



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL Y EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO
LANATTA LUJAN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN
EL AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADA POR
CLAUDIA OLGA MICHELLE ALVA LEE**

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento - Sin obra derivada
CC BY-ND**

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL Y EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO
LANATTA LUJAN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN EL
AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

CLAUDIA OLGA MICHELLE ALVA LEE

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Gloria Ubillús Arriola

Miembro: M.E. Carlos Alberto Morales Paitán

Miembro: Mg. Víctor Hinojosa Barrionuevo

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a mi familia que, a pesar del distanciamiento, siempre ha demostrado su preocupación y amor; al personal de salud que tuve el placer de conocer en toda mi carrera, que día a día siguen luchando y trabajando, exponiendo sus vidas al peligro de esta pandemia.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a mi padre quien fue mi soporte en todos mis años de carrera, a mi abuelita que estuvo acompañándome día y noche cuidándome. A todo el personal de salud del CS Gustavo Lanatta Lujan que siempre demostraron su apoyo, en especial al doctor Edgar Castro, quien perdió la vida durante la pandemia, luchando por la salud de sus pacientes.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Contexto legal del internado médico	1
1.2. Internado médico antes de la llegada del COVID 19	3
1.2. Internado médico durante pandemia COVID 19: Nuevo enfoque	5
1.4. Casos clínicos más relevantes en la experiencia del autor	7
1.4.1. Rotación de ginecología y obstetricia	7
1.4.1.1. Caso clínico N°1	7
1.4.1.2. Caso clínico N°2	8
1.4.2. Rotación de cirugía	10
1.4.2.1. Caso clínico N°3	10
1.4.2.2. Caso clínico N°4	10
1.4.3. Rotación de pediatría	11
1.4.3.1. Caso clínico N°5	11
1.4.3.2. Caso clínico N°6	12
1.4.4. Rotación de medicina general	12
1.4.4.1. Caso clínico N°7	12
1.4.4.2. Caso clínico N°8	13
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
2.1. Hospital Militar Central	15

2.2. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	16
2.3. Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján	16
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	19
3.1. Rotación de ginecología y obstetricia	19
3.1.1. Caso Clínico N°1	19
3.1.2. Caso clínico N°2	20
3.2. Rotación de cirugía general	21
3.2.1. Caso clínico N°3	21
3.2.2. Caso clínico N°4	22
3.3. Rotación de pediatría	22
3.3.1. Caso clínico N°5	22
3.3.2. Caso clínico N°6	23
3.4. Rotación de medicina interna	24
3.4.1. Caso clínico N°7	24
3.4.2. Caso clínico N°8	25
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30
ANEXOS	35
1. Organigrama estructural del Hospital Madre-Niño San Bartolomé	36
2. Mapa de la jurisdicción del CS Gustavo Lanatta Luján	37
3. Organigrama estructural del CS Gustavo Lanatta Luján	38
4. Flujograma de manejo de diarrea con algún grado de deshidratación	39

RESUMEN

El Internado Médico es un programa donde los estudiantes de medicina humana realizan sus prácticas pre-profesionales en diferentes establecimientos de salud del Perú el cual consta de 4 rotaciones. El 6 de marzo de 2020 se informó el primer caso de COVID-19 en el Perú. Días después, el gobierno dio a conocer las nuevas medidas que se tomarían para reducir y controlar la propagación del virus siguiendo las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Estas incluyeron el cierre de fronteras, el aislamiento social obligatorio y la interrupción de labores educativas presenciales tanto del sector público como privado. Esto implicaba, por supuesto, al programa de internado médico.

Objetivo: describir la experiencia vivida por el autor y competencias adquiridas en la trayectoria del internado médico desarrollado durante el periodo de enero de 2020 a abril de 2021.

Metodología: Se describió las experiencias de las actividades que realizó el autor durante el internado en el Hospital militar y el centro de salud Gustavo Lanatta Luján.

Conclusiones: La pandemia del COVID-19 ha planteado nuevos retos en la educación médica en pregrado y postgrado a nivel mundial. Cada país ha respondido de acuerdo con sus posibilidades y necesidades con el fin de aprovechar esta situación como una oportunidad de aprendizaje, seguir con la educación e incorporar a los estudiantes como trabajadores de salud en los países donde era necesario.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstetricia, Pediatría.

ABSTRACT

The Medical Internship is a program where human medicine students carry out their pre-professional practices in different health establishments in Peru which consists of 4 rotations. On March 6, 2020, the first case of COVID-19 was reported in Peru. Days later, the government would announce the new measures that would be taken to reduce and control the spread of the virus, following those recommended by the World Health Organization. These included the closing of borders, compulsory social isolation and the interruption of face-to-face educational work in both the public and private sectors. This of course involved the medical internship program.

Objective: to describe the experience lived by the author and skills acquired in the medical internship developed during the period from January 2020 to April 2021.

Methodology: The experiences of the activities carried out by the author during the internship at the Military Hospital, and Gustavo Lanatta Luján health center were described.

Conclusions: The COVID-19 pandemic has posed new challenges in undergraduate and graduate medical education globally. Each country has responded according to its possibilities and needs in order to take advantage of this situation as a learning opportunity, continue with education and incorporate students as health workers in the countries where it was necessary.

Key words: Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetrics gynecology, Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS-CoV-2 ha significado conflictos retos en la formación médico a nivel mundial. Asiendo algunos de estos: la suspensión de actividades presenciales, la pérdida de horas de rotaciones clínicas, especialmente en las que requieren el desarrollo de habilidades prácticas, la disminución de la exposición a pacientes, la cancelación de congresos científicos e investigación y cambios en la forma de evaluaciones de estudiantes de medicina. Por esto se ha generado la necesidad de crear nuevas formas de docencia y desafíos para implementar opciones de corto plazo que les permitan a los estudiantes el poder aprender y ayudar en estas circunstancias (1).

En el Perú, con llegada del primer caso confirmado de COVID 19 el 6 de marzo del 2020 (2), el programa de internado médico se vio en vuelto en una serie de modificaciones que fueron desde la suspensión de las prácticas presenciales en los establecimientos de salud, implementación de clases virtuales hasta la reincorporación de estos, en su mayoría, a las actividades asistenciales especialmente en establecimientos de primer nivel de atención (1).

Este nuevo periodo ha traído consigo, no solo una reforma temporal en los derechos de los internos del área de salud, sino también la presencia de nuevas circunstancias y limitaciones que pone a prueba no solo la formación del estudiante que debe enfrentarse al peligro de contagio, adaptarse a realizar sus

prácticas en un establecimiento de menor complejidad, exponer a su familia, entre otros.

En este trabajo, se quiere compartir la forma en que se permitió trabajar a los internos voluntarios durante el período de mayor crisis sanitaria con relación al COVID-19, y las enseñanzas que esta experiencia deja.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico de pregrado comprende la etapa final de la formación universitaria (3). En el Perú, es de índole obligatoria y forma parte del plan de estudios de la gran mayoría, por no decir todas, de facultades de medicina. Tiene una duración de un año que inicia después de culminar el sexto año de la carrera, previo al servicio social y examen profesional. Se desarrolla en las instituciones de salud aprobadas por la propia universidad. Con carácter rotatorio, las áreas básicas obligatorias son Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia dividiendo el año en cuatro trimestres (4).

En esta etapa, el alumno conoce lo que será su vida profesional, adquiriendo nuevas destrezas y habilidades, y poniendo en práctica los conocimientos y actitudes adquiridos en los años previos de formación. Durante los 12 meses, el estudiante mantiene aún el vínculo con su universidad como parte de su formación académica.

