



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PERCEPCIÓN DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CONTEXTO DE
UNA PANDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD GAUDENCIO
BERNASCONI, LIMA 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR
ANA MARÍA CORRALES CARRASCO**

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PERCEPCIÓN DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CONTEXTO
DE UNA PANDEMIA EN EL CENTRO DE SALUD GAUDENCIO
BERNASCONI, LIMA 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANA MARÍA CORRALES CARRASCO**

**ASESORA
DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. José Antonio Galarreta Zegarra

Miembro: Dr. Luis Taxa Rojas

Miembro: Dra. Catherine Gutarra Chuquin

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Importancia del internado	1
1.2 Que esperar y que lograr en el internado	2
1.3 Casos clínicos atendidos en la población	3
1.3.1 Medicina Interna	3
1.3.2 Pediatría	5
1.3.3 Ginecología – Obstetricia	6
1.3.4 Cirugía	7
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	9
2.1 Establecimientos donde se llevó acabo el internado	10
2.2 Situación nacional antes y durante la pandemia y como esto afecta el trabajo en el internado	11
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
3.1 Manejo de los casos clínicos	14
3.1.1 Medicina interna	14
3.1.2 Pediatría	16
3.1.3 Ginecología - Obstetricia	19
3.1.4 Cirugía	21
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24

CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	32
ANEXOS	37
1. Flujograma de referencia y contrareferencia por apoyo al diagnóstico C. S. Gaudencio Bernasconi	37
2. Sistema de referencia y contrareferencia en materno perinatal	38
3. Flujograma de referencias y contrareferencias	39

RESUMEN

Introducción: El internado es una parte muy importante en la formación académica del médico, además de ser un requisito indispensable para poder ejercer esta excelente profesión humana.

El internado en condiciones normales se desarrollaba en establecimientos de salud de tercer nivel durante todo un año, sin embargo, a raíz de la pandemia por el COVID-19, se vio interrumpida temporalmente y trajo consigo varias dificultades que se tuvieron que superar para poder culminar satisfactoriamente en un tiempo menor y en establecimientos de primer nivel.

Objetivo: Trasmitir las experiencias de cómo se llevó a cabo el internado en tiempos de pandemia a fin de exponer ciertas problemáticas que deberán ser mejoradas para los futuros internos, así como dar un panorama más real de la situación y señalar los logros que se obtuvieron a pesar de ello.

Conclusión: En medicina cada día hay algo nuevo por aprender independientemente del lugar donde se realice el internado, por eso es importante adaptarse a cualquier situación que se nos presente, y aprovechar al máximo esta experiencia para aplicarla de manera eficiente en el futuro.

Palabras claves: internado médico, estudiantes de medicina, pandemia, COVID-19

ABSTRACT

Introduction: The internship is a very important part of the doctor's academic training as well as being a requirement to be able to practice. Under normal conditions, it was developed in level III health facilities for a whole year, however, as a result of the COVID-19 pandemic, it was temporarily interrupted and brought with it several difficulties that had to be overcome in order to be able to complete it satisfactorily in a shorter time and in level I health facilities.

Objective: To transmit the experiences of how the internship was carried out in times of pandemic in order to expose certain problems that should be improved for future inmates as well as to give a more real picture of the situation and what our achievements were despite it.

Conclusion: in medicine every day there is something new to learn regardless of the place where the internship is carried out, for this reason they must adapt and continue.

Keys words: medical internship, medical students, pandemic, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

El internado médico corresponde al último año de la carrera de medicina humana, cuyo objetivo es poner en práctica y consolidar los conocimientos aprendidos durante los últimos seis años.

Estas prácticas pre profesionales se suelen desarrollar en las diversas entidades públicas y privadas que componen el sistema de salud en el Perú. Es necesario indicar que el gobierno ofrece un servicio médico a la población no asegurada a través del sistema integral de salud (SIS), la cual cubre los servicios básicos de la población en situación de pobreza; este sistema está dividido en tres niveles: el primer nivel es el nacional, conformado por el Ministerio de Salud (MINSU), el segundo nivel es el regional representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), y el tercer nivel es el local a cargo de algunas municipalidades encargadas de la administración y presupuesto de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones ⁽¹⁾.

Por otro lado, tenemos al Seguro Social de Salud (EsSalud) regulado por el Ministerio de Trabajo y promoción del empleo cuya población asignada son las personas asalariadas y sus familiares, también encontramos las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) reguladas por el Ministerio de Defensa y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, regulada por el Ministerio del Interior, quienes brindan servicio solo a sus

miembros y familiares, es preciso señalar que cada una de estas entidades cuentan con sus propias instalaciones para brindar atención médica ⁽¹⁾.

También tenemos las instituciones del sector privado como son las entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil ⁽¹⁾.

El desarrollo de las actividades del internado se basa en las denominadas “rotaciones” las cuales cubren las áreas de cirugía, ginecología-obstetricia, pediatría y medicina, llevándose a cabo en un periodo de 12 meses, teniendo 3 meses por cada rotación para lograr que el interno(a) como parte de sus actividades académico-asistenciales logre habilidades y destrezas, además de adquirir nuevos conocimientos y aptitudes para una adecuada atención y manejo de los pacientes.

Si bien el internado es parte de la formación académica, solamente cuenta con un reglamento interno por parte de cada universidad, donde se expone los deberes y derechos de los internos, mas no existe un reglamento por parte de las instituciones que indique donde se realizarán estas prácticas, y de esta forma garantizar un desarrollo y preparación uniforme y velar por un aprendizaje homogéneo, ante ello, el gobierno emitió dos decretos supremos con la finalidad de garantizar mejoras en su desarrollo.

Uno de ellos, es el Decreto Supremo N° 020-2002-EF que plantea la remuneración que pudieran percibir los internos de medicina a fin de mejorar sus ingresos mensuales, en tal sentido se aprobó en el año 2002 que los internos de medicina recibieran una compensación remunerativa mensual ascendente a 400 soles, así como también aguinaldos en fiestas patrias y navidad⁽²⁾, sin embargo, no todos los hospitales y/o centros médicos cumplen con estas disposiciones por las carencias de sus presupuestos, y si lo hacen no todos los internos llegan a recibirlo.

El otro Decreto Supremo es el N° 003-2008-TR el cual busca regular un horario máximo de las prácticas para el estudiante del último año de las carreras de medicina y derecho donde mencionan que la jornada máxima es de 6 horas diarias, 36 horas semanales o 150 horas mensuales, incluyendo las guardias nocturnas; disponiendo adicionalmente que antes y después de cada guardia el interno debería tomar un descanso mínimo de 5 horas. Este decreto fue aprobado en mayo del 2008, sin embargo, en la realidad este

horario no se cumple en los hospitales conforme a lo establecido en el referido decreto supremo⁽³⁾.

En marzo del 2020, tras la pandemia por el COVID-19 el internado médico cambió, pues el gobierno del Perú decidió suspender las actividades educativas a manera de contención para evitar la propagación de este virus que recién llegaba al país, es así que los internos de medicina , aun en su condición de estudiantes, fueron retirados de sus diferentes establecimientos, en un inicio solo por 2 semanas, pero tras el aumento de casos, decesos de una gran cantidad de peruanos, y la poca capacidad resolutive de las instituciones para contener esta enfermedad se decidió continuar con esta suspensión de forma indefinida.

Adicional a ello, en los diferentes hospitales se limitó la atención en diferentes servicios, priorizando solamente las emergencias por lo que no se podía cubrir las competencias académicas necesarias que requiere el internado, así como también los hospitales se convirtieron en una fuente de contagio muy elevado para los internos, tanto es así, que varios médicos fueron contagiados y fallecieron por la falta de equipos de protección y camas UCI.

En julio del 2020, tras la escasez de personal, el continuo aumento de casos de pacientes con Covid-19 y la preocupación de las Escuelas de Medicina de no perder el año académico, se planteó un retorno voluntario de los internos de medicina, pero esta vez al primer nivel de atención, es decir establecimientos de salud I-3 y I-4, cercanos al domicilio con un reglamento temporal donde se consigna un contrato por parte del Ministerio de Salud, así como asegurar su inscripción en el Registro Nacional del personal de salud “INFORHUS” para poder recibir el estipendio correspondiente al mínimo vital, eso es, 930 soles, además de contar con una cobertura de seguro, pruebas Covid-19 periódicas y sobre todo equipos de protección personal que garantizan la seguridad para el retorno⁽⁴⁾ .

