



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL E. SERGIO BERNALES DURANTE LOS AÑOS 2020-2021**

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

**PRESENTADA POR
KEILA ACOSTA MAITA**

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

**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

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL E. SERGIO BERNALES DURANTE LOS AÑOS
2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
KEILA ACOSTA MAITA**

**ASESOR
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Víctor Hinostróza Barrionuevo

Miembro: M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

Miembro: MG. Karim Ugarte Rejavinsky

DEDICATORIA

Primero, dedico este trabajo al Señor, mi Dios, que gracias a Él me permitió culminar esta primera etapa de mi carrera, ya que nunca me dejó y me daba aliento en momentos de flaqueza; por cuidarme y guardarme bajo sus brazos, por mostrarme su amor incondicional cada día. Le agradezco, que desde ese día en el 2013 me mostró su camino y me permitió seguirle.

Como su palabra lo dice en Josué 1:9 “Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas.”

Segundo, dedico este trabajo a mis padres, que gracias al apoyo incondicional, pude concluir con una carrera maravillosa, que gracias a ellos, conté con recursos necesarios para estudiar, por darme sus sabios consejos, su amor y ayuda en momentos de dificultad.

Y es ahora mi deseo y anhelo poder honrarlos con lo que Dios me permitió ser.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	2
1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	6
1.3 Rotación en Cirugía	10
1.4 Rotación en Ginecología y obstetricia	14
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	31
3.1 Rotación de Medicina Interna	31
3.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	33
3.3 Rotación de Cirugía	35
3.4 Rotación de Ginecología y obstetricia	37
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	40
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
FUENTES DE INFORMACIÓN	48

RESUMEN

El internado médico es el último año donde el estudiante de 7mo año de la carrera de medicina humana permite integrar y consolidar los conocimientos que adquirió durante sus años previos en la universidad. A través de su trayectoria profesional se describirá los conocimientos teóricos y prácticos que logró durante las cuatro rotaciones principales: medicina, pediatría, cirugía y gineco-obstetricia que se realizó en el Hospital Nacional Sergio Bernal durante el 2020-2021.

La importancia de la identificación del diagnóstico, prevención, promoción y tratamiento de las patologías presentadas como también la importancia de los principios y valores debe tener como personal de salud. Mostrando los casos más frecuentes como hipertensión arterial, celulitis apendicitis, etc.; y el tratamiento que se llevó a cabo en estos casos clínicos, como también mostrar el manejo de acuerdo a las guías clínicas que se utiliza en otras instituciones nacionales como internacionales.

Todas estas experiencias desarrolladas en un hospital con categorización III-I en las cuales se describe las categorías y competencias que presenta, como también las carencias como infraestructura y organización.

Por último, la reflexión crítica de lo vivido como interno de medicina, mostrando desde un punto de vista las situaciones que vivió antes de la pandemia como durante la pandémica como por ejemplo la disminución de la demanda de los pacientes, la escasez de casos patológicos, el riesgo de exponerse frente al virus SARS-COV2, la escasa oportunidad de poder realizar procedimientos; además se relata sobre la realidad de un hospital nacional al no tener implementos básicos para una atención adecuada y las responsabilidades que tuvo el interno de medicina durante el tiempo del internado.

ABSTRACT

The medical internship is the last year where the 7th year student of the human medicine career allows to integrate and consolidate the knowledge acquired during their previous years at the university. Throughout his professional career, the theoretical and practical knowledge that he achieved during the four main rotations: medicine, pediatrics, surgery and gynecology-obstetrics that was carried out at the Sergio Bernales National Hospital during 2020-2021 will be described.

The importance of the identification of the diagnosis, prevention, promotion and treatment of the pathologies presented as well as the importance of the principles and values must have as health personnel. Showing the most frequent cases such as high blood pressure, cellulitis, appendicitis, etc .; and the treatment that was carried out in these clinical cases, as well as showing the management according to the clinical guidelines used in other national and international institutions.

All these experiences developed in a hospital with categorization III-I in which the categories and competencies it presents are described, as well as the deficiencies such as infrastructure and organization.

Finally, the critical reflection of what he experienced as a medicine intern, showing from a point of view the situations he experienced before the pandemic and during the pandemic, such as the decrease in patient demand, the scarcity of pathological cases, the risk of being exposed to the SARS-COV2 virus, the limited opportunity to perform procedures; It also tells about the reality of a national hospital as it does not have basic implements for adequate care and the responsibilities that the medical intern had during the time of the internship.

INTRODUCCION

El internado medico es el último año donde el estudiante de 7mo año de la carrera de medicina humana permite integrar y consolidar los conocimientos que adquirió durante sus años previos en la universidad. Durante ese tiempo, tiene la oportunidad de poder identificar las causas, realizar el manejo adecuado de acuerdo a las patologías presentadas, ver la evolución del paciente -persona que padece algún problema físico o mentalmente y que se halla bajo atención medica - durante el tiempo hospitalario.

Aunque exista diferencias entre las sedes hospitalarias, el interno de medicina, tiene la oportunidad de poder adquirir conocimiento desde el primer día, tanto en lo académico, lo social e interpersonal y lo más importante: la interacción con el paciente.

En el Hospital Nacional Sergio Bernales, ubicado en el distrito de Comas, cuenta con una categorización de III – I, a través de la Resolucion Directorial N°502 del 16 de agosto del año 2005 (1) y actualmente con la resolución Administrativa N° 190-2019 MINSAs/ DIRIS-LN/6. (2) Esta institución cuenta con diversas especialidades en las cuales están incluidas las 4 rotaciones principales para el desarrollo del internado medico: medicina, pediatría, cirugía y ginecología y obstetricia.

Días previos al inicio del internado, se le brinda al futuro interno de medicina una charla introductoria con respecto al manejo del hospital, la bioseguridad,

manejo administrativo que llevará acabo durante 1 año. En dicha charla, también intervienen los tutores de cada universidad y se realiza la distribución del alumnado de acuerdo a las distintas especialidades presentes en el hospital.

A inicios del año 2020, comenzó un internado de curso reglamentario, donde no solo se podía asistir a guardias diurnas sino también a guardias nocturnas, cumplir más de 12h en el hospital con el objetivo de poder avanzar el plan de manejo del paciente, realizar procedimientos –según la rotación – orientados por médicos de turno, aprender de los conocimientos de los médicos de distintas especialidades, ver casos poco comunes, poder entrar a sala de operaciones y ser partícipes de estas, atender partos eutócicos, realizar manejo de atención del recién nacido, poder observar y ser parte de la jerarquía que se maneja de manera intrahospitalaria (médicos asistentes, residentes, enfermeras, obstetras) y poder interactuar con el paciente y su entorno familiar.

En el presente año, debido a los niveles alarmantes de propagación y de gravedad por el virus SARS-COV2 a nivel mundial, la OMS declaró el 11 de marzo estado de pandemia (3), por lo cual el estado peruano declaró estado de emergencia y toque de queda a nivel nacional a partir del 15 de marzo (4), por lo cual el internado medico tuvo que ser suspendido hasta nuevo aviso.

Debido a que el interno de medicina realiza sus prácticas pre-profesionales - en calidad de estudiante de último año de su carrera - en los centros hospitalarios, este no es tomado en cuenta como personal de salud, por lo cual todos los internos tuvieron que retornar a sus hogares por su seguridad, ya que el interno de medicina, no cuenta con el material adecuado de protección, ni un seguro de salud ni de vida que le permita cubrir una contingencia en caso de una enfermedad, en este caso SARS COV2.

Ya que el estado de emergencia se prolongaba y los casos de SARS- COV2 iban en ascenso, muchos hospitales a nivel nacional – incluido el Hospital Nacional Sergio Bernales - tuvieron que priorizar la atención de los casos de pacientes covid, pasando muchas especialidades médicas a segundo plano.

A finales del año 2020, según el Decreto de Urgencia N°090-2020 (5) se estableció la reanudación progresiva al internado médico debido a la falta de recursos humanos en los centros hospitalarios. En aquel decreto se menciona que el interno de medicina se le otorgará equipos de protección personal, derecho a un expendio a una remuneración mínima, un seguro de salud y seguro de vida mientras dure el estado de emergencia en el país.

Con las coordinaciones entre la universidad y el Ministerio de Salud (MINSA) se inició el proceso de reanudación de los internos de medicina con nuevos parámetros, nuevos horarios donde no solo se volvía a reiterar los derechos de los internos, sino se reconocía también como un pilar importante en el estado salud. Sin embargo la realidad siguió siendo igual en algunos casos como la exposición sin un equipo de seguridad adecuado y en otros casos la disminución de pacientes con patologías frecuentes, imposibilidad de poder realizar procedimientos ni disfrutar de la parte académica de parte de los médicos del hospital.

Ya que el año 2020 fue un año atípico, donde diversas áreas en el ámbito profesional y académico fueron vulnerables, para la carrera de ciencias de la salud no fue una excepción. Donde el pilar de la carrera, interno de medicina, tuvo que enfrentar una situación donde no solo podía exponer su vida y la de su familia sino también ver la forma de poder adquirir conocimiento en el corto tiempo del internado asignado.

En el presente trabajo, se detallará sobre el trabajo de suficiencia profesional del interno de medicina del Hospital Nacional Sergio Bernales, es decir, las experiencias obtenidas, y las limitaciones que presentó durante los 7 meses asistenciales.

CAPITULO 1. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico es la etapa final de la carrera de Medicina Humana y la más importante, en la cual, tiene como objetivo poder integrar todos los conocimientos adquiridos durante los 6 años anteriores y ponerlos en práctica para la identificación de patologías, el curso de estas y el manejo adecuado.

No solo implica tener conocimiento para detectar estas patologías, sino también poder mostrar el lado humano hacia el paciente - persona que se encuentra pasado por una situación física o mental complicada - y poder ayudarlo en el proceso de su enfermedad. Y es importante poder mencionar la importancia de los principios eticos de la medicina: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia que te permiten ayudar al paciente.