1.1. Contexto legal del internado médico

Hasta la fecha, en el Perú, solo existen dos decretos supremos sobre el internado y estos son: el Decreto Supremo N° 020-2002-EF, promulgado durante el gobierno de Alejandro Toledo, que pacta la compensación remunerativa mensual

de cuatrocientos y 00/100 nuevos soles (S/. 400,00) (5) y el Decreto Supremo N° 003-2008-TR, promulgado en el gobierno de Alan García, que establece que las jornadas de prácticas deben ser de 6 horas diarias o 150 horas mensuales que incluían las guardias nocturnas (6). Decretos que, si bien antes del inicio de la actual pandemia de COVID 19, resultaban insuficientes, ahora no han hecho más que acentuar las carencias del sistema de salud que maneja el país.

Con la llegada de la pandemia de COVID 19, el país se vio envuelto en la incertidumbre. Tan es así que el 15 de marzo de 2020 el señor Martin Vizcarra, entonces presidente de la República, promulga el Decreto supremo N°044-2020-PCM, donde se establece el Estado de Emergencia Nacional y asilamiento social obligatorio (7).

En vista a lo declarado anteriormente y a la eterna prórroga el Estado de Emergencia (8), la Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM) decidió recomendar el retiro de los internos de medicina de los establecimientos de salud dada su condición de estudiantes y que no contaban con equipos de protección personal (EPP) y seguros (9); siguiendo lo establecido en la Resolución Viceministerial 081-2020-MINEDU, la cual declara que “el Ministerio de Educación, en su calidad de ente rector, dicta las medidas que correspondan para que las entidades públicas y privadas encargadas de brindar el servicio educativo, en todos sus niveles posterguen o suspendan sus actividades. Estas medidas son de cumplimiento obligatorio” (10).

Con el sector salud envuelto en uno de los peores escenarios de la historia: hospitales colapsados, una gran cantidad de personal contagiado y más de 400 médicos fallecidos hasta la fecha (11), entidades formadoras, sedes docentes y hasta el mismo Ministerio de Salud promulgaron el Decreto de Urgencia N° 090-2020 y la Resolución Ministerial N° 622-2020 en los cuales se estableció la reanudación de actividades del internado médico como medida para el cierre de brechas de recursos humanos frente a la pandemia de la COVID 19, que establece derechos temporales como un estipendio no menor a la remuneración

mínima vital de 930 soles, equipos de protección personal y seguro de salud y vida por lo que dure el Estado de Emergencia (12) (13).

1.2. Internado médico antes de la llegada del COVID 19

El internado médico dio inicio el 26 de diciembre del año 2019 en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”. Al nosocomio adjudicaron 120 internos del área de salud, entre personal remunerado y no remunerado, 60 de los cuales eran internos de la carrera de medicina humana que incluía 14 estudiantes de nuestra casa de estudios.

Se realizó una inducción en la que se establecieron los lineamiento básicos y las normas del hospital y de cada servicio, y se estableció el orden de rotación de las especialidades dispuestas para el desarrollo del internado: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia. Para estas dos últimas, debido a la baja concurrencia de pacientes, el hospital daba la facilidad de permitir al interno realizar rotaciones externas en otros establecimientos, previa coordinación escrita con los mismos.

La primera rotación fue la especialidad Ginecología y obstetricia que se realizó en dos establecimientos. En esta rotación se buscaba desarrollar habilidades respecto a: atención del embarazo, exploración completa obstétrica, indicación e interpretación de pruebas complementarias, identificación de patologías ginecológicas más frecuentes y orientación terapéutica, atención de urgencias y atención quirúrgica.

El primer periodo del 26 de diciembre 2019 al 28 de febrero del 2020 en el Hospital Militar Central: en el servicio es el A-2-3. El servicio se dividía en un área de hospitalización, consultorio de emergencia, 2 consultorios de consulta externa, un consultorio de planificación familiar, un tópico para estudios ecográficos y una sala de atención de partos.

El área de hospitalización manejaba 20 cuartos, se trabajaba en conjunto con el médico asistente y personal de enfermería de turno. Se centraba mayormente en

casos quirúrgicos, siendo los más comunes: cesáreas programadas, distopias, hemorragias uterinas anormales y abortos. Las intervenciones quirúrgicas eran programadas por el mismo interno a quien se le permitía ingresar a la sala y ayudar en la intervención.

Dos veces a la semana, el interno bajaba a consultorio externo, donde se manejaban los casos de manejo ambulatorio o intervenciones menores como colocación de implante subdérmico, Papanicolau, entre otros.

Pese al personal dispuesto y a lo bien implementada que estaba la sala de partos, la cantidad de partos eutócicos atendidos era muy poca, por lo que no se pudo desarrollar las habilidades prácticas respecto a atención de parto eutócico.

El segundo periodo, por rotación externa, desde el 1 al 15 de marzo del 2020 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Para la realización de estas prácticas el médico a cargo decidió dividir la rotación en dos servicios: el pabellón de hospitalización y atención en sala de partos. Siendo esta última la que daría final al periodo de internado pre-pandemia COVID-19.

El área de sala de partos era muy rica en pacientes. El promedio de partos en el 2019 fue de 399 por mes y diarios entre 18 y 19 en los últimos 4 años (14). Gracias a esto y a que se permitía la participación del interno en todo momento, destrezas como monitorización de la gestante en fase activa, monitoreo fetal, atención del parto, manejo del alumbramiento, sutura de desgarros, etc. fueron muy fáciles de adquirir.

Además de esto, el personal de médicos entre residentes y asistentes, coordinaban distintas actividades académicas que se llevaban a cabo dos veces por semana y en las cuales se tocaban a fondo el desarrollo de las diferentes patologías ligadas a la especialidad con todo el personal de internos de medicina del nosocomio.

1.2. Internado médico durante pandemia COVID 19: Nuevo enfoque

Con el Estado de Emergencia Sanitaria dispuesto por el Gobierno del Perú el 15 de marzo de 2020 y el comunicado de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) en respuesta a la Resolución Viceministerial N°081-2020-MINEDU, se estipuló la suspensión momentánea de las actividades de internado (9).

Cinco meses después y con la promulgación el Decreto de Urgencia N° 090-2020, se estableció las pautas a seguir para el retorno gradual de los internos del área de salud a sus labores presenciales, coordinando con los establecimientos de salud que permitieran esta reincorporación y sumando ahora la participación de los establecimientos de primer nivel de atención regidos por al Ministerio de Salud. Esta segunda parte del internado contaría con una duración de seis meses comprendidos entre noviembre del 2020 hasta abril del 2021 (12).

Teniendo en cuenta que, para ese momento, muchos de los establecimientos docentes en los que antes laboraban los internos, estaban totalmente colapsados de pacientes COVID 19, se limitaba la atención en otras especialidades de menos demanda, se instauró el programa de teleconsulta y telemedicina, entre otros cambios que modificarían el enfoque que, hasta ese momento, se tenía sobre este año de prácticas preprofesionales.

Las rotaciones faltantes: medicina general, cirugía y pediatría se desarrollaron en el centro de salud nivel I-3 "Gustavo Lanatta Lujan". Con limitantes propias del nivel de atención a comparación con las que se tenía anteriormente, el aprendizaje de las rotaciones fue más enfocado en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, establecer un diagnóstico temprano y manejo ambulatorio, además de detectar casos que requieran derivación a establecimientos de mayor complejidad.