Es así, que el 8 de agosto de 2020 se publicó el Decreto de Urgencia llamado “Lineamientos para el inicio o reanudación progresiva de las actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020”, donde se establece que el retorno voluntario y progresivo de los internos se realizaría a partir del 15 de agosto de 2020⁽⁵⁾.

Esta vez las actividades se llevarían a cabo cada 15 días en áreas no Covid de lunes a sábado de 7am a 1pm, incluyendo como máximo 2 guardias diurnas de 12 horas en áreas no Covid, buscando de esta forma minimizar las posibilidades de contagio ⁽⁵⁾.

Para el retorno, los internos tuvieron que firmar un consentimiento informado en el cual expresaban su deseo de regresar de manera voluntaria a los establecimientos de salud, así como también demostrar tener conocimientos sobre esta enfermedad. Como medida complementaria las universidades tuvieron que capacitar a los internos con curso de bioseguridad e información actualizada sobre Covid-19; sin embargo, a pesar de lo publicado en el referido decreto, no se logró conseguir plazas cercanas a los domicilios por la gran cantidad de alumnos que decidieron retornar.

Dentro de las plazas ofertadas para realizar el internado tampoco se tomó en cuenta que muchos de estos centros médicos eran considerados para atención de pacientes Covid-19, lo cual generaba incertidumbre y miedo, porque finalmente no solo los internos estarían expuestos al contagio, sino también sus respectivas familias.

El inicio de las actividades comenzó en el mes de noviembre de 2020, y para aquellos que culminarían el internado en establecimientos de salud, tuvieron que adaptarse a la limitada cartera de servicios que en ese momento se brindaban debido al poco personal de salud que se encontraba laborando.

Es por ello, que ante esta nueva situación que resulta incierta para los futuros internos de medicina, el principal objetivo de este trabajo es exponer las experiencias vividas en el internado con la finalidad de compartir nuestras vivencias y de esta forma dar algunos alcances y conocimientos relevantes y útiles de cómo llevar un internado en tiempos de pandemia.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 IMPORTANCIA DEL INTERNADO

La importancia del internado medico es ofrecer un lugar donde el estudiante de medicina pueda poner en práctica y aplicar todos los conocimientos aprendidos en las aulas universitarias mediante la resolución de problemas, determinando las patologías, planteando soluciones y sugerencias las cuales son orientadas y guiadas por los médicos que durante todo el proceso nos ayudan a despejar las dudas, fijar conocimientos, pero sobre todo brindar información en base a sus experiencias, pues sabemos que en medicina no siempre la teoría aprendida es aplicada en todas las personas, toda vez, que la individualidad de cada uno es lo que marca la diferencia para un adecuado tratamiento.

El internado a su vez enseña a asumir responsabilidades, pues es el único momento de su formación académica donde uno tiene a su cargo el manejo de los pacientes, y va a depender del diagnóstico y el tratamiento que se les dé, para advertir cuáles han sido los resultados y ver las mejoras clínicas de sus enfermos.

Por otro lado, se busca lograr también que el estudiante desarrolle sus habilidades humanistas, entendiendo que, más allá de una enfermedad tenemos a una persona que está adoleciendo y sufriendo, y ante ello nos lleva a la necesidad de ser más empáticos y dar una atención más personalizada e integral.

1.2 QUE ESPERAMOS Y CUALES SON LAS ESPECTATIVAS EN EL INTERNADO

Las expectativas sobre el internado siempre son altas, por cuanto al tener una participación activa en el hospital y permanecer en contacto continuo con los pacientes mejora la forma de adquirir conocimientos a través de la elaboración de las múltiples historias clínicas, realizando exhaustivos exámenes físicos que los orientaran en el diagnóstico, familiarizándose con la prescripción de medicamentos y además teniendo la oportunidad de participar en los diversos procedimientos.

Ante la pregunta que es lo que queremos lograr, consideramos que lo más importante es llevar a la práctica todo lo aprendido en la Universidad a fin de desarrollar y tener la capacidad resolutive para atender a cualquier paciente y situación que se pudiera presentar, las cuales se verán reflejadas en los próximos meses ya como médicos; sin embargo, a raíz de esta pandemia, si bien no se pudo culminar el desarrollo de las diferentes rotaciones a nivel hospitalario se otorgó la oportunidad de hacerlo en establecimientos de salud que nos evidenciaban un panorama distinto.

La atención se basaba en hacer una buena historia clínica, y en casos urgentes y necesarios solamente se complementaba con un examen físico por las medidas de distanciamiento aplicadas por el COVID 19, haciendo ver que las patologías que llegaban al hospital, a emergencia, podían ser atendidas de una forma precoz y oportuna en estos establecimientos, evitando demoras en la atención de pacientes que verdaderamente tuvieran una emergencia o urgencia.

Es así que, en el centro de salud complementando lo aprendido en el hospital y en el contexto de una pandemia se logró ser más observadores, mejorar la comunicación con el paciente a fin de tener una información más correcta y oportuna, aprender a escuchar, esto por cuanto muchas veces algunas de las dolencias vienen acompañados de problemas personales, y que por la gran afluencia de pacientes y el tiempo reducido para atenderlos pasa desapercibido, otro punto importante es revisar la bibliografía sobre diferentes tratamientos que pudieran usarse, dándole prioridad a las medicinas que están disponibles en los centro de salud, y es debido a que la mayoría de pacientes que llegan a atenderse son de bajos recursos, y no

cuentan con los medios económicos necesarios para adquirirlos de forma particular.

También se ha logrado una participación activa en los programas que apoyan la promoción y prevención de la salud, los cuales tienen un impacto importante en la población, para lo cual podemos mencionar el programa de vacunación, programa de manejo y prevención de anemia, programa de tuberculosis, entre otros.

1.3 CASOS CLINICOS ATENDIDOS EN LA POBLACIÓN

1.3.1 MEDICINA INTERNA

- **Caso clínico N° 1:**

Tiempo de enfermedad: 1 mes, inicio insidioso, curso progresivo

Paciente varón de 75 años refiere que un mes antes de su ingreso presenta un pequeña lesión en el quinto dedo del pie izquierdo, producto del roce con su zapato, pero no le generaba dolor ni incomodidad, motivo por el cual no le tomó mucha importancia; dos semanas antes de su ingreso notó un aumento de volumen en esa zona, se tornó eritematosa e incluso lo sentía caliente, ante ello decide tomar antiinflamatorios esperando que con eso calmara, días antes del ingreso notó que la lesión se tornó ulcerosa, agregando que tenía un dolor muy intenso, que incluso le dificultaba la deambulaci3n, indicando adem3s que la inflamaci3n se hab3a extendido a toda el dorso del pie, motivo por el cual un familiar decide llevarlo a emergencia.

Al examen f3sico: aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidrataci3n (AREH) y aparente regular estado de nutrici3n AREN

Piel y fanereas (P y F): Tibia / hidratada/ el3stica, llenado capilar menor de 2 segundos, se evidencia en miembro inferior izquierdo una

lesión ulcerosa 5 x 4cm, supurativa, no mal oliente, asocia a signos de flogosis en todo el dorso del pie

Tórax y pulmones (T y P): amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax, no ruidos agregados

Cardiovascular (CV): ruidos cardiacos rítmicos (RCR) de buena intensidad no soplos

Abdomen (ABD): ruidos hidroaéreos (RHA) +, globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación

Neurológico: lucido, orientado en tiempo espacio y persona

Antecedentes patológicos: diabetes mellitus tipo 2 hace más de 15 años

Se le diagnostica:

Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones tardías

Pie diabético Wagner 2 infectado

- **Caso clínico N° 2:**

Tiempo de enfermedad de 3 días, inicio brusco, curso progresivo.