Si bien es cierto, en los años anteriores, en calidad de estudiante se podía interactuar con los pacientes pero de manera superficial, el internado te permite interactuar con los pacientes de una manera más cercana como médico-paciente, ya que puedes verlo en todo su proceso de hospitalización.

Es en esta etapa donde también se forja el carácter y donde se interactúa con varias personas en el mismo ambiente, es decir, desde la persona de vigilancia, personal de limpieza, técnico de enfermería, equipo de enfermería y obstetras, internos de otras universidades, médicos residentes, médicos adscritos, entre otros; y se convierte en una convivencia que, a pesar de que no sea fácil en algunos casos, se tienen que sobrellevar ciertos asuntos para poder realizar el trabajo en conjunto.

1.1 ROTACION DE MEDICINA INTERNA

Según el silabo de medicina interna otorgado por la universidad, el interno debe desenvolverse en las unidades de aprendizaje (6), como:

- Problemas infecciosos, respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales
- Problemas del sistema nervioso, metabólico, hormonal, articular y mental
- Problemas renales, de piel, de sangre y coagulación, ética y medicina legal.

Con el objetivo de poder tener un manejo adecuado para el problema del paciente.

Sin embargo, aunque la gama de unidades es amplia, el interno no puede observar con gran detalle todos los casos ya que a veces no se encuentran en el hospital o no hay médicos especialistas que guíen al interno el curso de la patología como por ejemplo casos psiquiátricos, casos de medicina legal, casos del sistema nervioso.

Por otro lado, existen enfermedades que siempre prevalecen como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Cólicos biliares, Pancreatitis, etc.

Los casos más frecuentes en la emergencia de medicina son:

CASO N° 1: COLICO VESICULAR

Paciente mujer de 32 años, con tiempo de enfermedad de 10 horas antes del ingreso. Acude por presentar dolor en la región del hipocondrio derecho y epigastrio. Refiere que después de haber ingerido comidas copiosas, empezó a tener un dolor tipo colico de intensidad 3/10 que no le toma importancia. Posteriormente el dolor va en aumento asociado a nauseas por lo que decide tomar Plidan. Al notar que la molestia persiste, acude a emergencia.

Niega alguna reacción alérgica medicamentosa, niega operaciones anteriores. Refiere tener presencia de cálculos desde hace 4 años por un cuadro similar al actual.

Signos vitales:

- Temperatura: 37.2 °c
- Presión arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 98 x'
- Frecuencia respiratoria: 22 x'

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos. No palidez, No cianosis, No ictericia.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: blando, depresible, ruidos hidroareos presentes, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy (+) no se palpan masas.
- Aparato genito-urinario: puño percusión lumbar (-), puntos reno-ureterales (-), sexo femenino
- Sistema nervioso central: Despierta, LOtep 15/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos

Diagnóstico: cólico biliar

Plan:

- ClNa 9% 100cc EV
- Ketoprofeno 100mg EV
- Hioscina 50mg EV
- Dimenhidrinato 50mg EV
- Reevaluación a las 2 horas.

Reevaluación: paciente refirió ausencia del dolor y sensación de somnolencia. Se le explica que el manejo de los cálculos biliares es a través de una operación electiva y no por emergencia. Además se le informa las posibles complicaciones si no se trata. Se le informa que debe evitar comidas altas en grasas.

Se le indica:

- Ketoprofeno 100mg tab c/8h por 3 días,
- Hioscina 50mg tab c/8h por 3 días
- Dimenhidrinato 50mg PRN a nauseas/vomitos
- ir por consultorio externo de gastroenterología

CASO N°2: HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA

Paciente mujer de 54 años con antecedente de hipertensión arterial con tratamiento irregular, no antecedentes quirúrgicos, sin ninguna alergia medicamentosa.

Viene a la emergencia por presentar dolor de cabeza tipo opresivo - urente en región occipital de intensidad 7/10 de inicio insidioso curso progresivo, además refiere zumbido en oído derecho y presencia de “puntos negros” al mirar.

Signos vitales:

- Temperatura: 37.6 °c
- Presión arterial: 160/90 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 92 x'
- Frecuencia respiratoria: 20 x'

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor de 2 segundos. No palidez, No cianosis, No ictericia.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: blando, depresible, ruidos hidroareos presentes, no dolor a la palpación profunda, no se palpan masas.
- Aparato genito-urinario: puño percusión lumbar (-), puntos reno-ureterales (-), sexo femenino
- Sistema nervioso central: Despierta, LOTEP 15/15, pupilas isocóricas fotoreactivas, sin signos de focalización y sin signos meníngeos

Diagnóstico: Hipertensión arterial no controlada

Plan:

- Captopril 25mg SL 1 tableta
- Reevaluación a los 40 min

Reevaluación: se le toma la presión a la paciente donde la presión arterial se le mantiene con 150/90 mmHg, por lo que se indica otra dosis de captopril 25mg SL y reevaluación en 1 hora.

Reevaluación 2: se le toma la presión a la paciente encontrando persistencia de la presión arterial con 150/90 mmHg por lo que se le indica amlodipino 5mg vía oral y reevaluación en 1 hora.

Reevaluación 3: se realiza la 3ra toma de presión arterial a la paciente, encontrándose 130/75 mmHg. Se le indica que se volverá a reevaluar en 1 hora.

Reevaluación 4: paciente no refiere ningún síntoma al momento, niega cefalea, y leve percepción de tinitus, ausencia de escotomas. A la toma de la presión arterial cuenta con 128/76 mmHg.

Se le informa a la paciente sobre las complicaciones que presenta una presión arterial elevada y se le indica: continuar con su tratamiento e ir por consultorio externo de cardiología

1.2 ROTACION DE PEDIATRIA

En cuanto al silabo de pediatría, los objetivos para desarrollar un aprendizaje en el interno fueron (7):

- Problemas del recién nacido
- Problemas de salud del niño y del adolescente
- Urgencias, emergencias, promoción y prevención en pediatría

Pero solo unos cuantos pudieron ser observados por el interno de medicina, debido a que el retorno de estos fue en época pandémica y muchos casos no pudieron observarse en esta rotación.

Uno de los casos más “comunes” que se presentaba en los pacientes eran las celulitis en miembros superiores o inferiores, causados por una “picadura de insecto” – según relata el familiar del paciente – o por una herida previa a caída.

CASO N°3: CELULITIS DE MMII IZQUIERDO

Madre de paciente de 5 años refiere que hace 3 días mientras jugaba en el jardín, presenta picadura de insecto en MMII izquierdo, por lo que al causarle prurito, se rasca. Posteriormente presenta sensación de alza térmica motivo por lo cual le da paracetamol, sin embargo persiste con la fiebre y nota que hay un aumento de volumen y coloración rojiza en pierna izquierda motivo por el cual acude a emergencia.

Signos vitales:

- Temperatura: 37 °c
- Peso: 27kg
- Frecuencia cardiaca: 154 x'
- Frecuencia respiratoria: 22 x'

Examen físico:

- Piel y faneras: aumento de volumen con signo de flogosis en la cara anterolateral pierna izquierda, dolor a la palpación
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: blando, depresible, ruidos hidroareos presentes, no dolor a la palpación profunda, no se palpan masas.
- Sistema nervioso central: Despierto, activo, tono conservado

Diagnóstico: celulitis en MMII izquierdo

Plan:

- DC +LAV
- JH
- Oxacilina 1g EV c/6h
- Clindamicina 270mg EV c/6h
- Metamizol 500mg EV PRN T°>38°C
- Paracetamol 400mg VO PRN dolor
- CFV + OSA
- SS EXAMENES: hemograma, glucosa, urea, creatinina, prueba covid

Efectivamente, el tratamiento no sería de manera ambulatoria ya que necesitaba un manejo intravenoso por lo cual se decide el ingreso a hospitalización para el paciente como para el familiar.

En los días posteriores, el paciente cursa con episodios febriles el primer y segundo día de hospitalización además del aumento del rubor hasta la mitad del muslo además de presentar prurito por lo que se le indica antihistamínicos. Al tercer día empieza a disminuir el volumen y el rubor del MMII izquierdo. Al cuarto día, el dolor es imperceptible por lo que tiene probabilidades de alta médica. Al quinto día, no se reporta interurrencias, y el volumen disminuyó considerablemente, disminución del rubor. Por lo que se le indica alta médica.

CASO N°4: ANAFILAXIA POR RAM

Paciente de 10 años que presentaba sensación de alza térmica, toma un medicamento (ibuprofeno) por decisión de su madre. Al no conocer a que era alérgico, al poco tiempo, madre del paciente nota aumento de tamaño en región palpebral y en labios. Al notar que la hinchazón persistía, decide traerlo a emergencia.

Signos vitales:

- Temperatura: 38.2 °c
- Peso: 28.4kg
- Presion Arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 126 x'
- Frecuencia respiratoria: 30 x'

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, edema en parpados inferiores, edema en labios, edemas en MMII ++/+++
- Tórax y pulmones: sibilantes espiratorios e inspiratorios, taquipnea, uso de musculo accesorio, tiraje subcostal
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: blando, depresible, ruidos hidroareos presentes, no dolor a la palpación profunda, no se palpan masas.
- Sistema nervioso central: Despierto, conectado con su entorno, no focalizacion

Diagnóstico: anafilaxia medicamentosa

Plan:

- NPO
- CIna 9% 1000cc
- Adrenalina 0.3mg IM STAT
- Dexametasona 8mg EV STAT luego 2mg EV c/6h

- Clorfenamina 10mg EV STAT luego 2.5mg EV c/6h
- Metamizol 560mg EV PRN T°>38°C
- O2 húmedo por MR (10L) para SatO2 >95%
- CFV + OSA
- Pase a shock trauma

Paciente es evaluado constantemente, en la cual deciden volver administrarle adrenalina. Y se indica al monitoreo continuo de las funciones vitales.

En la siguiente reevaluación, los signos vitales del paciente se encuentran estables, sin embargo existe la presencia de estridor pero de menor intensidad por lo que se añade al plan salbutamol 100ug 8puff c/20min por 3 repeticiones.