Tal como se estipulaba en el decreto de urgencia, el centro de salud pudo proveer a sus internos de equipo de protección personal (EPP) y pruebas de descarté periódicas para la realización de las prácticas clínicas.

Para la rotación de medicina interna, el interno realizó la práctica en el consultorio externo, guiado por el médico encargado. Se logró alcanzar los objetivos mencionados de las patologías más frecuentemente atendidas como son: diabetes, hipertensión arterial, faringitis aguda, infecciones de tracto urinario, dermatitis, entre otras, enfocando el manejo a un primer nivel de atención.

Se pudo complementar lo antes aprendido del área de ginecología y obstetricia ya que, además de tener un consultorio de atención prenatal y planificación familiar, el establecimiento era considerado un centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) era muy frecuente ver este tipo de patologías que llegaban incluso con mas frecuencia que en los hospitales donde se tuvo la oportunidad de rotar. Permitiendo desarrollar habilidades en el diagnóstico, prevención y manejo de estas patologías.

El área de pediatría que comprende atención al recién nacido, niño y adolescente no pudo desarrollarse a plenitud. Siendo el centro de salud un establecimiento nivel I-3 no se contaba con sala de partos, por ende, no había atención del recién nacido ni tampoco especialista; además, debido a la pandemia, la atención del centro estaba limitada al programa de Anemia y vacunación, ambos manejados solo por las licenciados encargados. Para poder aprovechar al máximo los pocos recursos, al interno se le permitió rotar por estas dos áreas y complementar su aprendizaje en consultorio externo teniendo la oportunidad de observar algunos casos pertenecientes a la especialidad como son: escabiosis, dermatitis, diarreas, parasitosis, entre otros.

La rotación de cirugía fue la menos desarrollada en esta nueva modalidad de internado. Lo que se esperaba, siguiendo lo estipulado en el sílabo, era que el interno desarrollara destrezas en manejo de patologías quirúrgicas comunes, además de desenvolverse en otras áreas como traumatología, urología, otorrinolaringología, etc. objetivos que no se lograron por el nivel de complejidad del establecimiento. Pese a esto, se pudo explorar la especialidad evidenciando e identificando patologías quirúrgicas que llegaban a consultorio como hernias inguinales, apendicitis, litiasis vesicular, entre otras; las cuales, una vez

establecida la sospecha diagnóstica, eran derivadas a un establecimiento de mayor complejidad.

Además de las practicas presenciales se llevaron a cabo conferencias virtuales a cargo de especialistas donde se desarrollaban casos clínicos de cada especialidad, según las especificaciones del sílabo, para así complementar el aprendizaje del interno. Así mismo, se coordinó con los tutores del centro de salud para realizar exposiciones sobre patologías frecuentes con una siguiente discusión de casos y con esto tratar de cumplir con los objetivos del internado médico.

1.4. Casos clínicos más relevantes en la experiencia del autor

1.4.1. Rotación de ginecología y obstetricia

1.4.1.1. Caso clínico N°1

Paciente de sexo femenino de 27 años acude a consultorio de emergencia por presentar sangrado vaginal escaso, rojo oscuro desde hace 5 días. 2 días después se agrega dolor tipo cólico intermitente en fosa iliaca derecha. Niega náuseas, vómitos y fiebre.

Como datos importantes tenemos: menarquia a los 14 años, inicio de vida sexual activa a los 26 años, número de parejas sexuales 1, usa preservativo como método anticonceptivo. FUR incierta.

Se examina a la paciente: funciones vitales: presión arterial de 100/60, frecuencia cardiaca de 80 lpm, respiratoria de 24 rpm y una temperatura de 36.7 °C. a la exploración, paciente consciente, alerta, orientada en tiempo y espacio, adecuada coloración e hidratación. Sin alteración cardiorrespiratoria, abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en las dos fosas iliacas. Al tacto vaginal: cérvix posterior, cerrado, sin cambios cervicales con presencia de huellas de sangrado.

Ante la sospecha diagnóstica, se ingresa a la paciente y se solicita:

- ✓ Hemograma Completo.
- ✓ Grupo Sanguíneo y Factor Rh.
- ✓ Perfil de Coagulación.
- ✓ Dosaje cuantitativo de β -hCG.
- ✓ Pruebas Cruzadas.
- ✓ Glucosa, Urea y Creatinina Séricas.
- ✓ Examen de orina.
- ✓ Ecografía Pélvica Transvaginal.

Llega el resultado: β -hCG 1600mU/ml y en la ecografía se evidencia imagen en trompa de Falopio derecha redondeada con reacción residual que corresponde a saco gestacional con embrión en su interior de 4mm correlaciona a gestación de 6 semanas con actividad cardíaca apenas perceptible.

Con la confirmación diagnóstica de un embarazo ectópico tubárico, se ingresa a la paciente a sala de operaciones y se realiza salpingostomía laparoscópica.

1.4.1.2. Caso clínico N°2

Paciente mujer de 26 años con gestación actual de 38 5/7 semanas por ecografía precoz acude a emergencia del Hospital San Bartolomé por presentar pérdida de líquido y mojar sus muslos, con olor fuerte hace 8 horas asociado y dolor tipo contracciones de leve intensidad. Niega sangrado vaginal y percibe movimientos fetales.

No antecedentes familiares ni patológicos de importancia. Antecedentes gineco-obstétricos: G3 P1011:

- ✓ G1: 2017. Aborto espontáneo. Legrado uterino
- ✓ G2: 2018. Parto eutócico con recién nacido a-término de 3300gr
- ✓ G3: actual. No planificado. Controles prenatales: 08.

Se examina a la paciente: signos vitales estables. Útero grávido, se evidencia la dinámica uterina esporádica, altura uterina 31cm, feto en longitudinal cefálico

izquierdo con frecuencia cardiaca de 140 lpm y un ponderado aproximado de 3500gr.

Tacto Vaginal: cuello posterior, blando, cerrado, cefálico inadmisibile, rotura de membranas con presencia de líquido amniótico claro.

Se realiza especuloscopia donde para verificar pérdida de líquido claro sin mal olor.

Paciente ingresa a centro obstétrico el 11-03-2020 con los diagnósticos de:

- ✓ Multigesta de 38 5/7 semanas por ecografía temprana (05/08/19: embarazo de 8 semanas)
- ✓ No trabajo de parto
- ✓ Ruptura prematura de membranas de 8hrs aprox.
- ✓ Alto riesgo obstétrico por periodo intergenésico corto

Plan:

- ✓ Se solicita: hemograma, pruebas rápidas sífilis, VIH, RPR; PCR, Test de fern
- ✓ Dieta Blanda
- ✓ Vía endovenosa CLNA 9%O
- ✓ Reposo absoluto
- ✓ Tacto vaginal restringido
- ✓ Ampicilina 2gr EV c/6 horas
- ✓ Se administra misoprostol 25ugr
- ✓ Se evalúa dinámica uterina cada 30min y latidos cardiacos fetales

Evolución: en centro obstétrico, se evalúa a las 6 horas: se conserva dinámica uterina 1-2 contracciones en 10 minutos.

Pasadas unas 25 horas aproximadamente a partir de la RPM, se determina detener el estímulo para originarse una cesárea de emergencia por no presentar modificación cervical con un puntaje de BISHOP de 4.