Paciente mujer de 45 años, refiere 3 días antes de su ingreso tuvo fiebre de 38 grados, que calma por momentos con paracetamol, asociado a tos productiva y leve dificultad respiratoria, refiere además vómitos en dos ocasiones de contenido alimentario y apetito disminuido. Niega antecedentes patológicos, niega alergia a medicamentos

Al examen físico: AREG, AREH, AREH

P y F: caliente/ hidratada / elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, en cavidad oral se observan mucosas secas

T y P: amplexación simétrica, a la auscultación murmullo vesicular disminuido en base del hemitorax derecho asociado a crépitos

CV: RCR de buena intensidad, no soplos

Abdomen: RHA + abdomen globuloso a expensas del panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación

Neurológico: lúcida, orientado en tiempo, espacio y persona

Diagnóstico: Neumonía Adquirida en la Comunidad

1.3.2 PEDIATRIA

- **Caso clínico N° 3:**

T.E: 3 días, inicio brusco, curso progresivo

Paciente mujer de 2 años, quien es traída a consulta por presentar fiebre desde hace 3 días (temperatura máxima de 39°C) que calma con paracetamol asociado a deposición líquidas sin moco y sin sangre en 2 oportunidades, niega tos, niega vómitos, madre refiere que su apetito se encuentra disminuido. Niegan alergia a medicamentos

Al examen físico: la niña luce irritable con leve deshidratación, orofaringe no congestiva

T y P: murmullo vesicular pasar bien en ambos hemitorax, no hay ruidos agregados

Digestivo: ruidos hidroaéreos presentes, el abdomen es blando, depresible no se observa fascie dolorosa a la palpación superficial ni profunda

Se examina genitales externos sin encontrar mayor alteración

Diagnóstico: Síndrome febril

D/c infección de tracto urinario

- **Caso clínico N° 4**

T.E: 5 días, inicio: insidioso, curso: progresivo

Madre acude a consulta con sus 2 menores hijos de 4 y 6 años por presentar lesiones papulosas rojizas en varias partes del cuerpo asocia a prurito intenso que incluso los lleva a hacerse heridas en piel, madre refiere que ella presenta las mismas lesiones, expresa su temor de que pueda ser varicela. Refiere también que vive en un cuarto de material noble con su esposo, hijos y un perro.

Al examen físico se logra evidenciar las lesiones papulares de coloración rojizas en abdomen, espalda y manos a nivel interdigital;

se le pide a la madre que también se descubra para examinarla y se observa las mismas lesiones, pero en ella predominaban en axilas, abdomen incluso detrás de las rodillas, se le pregunta además en que momento era mayor la picazón y señala que en las noches.

Se le diagnostica: Escabiosis

1.3.3 GINECOLOGIA-OBSTETRICIA

- **Caso clínico N° 5:**

T.E: 2 semanas, inicio: insidioso, curso: progresivo

Paciente mujer de 21 años acude a la consulta de medicina interna por presentar desde hace 2 semanas flujo vaginal abundante, con prurito intenso asocia a dispareunia que la lleva incluso a no tener relaciones sexuales con su pareja, niega uso de métodos anticonceptivos.

Antecedentes: G0P0, inicio de relaciones sexuales a los 16 años, número de parejas sexuales: 1, niega antecedentes patológicos, niega alergia a medicamentos, niega operaciones

Se procede a realizar un examen físico dirigido, con el uso de un espéculo descartable, donde se observa el canal vaginal y se confirma la presencia de flujo blanquecino que provenía del orificio cervical, así como un cérvix muy irritado y eritemasos; la paciente durante el procedimiento presentó mucho dolor y tras el retiro del espéculo presentó un sangrado leve

Diagnóstico: Síndrome de flujo vaginal

- **Caso clínico N° 6:**

T.E: 7 días, inicio: insidioso, curso: progresivo

Paciente mujer de 18 años, quien refiere que acudió a consulta previa por presentar disuria, polaquiuria, dolor abdominal en hemiabdomen inferior asociado a amenorrea. Respecto a su actividad sexual refiere

que es sexualmente activa, no utiliza métodos anticonceptivos y que se cuida con la eyaculación interrumpida, no recuerda fecha exacta de su última regla, por lo que el médico previo tratamiento le solicitó una prueba de embarazo, examen de orina y urocultivo. Actualmente persisten los síntomas.

Al examen físico: AREG, AREH, AREN, sin fiebre, a la palpación abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, PRU (-), PPL (-)

En los resultados se confirma gestación, en el examen de orina se observa 25 leucocitos por campos, refiere que no se pudo hacer el urocultivo por falta de dinero.

Diagnóstico: Infección de tracto urinario durante la gestación

1.3.4 CIRUGIA

- **Caso clínico N° 7:**

TE: 1 semana, inicio: insidioso, curso: progresivo

Paciente mujer de 32 años refiere que una semana antes de su ingreso presentó leve dolor abdominal que notó que aumentaba luego de comer comidas muy copiosas, 24 horas antes de su ingreso presentó un dolor abdominal en hipocondrio derecho de intensidad 10/10 que se irradia a la espalda y que se exacerba al caminar dificultando su deambulación, además se agrega náuseas y vómitos de contenidos bilioso y sensación de alza térmica.

Al examen físico: AMEG, AREH, AREN, T°: 38, FC: 125x', FR: 25x'

P y F: leve deshidratación en mucosas, llenado capilar menor de 2 segundos, diaforesis

T y P: amplexación conservada, mv pasa bien en ambos neumotórax, no ruido agregados

CV: RCR, buena intensidad no soplos

ABD: RHA +, globuloso, se observa cicatriz de cesárea, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho (Murphy +), vesícula biliar no palpable

Se le solicitó hemograma, perfil hepático, transaminasas, ecografía abdominal

Resultado de laboratorio: se observa leucocitosis moderada, aumento de bilirrubina directa y total, elevación de TGO y TGP al triple

Ecografía: durante la evaluación se observa Murphy ecográfico, engrosamiento de la pared de la vesícula con imágenes líticas en su interior, además de dilatación de las vías biliares intrahepáticas

Diagnóstico: Colecistitis aguda. Se solicita pase al servicio de cirugía

- **Caso clínico N° 8:**

T.E: 6 horas, inicio: insidioso, curso progresivo

Paciente varón de 65 años acude a emergencia por presentar desde hace 6 horas dificultad para miccionar, en un inicio refiere que la orina salía como gotitas y después ya no salió más, actualmente presenta dolor abdominal de moderada intensidad en hemiabdomen inferior

Antecedentes patológicos: Hiperplasia benigna de próstata (refiere que tiene programada cirugía prostática dentro de una semana), HTA controlada

Examen físico: AREG, AREH, AREN

P y F: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

T y P: amplexación conservada, mv pasa bien en ambos hemitorax, no ruidos agregados

CV: RCR, buena intensidad, no soplos

ABD: RHA+ globuloso, blando, depresible, a nivel de hemiabdomen inferior de palpa globo vesical doloroso

Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona

Diagnóstico: Globo vesical

Hiperplasia benigna de próstata

Se le solicita interconsulta a urología para manejo

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO

En el Perú los establecimientos de salud están organizados de acuerdo a niveles de atención en base a los recursos que se ofrecen para satisfacer las necesidades de la población.

Se clasifican en 3 niveles:

- Primer nivel: encontramos establecimientos de menor capacidad resolutoria como centros de salud, policlínicos, cuya función principal es brindar la primera atención básica que una persona necesita por alguna dolencia, siendo esta de manera precoz, oportuna y ambulatoria, poniendo énfasis en la promoción y prevención de salud. A este nivel se suele resolver el 85% de enfermedades comunes y prevalente ⁽⁶⁾.
- Segundo nivel: encontramos hospitales y establecimientos de salud que brindan una atención más dirigida de acuerdo al grupo etario y la especialidad, poniendo énfasis además de la promoción y prevención, el tratamiento y la rehabilitación. A este nivel se suele resolver hasta el 95% de problemas de salud, incluidos los que no se pudieron resolver en el primer nivel ⁽⁶⁾.
- Tercer nivel: son hospitales especializados en patologías poco comunes y complejas que ameritan la necesidad de equipos y procedimientos de alta tecnología, así como también ser centros de investigación. A este nivel se suele resolver el 5% de los problemas de salud ⁽⁶⁾.

2.1 ESTABLECIMIENTOS DONDE SE LLEVÓ ACABO EL INTERNADO

Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz”, ubicado en la Av. Brasil cuadra 26, distrito de Jesús María, dicho nosocomio forma parte de los establecimientos de salud policial, el cual incluye un Hospital Nacional, cuatro hospitales regionales, 38 policlínicos, 54 postas médicas y 85 puestos sanitarios, siendo catalogado como un establecimiento nivel III con atención de 24 horas.