En la tercera reevaluación, se notó una disminución de los edemas, con signos vitales estables, por lo que se continúa con el plan anterior

En la cuarta reevaluación, paciente no refiere alguna molestia y puede tolerar la vía oral, solo hay un leve aumento en región palpebral. Y se le modifica el plan de trabajo.

Plan II:

- Dieta hipoalergenica
- Dextrosa 5% 1000ml
 - Clna 20% 20ml
 - cIK 20% 10ml
- Ranitidina 30mg EV c/8h
- CLOFENAMINA 4mg EV c/8h
- Cetirizina 5mg/5ml → 7ml VO c/24h
- Dexametasona 4mg EV c/6h
- CFV + OSA

Al día siguiente, paciente entra a hospitalización, en la cual refiere no sentir molestias, no se reportó alguna interurrencia por lo cual es dado de alta con indicaciones médicas con cetirizina, clorfenamina y dieta hipoalergenica. Se le informo a la mamá del paciente que esa reacción fue producto de RAM hacia cierto tipo de medicamentos (AINES).

1.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

En la tercera rotación, las unidades que debe desarrollar el interno de medicina es (8):

- Cirugía general y ética
- Traumatología, uróloga, oftalmología y otorrinolaringología
- Cirugía de torax y cardiovascular, neurocirugía y cirugía pediátrica

La amplia variedad de temas fueron difíciles de desarrollar debido a que no todas las subespecialidades estaban programadas en el horario del interno. En épocas pre-pandémicas, la cantidad de casos fueron lo suficiente como para que el interno pudiera ver desde la llegada del paciente hasta su alta y adquirir el conocimiento, además el tiempo de rotación eran 3 meses, con días seguidos, Sin embargo, todo cambio en épocas pandémicas, ya que solo se priorizaba casos de emergencia, por lo que incluso la estancia hospitalaria fue breve.

Durante las emergencias, la mayoría de casos eran heridas cortantes, mordeduras de perros, y apendicitis.

CASO N°5: MORDEDURA DE PERRO

Paciente mujer de 29 años acude a la emergencia, refiriendo haber sido atacada por un perro, ocasionándole una mordida en el antebrazo. Desconoce si el can ha sido vacunado.

Signos vitales:

- Temperatura: 36.5°c
- Presión Arterial: 110/70 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 78 x'
- Frecuencia respiratoria: 20 x'

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. No palidez

- Tórax y pulmones: sibilantes espiratorios e inspiratorios, taquipnea, uso de musculo accesorio, tiraje subcostal
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: blando, depresible, ruidos hidroareos presentes, no dolor a la palpación profunda, no se palpan masas.
- MMSS: solución de continuidad en 1/3 medio de aproximadamente 1 x 1.5 cm y 1/3 distal de aproximadamente 2 x 1.5cm de antebrazo izquierdo, con bordes irregulares
- Sistema nervioso central: Despierto, conectado con su entorno, no focalización

Diagnóstico: mordedura de perro en antebrazo izquierdo

Plan:

- Lavado de herida
- Amoxicilina/ácido clavulanico 500mg/125mg c/8h por 5 días
- Naproxeno 550mg c/12h por 3 días
- Vacunación antirrábica

Se le explica a la paciente que este tipo de heridas debe solo lavarse y que su tratamiento será con antibióticos y analgésicos. Y se le indica que debe ir por zoonosis – lugar donde aplican la vacuna antirrábica en el hospital- lo más pronto posible.

CASO N°6: APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

Por supuesto, nunca faltan los casos de apendicitis. Pacientes referidos del tópico de medicina general, vienen por presentar la cronología de Murphy, en las cuales, el MR1, MR2 o MR3 lo evalúan a través de un examen físico, identificando los puntos dolorosos de acuerdo a esta patología y si el examen concuerda con la clínica del paciente, la anamnesis, pues se le da pase para el servicio de cirugía y se le realizan los pre-quirurgicos.

Paciente varón de 38 años sin ningún antecedente de importancia, con un tiempo de enfermedad aproximadamente 1 día antes del ingreso, acude a

emergencia por presentar dolor abdominal de inicio insidioso curso progresivo de intensidad 8/10 tipo, predominantemente en cuadrante inferior derecho. Refiere que estaba ingiriendo comidas copiosas y auto medicarse para el dolor.

Signos vitales:

- Temperatura: 37°c
- Presión Arterial: 100/60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 87 x'
- Frecuencia respiratoria: 20 x'

Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. No palidez, no cianosis
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: globuloso, distendido, ruidos hidroaereos disminuidos, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, macburney (+), blumberg (+/-) timpanico
- Sistema nervioso central: Despierto, quejumbroso, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni focales

Diagnóstico:

- síndrome doloroso abdominal
- D/C colecistitis aguda vs pancreatitis aguda

Plan:

- CIna 9% 1000cc
- CIna 9% 100cc
 - Ranitidina 50mg
 - Metamizol 1.5g

- Hioscina 50mg
- Se solicita, amilasa, lipasa, perfil hepático, hemograma, urea, creatinina, glucosa, examen de orina

Primera reevaluación: paciente refiere leve disminución del dolor por lo que se indica evaluación por cirugía.

Evaluación por cirugía:

Paciente con tiempo de enfermedad 1 día refiere dolor a nivel de epigastrio y CSD, niega nauseas, ni vómitos, Refiere haberse auto medicado con "bactrim".

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. No palidez, no cianosis
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: poco, blando ruidos hidroaereos presentes, dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, mcburney (+), blumberg (+)
- Sistema nervioso central: Despierto, quejumbroso, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni focales

Diagnostico:

- abdomen agudo quirúrgico
- Sepsis punto de partida abdominal
 - Apendicitis aguda complicada

Plan:

- NPO
- CINA 9% 1000cc
- Ceftriaxona 2gr amp c/24h
- Metronizazol 500 mg EV c/8h
- Ketoprofeno 100 mg EV c/8h

- Omeprazol 40mg EV c/24h
- Solicitar riesgo quirúrgico + EKG
- Programar para sala de operaciones

Primer día post operatorio, no se reportó alguna interurrencia, se le recomienda al paciente deambulaci3n e inicio de tolerancia oral, seguir con antibioticoterapia y controlar el drenaje.

Segundo día post operatorio: paciente refiere dificultad para eliminar flatos, se indica curaci3n de herida, y seguir con las indicaciones anteriores.

Tercer día post operatorio: no se reporta alguna interurrencia, posibilidad de alta m3dica. Se le informa al paciente que el retiro de puntos se har3 dentro 7-10 d3as en centro de salud m3s cercano.

1.4 ROTACION DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

En la última rotaci3n, las unidades de aprendizaje propuestas fueron (9):

- Problemas ginecol3gicos
- Problemas de obstetricia
- Ética, prevenci3n y promoci3n

Lo que se pudo observar m3s, de acuerdo a lo estipulado por el silabo fueron problemas obst3tricos, ya que el servicio fue reducido solo para la atenci3n de partos priorizando como emergencias. Por otro lado, los casos ginecol3gicos fueron muy escasos por lo que solo hab3a 1 o 2 casos por cada rotaci3n.

Dentro de sus emergencias fueron:

CASO N°7: EMBARAZO ECTOPICO

Paciente mujer de 38 a3os, con antecedente de un aborto y un nacido vivo, acude a la emergencia con informe ecogr3fico que se realiz3 hace 1 semana informando presencia de embarazo fuera de lugar.

Signos vitales:

- Temperatura: 36.8°C

- Presión Arterial: 100/60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 80 x'
- Frecuencia respiratoria: 20 x'

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. No palidez, no cianosis
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: blando, depresible, ruidos hidroareos presentes, dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda, rebote positivo
- Tacto vaginal: cérvix posterior sin cambios con orificios cerrados.
- Genitales externos: ausencia de sangrado vaginal
- Sistema nervioso central: Despierta, quejumbroso, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni focales

Diagnostico:

- Síndrome doloroso abdominal
- D/C embarazo ectópico complicado

Plan:

- Observación
- Se solicita ecografía transvaginal
- Se solicita Exámenes laboratorio: hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina
- Se solicita BHCG cuantitativo

Ecografía transvaginal: anexo izquierdo: masa de 62mm x 45mm de contenido heterogéneo, anexo derecho no visible.

Conclusión: masa heterogenea con sospecha de embarazo ectópico complicado

BHCG cuantitativo: 4400mIU/ml

Diagnóstico: Embarazo ectópico

Plan:

- programar laparotomía exploratoria
- CINA 9% 1000cc EV

Diagnostico postoperatorio: laparotomía exploratoria + salpingooforectomia izquierda por embarazo ectópico

Hallazgo:

- Útero +/- 9cm
- Trompa y ovario derecho normal
- Trompa uterina estallada en su tercio proximal
- Hemoperitoneo
- Sangrado +/- 150 cc

Indicaciones:

- NPO
- CINA 9% 1000cc
- Dextrosa 5% 1000cc
 - CINA 20%
 - KCl 20%
- Ranitidina 50% EV c/8h
- Ketoprofeno 100mg EV c/8h
- Tramadol 100mg SC PRN a dolor moderado
- CFV
- Solicitar hematocrito control
- Permanecer sonda Foley

Primer día post operatorio: paciente no refiere molestias, no se reporta alguna intercurencia. Herida operatoria, con bordes afrontados, sin signos de flogosis, cubierta por gasas con secreción serohematosa. Se le indica analgesia y deambulación

CASO N°8: OBITO FETAL

Paciente de 39 años, con antecedente de un aborto y un nacido vivo, ingresa por emergencia por percibir disminución de movimientos fetales con un tiempo de enfermedad de 1 día. Niega pérdida de líquido, ni pérdida de sangrado.

Signos vitales:

- Temperatura: 37°c
- Presión Arterial: 100/60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 80 x'
- Frecuencia respiratoria: 12 x'

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. No palidez, no cianosis
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato gastrointestinal: altura uterina 28cm, SPP: LCI, ausencia de movimientos fetales, no dinámica uterina
- Tacto vaginal: cérvix posterior sin cambios con orificios cerrados.
- Genitales externos: ausencia de sangrado vaginal
- Sistema nervioso central: Despierta, quejumbroso, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni focales

Diagnostico:

- Óbito fetal de 35 4/7ss por ECO I°T

Plan: observación

- ClNa 9% 1000cc
- Ceftriaxona 2g EV c/24h
- Clindamicina 600mg EV c/8h
- CFV
- Balón cervical con 20cc

- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma, glucosas, urea, creatinina, examen de orina, perfil de coagulación LDH, Grupo y factor

Se explica a familiar del paciente la situación del óbito fetal y el manejo que se realizara para su expulsión.