Al postoperatorio, paciente hemodinámicamente estable, diuresis positiva, loquios sin mal olor, cicatriz en buen estado. Recién nacido sano, adecuado para edad gestacional. Apgar 8 al minuto y 8 a los 5 minutos.

1.4.2. Rotación de cirugía

1.4.2.1. Caso clínico N°3

Varón de 27 años acude a consulta médica por presentar tumefacción inguino-escrotal izquierda de varios años de evolución y crecimiento lento. Refiere que, en el último año, se ha vuelto irreductible y nota dolor principalmente con los esfuerzos. En alguna oportunidad sufrió episodio agudo de tensión y dolor local que remitió espontáneamente con reposo en decúbito. Niega alteración del tránsito digestivo. No ha cambiado su hábito intestinal ni la forma ni color de las heces.

A la exploración física se encontró con signos vitales dentro de parámetros normales, campos pulmonares y área cardiaca sin anormalidades. Abdomen blando, no doloroso con peristaltismo presente. Se evidencia presencia de tumefacción inguino-escrotal izquierda que protruye con la tos, indolora e irreductible a la palpación manual, sonora a la percusión, no se evidencia cambios de coloración de la piel. Resto del examen clínicamente normal.

Por presentar una tumefacción de región inguinal que llega al escroto nos permite afirmar que se trata de una hernia inguinal.

Se explicó la importancia del procedimiento quirúrgico, tras lo cual la paciente autorizó el traslado. Se le administró medicamentos tópicos y se le hizo una referencia a la emergencia del hospital nacional María Auxiliadora.

1.4.2.2. Caso clínico N°4

Paciente varón de 63 años acude a la consultorio del Centro de Salud por presentar dolor e inflamación en zona perianal y, en ocasiones, expulsión de heces con sangre y contenido purulento. Tuvo un pico febril dos días antes.

Mencionó haber tomado analgésicos c/8h (Paracetamol 1gr), sin remisión del dolor y habiendo aumentado la inflamación. Ritmo intestinal con tendencia al estreñimiento.

A la exploración se palpa endurecimiento y tumefacción eritematosa, caliente y algo fluctuante en cara interna de la nalga derecha.

Se diagnostica un absceso perianal por lo que se deriva al paciente al Hospital Nacional María Auxiliadora para desbridamiento quirúrgico.

1.4.3. Rotación de pediatría

1.4.3.1. Caso clínico N°5

Varón de 1 año 5 meses, sin antecedentes patológicos ni alergias conocidas, llega a consultorio del centro de salud por presentar deposiciones líquidas (7 cámaras aproximadamente) y vómitos desde hace 12 horas. Madre refiere haber ofrecido bebida de “cajita” como manejo, pero que no mejoraba el estado de su hijo. Niega fiebre o presencia de sangre o moco en las heces, lactancia suspendida al año y alimentación complementaria iniciada a los 7 meses.

A la inspección, paciente despierto, llanto con lágrimas escasas

Al examen, se observa mucosa oral seca y ojos hundidos. Llenado capilar de 3 segundos. Aparato circulatorio: frecuencia cardíaca de 120 x'. Auscultación cardíaca normal, pulsos periféricos bilaterales presentes y simétricos. Aparato respiratorio: ritmo respiratorio y auscultación normales. Abdomen: algo distendido y poco doloroso de forma difusa, no se palpan masas ni visceromegalias, no presenta signos de irritación peritoneal y se percibe aumento del peristaltismo. Exploración neurológica: activo y reactivo. Peso: 9500gr, talla: 78cm

Dadas las manifestaciones, se estableció el diagnóstico de diarrea aguda con signos de deshidratación. No se solicitaron paraclínicos y se decidió manejarlo con sales de rehidratación oral (SRO) 712ml en 4 horas (178ml/h) fraccionados,

además se le retiró la bebida ofrecida por la madre y se dejó en observación. Concluidas las 4 horas, el paciente ya no presentaba signos de deshidratación, se dejó otras 2 horas en observación y se le envió a casa con recomendaciones generales y signos de alarma.

1.4.3.2. Caso clínico N°6

lactante de 8 meses, con embarazo, parto y desarrollo normales, presenta lesiones cutáneas asociadas a irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño desde hace dos semanas. Como único antecedente de interés, su abuelo presenta lesiones pruriginosas similares desde hace tres meses y su madre ha comenzado con prurito esta semana.

En la exploración física se observan múltiples pápulas y pústulas milimétricas, en cuero cabelludo, tronco y extremidades, predominando en zona interdigital, palmas y dorso de manos, antebrazos, tobillos y pies, asociadas a lesiones por escoriación.

Con la sospecha clínica de escabiosis, pautamos tratamiento a la paciente y personas que viven con ella con permetrina en crema al 5%, repitiendo la aplicación a la semana, además de medidas de higiene, con resolución completa de las lesiones tras este.

1.4.4. Rotación de medicina general

1.4.4.1. Caso clínico N°7

Mujer de 26 años, acude a consultorio por enfermedad de 2 semanas caracterizado por tos productiva con expectoración amarillo-verdosa generalmente por la tarde y noche y fiebre (máxima temperatura cuantificada: 38,5 °C) que aparecía al caer la tarde. Acompañaba a este cuadro pérdida del apetito y decaimiento.

Refiere como antecedente que convivió en casa de su pareja con un familiar alcohólico enfermo de tuberculosis pulmonar que abandonó el tratamiento.

Al examen, frecuencia cardiaca 100 lpm, resto de funciones vitales normales. se observa evidente adelgazamiento (peso: 46kg, talla: 163 cm). Respiratorio: Murmullo vesicular disminuido notablemente en zona apical y media del hemotórax izquierdo, crepitantes en un área limitada, con cierta matidez percutoria, y frecuencia respiratoria de 20 rpm. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Resto sin alteraciones de interés.

Ante la sospecha clínica de una tuberculosis pulmonar se le indican exámenes de laboratorio, examen de esputo y prueba de sensibilidad MODS y radiografía de tórax.

Paciente regresa a consulta con los resultados: Recuentos sanguíneos estuvieron dentro de límites normales. Pruebas de ELISA-HIV, VDRL fueron negativas. Prueba de esputo con presencia de bacilos ácido alcohol resistente +++.

Con el diagnóstico ya confirmado se inició tratamiento con esquema I Fase I anti TBC

1.4.4.2. Caso clínico N°8

Varón de 28 años, previamente sano, acude a consulta médica por presencia de lesiones vesículo-ulcerosas, dolorosas en el glande de aproximadamente dos semanas de evolución. Es sexualmente activo, refiere no tener pareja estable y no haber tenido algún contacto sexual de riesgo en el último mes. Se considera heterosexual.

En la exploración, se evidencian lesiones en diferentes estadios de evolución, siendo múltiples y agrupadas, y algunas úlceras aparecen cubiertas de un exudado gris-amarillento, pero que evolucionan a la curación. Se palpan adenopatías inguinales dolorosas. No presencia de fiebre, ni malestar general.

Basados en la historia clínica y en la observación de las lesiones, deducimos que se trata de un herpes genital. Se solicita serología de otras infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Todas las pruebas resultaron negativas.

Se le informó del riesgo de infección y de la necesidad de estudiar a los contactos y se indicó tratamiento con aciclovir de 400mg por 7 días.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1. Hospital Militar Central

El internado médico dio inicio el 26 de diciembre del año 2019 en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” ubicado en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, perteneciente al distrito de Jesús María en la ciudad de Lima.