Este hospital se encuentra a cargo del Ministerio del Interior y está regulado por la Dirección de Sanidad Policial (DIRSAPOL), cuenta con una infraestructura muy grande y completa, la cual tiene la capacidad de atender a más de 100.000 habitantes; dentro de sus instalaciones presenta 507 camas de hospitalización, 27 camas de emergencia, 8 ambulancias tipo II, 5 quirófanos y 1 helipuerto, además de equipos de alta tecnología ⁽⁷⁾.

Su población objetivo para la atención médica son todas las personas que pertenezcan al Ministerio del Interior, incluidos los cónyuges, padres e hijos. Además, tiene un fondo de aseguramiento policial (SALUDPOL) que se encarga de gestionar oportunamente las prestaciones de salud en IPRESS (instituciones prestadoras de salud) no PNP cuando las IPRESS de la sanidad no puedan brindarlas, también se encarga de reembolsar a los aseguradores el gasto en medicinas cuando las IPRESS donde fueron atendidos no contaban con las medicinas, y si el asegurado requiere atención en una ciudad distinta existe la posibilidad de cubrir el pasaje aéreo ⁽⁷⁾.

Al ser un hospital de nivel III, es responsable de brindar una atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de sus pacientes.

Dentro de su personal cuenta con médicos generales, especialistas y subespecialistas, así como otros profesionales de la salud.

Dentro de la cartera de servicios ofrecidos cuenta con consultorios externos, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico, centro obstétrico, diagnóstico por imágenes, patología clínica, unidad de cuidados intensivos, entre otros.

Por otro lado, el Centro de salud Gaudencio Bernasconi, ubicado en la Av. Grau 198, distrito de Barranco, es un establecimiento de salud nivel I-3 con horario de atención de 12 horas.

Este establecimiento se encuentra a cargo del Ministerio de Salud y forma parte de la DIRIS LIMA SUR, dentro de ellas a la Red Integral de Salud (RIS) correspondiente a los distritos de Barranco – Chorrillos – Surco ⁽⁸⁾. Este centro es responsable de satisfacer las necesidades de la población y territorio asignado, brindando atención médica mediante la promoción de salud, prevención, tratamiento y recuperación a través de servicios básicos. Al ser un establecimiento de salud I-3 no cuenta con internamiento, por lo que todas sus atenciones son de tipo ambulatoria, contando con médicos generales, obstetras, psicólogos, odontólogos, entre otros.

Dentro de su cartera de servicios ofrece medicina general, atención de emergencia y urgencias, odontología, obstetricia, nutrición, psicología, farmacia y laboratorio.

Su sistema de referencia va a depender de lo que se solicite en la atención, si se busca apoyo al diagnóstico, sus centros de referencia son el CS. Chorrillos I, Centro Materno Infantil Chorrillos II y el CE. San Pedro (Ver Anexo N°1). En el caso de una atención materno perinatal su centro de referencia es el CM Chorrillos II, y es desde este centro donde finalmente se deriva al Hospital María Auxiliadora (Ver Anexo N° 2), y por último, en casos de atención por alguna especialidad y emergencias su centro de referencia es el Centro de Emergencias San Pedro y el Hospital Casimiro Ulloa (Ver Anexo N°3).

2.2 SITUACIÓN NACIONAL ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA Y CÓMO AFECTA EL TRABAJO EN EL INTERNADO

En principio, antes de la pandemia, todos los hospitales y establecimientos de salud brindaban atención a un gran aforo de personas, en relación a las consultas externas éstas eran programadas por citas, con tiempos de espera de aproximadamente dos semanas hasta un mes.

Situación muy similar se advertía en las áreas de emergencia, donde las atenciones podían demorar un promedio de 3 a 4 horas, y esto debido a la

gran cantidad de pacientes que llegaban y el poco recurso humano que existía.

Podemos señalar que nuestro sistema de salud era lento y poco eficiente, muchas veces por la cantidad de trámites que se debían realizar antes de recibir una atención médica, y por no contar con la infraestructura adecuada, equipos modernos, medicinas y personal necesario para brindar una atención de calidad.

Con la llegada de la pandemia nuestro sistema de salud colapsó, toda la atención sanitaria estuvo centrada en el manejo de pacientes Covid-19, lo que era algo novedoso para todos y con un incremento preocupante de manera diaria, motivo por lo que se dejó de atender a los pacientes crónicos como medida de contención para evitar el aumento del contagio.

Como curso de esta enfermedad muchos pacientes necesitaban hospitalización para su manejo e incluso ingreso a la unidad de cuidados intensivos, observando que no contábamos con la capacidad resolutive para brindar dicha atención, pues faltaban camas para hospitalización, ventiladores mecánicos, medicinas, oxígeno, equipos de protección para el personal y sobre todo personal médico; el cual se vio sumamente afectado por no garantizarles las medidas de bioseguridad mínimas y necesarias para continuar con su labor, lo que se ha visto reflejado en la cantidad de muertes que hubieron dentro del personal de salud en general.

Como no se podía dejar de lado la atención de pacientes crónicos que necesitaba continuar con su tratamiento o con emergencias diferentes a Covid-19, se mejoró el sistema de atención por telemedicina, el cual se viene desarrollando hasta la actualidad, sin embargo, la preocupación es de tratar de mejorar e implementar este sistema en todos los establecimientos de salud.

Para el manejo de pacientes Covid-19 se implementó un sistema de atención rápida a domicilio, además de brigadas médicas que apoyaban en otras regiones del país, pues contaban con un sistema de salud más precario comparado con el de Lima, también se abrieron centros de aislamiento temporal que brindaba asistencia médica a aquellos pacientes con síntomas leves y aquellos que luego de dar positivo al Covid-19 no tuvieran un lugar donde estar aislados.

A raíz que los hospitales colapsaron, se buscó mejorar y priorizar la atención en establecimientos de salud de primer nivel, para lo cual se encontraban obligados en brindar a todos los pacientes que se encontraban en la necesidad de recibir una atención médica de forma precoz y oportuna.

Es así, que ante tantas dificultades que se iban sumando y apareciendo, el internado médico se vio afectado de una manera preocupante, pues en su condición de estudiantes no podían seguir ejerciendo sus labores asistenciales en los hospitales por el alto riesgo que tenían de contagiarse, limitando de esta forma las posibilidades de aprendizaje en el campo clínico mediante el trato directo con los pacientes.

Tras el regreso al internado en establecimientos de menor nivel y con una pandemia aún vigente, nos hizo ver la realidad y llegamos a la conclusión de que el internado sin pandemia no volvería a ser la misma, ante ello, había que adaptarse y buscar la forma de seguir aprendiendo y obteniendo mayores conocimientos a pesar de tener la desventaja de no poder cubrir las cuatro grandes rotaciones establecidas.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Manejo de los casos clínicos

3.1.1 Medicina interna

• Caso clínico N° 1: Pie diabético Wagner II infectado

1. Dieta hipoglucida
2. Líquidos a demanda
3. Insulina NPH 0.3 – 0.4 U/kg/día, 2 veces al día
4. Ertapenem 1 gr cada 8 horas
5. HGT cada 8 horas
6. Curación de herida diaria

Manejo del paciente diabético hospitalizado:

- Cuando ingresa un paciente diabético se deben suspender todos los medicamentos antidiabéticos orales o inyectados debido a que no ha mostrado seguridad en los pacientes hospitalizados.
- Para iniciar un esquema de insulina se recomienda calcular la dosis total de insulina: 0.3 U/kg en pacientes >70 años o con tasa de filtración glomerular conocida < 60ml/min sin importar la edad, 0.4U/kg en pacientes con glicemia al ingreso de 140-200mg/dl y 0.5 U/kg en pacientes con glicemias al ingreso superior a los 200mg/dl para luego distribuir la dosis calculada en 50% de insulina basal (glargina 1 vez al día, detemir 2 veces al día o NPH 2 veces al día) y 50% de insulina preprandial dividida en 3 partes iguales para cada una de las comidas principales (aspart, glulisina, lispro o regular). Se recomendó que

las modificaciones de insulina se hagan cada 48 horas teniendo en cuenta los resultados del HGT⁽⁹⁾.