Se induce trabajo de parto vía vaginal y pasa a hospitalización.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Sergio Bernales fue categorizado como un hospital Nivel III-I desde el año 2005 a través de una Resolución Directoral en la cual le permite atender pacientes desde los distritos de Comas, Carabayllo, Independencia, Puente Piedra, Los Olivos, como también la provincia de Canta, asumiendo una cobertura de aproximadamente de un millón de habitantes. (1)

Cuenta con una accesibilidad a través de cinco corredores viales:

- Av. Circunvalación – Av. Túpac Amaru – Hospital
- Av. Caquetá – Av. Túpac Amaru – Hospital
- Av. Alfonso Ugarte – Puente del Ejercito – Panamericana – Av. Tupac Amaru – Hospital
- Av. Universitaria – Av. Los incas – Hospital
- Carretera Panamericana – Av. Héroes del Cenepa – Av. Los Incas – Hospital

Recursos humanos del Hospital Sergio Bernales

Según el análisis realizado por el Hospital, el total de trabajadores de dicha entidad, puede cubrir las necesidades de la salud de la población donde se

demanda consultas de manera ambulatoria, atención en la Emergencia y Urgencias, Hospitalización, Centros Quirúrgicos.

La cantidad de trabajadores, se divide en dos grupos (asistenciales y administrativos) de los cuales, el personal especializado es muy escaso por lo que el hospital cuenta con la modalidad de Servicios de Terceros, con el propósito de poder abarcar la atención hacia la población ya que –según el reporte del Hospital – cuentan con un presupuesto recortado y no pueden cubrir con las necesidades de los pacientes.

Con respecto al personal asistencial, el Hospital cuenta con médicos, médicos residentes, enfermeras, obstetras, químicos farmacéuticos, cirujanos dentistas, psicólogo, nutricionista, trabajadora social/asistente social, biólogo, técnico médico, técnico de enfermería, técnico de farmacia, técnico de laboratorio, técnico de nutrición, técnico radiólogo, técnico de rehabilitación-fisioterapia, técnico sanitario, auxiliar asistencial, auxiliar de enfermería, auxiliar de nutrición y auxiliar de laboratorio. En total, cuentan con 1132 personal asistencial entre la modalidad cas y nombrados.

Por otro lado, el personal administrativo formado por funcionarios, abogados, especialistas administrativos, asistentes administrativos, médicos auditores, auditor, contadores, asistente profesional, secretarias, técnicos administrativos, auxiliares administrativos, choferes, trabajadores de servicios generales, en total siendo 465 trabajadores.

Infraestructura hospitalaria:

Inicialmente la infraestructura se remonta desde el 31 de Mayo de 1939 en el gobierno de Oscar R. Benavides, donde se mandó la construcción de un lugar especializado para la atención de pacientes con tuberculosis en la población infantil, posteriormente se convirtió en el Sanatorio de Collique.

Debido a la gran demanda, el lugar adoptó un nuevo nivel, adquiriendo el nombre de Hospital Infantil de Collique, en la cual se mantenía la lucha contra

la tuberculosis. Durante 1970, el Hospital pudo establecerse en un Hospital General y años más tarde llamarse Hospital Nacional E. Bernales.

Actualmente, el hospital está ubicado en un área de terreno de 155,396.4 m² y un área construida de 20,364 m². Su construcción está constituida en la mayoría por un solo piso, excepto el área de UPSS Emergencia y los servicios de Traumatología y Neumología que cuentan con segundo piso.

A través de la Oficina de Defensa Nacional, se realizó el Análisis de Vulnerabilidad Sistemica en los hospitales a nivel nacional, encontrando que el Hospital Sergio Bernales cuenta con una alta vulnerabilidad estructural, por lo que se recomendó tomar medidas urgentes para preservar la vida de los pacientes y el personal que labora en aquel lugar.

Debido a la gran demanda de pacientes, el hospital cuenta aproximadamente con 353 camas para poder atender en las diversas especialidades, además actualmente, existe un proyecto de construcción para un nuevo hospital, sin embargo el inicio de la construcción es incierto.

Siendo un Hospital con categoría III-I, cuenta con unidades productoras de servicios, como (1),(10):

1. **Consulta externa:** dedicada a la atención ambulatoria en las distintas especialidades.
 - a. Recursos: médicos de las especialidades básicas (cirugía, pediatría, ginecología, medicina), subespecialidades, entre otros.
 - b. Infraestructura: las áreas consignadas a la atención de la consulta externa
 - c. Equipamiento: el equipo, instrumentación.
 - d. Organización: la programación en turnos de acuerdo a la demanda de pacientes
 - e. Capacidad resolutive: las cuatro especialidades básicas como también las subespecialidades: neurología, psiquiatría, geriatría, infectología, dermatología, gastroenterología, neumología, cardiología, endocrinología, oncología clínica, reumatología, hematología, pediatría, nefrología pediátrica, neurología

pediátrica y especialidad en neonatología anestesiología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de tórax y cardiovascular, urología, cirugía oncológica, cirugía plástica, traumatología, neurocirugía , cirugía pediátrica, servicio subespecializado de colposcopia, servicio subespecializado de alto riesgo, servicio subespecializado de infertilidad, servicio subespecializado de climaterio, servicio de planificación familiar, , , atención anestesiología, atención de nebulizaciones por enfermería, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo por enfermedad, atención de inyectables por enfermera, atención ambulatoria por enfermera, atención ambulatoria por psicólogo, atención ambulatoria por obstetra, odontólogo general, odontólogo pediatra, odontólogo general con soporte de radiología oral, atención ambulatoria por nutricionista.

2. **Emergencia:** área organizada en la atención de urgencias o emergencias
 - a. Recursos: médicos emergencias y equipo de salud
 - b. Infraestructura: áreas consignadas a la atención inmediata de Emergencias, unidad de shock trauma
 - c. Equipamiento: instrumentos, medicamentos e insumos para la atención rápida en pacientes con peligro de muerte imperiosa
 - d. Organización: atención durante las 24 horas
 - e. Capacidad resolutive: atención ante una reanimación cardio respiratoria.

3. **Hospitalización:** áreas que ofrecen el servicio de hospitalización en camas divididas por sexo en las distintas especialidades
 - a. Recursos: grupo de distintos médicos de diversas especialidades y subespecialidades, equipo de enfermería y técnicos de enfermería

- b. Infraestructura: áreas consignadas a la hospitalización de pacientes, diferenciada por el sexo y la especialidad
- c. Equipamiento: camas disponibles e implemento necesarios para la estadía y la atención
- d. Organización: cuidado permanente las 24h
- e. Capacidad resolutive: atención, procedimientos médicos y/o quirúrgicos

4. **Epidemiología:** área designada a realizar manejo epidemiológico hospitalario

- a. Recursos: médicos o profesionales de la salud que cuentan con estudios de postgrado y con apoyo de un equipo técnico multidisciplinario
- b. Infraestructura: área destinada a la realización de actividades administrativas, investigación y control epidemiológico.
- c. Equipamiento: presencia de equipos informáticos y medios de comunicación
- d. Organización: con la finalidad de brindar información y prevención de un daño o riesgo.
- e. Capacidad resolutive: vigilancia y prevención de infecciones.

5. **Centro quirúrgico:** área designada para procedimientos quirúrgicos con previa asepsia quirúrgica y materiales especiales

- a. Recursos: médicos especialistas y sub especialistas, médicos anesthesiólogos, enfermeras y técnicos de enfermería
- b. Infraestructura: área donde se realiza procedimientos quirúrgicos.
- c. Equipamiento: equipos, instrumentos especializados
- d. Organización: disposición de la sala las 24h a través de cronograma de turnos, así también como los servicios al diagnóstico.
- e. Capacidad resolutive: intervenciones donde se requiera diferente tipo de anestesia.

6. **Centro obstétrico:** área designada para la monitorización y atención del parto de alto riesgo, puérperas complicadas.
 - a. Recursos: medico gineco-obteta, neonatologo y personal de enfermería.
 - b. Infraestructura: áreas donde se monitorean y permite la atención del parto
 - c. Equipamiento: presencia de equipo, e instrumentos especiales para las atenciones obstétricas
 - d. Organización: atención de 24h con el trabajo conjunto de los servicios de apoyo al diagnostico
 - e. Capacidad resolutive: atención de partos distócicos y la atención al recién nacido de manera inmediata

7. **Esterilización:** área especializada para la preparación de materiales a través estériles a través de medios físicos (calor seco y húmedo) y químicos (liquido, gas y plasma).
 - a. Recursos: equipo de enfermeros y técnicos
 - b. Infraestructura: área designada para la realización de procedimientos en cuanto a materiales, esterilización y almacenaje.
 - c. Equipamiento: equipos físicos y químicos.
 - d. Organización: disposición de materiales estériles para procedimientos médicos y/o quirúrgicos
 - e. Capacidad resolutive: esterilización de materiales e insumos a través de los distintos medios.

8. **Farmacia:** área designada para el almacenamiento de medicamentos e insumos
 - a. Recursos: presencia de químico farmacéutico y técnicos de enfermería
 - b. Infraestructura: área designada para el almacenamiento efectivo de los medicamentos e insumos
 - c. Equipamiento: moblaje para el adecuado almacenamiento según las indicaciones del DIGEMID

- d. Organización: atención de 24h
- e. Capacidad resolutive: atención será de acuerdo al petitorio designado para el hospital.

9. **Medicina de rehabilitación:** área consignada a la recuperación de los pacientes que presenten limitaciones físicas, discapacidades temporales o permanentes.

