires comite 1 Manco Capac Inca Pachacuti Tupac Yuspamqui Inca Roca Paj. Huiracocha Paj. Inca Yupanqui Paj. Huayna Capac Paj. Roserio Paj. Inca Yupanqui CA. Yawar Huaca	Asoc. Agricola Don Bosco Asoc. Casuarinas Asoc. casa Huerta Chiappo Camino Real Huerto Nicolini Magnolias