Manejo del pie diabético:

- El cuidado local de la úlcera por pie diabético incluye desbridamiento del callo o tejido necrótico, limpieza de la herida y alivio de la presión sobre la úlcera.
- Para el manejo empírico parenteral de un pie diabético infectado moderado a severo (incluye celulitis que se extienda más de 2cm, diseminación por debajo de la fascia superficial, absceso de tejido profundo, gangrena y se encuentre comprometido músculo, tendones incluso hueso). Se recomendó ampicilina-sulbactam 3gr cada 6 horas o carbapenems (meropenem 1 gr c/ 8 horas o ertapenem 1 gr c/24 horas)⁽¹⁰⁾.
- Adicionalmente a la debridación quirúrgica se debe considerar la revascularización por angioplastia o bypass y/o amputación en caso lo amerite⁽¹⁰⁾

• Caso clínico N°2: Neumonía adquirida en la comunidad

1. Paracetamol 500mg vía oral (vo) c/8horas por 3 días
2. Amoxicilina 1 gr vía oral c/8horas por 7 días
3. Se recomienda aumentar la ingesta de líquidos

A nivel nacional:

- En pacientes ambulatorios, el antibiótico de elección es la amoxicilina 1 gramo vía oral cada 8 horas por 7 a 10 días. Como alternativa, en pacientes alérgicos a la penicilina, puede utilizarse un macrólido (Eritromicina, Claritromicina, Azitromicina) o Doxiciclina. Asimismo, en aquellos casos en los que el médico tratante sospeche neumonía por un germen atípico se puede considerar el uso de macrólidos o doxiciclina⁽¹¹⁾
- En pacientes con alteraciones estructurales pulmonares, tabaquismo o patología pulmonar pre-existente que no requieran hospitalización, la terapia antibiótica empírica debe tener un

espectro más amplio y se recomienda el uso de macrólidos o de Amoxicilina/ Clavulánico ⁽¹¹⁾

A nivel internacional:

- Para pacientes menores de 65 años, sin factores de riesgo y sin consumo de antibióticos en los últimos 3 meses se recomienda el trato ambulatorio, y empíricamente con amoxicilina 1gr c/8 horas junto a un macrólido o doxiciclina y como alternativa se plantea el uso de fluoroquinolonas como levofloxacino o moxifloxacino ⁽¹²⁾.
- Para aquellos pacientes mayores de 65 años, que tengan factores de riesgo y hayan consumido antibióticos los últimos 3 meses se recomienda tratar empíricamente con amoxicilina-clavulánico 2gr cada 12 horas junto a un macrólido o doxiciclina y en aquellos casos que no puedan tomar amoxicilina-clavulánica se sustituye por una cefalosporina de tercera generación como cefpodoxima ⁽¹²⁾.

3.1.2 Pediatría

• **Caso clínico N° 3:** Infección de tracto urinario

1. Paracetamol 10mg/kg/dosis vo cada 8 horas x 3 días
2. Trimetropim/sulfametoaxol 6 – 8 mg/kg vo cada 12 horas x 7 días
3. Reevaluación en 3 días

A nivel nacional:

- Previo tratamiento se le debe solicitar como mínimo hemograma, examen completo de orina y urocultivo
- Medidas generales: reposo relativo, ingesta adecuada de líquidos, alimentación de acuerdo a la tolerancia
- Tratamiento empírico: ITU en ausencia de síntomas de gravedad y sin presencia de factores de riesgo se puede tratar ambulatoriamente por vía oral con cefalexina 50-100mg/kg/día

cada 6 horas, trimetropim-sulfametoxazol 8 -10 mg/kg/día cada 12 horas, nitrofurantoina 5mg/kg/día cada 6 horas y amoxicilina/clavulánico 50mg/kg/día cada 8 horas x 7 días⁽¹³⁾.

- Reevaluación en 3 días

A nivel internacional:

- Se recomienda inicio de terapia empírica en lactantes y niños con un antibiótico que incluya una cobertura adecuada para E.coli (bacteria más prevalente en esta enfermedad)
- La mayoría de los niños que no presentan vómitos pueden ser tratados con antimicrobianos por vía oral
- Para niños con una alta probabilidad de afectación renal ($T^{\circ} > 39^{\circ}\text{C}$ con o sin dolor lumbar) o inmunodeficiencia generalmente se usa cefalosporina de segunda generación como la cefuroxima 30mg/kg/día en 2 dosis o cefalosporina de tercera de generación como cefixima 8mg/kg/día⁽¹⁴⁾.
- Para niños con bajo riesgo renal (afebril, no luce toxico), se prefiere cefalosporina de primera generación como cefalexina 50 – 100mg/kg/día dividido en 2 dosis⁽¹⁴⁾.
- Se ha demostrado que existe una alta probabilidad de resistencia al trimetropim-sulfametoxazol, por lo que no se considera de primera opción, así como nitrofurantoina que además necesita darse más veces al día y se le asocia síntomas gastrointestinales⁽¹⁴⁾.
- Terapia parenteral está reservada para pacientes que cumplan con criterios de hospitalización como ser menor de 2 meses, clínica de urosepsis, inmunodeficiencia, vómitos o no tolera la vía oral, falla al tratamiento, etc. Teniendo como primera línea ceftriaxona 50-75mg/kg/día IV, ampicilina 100mg/kg/día IV dividido en 4 dosis, gentamicina 7.5mg/kg/día IV dividido en 3 dosis⁽¹⁴⁾.

• Caso clínico N°4: Escabiosis

1. Permetrina al 5%, aplicación de la loción en todo el cuerpo, excepto el rostro en la noche y dejarlo actuar hasta el día siguiente, donde debe bañarse, esta aplicación se debe repetir una semana después de la misma forma. Se recomienda lavar toda la ropa con agua caliente para matar el acaro.

2. Loratadina 0.2mg/kg/día por 3 días

A nivel nacional:

- Se suelen usar escabicidas tópicos como permetrina al 5% cuyo uso es partir de los 3 meses de edad, se prefiere en niños y gestantes⁽¹⁵⁾.
- Loción de benzoato de bencilo 25% debe usarse de forma diluida en niños menores de 12 años, es así que en niños < de 2 años se debe usar 1 parte de la loción más 3 partes de agua por un tiempo de 12 horas (si es lactante menor solo por 6 horas), entre los 2 a 12 años se usa una parte de la loción con 1 parte de agua por 24 horas y en mayores de 12 años y adultos se suele usar la loción pura por 24 horas⁽¹⁵⁾.
- Ivermectina oral 200 microgramos es una alternativa sobre todo para casos de epidemia o para tratar los contactos. No se recomienda su uso en menores de 15kg y embarazadas⁽¹⁵⁾.
- La ropa y las sábanas se cambian después de cada tratamiento, se deben lavar con agua caliente y secar al sol, o tenderse al sol por 72 horas o encerrarse en una bolsa de plástica por 72 horas.

A nivel internacional:

- Permetrina al 5%, aplicar la crema desde el cuello hasta los pies y lavar después de 8 a 12 horas, este tratamiento se debe repetir después de 7 días⁽¹⁶⁾.
- Ivermectina oral 200mcg/kg en 2 dosis separado por 7 días⁽¹⁶⁾.
- Loción de benzoato de bencilo 10-25% aplicar 1 vez al día durante la noche por 2 días seguidos y luego reaplicar en 7 días⁽¹⁶⁾.

3.1.3 Ginecología- obstetricia

- **Caso clínico N° 5:** Síndrome de flujo vaginal

1. Azitromicina 500mg c/6horas durante 7 días
2. Ciprofloxacina 500mg vo dosis única
3. Metronidazol 500mg c/12horas durante 7 días
4. Evitar relaciones sexuales en lo que dura el tratamiento

A nivel nacional:

- Paciente que viene con flujo vaginal se debe realizar examen ginecológico, si se observa flujo a través del cuello uterino y no hay un microscopio disponible se debe dar tratamiento simultaneo para trichomoniasis y vaginosis bacteriana con metronidazol 2gr vo dosis única o metronidazol 500mg vo cada 6 horas por 7 días y si la paciente refiere picazón agregar tratamiento para candidiasis con clotrimazol óvulos 500mg vía vaginal dosis única⁽¹⁷⁾.
- En caso se realice examen directo y Gram, el manejo es dirigido al agente etiológico, en caso de gonorrea dar ciprofloxacino 500mg vo dosis única o ceftriaxona 250mg IM dosis única y en chlamydia dar doxiciclina 100mg vo cada 12 horas durante 7 días.⁽¹⁷⁾
- Es importante tratar a la pareja sexual
- Brindar consejería e instruir sobre el uso de condón

A nivel internacional:

- Tratamiento de vaginosis bacteriana: metronidazol 500mg VO cada 12 horas por 7 días o clindamicina 300mg VO cada 12 horas por 7 días⁽¹⁸⁾.
- Tratamiento para tricomoniasis: metronidazol 500mg cada 12 horas por 7 días, tratamiento con dosis única de metronidazol 2gr se asocia a bajas tasas de cura⁽¹⁹⁾.