Inaugurado el día 1 de diciembre de año 1958, durante el gobierno del presidente Manuel Prado. Este hospital considerado un establecimiento nivel III de complejidad y nivel I de atención, cuenta con más de 20 especialidades dedicadas a brindar atención médica integral tanto al personal militar, como a sus familiares (inscritos en el registro de familia) y personal con derecho en el ejército; además de proporcionar atención médica de emergencia a pacientes de cualquier procedencia dispuesto por ley (15).

Se rotó por el servicio de ginecología y obstetricia a cargo del Dr. Talavera, en ese entonces Mayor asimilado del ejército del Perú, y contaba además con 7 especialistas, dos médicos residentes y personal de enfermería. Cabe mencionar que, el hospital no contaba con los servicios específicos de neonatología como área de UCI, atención quirúrgica, etc; por lo que cualquier paciente considerado de alto riesgo obstétrico, era inmediatamente referido a un establecimiento de mayor complejidad, mayormente al Instituto Nacional Materno Perinatal.

2.2. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

Para el mes de marzo se realizó una rotación externa con el fin de concluir el último mes de prácticas de la especialidad en el hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI), entidad adscrita a la DIRIS Lima Centro y ubicado en la Avenida Alfonso Ugarte 825 Cercado de Lima, especializado en áreas relacionadas a la atención integral de la mujer, feto, niño y adolescente.

Este establecimiento pertenece al tercer nivel de atención, categoría III-1, es el hospital de mayor capacidad resolutive en el área materno infantil a nivel nacional con atenciones especializadas en pediatría, cirugía pediátrica y gineco obstetricia. Brinda, principalmente, los servicios directos de: consulta externa (constituido por atenciones médicas y no médicas como son psicología, odontología, terapia del lenguaje, terapia física, terapia ocupacional, Nutrición, Psicoprofilaxis, Estimulación Temprana y otros servicios.), hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos y atención de emergencia divididos según las subespecialidades de las áreas primarias que son pediatría y ginecología y obstetricia; además de servicios de soporte como son: patología clínica, anatomía patológica, medicina de rehabilitación, diagnóstico por imágenes, farmacia (14). (Ver Anexo N° 1)

Las practicas se realizaron en el área de centro obstétrico. Según el análisis situacional del año 2019, se tendieron 4787 partos. Observándose una disminución del número desde el años 2017, dadas, principalmente, por la normativa, que exige al hospital a atender solo pacientes referidas (pacientes SIS), a fin de ordenar la demanda.

2.3. Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján

Con la reanudación del internado médico luego de cinco meses de suspensión de las prácticas, el interno se incorporó a sus actividades en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, conocido también como el Centro de Salud Chorrillos I, ubicado en la avenida Defensores del Morro en el distrito de Chorrillos.

Pertenece a la Dirección de Redes integrales de la salud de lima sur (DIRIS lima-sur) y a la Red Barranco – Chorrillos – Surco (16). El establecimiento pertenece al primer nivel de atención, categoría I-3 según su complejidad (centro de salud sin internamiento) y tiene bajo su jurisdicción, una población de 42 190 personas (Ver Anexo N° 2), siendo la mayoría adultos.

Cuenta con atención en los servicios de: jefatura, medicina general, odontología, psicología, obstetricia, enfermería (inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, Plan de control de tuberculosis), servicio social, farmacia, laboratorio, radiografía, nutrición y dietética y tóxico (17). (Ver Anexo N° 3). Sin embargo, debido a la pandemia por COVID 19 varios de estos servicios se encontraban sin atención al público.

Para el año 2018, según el Análisis de Situación de Salud de la DIRIS lima sur 2019, las principales causas de consulta en la población eran las infecciones de vías respiratorias agudas, caries dentales, infección de vías urinarias, desnutrición y deficiencias nutricionales y la obesidad (18).

Algo importante que agregar sobre el establecimiento es que en sus instalaciones funciona el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Chorrillos, programa bajo la responsabilidad del Dr. Edgar Castro, también coordinador de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS VIH/SIDA, de la red BCO-CHO- SCO (19).

Cuenta con un equipo multidisciplinario a cargo de los servicios de manejo clínico (consultorio), laboratorio de uso exclusivo del servicio y consultorio de consejería. Dentro de sus funciones encontramos: brindar atención integral a personas con ETS, a sus contactos y a los grupos de elevada prevalencia de ETS (personas con múltiples parejas sexuales, personas privadas de su libertad, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores sexuales, etc.), ofrecer atención médica periódica a trabajadores sexuales, realizar la vigilancia epidemiológica e impulsar la investigación en el área (20).

Cabe mencionar que, con la llegada del COVID 19, Chorrillos se volvió rápidamente uno de los 5 distritos con más casos de infección activa dentro la

DIRIS Lima-Sur (21) por lo que, aunque el centro de salud no es considerado un punto COVID 19 del distrito, se optó por implementar un triaje especializado, dedicado a la atención ambulatoria de estos pacientes.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Se discute el manejo de los casos clínicos:

3.1. Rotación de ginecología y obstetricia

3.1.1. Caso Clínico N°1

En el caso presentado de un embarazo ectópico, el manejo va a depender del estado hemodinámico de la gestante.

Ya que la paciente presentó una b-hCG de 1600 y hay presencia de latidos cardiacos fetales, se procedería a optar por el manejo quirúrgico teniendo dos opciones: salpinguectomía o salíngostomía laparoscópica, siendo este ultimo de elección en casos donde se continúe con el deseo reproductivo, ya que se conserva la trompa de Falopio.

Según la guía del 2018 del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), para la realización de la salpingostomía, la paciente debe cumplir las siguientes condiciones:

- ✓ Paciente hemodinámicamente estable.

- ✓ Masa anexial ecográficamente menor de 4 cm de diámetro, comprobado en el intraoperatorio.
- ✓ Trompa intacta o con destrucción mínima en el intraoperatorio.

Es importante mencionar que lo más importante es el tamaño de la masa anexial y el estado de la trompa; y es independiente de la presencia de actividad cardiaca embrionaria y de los niveles de β -hCG (22).

El primer control de β -hCG se realiza 24 horas post Salpingostomía, el cual debe haber disminuido 50 % o más de su valor inicial; ello predice una tasa global de éxito de 85 %, y bajas tasas de embarazo Ectópico Persistente.

Posteriormente se realizará seguimiento con β -hCG semanalmente hasta su negativización.

Si en el curso del seguimiento se presentara una meseta o incremento del nivel de β -hCG, se puede optar por administrar una dosis de Metotrexate de acuerdo con el Manejo Médico.

3.1.2. Caso clínico N°2

En el caso de la paciente, luego de establecer el diagnóstico y debido a su edad gestacional, se decidió culminar la gestación por medio de la inducción del trabajo de parto. Lamentablemente, tras 25hrs no hubo progresión alguna, por lo que se continúa con una cesárea de emergencia.

Según la guía del 2018 del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), en casos de ruptura prematura de membranas en una gestación ≥ 34 semanas con o sin corioamnionitis se debe, en primera instancia, hospitalizar a la paciente con reposo absoluto e hidratación y seguir con el inicio de antibióticos profilácticos pasadas las 6hrs del RPM como ampicilina o una cefalosporina de 1° generación (de 3°G + aminoglucósido en caso de corioamnionitis). Acto seguido se decide culminar la gestación dentro de las 24hrs siguientes ya sea por inducción o vía alta, siempre valorando el riesgo/beneficio de cada procedimiento. Cabe mencionar que, según la guía “Si la inducción no responde luego de 6 horas, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea” (22) .