- a. Recursos: presencia de médico especialista, tecnólogos médicos.
- b. Infraestructura: área consignada para la rehabilitación
- c. Equipamiento: presencia de equipos para procesos de rehabilitación y terapia
- d. Organización: atención diaria
- e. Capacidad resolutive: procedimientos que tienen el objetivo de recobrar las funciones físicas, sensoriales.

10. **Diagnóstico por imágenes:** área especializada en efectuar estudios a traves de métodos de radiación y/o ultrasonido con el objetivo de apoyar en el diagnóstico.

- a. Recursos: presencia de medico radiólogo y tecnólogo medico
- b. Infraestructura: área segura para la toma de rayos X y ecografías.
- c. Equipamiento: presencia de equipos especializados en los procedimientos para el diagnóstico por imágenes
- d. Organización: atención las 24h
- e. Capacidad resolutive: realización de placas radiográficas y ecografías

11. **Laboratorio:** área de apoyo al diagnóstico gracias a toma, procesamiento y emisión de los resultados de exámenes.

- a. Recursos: presencia de patólogo, biólogo y tecnólogo medico
- b. Infraestructura:
- c. Equipamiento: área donde se toma y procesa las muestras
- d. Organización: atención las 24h

- e. Capacidad resolutive: efectuar exámenes o ensayos de mayor complejidad

12. Unidad de cuidados intensivos: área encargada de la atención a pacientes críticos con riesgo de muerte, recuperación parcial o total

- a. Recursos: medico intensivista y personal de enfermería
- b. Infraestructura: se cuenta con los servicios de UCI neonatal, UCI pediátrica.
- c. Equipamiento: equipos para actividades especiales del servicio
- d. Organización: atención durante los 24h.

13. Neonatología: área encargada de la atención del recién nacido que necesita de los cuidados especializados además con un soporte vital.

- a. Recursos: presencia de médico pediatra-neonatólogo, personal de enfermería especializado
- b. Infraestructura: área encargada de la atención del recién nacido
- c. Equipamiento: presencia de equipos, instrumental para actividades del servicio.
- d. Organización: atención durante las 24h
- e. Capacidad resolutive: atención a neonatos normal y de alto compromiso vital.

14. Nutrición: área encargada de la evaluación y un control con respecto a regímenes dietéticos.

- a. Recursos: nutricionista y técnicos de nutrición
- b. Infraestructura: área designada a la atención de nutrición de pacientes.
- c. Equipamiento: mobiliario designado a la atención del paciente
- d. Organización: horario de atención establecido durante la mañana
- e. Capacidad resolutive: se identifica las necesidades de los pacientes y se realiza dietas especializadas de acuerdo a sus necesidades.

15. **Administración y servicios generales:** personal de administración y otros dedicados las acciones administrativas, económicas, logística, etc.
16. **Lavandería y ropería:** área, personal designado, equipos especiales para la actividad
17. **Comunicación:** personal encargado de la atención y comunicación del hospital.
18. **Transporte:** personal y vehículos para el manejo de ambulancias
19. **Limpieza y vigilancia:** personal asistencial de limpieza y el cuidado de las instalaciones.

Ya que el hospital cuenta con los departamentos de Medicina interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, permite tener una atención más especializada a los diferentes grupos etarios. Además cuenta con 51 consultorios físicos y 76 consultorios funcionales en las distintas especialidades, también no solo con el área de hospitalización, sino también tiene 6 salas para intervenciones quirúrgicas.

En cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia, el Hospital cuenta con una oficina con el objetivo de seguir garantizando la atención de los pacientes y permitir la operatividad de los procesos que necesite el paciente con los establecimientos de Salud donde cuenten con mejor o mayor capacidad de respuesta como por ejemplo el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas entre otros. Además, con el apoyo del CENARUE (central nacional de regulación de la referencias de emergencias) permite la conexión y regulación permanente de todas las referencias de los pacientes (11). Según esta entidad, existe una relación de todos los hospitales en las cuales se cuenta con este sistema de referencia y contrarreferencia.

Según las Normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, existen disposiciones generales para el motivo de la referencia, como también disposiciones específicas.

En cuanto a las disposiciones generales, en el caso del Hospital Nacional Sergio Bernales, puede referir a pacientes cuando no presenten servicios operativos para la atención en un momento de emergencia, como en el caso de cuidados intensivos, o situaciones quirúrgicas complejas.

También podrá referir en caso de un desastre o accidente múltiple, cuando la demanda excede la capacidad de atención pero previamente estabilizando a los pacientes y realizando una coordinación previa con otros establecimientos destino.

En cuanto a las Disposiciones específicas, el Hospital recibe a pacientes de un agente comunitario cuando se detectó de forma inmediata signos de alarma, factores de riesgo en un paciente. Como por ejemplo, los centros de salud aledaños al Hospital, suelen referir – en su mayoría- pacientes ginecológicas (hemorragia postparto, preclamsias, etc)

Otra disposición es la referencia entre los establecimientos de mayor categoría. Es decir, cuando el estado de salud del paciente no puede ser resuelto y su manejo es mucho más especializado, el Hospital debe referir a un establecimiento que cuente con implementos mucho más especializados para el manejo adecuado.

Además es importante recalcar, que la referencia permite que las dos entidades puedan trabajar en conjunto, es decir, cuando se solicite opinión de expertos, una confirmación diagnóstica o procedimientos. En el caso del Hospital, al no contar con tomógrafo o un resonador magnético por lo que usualmente realizaba coordinaciones con el Hospital Nacional Hipolito Unanue

A pesar de que el sistema de salud pueda contar con protocolos, medidas de acción, entes reguladoras, no se logra tener el objetivo deseado: la adecuada atención de calidad que necesita un paciente.

Ya que existe el sector privado y el sector público, los hospitales que están bajo la mano del estado, no cuentan con una inversión adecuada para el manejo de los diversos hospitales a nivel nacional, es decir, no hay camas suficientes, no hay suministros básicos en diversos centros de salud, no hay equipos necesarios para los procedimientos, no se cuentan con medicamentos específicos para el manejo de diversas patologías, no cuentan – en su mayoría de hospitales – con equipos especiales para apoyo al diagnóstico (tomógrafos, resonadores magnéticos, etc) por lo que se necesita del sistema de contrareferencia y referencia con el objetivo de poder conseguir una cita para el paciente, debido a que la mayoría no cuenta con medios económicos suficientes como para acceder a dicho examen de manera particular (12).

Otra carencia importante, a pesar de las faltas materiales, es el recurso humano. La mayoría de veces, el sistema de atención se lentece debido a que no hay especialistas, generando una sobrecarga en el personal ya designado.

Y este es un punto importante debido a que antes de la época pandémica, solo algunos hospitales contaban con médicos subespecialistas como por ejemplo médicos intensivistas, emergencistas, internistas, por lo que el manejo de pacientes con patologías complicadas solo se podía realizar en algunos lugares. Por otro lado, la gran mayoría de personal médico son de la tercera edad, nombrados por el hospital, y un porcentaje, no muy alto, de personal médico joven contratados por modalidad CAS.

Y esto es importante, debido a que en el inicio de la pandemia, se detectó que unos de los factores de riesgo para el SARS-COV2 eran adultos mayores, que presenten comorbilidades. Por lo que un gran porcentaje tuvo que permanecer en sus casas para evitar el riesgo del contagio, generando una sobrecarga de trabajo en el personal médico restante.

Además, vale decir que mientras pasaban los meses, y la cantidad de casos positivos iban en aumento, llego al punto del colapso de todos los hospitales, no había camas, no se contaba con insumos necesarios, los medicamentos eran inciertos para manejar el estado de salud de los pacientes.

En el caso del Hospital Nacional Sergio Bernales pesar de que sea considerado III-I, no cuenta con la capacidad necesaria para la demanda de pacientes ni recursos humanos suficientes como para la atención adecuada y de calidad.

Si bien es cierto, el hospital cuenta con un área de Diagnóstico por imágenes donde se puede contar con rayos x y dos ecógrafos, no cuenta con equipos como un tomógrafo para poder seguir el curso de la enfermedad. El hospital cuenta con un contrato con “Dr. Quito” donde derivaban a los pacientes, sin embargo la situación durante la pandemia fue distinta ya que se contaba solo con un tomógrafo y cada cierto tiempo necesitaba de mantenimiento por lo que dejaba de funcionar. Además para poder acceder al examen de una tomografía, previamente se tenía que llenar ciertos documentos sin ningún error, mancha, con letra legible porque en todo caso, se negaban a la atención del paciente a pesar de que el tiempo estaba en contra, en el caso del paciente, de los cuales, la mayoría era pacientes SIS, sin recursos.

Evidentemente, todos estos cambios durante la pandemia afectaron el curso del internado ya que se suspendió alrededor de 7 meses, la decisión de continuar el último año o postergarlo, tener los cuidados adecuados para protegerse del virus, la poca oportunidad de poder asistir al hospital y poder adquirir los conocimientos para años futuros, sin embargo una de las cosas positivas que se obtuvo fue respetar las 150 horas estipuladas por el decreto supremo N° 003-2008-TR (13) como también contar con un seguro de salud y de vida y obtener una remuneración mínima (5), aunque no en todos se cumplió dicho punto .

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En el Perú existen guías clínicas realizadas por expertos con el fin de poder tener un manejo adecuado. Cada nosocomio, debería contar con una de estas, teniendo un sustento legal en el caso de una posible complicación.

Muchas de estas guías están basadas en guías internacionales de diversas especialidades donde el manejo puede ser más completo, sin embargo esto se adecua a la realidad del país.

3.1 ROTACION DE MEDICINA INTERNA

CASO N°1 COLICO VESICULAR

Definicion: dolor tipo colico en región epigastrio y/o hipocondrio derecho, que suele irradiarse a región dorsal y está relacionado al consumo de altos en grasas.