- Tratamiento de candidiasis se sugiere el uso de fluconazol oral 150mg dosis única, pues mantiene concentraciones terapéuticas en las secreciones vaginales durante al menos 72 horas después de ingerirlo.
- **Caso clínico N° 6:** ITU en la gestación - cistitis
 1. Ceftriaxona 2gr iv c/24 horas por 5 días
 2. Suplemento de Ácido fólico 5mg/día
 3. Aumento de la ingesta de líquidos
 4. Recomendación sobre higiene
 5. Se le solicita hemograma, glucosa, factor y Rh, pruebas serológicas

A nivel nacional:

- Medidas generales: aumentar la ingesta de líquidos y favorecer el vaciamiento adecuado de la vejiga, mantener buena higiene perineal después de tener relaciones sexuales
- Manejo médico: Previo urocultivo tratar empíricamente con: cefixima 400mg/día durante 7 días o fosfomicina 3gr vo dosis única por 2 días ⁽²⁰⁾.
- Las penicilinas, betalactámicos, cefalosporinas y fosfomicina son seguras, se debe evitar el uso de nitrofurantoina durante el 3er trimestre por riesgo hemólisis en el recién nacido, el clotrimazol debe evitarse por ser antagonista del ácido fólico. Tetraciclinas y fluoroquinolonas están contraindicadas por ser teratógenos ⁽²⁰⁾.

A nivel internacional:

- En pacientes de manejo ambulatorio se aconseja reposo relativo, consumo de 2 a 3 litros de líquidos diarios, mejora de hábitos miccionales, adecuada higiene y tratamiento de vaginitis en caso se presente ⁽²¹⁾.
- Manejo médico: Previo urocultivo se prefiere como terapia empírica el uso de cefpodoxima, amoxicilina/clavulánico 500mg

vo c/8hrs y fosfomicina 3g oral 1 sola dosis, dado su seguridad en el embarazo y su amplio espectro de cobertura en comparación con la amoxicilina 500mg vo c/6 horas por 5 a 7 días o cefalexina 250 a 500 mg c/6horas por 5 a 7 días. La nitrofurantoina es opcional durante el segundo o tercer trimestre o en caso la paciente tenga alergia a los medicamentos ⁽²¹⁾.

3.1.4 Cirugía:

- **Caso clínico N° 7:** Colecistitis aguda

Esta paciente fue recibida en emergencia de medicina interna y tras llegar a un diagnóstico se pasó al área de cirugía

Mientras recibía la atención se procedió a hidratar con 1 frasco NaCl 0.9% a 28 gotas/minuto y para aliviar el dolor se administró metamizol 1 gr EV

A nivel nacional:

- Manejo médico: NPO, hidratación y corrección de alteración electrolítica, analgesia parenteral (no usar morfina por riesgo de espasmos en el esfínter de oddi), protección gástrica con ranitidina y antibioticoterapia con amoxicilina-clavulánico 1-2gr ev c/8hrs o ceftriaxona 1gr ev c/12hrs o 2gr ev c/24hrs ⁽²²⁾.
- Manejo quirúrgico: colecistectomía de urgencias, en el periodo de 24 a 72 horas desde el inicio de la enfermedad, colecistectomía diferida, electiva o programada en pacientes no complicados de más de 72 horas de evolución en un tiempo aproximado de 6 a 8 semanas⁽²²⁾.
- Manejo post operatorio: NPO, reposición hidroelectrolítica, iniciar vía oral si no hay náuseas, vómitos, elimina flatos y hay ruidos hidroaéreos, deambulación temprana ⁽²²⁾.

A nivel internacional:

Todo paciente con diagnóstico de colecistitis aguda debe ser hospitalizado y recibir los cuidados de soportes básicos como:

- Fluidos EV y corrección de alteraciones electrolíticas
- Manejo del dolor: se prefiere ketorolaco y en aquellos alérgicos a los AINES podemos usar opioides como morfina o meperidina ⁽²³⁾.
- Manejo antibiótico preoperatorio: se debe cubrir gérmenes Gram – y anaerobios con amoxicilina/ácido clavulánico 2g c/ 8 horas o ceftriaxona 1-2 g/día IV ⁽²³⁾.
- Posterior a ello determinar si es una colecistitis complicada o no complicada, en caso fuese no complicada se programa para un colecistectomía laparoscopia el mismo día de la hospitalización y si es complicada realizar colecistectomía de emergencia ⁽²³⁾.

• **Caso clínico N° 8: Globo vesical**

Paciente fue recibido por el servicio de emergencia de medicina interna tras el diagnóstico se procedió a hacer interconsulta a urología para manejo.

Se procedió a colocar sonda urinaria evacuatoria y se le indicó pasar evaluación al día siguiente por consultorio.

Previa asepsia, se procedió colocar lidocaína sin epinefrina a nivel de la uretra, tras 2 a 3 min. de su aplicación se introdujo sonda Foley N°14 y se evidenció la salida de la orina, asegurándolo con el llenado del globo con 10ml y proceder a conectar la bolsa colectora, finalmente fijando la sonda a nivel del muslo.

A nivel nacional:

- La retención urinaria aguda producida por la hiperplasia benigna de próstata está directamente relacionado con la severidad de los síntomas obstructivos y con el tamaño prostático, ante ello se recomienda el tratamiento urgente mediante la cateterización vesical y tras este episodio se debe considerar seriamente la solución quirúrgica de la hiperplasia benigna de próstata ⁽²⁴⁾.

A nivel internacional:

- En la retención urinaria aguda el manejo de elección es el cateterismo uretral inicial, el cual se suele realizar con sonda Foley número 14 o 18⁽²³⁾.
- Para los pacientes con un volumen inicial de menos de 200cc generalmente es apropiado retirar el catéter inmediatamente y observar la recidiva ⁽²⁵⁾.
- Para los pacientes con un volumen inicial de más de 200cc de orina, se debe anotar y registrar el volumen de orina drenado en los primeros 10-15 minutos, ya que será útil para el manejo posterior con respecto a la duración del uso del catéter ⁽²⁵⁾.
- Para los pacientes con un volumen de orina mayor de 400cc, el catéter se deja de manera permanente por lo menos 3 a 5 días hasta ampliar estudios ⁽²⁵⁾.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al inicio del internado del año 2020, en el Hospital de la Sanidad de la PNP, en la rotación de medicina interna, las practicas se realizaron de lunes a domingos con horario de entrada a las 7am y sin un horario de salida establecido, por lo general podía ser a las 4 o 5 pm dependiendo de la cantidad de pacientes que se encontraban en el servicio.

El área de medicina interna estaba subdividida en 3 servicios, uno de ellos era la Clínica de Oficiales donde se hospitalizaban a los policías de más alto cargo, en esta área se encontraban asignados 5 internos, 3 asistentes y 3 residentes. En promedio, cada interno podía tener 5 a 6 pacientes a su cargo.

La otra área era medicina mujeres donde se hospitalizaba a cualquier miembro de la sanidad o familiar que fuese mujer, estando asignada para esta área 5 internos, 1 asistente y 3 residentes. En promedio, cada interno podía tener 5 pacientes a su cargo.

El área de medicina varones donde se hospitalizaba a cualquier miembro de la sanidad o familiar, pero que fuese hombre, estando asignados 5 internos, 1 asistente y 3 residentes. En promedio, cada interno podía tener 7 pacientes a su cargo.

Las visitas médicas si bien se iniciaban a las 8 am, desde las 7am todos los pacientes debían tener su hoja evolución del día lista, donde se anotaban las funciones vitales, algunos cambios en la situación del paciente e incluso se verificaba el cumplimiento de su medicación, la cual debía ser corroborada con las licenciadas, también se debía tener los resultados de laboratorio que hubiesen estado pendientes para ese día.

En la presentación de casos de cada paciente, todos los internos debían estar presentes con el fin de ampliar sus conocimientos, y de ser el caso, apoyar en la atención de cada paciente. Estas visitas duraban aproximadamente 3 horas.