El manejo que establece la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), en la última guía del manejo de RPM del 2020, es parecido al recomendado por el INMP, la diferencia está en que ellos establecen estas indicaciones para una edad gestacional de $\geq 37 \frac{0}{7}$ semanas (23).

En una gestante con RPM y una edad gestacional entre $34 \frac{0}{7}$ a $36 \frac{6}{7}$ semanas, se puede optar por un manejo expectante del parto o proceder a la culminación de este, además de la administración de corticosterooides, antibióticos profilácticos y tratar la corioamnionitis (si hay).

3.2. Rotación de cirugía general

3.2.1. Caso clínico N°3

Presentamos el caso de un varón de 27 años al que, por la sospecha clínica y el examen físico, se concluyó como diagnóstico una hernia inguinal muy probablemente indirecta por su llegada al escroto y su imposible reducción en posiblemente atribuible a la presencia de un cuello herniario estrecho) (24).

Todas las hernias sintomáticas deben ser intervenidas. El tratamiento de elección en caso de hernias siempre es el quirúrgico, la reparación está basada en la restauración de la continuidad musculo-aponeurótica de la capa profunda de la ingle (fascia transversalis o músculo transverso)

En el caso del paciente presentado que llega con una hernia inguinal encarcelada aguda que no presenta signos de estrangulamiento se les debe ofrecer una reparación quirúrgica urgente. Sin embargo, como se menciona en UpToDate, se puede intentar la reducción de la hernia si es que él desea aplazar la cirugía. Si la reducción de la hernia es exitosa, el paciente debe hacer un seguimiento con su cirujano dentro de uno o dos días para excluir el encarcelamiento recurrente y hacer arreglos para la reparación electiva. Aquellos que no logran reducir la hernia (como en este caso) deben proceder urgentemente a la cirugía (25).

Siguiendo lo mencionado en el párrafo anterior, el manejo del paciente fue el adecuado, en una primera instancia, mientras se realizaba el examen físico se intentó reducir la hernia, sin lograrlo, por esto al final se decidió derivar al paciente a la especialidad de cirugía para que se proceda con el manejo definitivo.

3.2.2. Caso clínico N°4

Por las características clínicas y el examen físico realizado al paciente, se establece el diagnóstico de absceso perianal cuyo manejo, por tratarse de un procedimiento quirúrgico, debe ser manejado en un establecimiento de mayor complejidad. Se envía al paciente con su hoja de referencia.

La decisión de referir al paciente inmediatamente fue la correcta y esto se confirma en lo establecido en la guía de UpToDate, el cual establece que el manejo consiste en drenaje quirúrgico del absceso que debe realizarse lo más pronto posible ya que se corre el riesgo de que el absceso se expanda a tejidos adyacentes y progrese generando una infección sistémica.

La guía también sugiere administrar antibioticoterapia empírica a todos los pacientes luego de la incisión y el drenaje del absceso ya que puede reducir el riesgo de la formación de fistulas. Se suele recetar amoxicilina con ácido clavulánico por 4-5 días (26).

Esto difiere de lo establecido por la Sociedad Americana de Cirugía colorrectal (ASCRS) quienes establecen que se debe prescribir antibióticos únicamente en individuos inmunodeprimidos, pacientes con sepsis, diabéticos y cardiopatas con prótesis valvulares (27).

3.3. Rotación de pediatría

3.3.1. Caso clínico N°5

Se presentó el caso de un paciente pediátrico con diagnóstico de diarrea con algún grado de deshidratación cuyo manejo fue principalmente con sales de rehidratación oral.

Teniendo como referencia la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños del MINSA 2017 (28), siguiendo la clínica del paciente y conforme al examen físico realizado el diagnóstico establecido fue el adecuado ya que el paciente presentaba 5 signos de deshidratación que no incluían los signos claves; y por consiguiente, su manejo consiste en seguir el Plan B establecido por la misma guía basadp en rehidratación con solución de SRO (50-100ml / kg de peso) en el mismo establecimiento por un periodo de 4 horas y debe tener además una hoja de registro de balance hídrico estricto por el personal de salud.

Pasadas las 4 horas, se reevalúa al niño(a) y se decide el tratamiento a continuar. En este caso el niño ya no presentaba signos de deshidratación por lo que, y coincidiendo con la guía, cumple con los criterios de alta. Se pasa al Plan A que establece medidas generales para la prevención de nuevos cuadros, plan de alimentación, reconocer los signos de alarma y administración de suplementos como zinc. (Ver anexo N°4)

3.3.2. Caso clínico N°6

Presentamos el caso de una lactante de 8 meses, sin antecedentes patológicos que llega a consulta por lo sospechamos sería un caso de escabiosis (presenta lesiones cutáneas asociadas a irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño, además su abuelo y su madre presentan lesiones similares).

El diagnóstico de escabiosis se confirma mediante diferentes pruebas como el examen con dermatoscopia de luz polarizada (DLP) o raspado de piel (test de Müller) y visión directa con microscopio óptico, visualizándose varios parásitos (29), huevos y heces. Sin embargo, se puede establecer un diagnóstico presuntivo basado en la sospecha clínica de escabiosis tal como se hizo en el caso presentado.

El tratamiento indicado fue con permetrina en crema al 5%, tanto a la paciente y personas que viven con ella con repitiendo la aplicación a la semana, además de medidas de higiene, con resolución completa de las lesiones tras este.

UpToDate establece el tratamiento debe ser indicado tanto en el paciente como en las personas con las que convive. Siendo el medicamento de elección la permetrina tópica, esta debe aplicarse a pesar de estar asintomáticos en una capa fina del escabicida en toda la superficie cutánea, desde el cuello hasta las palmas y plantas, con especial énfasis en los espacios interdigitales, muñecas, codos, mamas, axilas, zona periumbilical, glúteos y genitales. En niños menores de 2 años y en inmunodeprimidos debe incluirse el cuero cabelludo (30). Cabe destacar que también se menciona que se debe administrar una segunda aplicación una o dos semanas después para eliminar totalmente al ácaro, cosa que no se estableció en el tratamiento del paciente.

3.4. Rotación de medicina interna

3.4.1. Caso clínico N°7

En este caso, presentamos a una mujer de 26 años, acude a consultorio con clínica muy sospechosa de TBC pulmonar que se logra confirmar con los exámenes auxiliares.

Al confirmar el diagnóstico y que la paciente no presentaba ninguna patología que comprometiera el manejo, tales como diabetes mellitus, VIH, etc. se inició tratamiento con esquema I Fase I anti TBC.

Comparando el manejo empleado con lo establecido en la Norma Técnica para la atención integral de las personas afectadas por TBC del MINSA, encontramos que este fue el adecuado.

La norma establece que en toda persona con sospecha de TBC se debe obtener una muestra de esputo y asegurar el procesamiento de la prueba de sensibilidad rápida y/o convencional, tal como se le indicó a la paciente. Además, una vez diagnosticada con tuberculosis debe recibir una atención integral en el establecimiento e iniciar el esquema de tratamiento para TBC sensible siempre que se encuentra clínicamente estable y con su PS rápida en camino. Cabe mencionar que, si el resultado de esta prueba demuestra TB resistente, el

esquema debe ser modificado en los 7 días posteriores y referir a un médico consultor (31).

3.4.2. Caso clínico N°8

Se presenta el caso de un varón de 28 años, previamente sano con presencia de lesiones vesículo-ulcerosas, dolorosas en el glande.