Debido a que el Hospital Nacional Sergio Bernales no cuenta con una guía clínica quirúrgica, la presente información se basará en una Guía de Práctica Clínica del Hospital Nacional Casimiro Ulloa autorizada por el Ministerio de Salud (MINSa) (16). En este documento nos habla que las patologías de la vesícula biliar y vía biliar se manejaran de acuerdo a la complejidad de la institución. Mencionan que un cólico biliar - como en el caso de la paciente – debe tener una atención en emergencia, y solicitar sus pre-quirúrgicos, para que luego del tratamiento del dolor abdominal, pueda pasar a consultorio externo para el estudio de la enfermedad litiasica vesicular, además, se le debe dar indicaciones del tipo de alimentos que deberá consumir.

En cuanto a la terapéutica, recomiendan que debe administrarse vía endovenosa o intramuscular un antiespasmódico y repetir la dosis de acuerdo a la clínica del paciente además de un analgésico.

Según UpToDate (17), El control del dolor mayormente se puede lograr con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se usa ketorolaco para aquellos que asisten al servicio de urgencias con cólico biliar. Estos medicamentos suelen aplacar los síntomas en un plazo de 10 a 30 minutos. Posteriormente, se les recetan AINES orales (p. Ej., Ibuprofeno) para los episodios posteriores que pueden ocurrir mientras el paciente espera la colecistectomía. Se informa a los pacientes que de no ceder el dolor dentro de las siguientes 4 horas, tienen riesgo de desarrollar complicaciones como colecistitis aguda

CASO N°2 HIPERTENSION ARTERIAL

DEFINICION: es una patología vascular, inflamatoria crónica, en la cual se desconoce su origen en un gran porcentaje de casos. Su manifestación clínica es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD).

En el caso de la paciente de 54 años el manejo del caso fue a través de la anamnesis de la paciente, posteriormente sus antecedentes y la toma de los signos vitales. En ella, se encontró una presión arterial (PA) 160/90 mmHg por lo que la primera medida fue captoril 25mg SL, al no ceder, se decide continuar con otra tableta captoril 25mg SL, por último, al notar que hubo una leve disminución de la PA se le administra amlodipino 5mg VO.

Según la Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva" (14)

Mencionan que se recomienda usar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA), bloqueadores de canales de Ca o diuréticos tipo tiazida como monoterapia inicial sin embargo no se menciona el manejo a detalle en cuanto a un paciente en emergencias /urgencias.

Según UpToDate (15), No existen datos que resguarden el uso de un agente en particular en pacientes cuya PA deba reducirse durante un período de varios días. Se puede comenzar con un bloqueador de los canales de calcio, un betabloqueante, IECA o un bloqueador del receptor de angiotensina (BRA).

Se debe tener en cuenta el tipo de agente antihipertensivo más apropiado a largo plazo p. Ej., Los bloqueadores de los canales de calcio o los diuréticos tiazídicos pueden ser algo más eficaces que los IECA o los bloqueadores beta.

Los pacientes que tengan un alto riesgo de eventos cardiovasculares debido a hipertensión grave, incluidos aquellos con aneurismas aórticos o intracraneales deben disminuir su presión arterial durante un período de horas.

Existe una amplia variedad de maneras terapéuticas para disminuir la PA durante este corto período de tiempo, que incluyen: nifedipino oral o sublingual, nitratos, captopril o clonidina o hidralazina orales. Pero, la nifedipino sublingual está prohibida en estos casos porque puede originar un descenso impredecible e incontrolada de la PA, así como complicaciones isquémicas graves.

3.2 ROTACION DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA

CASO N°3: CELULITIS EN MMII

DEFINICION: es la inflamación aguda y severa de la capa dérmica y el tejido celular subcutáneo (TCSC) causada por agentes bacterianos. Ocurre por una lesión (solución de continuidad, quemadura, picadura, sitio de inserción de catéter, etc).

Ante la ausencia de una guía clínica pediátrica por el Hospital Nacional Sergio Bernal, se toma como referencia la guía clínica del Hospital Nacional Santa Rosa (18), en ella se explica el diagnóstico y tratamiento de la celulitis pediátrica.

El tratamiento ira de acuerdo al agente sin embargo, la mayoría de los casos es causado por Staphylococcus aureus y streptococos. El esquema de elección es oxacilina 10-200mg/kg/dia cada 6h EV. Sin embargo, si el paciente presenta otras patologías como neumonía, ITU, etc; se puede añadir

ceftriaxona o cefotaxima 100mg/kg/día c/12h EV por 10 días o la clindamicina 20-40mg/kg/día c/8h EV.

Según la guía, se indica que la estancia intrahospitalaria para el tratamiento debe ser 7 días mínimo.

Por otro lado, UpToDate (19), divide:

Para niños hemodinámicamente estables con celulitis típica y factores de riesgo de MRSA, las opciones incluyen clindamicina y vancomicina

Para niños hemodinámicamente estables con celulitis típica y sin factores de riesgo de MRSA: cefazolina, clindamicina y la oxacilina

Para hospitalizar se debe considerar la presencia de:

- Signos sistémicos, que incluyen fiebre ($> 38^{\circ} \text{C}$), taquicardia, hipotensión o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
- Aumento rápido del eritema
- Infección que se extienda las extremidades
- no pueden tolerar los fármacos orales.

CASO N°4: ANAFILAXIA

Definición: reacción alérgica grave de inicio abrupto con gran riesgo mortal. Causado por un alérgeno: fármacos, picadura de insectos o alimentos.

En este caso característico fue acerca de una anafilaxia por reacción adversa medicamentosa a ibuprofeno. Y aunque pudiera ser un caso de fácil manejo, sino se identifica a tiempo, las consecuencias pueden ser graves.

Efectivamente, el paciente al llegar a la emergencia presentaba un compromiso respiratorio por lo que también se decide dejar en observación y posteriormente su hospitalización.

Según la Guía de Práctica clínica para la Atención de Pacientes con Urticaria en el Hospital Santa Rosa (20). El manejo de un shock anafiláctico de manera escalonada como se realizó en el paciente.

- valorar permeabilidad de vía aérea
- administración de O₂
- adrenalina a dosis de 0,5-1 ml al 1% SC
- fluido terapia con suero fisiológico a 20ml/kg si hay presencia de hipotensión
- broncodilatadores inhalados a través del nebulizador
- antihistamínicos H1 por via IM o EV lenta. Clorfenamina 5-10mg
- corticoides: metilprednisolona 40-80mg por via IM o EV

3.3 ROTACION DE CIRUGÍA

CASO N°5 MORDEDURA DE PERRO

Uno de los casos que con gran frecuencia se observa es la mordedura de perro. En algunas ocasiones, las heridas son de gran tamaño o moderada profundidad. Sin embargo, como se conoce, este tipo de heridas, no deben afrontarse debido a que corren el riesgo de infectarse, por lo cual el manejo es lavado, antibioticoterapia y la vacuna antirrábica.

Sin embargo, esto a veces ocasiona malestar en algunos pacientes, porque creen que no se está dando una atención completa, porque consideran que “el solo lavado” no sirve. A pesar de ello, es importante tener la paciencia de poder explicar al paciente lo que se hace y el por qué.

Sin embargo existe una norma técnica (21) en la cual concuerda con el manejo de manera internacional de acuerdo a estos casos. En ella mencionan la importancia del lavado y posteriormente el manejo profiláctico con antibioticos como de la vacuna. Sin embargo a veces la administración de la vacuna no es al instante debido a que dentro del hospital cuentan con un área especializada “Zoonosis” en la cual se encargan de registrar estos casos y de la administración, pero esta área solo funciona de turno mañana por lo que si la emergencia ocurre en las noches, el paciente tendrá que asistir al día siguiente.

De una manera más general, UpToDate (22) muestra – a través de una revisión- que Si la herida no estuviera infectada, y hay ausencia de evidencia clínica de infección (en el examen físico) el manejo incluye un cuidado de la herida, extracción de un objeto extraño (si lo hubiere) y evaluar si existe la

necesidad de profilaxis con antibióticos, tétanos profilaxis y profilaxis de la rabia

Cuidado de heridas

El manejo adecuado de las heridas es el elemento más importante para evitar infecciones en personas con mordeduras de animales:

Controlar el sangrado (realizar hemostasia en las heridas con sangrado activo).

Lavar la herida con agua y jabón, yodopovidona u otra solución antiséptica.

Administrar anestesia local, seguida de una irrigación con cloruro de sodio y eliminación de los desechos muy visibles.

Volver a revisar la herida limpia y determinar si el cierre de la herida es necesario. La decisión de cerrar una herida de este tipo puede generar el riesgo de infección. Por lo que se sugiere que las heridas se dejen abiertas para curar por segunda intención.

Además, el paciente puede iniciar con la administración de antibióticos profilácticos y volver para un cierre primario tardío si no se presentó signos de infección luego de dos o tres días.

Las mordeduras, los rasguños, las abrasiones o el contacto con la saliva de los animales a través de las membranas mucosas o una herida en la piel pueden transferir la rabia. Para las mordeduras que son potencialmente rabiosas, el lavado con agua y jabón y el uso de un antiséptico con actividad contra el virus de la rabia son métodos importantes para disminuir el riesgo de transmisión, además de la administración de inmunoglobulina antirrábica y vacuna.

CASO N°6: APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

En esta enfermedad es interesante que para su diagnóstico, la mayoría de veces es clínico, no necesita de exámenes de imagen para poder identificarlo.

Es importante recalcar que para poder catalogarlo como apendicitis, se necesitan unas pruebas extras en el caso de la mujer a diferencia del hombre. En el hospital, se solicita un examen de β HCG en sangre y además una ecografía transvaginal / pélvica para detectar si la paciente tiene alguna patología anexial. Si las pruebas arrojan negativo, pues se diagnostica como apendicitis y se empieza a correr con el pre-quirúrgico.

Según el manejo de la guía clínica del hospital Santa Rosa publicado en el 2015 (23), no se diferencia del manejo con el Hospital Nacional Sergio Bernales – aunque no tenga una guía clínica- solo que no mencionan las medidas que se toma en caso de una paciente mujer o un varón, sin embargo, mencionan los diagnósticos diferenciales como: embarazo ectópico, EPI, patología ovárica, etc. Por lo que podemos concluir que previamente se solicitan exámenes para descartar los diagnósticos diferenciales.