Posterior a ellos se debían emitir las recetas médicas del día y las interconsultas que surgieran durante la visita, las cuales debían ser entregadas antes de la 1pm para poder tener respuesta ese mismo día. Una vez culminada la visita se realizaban los procedimientos que necesitaban los pacientes, como curaciones de escaras y pies diabéticos.

Asimismo, los internos debían estar atentos de la llegada de los médicos especialistas que venían en respuesta de las interconsultas enviadas, a quienes también se les debía presentar el caso del paciente.

Con respecto a las guardias podemos señalar que eran cuatro al mes, con turnos de 12 horas en el área de emergencia, siendo dos de ellas diurnas y dos nocturnas, sin día libre posterior a la guardia. En cada guardia se asignaba 1 interno, 3 a 4 médicos residentes que podían llegar a atender a más de 40 pacientes en total, los internos se encargaban de hacer el triaje a todo paciente que llegara, y si era necesario utilizábamos imágenes para el diagnóstico como ecografía o tomografía, las cuales estaban disponible en el hospital las 24 horas, adicionalmente acompañábamos al paciente para sustentar ante el medico los motivos por el que era necesario realizar estos procedimientos especiales.

Como forma complementaria, algunos médicos programaban exposiciones sobre las patologías más frecuentes en el servicio, así como se llevaban a cabo discusiones de casos clínicos interesantes.

Con la pandemia vigente y en aumento, y con el decreto publicado donde se mencionó que el retorno al internado seria a establecimientos de salud I-3 y I-4, el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi (nivel I-3) considerado como centro de atención para pacientes covid-19, las labores médicas se realizaban de lunes a sábado de 8am a 6pm.

La dinámica de aprendizaje en este centro médico cambio totalmente, pues durante los meses de noviembre y mediados de diciembre de 2020 solamente se ofrecía atención en los servicios de medicina interna y pediatría, toda vez, que parte de su personal era población vulnerable y

había optado por trabajar de manera remota, contando con 5 internos y 3 a 4 médicos por día para atender un promedio de 10 pacientes cada uno, para lo cual teníamos que utilizar equipos de protección personal, mantener cierta distancia con los pacientes y diferir el examen físico en la mayoría de los casos, llegando al diagnóstico básicamente con la anamnesis, y si era necesario se solicitaban exámenes de laboratorio básicos.

Asimismo, el referido Centro Médico continuó con sus programas de vacunación y tuberculosis, contando con la participación activa de los internos.

Durante el mes de enero del 2021 y con el regreso del personal de salud, se abrieron los servicios de obstetricia y odontología, además de aumentar el recurso humano para la atención en medicina interna y pediatría.

El área de pediatría continuó con las campañas de vacunación que estaban a cargo de enfermería, y solo cuando habían campañas masivas los internos apoyaban como parte de la entrevista previa a la vacunación, luego tenían el programa de tratamiento y prevención contra la anemia dirigido a los niños y adolescentes que llegaban a consulta, y por último la atención por consultorio externo de patologías, la mayoría por situaciones de tipo infecciosas de manejo ambulatorio, donde el interno se encargaba de hacer una pequeña historia clínica, examen físico y proponer el tratamiento correspondiente.

En el área de ginecología-obstetricia, este centro solo contaba con un área de obstetricia encargada de llevar el control prenatal de gestantes, en estos casos el interno hacía el monitoreo materno-fetal. También contaba con un programa de planificación y orientación familiar, y finalmente el programa de detección de enfermedades de transmisión sexual, donde el interno realizaba pruebas de tamizaje para VIH y sífilis.

En el centro médico no se atendían partos y toda gestante con 37 semanas a más era referida al hospital, la cual debía ingresar con una prueba Covid-19 realizada en el mismo centro. Solo en caso llegara una gestante en expulsivo se podía realizar su atención, sin embargo, nunca se dio esta situación, generando una gran desventaja a los internos, pues, luego de culminado el internado se pasa a realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS), donde tendrán a su cargo un Establecimiento de Salud

y como médicos serán responsables de atender todos los casos que se les presente, como partos y atención básica del recién nacido, y el cual hubiere sido útil adquirir esos conocimientos y la experiencia para poder brindar una atención adecuada a todos los pacientes.

Con respecto al área de cirugía, no se pudo cubrir en el centro, pues al ser un establecimiento I-3, además de no contar con internamiento no tiene la capacidad resolutive para ello, siendo más un nexo de derivación de pacientes con clínica de manejo quirúrgico a hospitales de mayor complejidad. Para compensar esta rotación, se cubrió el área de tópico de medicina donde se puso en práctica la colocación de inyectables, curación de heridas, lavado de oído, extracción de uñas entre otras. Generando una desventaja más.

Como parte del área de medicina interna, se incluyó el programa de tuberculosis donde a todo paciente con bk + se debía realizar una historia clínica detallada, examen físico completo tanto para el paciente como para sus contactos, además de revisión de radiografías de tórax y prescripción de tratamiento. Este programa antes de la pandemia realizaba el seguimiento de sus pacientes de manera presencial constatando la toma de medicinas en el centro, sin embargo, ahora las atenciones de estos pacientes son programadas y sus controles de toma de medicina se realizan por video llamada. En este programa se implementó la telemedicina para que puedan tener seguimiento los pacientes por el servicio de neumología u otras especialidades que necesitaran y no se contaba en el centro.

Al ser prácticas de 15 días al mes, las rotaciones asignadas como medicina interna, pediatría, obstetricia y el programa de tuberculosis se debían cubrir de manera satisfactoria en el lapso de 1 mes en total para cada una de ellas. Siendo el tiempo un factor en contra para un correcto aprendizaje.

En el centro de salud, a diferencia del hospital, el aprendizaje estuvo enfocado en tratar urgencias, casi siempre de manejo ambulatorio y sobre todo priorizar los programas de promoción y prevención del salud, el cual resulta ser un pilar importante para avanzar en la salud de nuestro país, y es donde deberíamos implementar mejoras a fin de descongestionar la cantidad de pacientes que llegan a un hospital, y de esta forma evitar que se retrasen la atención de personas que realmente necesitan ser tratadas a este nivel.

CONCLUSIONES

1. El internado es y seguirá siendo parte importante de la formación académica y profesional de un médico, por lo que es vital estar preparados para atender y responder ante cualquier situación que se presente, debiendo poner todo de su parte para continuar con el aprendizaje, con mayor razón que la medicina es una ciencia que avanza cada día, y ante esta situación que se presentó resulta necesario seguir estudiando y preparándose en las áreas que no se pudieron llevar a cabo, con la finalidad de dar una atención de óptima calidad a los pacientes.
2. Por su parte, la pandemia por el Covid-19 hizo notar lo vulnerable que puede llegar a ser una persona ante ciertas enfermedades, y por otro lado, lo importante que es la labor que ejercen los médicos, para lo cual deben ser perseverantes y resilientes para continuar en esta lucha por el tratamiento y recuperación de los pacientes, poniendo énfasis en las campañas de promoción y prevención en salud.
3. Esta pandemia también demostró la precariedad del sistema de la salud, que se venía experimentando desde hace mucho tiempo, pero que ningún gobierno se preocupó realmente por mejorarla, por lo que esperamos que el Estado con toda esta experiencia se encarguen de implementar políticas en salud que beneficien a toda la población.
4. Aunque este internado no fue lo que se esperaba para la formación académica y profesional de un médico, nos ha permitido tener un

panorama más acertado de lo que viviremos en adelante, y en el SERUMS tendremos la oportunidad de ejercer la medicina, enfocándonos en el primer nivel de atención, tratando de brindar una atención de calidad, pese a no contar con los recursos necesarios.

5. Finalmente, esta pandemia nos ha enseñado a valorar la vida y la salud de las personas y de toda la familia en general.