Basados en la historia clínica, se sospecha de un síndrome de úlcera genital y con la observación de las lesiones y sus características se establece el diagnóstico de herpes simple, por lo que se le informa al paciente del riesgo de infección y de la necesidad de estudiar a los contactos y se indicó tratamiento con aciclovir de 400mg cada 8hrs por 7 días.

Lo mencionado en el párrafo anterior se puede comparar con lo establecido en el Manual de procedimientos para la atención médica periódica de MINSA que menciona que si llega un paciente a consulta por presentar lesiones vesiculares agrupadas se sospecha de un síndrome de úlcera genital por herpes simple. En este caso se reporta como úlcera genita, se prescribe el tratamiento (terapia de elección: aciclovir 400mg VO c/8hrs por 7-10 días o aciclovir 200mg VO 5 veces al día por 7-10 días o valaciclovir 1gr vía oral c/12hrs por 7-10 días) y se da consejería (20).

UpToDate establece que el diagnóstico debe hacerse después de una minuciosa entrevista y examen físico. Siguiendo lo que mencionan en su guía las características que nos haría sospechar fuertemente que el agente causal en HSV es: presencia de múltiples úlceras, dolorosas, pueden tener base eritematosa, presencia de retención urinaria, síntomas sistémicos como fiebre, cefalea. Sin embargo, guiarse solo por esto puede llevar a un mal diagnóstico por lo que se recomienda siempre hacer exámenes complementarios para saber con certeza la etiología de la lesión. Lamentablemente, estos exámenes no siempre están a la mano o se demoran, por lo que se debe indicar terapia empírica (32)

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico fue, es y será considerado siempre una parte fundamental en la formación del profesional, no solo en la parte académica sino también en la formación del carácter del médico que debe conocer a qué realidad se enfrentará en el futuro una vez egresado.

En un año de prácticas donde, se supone, el estudiante debe aprovechar en captar todos los conocimientos que puede, aprender todas las destrezas mediante la participación constante en diferentes situaciones, procedimientos, etc. (3), el interno ha debido adecuarse a los nuevos retos y limitaciones presentadas en las nuevas prácticas presenciales, exponiéndose al contagio, confinando sus prácticas según lo que le puede ofrecer el establecimiento y su población, limitando el contacto con el paciente, concentrado casi todo su aprendizaje en el ámbito teórico con labores de apoyo no clínicas, además del cambio del aprendizaje hacia la modalidad virtual con videoconferencias con docentes y resolución de casos clínicos online que, si bien es cierto colaboraban hasta cierto punto, no lograban suplir ni en lo más mínimo una práctica presencial con paciente presente.

Por estos problemas, muchas de las rotaciones no se lograron desarrollar de manera óptima. En el caso de la autora, las rotaciones donde más pérdidas hubo fueron cirugía y pediatría, al no presentarse muchos casos en el establecimiento de primer nivel debido al miedo de los pacientes de contagiarse, por ser un establecimiento de primer nivel de atención, entre otras razones.

Pese a no ser considerado un punto COVID en su distrito, existía una alta demanda de casos COVID 19 en el centro de salud, lo que hizo que sufrieran de bajas de personal por la gran cantidad de contagios, llegando, algunos de ellos, incluso a fallecer como fue el caso del Dr. Edgar Castro, jefe del establecimiento. Esta pérdida dejó al centro sin su ficha más importante, pronto, la carga laboral y los pocos recursos humanos se hicieron notar lo que acentuó aún más las labores de los internos como personal asistencial de gran importancia.

Es importante mencionar que se ofrecieron realizar rotaciones externas en hospitales con cupos limitados, lamentablemente, no todos los internos pudieron aceptarlos ya que, tal como es el caso de la autora, muchos de ellos vivían con personas vulnerables, en casas o departamentos pequeños donde no era posible realizar un aislamiento adecuado en caso de prevención o vivían lejos del establecimiento con la plaza ofrecida por lo que se veían expuestos a tomar el transporte público y realizar viajes largos (una de las problemáticas que se quería evitar en un principio).

Además de todos la problemática mencionada, el Decreto de Urgencia N° 090-2020 y la Resolución Ministerial N° 622-2020 demostraron solo buscar suplir la carencia de recursos humanos que atravesaba el sector salud, con medidas que sólo brindarían derechos temporales sin una perspectiva a largo plazo. Muchos internos no contaban con lo estipulado en sus páginas: no tenían acceso a EPP, pruebas COVID periódicas y, muchas veces, la remuneración del mes llegaba fuera del periodo estipulado.

CONCLUSIONES

Es importante recordar que el estudiante de medicina no es un trabajador remunerado, y más aún, no es médico. Hasta el día de hoy, el interno trabaja horas extensas, con una remuneración que no llega ni a la mitad de un sueldo vital mínimo y sin contar con seguro. La pandemia por COVID-19 ha marcado profundamente la formación médica de toda esta nueva generación, lo que se verá reflejado en la experiencia práctica a futuro como médicos.

Esta pandemia solo ha puesto ha descubierto la precaria situación en la que se encontraba nuestro sistema de salud, acentuando sus carencias y debilidades en un entorno donde la población se queda sin recursos para poder vivir el día a día y son obligados a salir a las calles a trabajar muchas veces sin cumplir con los protocolos establecidos para controlar la propagación del virus, lo que incrementa el número de ingresos a hospitales ya colapsados contribuyendo con el ciclo sin fin.

La pandemia del COVID-19 ha planteado nuevos retos en la educación médica en pregrado y postgrado a nivel mundial. Cada país ha respondido de acuerdo con sus posibilidades y necesidades con el fin de aprovechar esta situación como una oportunidad de aprendizaje, seguir con la educación e incorporar a los estudiantes como trabajadores de salud en los países donde era necesario.

RECOMENDACIONES

La pandemia por COVID-19 ha puesto en evidencia que, aunque realizan sus prácticas en calidad de estudiantes, los internos contribuyen de gran manera en el labor diario de atención al paciente por tanto se necesita regularizar y establecer sus derechos como trabajadores de forma permanente.

El mal manejo del internado, con leyes momentáneas, reglamentos acondicionados a la ocasión no da de abasto en un momento como este. Perder a su personal de salud es un lujo que no debe permitirse, especialmente por las precarias condiciones de nuestro sistema. Formar a un médico toma entre 7 a 10 años, por eso se debe priorizar su integridad y protección desde el comienzo de su formación.