3.4 ROTACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CASO N° 7: EMBARAZO ECTOPICO

DEFINICION: cuando la implantación del cigoto es fuera de la cavidad uterina. Puede ser complicada y no complicada.

Su etiología es diversa, sin embargo la mayoría de los casos tiene origen desconocido. Existen factores tubulares, ovulares, transmigración, técnicas de reproducción asistida

Según la guía clínica del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Cayetano Heredia (24), mencionan la posibilidad de un manejo con metotrexate (MTX) que va de la mano con los valores de β HCG en un control riguroso, sin embargo, en el hospital Sergio Bernales se manejó de a través de un tratamiento quirúrgico: Laparotomía exploratoria.

Sin embargo, se considera que la LE en el caso de la paciente fue lo mejor, debido a que en los hallazgos operatorios se encontró una trompa uterina estallada en su tercio proximal con un contenido de sangre en cavidad aproximadamente 150cc.

CASO N° 8: OBITO FETAL

Definición: ausencia del latido cardiaco fetal, pulsación en el cordón, respiración espontánea y movimientos fetales antes de la alejamiento del cuerpo de la madre desde la semana 22 de gestación hasta el parto.

En el hospital también se observan casos de óbitos fetales, que al no acudir de manera oportuna al hospital por disminución de movimientos fetales, llegan y es demasiado tarde. En este tipo de casos, es muy importante la manera en la que nos dirigimos al paciente, ya que la pérdida –según la situación de la madre – puede ser muy difícil de manejar de manera emocional y aún más si la gestación está a punto de culminar.

En el caso de la paciente, el manejo que se utilizó fue inducción del parto vaginal. Los únicos medicamentos que se utilizaron al momento del ingreso fueron ceftriaxona y clindamicina, además de un balón cervical. Según lo relatado por la paciente, luego de dar a luz, se le permitió poder ver al bebe fallecido y despedirse.

Posteriormente en su último día de hospitalización, tuvo una interconsulta con psicología debido a que no era la primera vez que tenía una pérdida, anteriormente sufrió de un aborto.

Según la guía clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal (25), donde se menciona los factores de riesgo, los factores en las cuales se cumplía era edad avanzada de la paciente y tamaño del cordón umbilical.

Evidentemente, el cuadro clínico que presento la paciente fue el dejar de percibir los movimientos fetales motivo por el cual vienen a emergencia.

Existen otros como la ausencia de latidos cardiacos fetales, pérdida de sangre, altura uterina disminuida, etc.

El manejo que menciona la guía y el que se utilizo fue la hospitalización, pidiéndole exámenes de laboratorio para poder evitar cualquier complicación.

Por otro lado, según la revisión Mortinado: atención materna (26), La placenta es importante a la evaluación para determinar la fuente de la muerte

fetal. Primero, se deberá inspeccionar en la sala de partos y en seguida enviarse para un examen patológico.

En cuanto al alojamiento post parto, algunas mujeres que dan a luz a un bebé muerto no deseen estar cerca de puerperas con recién nacidos en una unidad posparto regular. Por lo que es importante coordinar con la mujer en qué lugar se sentirá más tranquila.

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Días antes del inicio del internado, las emociones son una mezcla de miedo y emoción, con el deseo de que todo vaya a salir bien, de hacer lo correcto y cumplir lo designado por los médicos superiores; sin embargo las expectativas pueden ser distintas a la realidad.

El primer día, el interno llega temprano para poder conocer el ambiente en cual va a laborar. No conoce a nadie y perderse en los pasillos del hospital tratando de encontrar el lugar asignado por el rol del mes. Al llegar, el interno conoce sus los compañeros de rotación y empieza su día. Si se inicia por la rotación de Medicina Emergencia, el interno se encuentra con el jefe de guardia, médico adscrito, el médico residente (MR1), médico residente 2 (MR2) y en algunas ocasiones el médico residente 3 (MR3), además también cuentan con el apoyo del personal de enfermería y técnicos de enfermería.

Los residentes explican que la puntualidad es fundamental y que los horarios son de 7 a.m. a 7 p.m en turno diurno.

Al inicio, el interno tiene que adaptarse al papeleo que se exige según el manejo del hospital. Estar preparado con un tensiómetro, estetoscopio, pulso-oxímetro, lapiceros – porque siempre desaparecen- corrector y la engrapadora. Llega el primer paciente, con su ficha de admisión – porque no puede ser atendido sin ese documento – donde se le toma los signos vitales. Escuchar el relato del paciente y poder transcribirlo en aquel documento legal, examinar de manera enfocada al paciente en ese momento y buscar orientación del MR1 o MR2 para poder darle el manejo adecuado.

Y así pasan las horas en la emergencia, donde vienen casos desde ACV hasta un cólico menstrual. Es curioso que las personas desconocen el significado de la palabra “emergencia” y también es evidente que no hay un buen triaje por parte del hospital.

Cuando los casos son complejos, como una arritmia cardiaca o un ACV, el manejo debe ser lo más rápido posible, ya que mientras más rápido se trate al paciente, tendrá mejores resultados en su recuperación. Sin embargo, lo devastador es que no se puede tomar ninguna acción debido a que se tiene que llenar órdenes, ir a caja, luego ir a farmacia por los medicamentos. Si bien es cierto, el estado peruano cuenta con el Sistema integral de salud (SIS) existen algunos medicamentos, exámenes que no están cubiertos por este seguro y solo algunos cuentan con ello. Si un paciente viene por ACV, el primer examen que se debe realizar después de un examen clínico es una tomografía, sin embargo el HNSB no cuenta con un tomógrafo propio y solo tiene un convenio con una empresa privada donde las exigencias para poder acceder a este examen son difíciles en momentos de la emergencia. Primero, si el paciente cuenta con seguro SIS, se necesita llenar papeles donde no se aceptan correcciones, letra clara, el sello del médico sin exceso de tinta, de no ser así, se devolverá a llenar nuevamente los 3 solicitados. Mientras se realiza todo el trámite, el ACV puede generar efectos permanentes en el paciente.

Si la demanda de pacientes es mayor, al llegar el resultado del paciente, tiene que esperar a que el médico especialista le pueda dar el manejo sin contar que el tiempo sigue corriendo y aun no está lista la receta.

Otra interurrencia que sucede muy a menudo es el poco acceso a la máquina del electrocardiograma que es solo manejada por el personal técnico de enfermería y que no permiten la manipulación por otra persona, es decir, que en una emergencia como un infarto al corazón, se tienen que ir a generar el voucher en caja, luego pedir al enfermero que comunique al técnico de enfermería y si no se encuentra, el paciente tiene que esperar.

Luego de una mañana intensa, el interno tiene que pedir permiso para poder almorzar, donde se turnan de uno a uno para poder acceder al almuerzo que

el hospital brinda. Solo dan 20 min de tiempo para poder comer y luego volver a la rutina de la emergencia.

Aunque puede haber sus fallas en el sistema de emergencia, te enseña a ser rápido y directo en el manejo del paciente, y te permite hacer procedimientos con la ayuda de los residentes mayores.

El manejo en cambio en el pabellón de medicina es distinto, ya que hay pacientes que tienen un buen tiempo en hospitalización.

El interno debe venir mucho antes de MR1 y empezar a evolucionar las camas designadas y que todo se encuentre listo antes de la visita médica. En este punto, es importante recalcar el trabajo en equipo. El grupo de rotación será vital para poder apoyarse entre sí. Debido a que si uno se encuentra atareado, el cointerno va y apoya.

El reto es poder realizar todo el plan estipulado que se dejó en la visita médica. Desde cursar con interconsultas, exámenes de imágenes o de laboratorio hasta unas posibles contrareferencias para apoyo al diagnóstico. En esta última parte, es importante recalcar que, al no contar con equipos especializados para el diagnóstico como un resonador magnético, tomografía o incluso reactivos de laboratorio, el interno deberá llenar documentos necesarios para poder coordinar un “adicional” en cualquier institución que cuente con lo solicitado. El familiar del paciente, por su parte, deberá realizar las coordinaciones con el lugar para poder seguir las indicaciones que se solicitan. Una vez pactada la fecha para el examen, se deberá hablar y coordinar con el jefe de guardia - dependiendo del turno - para la salida del paciente en ambulancia.

Una de las cosas que llama la atención, es que el hospital cuenta con 4 ambulancias, de las cuales solo 2 trabajan y solo cuentan con 2 choferes: uno de turno de la mañana y otro con turno de 12 horas. Por lo que si ocurre una emergencia, no podrán asistir todas las ambulancias.

Por otro lado, retomar el internado con la rotación de pediatría en épocas pandémicas fue sin duda algo muy diferente. Ya que alrededor del mes de octubre, la curva de casos y decesos había disminuido un pequeño

porcentaje, permitió que diversas autoridades pudieran llegar a un acuerdo para el retorno del interno de medicina ya que no había recursos humanos suficientes para la demanda de pacientes. Este retorno, por supuesto, ponía al interno de medicina ya no solo como alumno de una universidad, sino siendo considerado como personal de salud considerándolo con algunos derechos de acuerdo con al Decreto de Urgencia N° 090-2020.

Debido a que el inicio fue progresivo, la oportunidad en la emergencia pediátrica fue muy poca ya que solo programaban a 1 o 2 veces en toda la rotación. En la guardia, el interno de medicina estaba bajo la supervisión del médico adscrito, MR1, M2 o un MR3, personal de enfermería en conjunto con el personal técnico.

Es interesante y obvio que las situaciones serán muy distintas con la emergencia de los adultos. Usualmente se atiende pacientes desde 1 mes de nacido hasta la edad de 15 años.

Aquí es importante tener carisma con los niños, ya que la mayoría de ellos, son lactantes y al ver a una persona extraña, genera en ellos el miedo y mucho más si saben que está relacionado a inyectables.

La mayoría de casos va relacionado con la estación. Se pueden llegar a observar cuadros diarreicos agudos, constipaciones, fiebre, etc. Y lo llamativo de esta rotación es que todo va relacionado con el peso del paciente, es decir, las dosis de medicamentos va de la mano con el peso del paciente y la presentación de esta.