RECOMENDACIONES

- Siempre tener actitud positiva antes las adversidades, y por más que estemos ante una situación crítica, hay que pensar que existe una solución.
- Antes de escoger un hospital o establecimiento de salud para desarrollar el internado, lo principal es asegurarse que sea el más completo en relación a los servicios que ofrezca, por cuanto aumentará su capacidad y el nivel de conocimiento.
- Las notas de pregrado siempre serán importantes para la elección del lugar donde desarrollen el internado, por lo tanto, deben preocuparse en estudiar con esmero y responsabilidad con la finalidad de tener un buen promedio al terminar la carrera
- Tener siempre participación activa, iniciativa y disposición para realizar todo aquello en lo cual se requiera de su ayuda
- Ser siempre empáticos y aprender a escuchar a los pacientes, pues el 80% del diagnóstico se realiza con una buena anamnesis.
- Al momento de dar indicaciones sobre los tratamientos, tratar de ser lo más claro, y si es necesario pedirle al paciente que les repita las indicaciones, y de esta forma se asegurarán que cumpla de manera correcta su tratamiento
- Después de atender a cada paciente, es importante revisar información adicional y complementaria a la que manejen sobre sus patologías, esto ayudara a ser más exactos en el diagnóstico y la posibilidad de dar una mejor atención a sus pacientes.

- Expresen siempre sus dudas en el momento que surjan y toda información brindada por los médicos deben complementarla con bibliografía de calidad.
- Ante esta pandemia y cualquier otra situación que se pudiera presentar, lo más importante es siempre velar por su seguridad, toda vez, que son los únicos responsables, para lo cual deberán seguir con todos los protocolos de bioseguridad que se establezcan a fin de reducir al mínimo riesgo de exposición y sin afectar nuestra labor médico-asistencial.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cetrangolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. El sistema de salud del Peru: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva [INTERNET]. Primera edición. Organización internacional del trabajo (OIT); 2013. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>
2. Decreto supremo N° 020-2002-EF. Fijan compensación remunerativa mensual para internos de Medicina Humana y Odontología. El Peruano; enero 2002. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/223869-020-2002-ef>
3. Decreto supremo N° 003-2008-TR. Dictan medidas sobre jordanas máximas de modalidades formativas reguladas por la Ley N° 28518 así como de las practicas pre-profesionales de Derecho y de Internado en Ciencias de la Salud. Artículo 3.El Peruano; 21 may 2008. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/\\$FILE/DS_003_2008_TR.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/$FILE/DS_003_2008_TR.pdf)
4. Decreto de urgencia N° 090-2020. Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en la salud para afrontar la pandemia por la COVID-19.El Peruano; 2020. Disponible en:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1184155/DU090_2020.pdf

5. Documento técnico “Lineamientos para el inicio a la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020”.Gobierno del Peru (gob.pe); 2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
6. Norma técnica N°021.Categorías de establecimientos del sector salud. MINSA/DGSP V.03; 2011.Disponible en: <http://190.102.131.45/moperaciones/index.php/normativas/file/13-norma-tecnica-de-salud-nro-021-minsaldgsp?tmpl=component>
7. Decreto de ley N° 1175. Ley de régimen de salud de la policía nacional del Peru. El Peruano, 6 dic 2013. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/197038-1175>
8. Dirislimasur.gob [Internet]. RIS Chorrillo-Barranco-Surco. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/ris-cho-barr-surc/>
9. Román A, Cardona A, Gutiérrez J,Palacio A. Manejo de pacientes diabéticos hospitalizados. Rev. Fac. Med. 2018 Vol. 66 No. 3: 385-92.
10. Weintrob A, Sexton D. Clinical manifestations, diagnosis, and management of diabetic infections of the lower extremities. UpToDate [Internet]. 2021 [citado 17 abr 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-diabetic-infections-of-the-lower-extremities?sectionName=Empiric%20therapy&search=pie%20diabetic&topicRef=8175&anchor=H48099014&source=see_link#H8

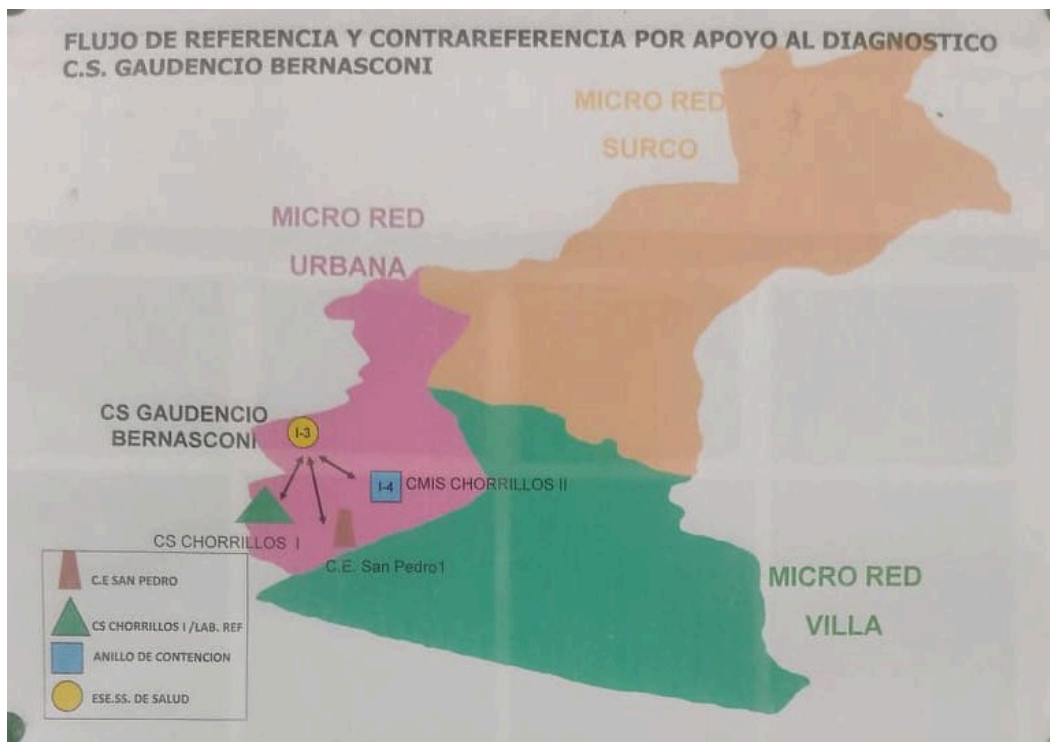
11. Guía de práctica clínica: Neumonía adquirida en la comunidad en adultos. OPS, 2009. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2418.pdf>
12. File T. Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the outpatient setting. UpToDate [Internet]. 2020 [citado 17 abr 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-setting?search=neumonia&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=4#H963777327
13. Guías de práctica clínica del servicio de medicina pediátrica. MINSA; 2015. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-551-2015.pdf>
14. Shaikh N, Hoberman A. Urinary tract infections in infants older than one month and Young children: Acute management, imaging and prognosis. UpToDate [Internet]. 2020 [citado 17 abr 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-older-than-one-month-and-young-children-acute-management-imaging-and-prognosis?search=infection%20de%20tract%20urinary&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H11
15. Guía clínica y terapéutica. Medecins Sans Frontieres. Edición 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4229.pdf>
16. Salavastru C, Chosidow O, Boffa M, Janier M, Tiplica G. European guideline for the management of scabies. JEADV 2017, 31, 1248–1253. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jdv.14351>

17. Guía de manejo sindromico de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en ESSALUD. Enero 2010. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/disposiciones/08GCPS2010.pdf>
18. Sobel J. Bacterial vaginosis: treatment. UpToDate [Internet]. 2021 [citado 17 abr 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-treatment?search=vaginal%20discharge%20treatment&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
19. Sobel J, Mitchell C. Tricomoniasis. UpToDate [Internet]. 2020 [citado 17 abr 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/trichomoniasis?search=vaginal%20discharge%20treatment&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H19
20. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinaria en el hospital Santa Rosa. MINSA; 2020. Disponible en : <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>
21. Hooton T, Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. UpToDate [Internet]. 2019 [citado 17 abr 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=cystitis%20pregnant&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H249334047
22. Guía de prácticas clínicas de emergencia medicina. MINSA. 2011-2012. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/biblioteca/index.php>

23. Vollmer C, Zakko S, Afdhal N. Treatment of acute calculus cholecystitis. UpToDate [Internet]. 2020 [citado 17 abr 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1937215
24. Guías de práctica clínicas: servicio de urología hospital nacional Arzobispo Loayza. MINSA; 2011. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_5a95f177607e034_.pdf
25. Barrisford G, Steele G. Acute urinary retention. UpToDate [Internet]. 2020 [citado 17 abr 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-urinary-retention?search=urinary%20retention%20in%20men&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1411113954

ANEXOS

ANEXO N°1



ANEXO N°2



ANEXO N°3