A pesar de que la demanda de pacientes era alrededor de 15 o 20 pacientes por turno en la emergencia (día o noche), los médicos residentes cuentan que en épocas pre-pandémicas era aún mayor. En cuanto a la hospitalización, esto fue cambiando, es decir, la afluencia de pacientes disminuyo considerablemente, donde lo máximo que se podía ver en cuanto a patologías en los pacientes hospitalizados eran 8 o 10. Por su puesto, se tenía que priorizar casos extremadamente necesarios como para hospitalizarlos ya que se tenía que evitar la exposición prologada de los pacientes como de sus familiares.

Esto por supuesto fue una desventaja para el interno de medicina ya que no se le permitía ver diversas patologías que pueden tener la población pediátrica o incluso, las patologías más comunes, ya que estas solo se presentaban en la emergencia y el manejo era exclusivo en esa área.

En cuanto a la tercera rotación, cirugía general, es una de las rotaciones en la cual el interno demuestra sus habilidades – competencias de manera física en conjunto con la mental.

Es importante recalcar, que el hospital se encuentra en una zona donde el contexto social es muy variable. Y es en esta rotación donde se tiene la oportunidad de fortalecer el carácter ya que en algunos casos vienen personas ebrias, delincuentes custodiados por agentes policiales o incluso pacientes que faltan el respeto.

Lo llamativo de la rotación de cirugía general, es que se da la oportunidad de poder entrar a sala de operaciones no solo a observar, sino ser parte del manejo quirúrgico, sin embargo, durante la época pandémica, solo se observaron casos de apendicitis y en algunos casos hernias, en las cuales el corto tiempo de rotación no te permitía asistir.

La última rotación del internado fue ginecología. El área de emergencia al inicio de la pandemia fue dividida en dos bloques: COVID y no COVID. Posteriormente, en este año solo en esa área se atendían los casos negativos.

El servicio cuenta con 3 médicos adscritos de turno, 2 o 3 médicos residentes de distintos años, 2 internos de medicina y un equipo de obstetras. Inicialmente vienen las pacientes por diversos síntomas y pasan triaje. En el caso de que sea gestantes, sangrados, pérdida de líquido, etc. La obstetra encargada de hacer triaje, informa al MR3 sobre la paciente y se le da pase para una evaluación física, obstétrica, como de monitoreo fetal - si es gestante – para poder saber el estado materno y del feto y de acuerdo a ello tomar las decisiones del caso.

Si la paciente está en trabajo de parto, se observó que son las obstetras las que atienden el parto. Por lo que el interno de medicina difícilmente puede acceder a la atención del parto, y por supuesto eso es una gran desventaja

para el medico en preparación ya que una de las cosas básicas es la atención de un parto.

Dependiendo de los casos, se puede clasificar como emergencia o dar pase a observación y si no amerita más control, se da de alta a la paciente.

CONCLUSIONES

Sin duda, el internado médico es el mejor año en toda la carrera, donde se consolidan los conocimientos de años anteriores, donde tienes la oportunidad de poder rotar por casi todas las especialidades y orientarse para una futura especialidad.

A pesar de que el internado 2020 fue incompleto, se pudo rescatar experiencias y algo de aprendizaje ya que no en todas las rotaciones se realizaba docencia. Si bien es cierto, el interno de medicina es aquel que tiene que estar más horas en el hospital, con el objetivo de aprender, ello no implica que se quede más de 24h, y en algunos casos sin comer o poder descansar con el único propósito de cumplir con lo acordado de la planificación del paciente. Es por ello que, quedó demostrado que el interno de medicina es un pilar importante en el hospital durante su ausencia en los casi 7 meses del año 2020 y que merece que se respeten sus derechos y que cuente con una protección de vida, de salud como también una remuneración mínima por el labor que se realiza.

RECOMENDACIONES

A pesar de que no se sabe cuánto tiempo vaya a durar esta situación inestable por el COVID-19, se recomienda a futuras promociones que velen por sus derechos que están estipulados como decretos ante la ley. Que la seguridad del interno de medicina es muy importante y que detrás de ellos hay una familia a quien proteger. De igual modo, se les recomienda que exijan respeto en el trato laboral, ya que algunos residentes no toman en cuenta la labor del interno de medicina.

Por otro lado, se recomienda que a la hora de elegir sedes – dado a la coyuntura actual – permita que todos los internos de medicina puedan acceder a hospitales ya que los centros de salud no cuentan con todas las rotaciones básicas que se debe llevar durante el internado, además que los casos son mínimos y no cuentan con la orientación necesaria ya que no hay residentes o médicos especialistas.

Por otro lado, es necesario que todos los internos puedan asistir de lunes a sábado sin periodos de “descanso” ya que no se puede considerar una rotación completa de aprendizaje en 15 días.

FUENTES DE INFORMACION

1. Liliana BM, Feliciano PL. PLAN OPERATIVO ANUAL 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-portal-transparencia/planeamiento-y-organizacion/POA-2019.pdf>
2. HOSPITAL SERGIO BERNALES RECIBE CATEGORIZACIÓN NIVEL III – 1 [Internet]. Gob.pe. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.dirislimanorte.gob.pe/hospital-sergio-bernales-recibe-categorizacion-nivel-iii-1/>
3. Redacción Médica. Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19 [Internet]. Redacción Médica. 2020 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-pandemia-brote-de-covid-19-nivel-mundial-segun-oms-1895>
4. Martin VC, Maria HP, Carlos BA, Walter MR, Carlos MS, Sylvia CP, et al. DECRETO SUPREMO QUE DECLARA EN EMERGENCIA SANITARIA A NIVEL NACIONAL POR EL PLAZO (90) DIAS CALENDARIO Y DICTA MEDIDAS PREVENCION Y CONTROL DEL COVID-19. 2020.
5. Martin VC. DECRETO DE URGENCIA N090-2020 QUE ESTABLECE MEDIDAS EXCEPCIONALES Y TEMPORALES QUE COADYUVEN AL CIERRE DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA AFRONTAR LA PANDEMIA POR LA COVID-19 [Internet]. 2020 [citado el 3 de agosto de 2020]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1184155/DU090_2020.pdf
6. UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES. SILABO MEDICINA (INTERNADO). 2020.
7. UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES. SILABO PEDIATRIA (INTERNADO). 2020.

8. UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRS. SILABO CIRUGIA (INTERNADO). 2020.
9. UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES. SILABO GINECO-OBSTETRICIA (INTERNADO). 2020.
10. MINSA. NORMA TECNICA N°021-MINSA/DGSP V.1 CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD. 2005.
11. Oscar UU. RESOLUCION MINISTERIAL N°266-2009/MINSA MODIFICACION DENOMINACION DE "CENTRAL NACIONAL DE REGULACION DE REFERENCIAS DE EMERGENCIAS - CENAREM POR "CENTRAL NACIONAL DE REFERENCIAS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS-CENARUE". 2009.
12. Jose DM, Fernan RT, Luisa VB. NORMAS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD [Internet]. 2001. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1463.pdf>
13. GARCIA PEREZ ALAN, PASCO COSMOPOLIS MARIO, GARRIDO-LECCA M HERNAN. DECRETO SUPREMO N°0003-2008-TR DICTAN MEDIDAS SOBRE JORNADAS MAXIMAS DE MODALIDADES FORMATIVAS REGULADAS POR LA LEY N°28518 ASI COMO DE LAS PRACTICAS PREPROFESIONALES DE DERECHO Y DE INTERNADO EN CIENCIAS DE LA SALUD. 2008.
14. MINSA. RESOLUCION MINISTERIAL N°031-2015 GUIA TECNICA: GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. 2015.
15. Joseph Varon, MD, FACP, FCCP, FCCM, FRSMWilliam J Elliott. MANEJO DE LA HIPERTENSION ASINTOMATICA GRAVE (URGENCIA HIPERTENSIVA) EN ADULTOS [Internet]. UpToDate. 2020 [citado el 14 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-asymptomatic-hypertension-hypertensive-urgencies-in-adults?search=hipertension%20arterial%20emergencia&topicRef=3840&source=see_link#H3453418
16. Ministerio de Salud Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa". Guia de Practicas Clinicas de Cirugia General [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>
17. Salam F Zakko, MD, FACP, AGAFNezam H Afdhal, MD, FRCPI. Abordaje del manejo de los cálculos biliares [Internet]. UpToDate. 2020 [citado el 1 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of->

gallstones?search=manejo%20colico%20biliar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1620410415

18. HOSPITAL SANTA ROSA. GUIA DE PRACTICA CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA [Internet]. 2015. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-551-2015.pdf>
19. Kaplan SL. Sospecha de infecciones de piel y tejidos blandos por Staphylococcus aureus y estreptococos en niños > 28 días: evaluación y tratamiento [Internet]. UpToDate. 2020 [citado el 6 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/suspected-staphylococcus-aureus-and-streptococcal-skin-and-soft-tissue-infections-in-children-greater-than28-days-evaluation-and-management?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2086253651
20. HOSPITAL SANTA ROSA. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON URTICARIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA [Internet]. 2020. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-URTICARIA.pdf>
21. MINSA. NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LA RABIA HUMANA EN EL PERÚ N°052-MINSA/DGSP-V.01 [Internet]. 2008. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/770_DGSP242.pdf
22. Larry M Baddour, MD, FIDSA, FAHAMarvin Harper. Mordeduras de animales (perros, gatos y otros animales): evaluación y manejo [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 25 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=mordedura%20de%20perro%20rabia&source=search_result&selectedTitle=3~114&usage_type=default&display_rank=3#H423699085
23. HOSPITAL SANTA ROSA. GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL [Internet]. 2015. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-493-2015.pdf>
24. HOSPITAL CAYETANO HEREDIA. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE EMBARAZO ECTOPICO [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2016/rd_976_2016.PDF

25. INMP. GUIAS DE PRACTICA CLINICA Y DE PROCEDMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA [Internet]. 2010. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
26. Amos Grunebaum, MD, FACOG Frank A. Chervenak, médico. MORTINATO: ATENCION MATERNA [Internet]. UpToDate. 2020 [citado el 10 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/stillbirth-maternal-care?search=obito%20fetal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H730266070