Se debe reforzar la enseñanza y docencia virtual capacitando a los catedráticos y encargados para poder llenar esas brechas formadas por la pandemia en el sector de educación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Herrera-Añazco P, Toro-Huamanchumo CJ. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta Med Peru. 2020;37(2):169-75. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.999>
2. Ministerio de Salud - Perú. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. 2020 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
3. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosapi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Med Peru. 2016;33(2):105-10.
4. Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Reglamento del comité nacional de pregrado de salud del SINAPRES. ASPEFAM; 2006.
5. Gobierno del Perú. El Peruano - Fijan compensación remunerativa mensual para internos de Medicina Humana y Odontología - DECRETO SUPREMO N° 020-2002-EF- PODER EJECUTIVO - PRESIDENCIA [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/223869-020-2002-ef>

6. Gobierno del Perú. El Peruano - Dictan medidas sobre jornadas máximas de modalidades formativas reguladas por la Ley N° 28518 así como de las prácticas pre-profesionales de Derecho y de internado en Ciencias de la Salud - Decreto Supremo N° 003-2008-TR - PODER EJECUTIVO - PRESIDENCI [Internet]. 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)
7. Gobierno del Perú. El Peruano - Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. Decreto supremo N°044-2020-PCM- PODER EJECUTIVO - PRESIDENCI [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>
8. Gobierno del Perú. El Peruano - Decreto Supremo que Prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del COVID-19 y dictan otras medidas - DECRETO SUPREMO – N° 064- 2020-PCM - PODER EJECUTIVO - PRESIDENCI [Internet]. 2020. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-prorroga-elestado-de-emergencia-naciona-decreto-supremo-no-064-2020-pcm-1865482-3/>
9. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM [Internet]. 2020 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.aspefam.org.pe/covid19_comunicados.htm
10. Gobierno del Perú. Resolución Viceministerial para Aprobar la Norma Técnica denominada "Disposiciones para la prevención, atención y monitoreo ante el Coronavirus (COVID-19) en universidades a nivel nacional" - Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU - PODER EJECUTIVO - PRESIDENCI [Internet]. 2020. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/459958-081-2020-minedu>

11. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. Más de 400 médicos perdieron la vida luchando contra el covid-19 [Internet]. Colegio Médico del Perú. [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/mas-de-400-medicos-perdieron-la-vida-luchando-contra-el-covid-19/>
12. Gobierno del Perú. Decreto de Urgencia 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 - DECRETO de Urgencia N° 090-2020 - PODER EJECUTIVO - PRESIDENCI [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>
13. Gobierno del Perú. El Peruano - Lineamientos para la reanudación de actividades de los internos de ciencias de la salud - RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 622-2020/MINSA- PODER EJECUTIVO - PRESIDENCI [Internet]. 2020. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-documento-tecnico-lineamientos-para-el-inicio-o-la-resolucion-ministerial-no-622-2020minsa-1877740-1/>
14. Ministerio de Salud. Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”. Análisis de Situación de salud. Lima – Perú, 2019 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2019/Direccion/ASIS%202019.pdf>
15. Hospital militar central - HMC. Página web [Internet]. 2020 [citado 17 de abril de 2020].
16. Sala de situación COVID-19 del distrito de Chorrillos – Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur – DIRIS Lima sur 2021

17. Ministerio de Salud. Norma técnica Categorías de los establecimientos del sector salud. NT N° 021 – MINSa/DGSP V.01. Lima – Perú 2005
18. Dirección de Redes Integradas de salud Lima Sur – Análisis de Situación de Salud. 2019
19. Veliz rojas, M, villanueva aparco, R. Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual (cerits) de la DISA II lima sur. Lima – Perú. 2013. Cap 4: 71-74.
20. Ministerio de Salud. Programa de control de enfermedades de Transmisión sexual y SIDA (PROCEDSS). Manual de procedimientos para la atención médica periódica. 2002
21. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD. Lima Perú. 2019. P54-60.
22. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature Rupture of membranes: Clinical Management Guidelines for Obstetrician and Gynecologists. ACOG Practice bulletin 217. Obstet Gynecol 2020; Mar;135(3):739-743. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32080044/>
24. Brooks, D; Hawn, M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. 2019 [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults - UpToDate
25. Brooks, D; Hawn, M. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults. 2021 [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate
26. Bleday R. Perianal and perirectal abscess. 2020. [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: Perianal and perirectal abscess - UpToDate

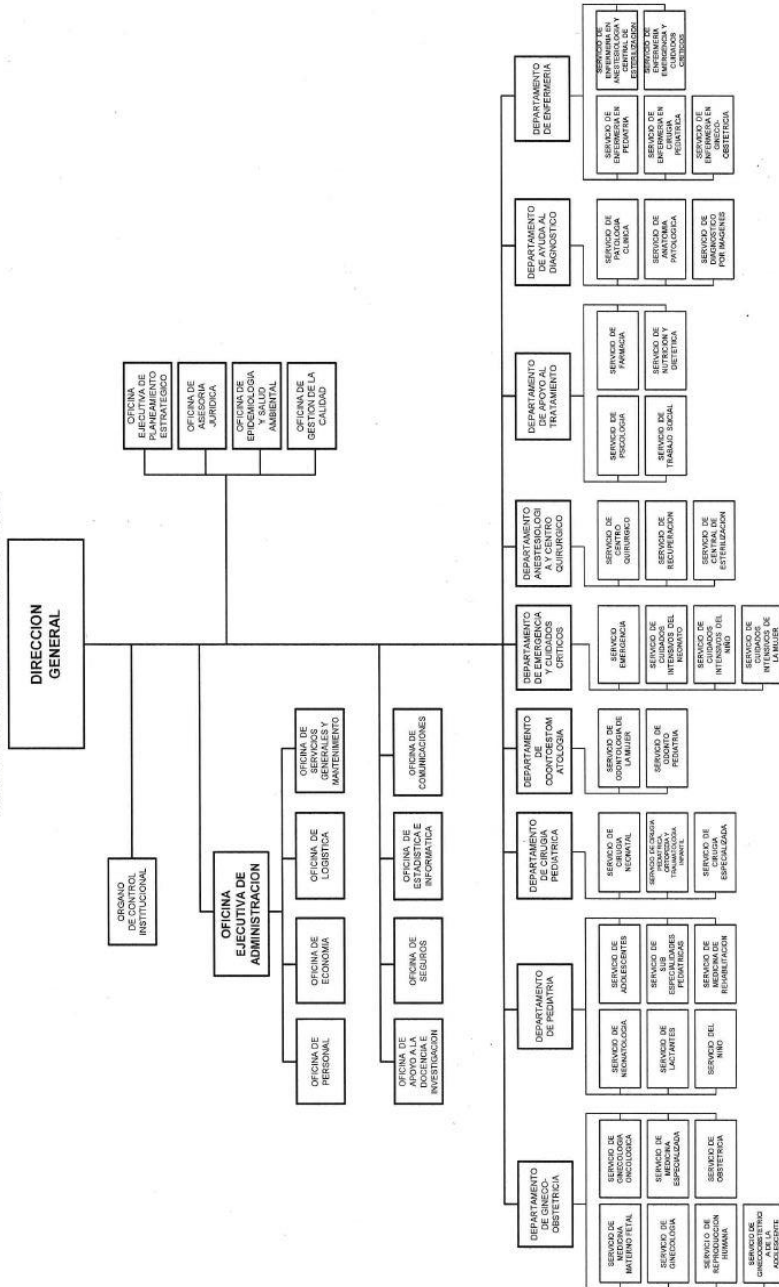
27. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM, Saclarides TJ, Feingold DL, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. 2016;59(12):1117. [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en:
clinical_practice_guideline_for_the_management_of_anorectal_abscess_fistula-in-ano_and_rectovaginal_fistula.pdf (fascrs.org)
28. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños del MINSA 2017. P6-19 [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
29. Goldstein B, Goldstein A. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. 2019. [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis - UpToDate
30. Goldstein B, Goldstein A. Scabies: Management. 2021. [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: Scabies: Management - UpToDate
31. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la atención integral de las personas afectadas por TBC del MINSA 2018. [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.PDF>
32. Tuddenham S; Ghanem K. Approach to the patient with genital ulcers. 2020. [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2020]. Disponible en: Approach to the patient with genital ulcers - UpToDate

ANEXOS

ANEXO N°1: ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL DOCENTE MADRE-NIÑO SAN BATOLOMÉ

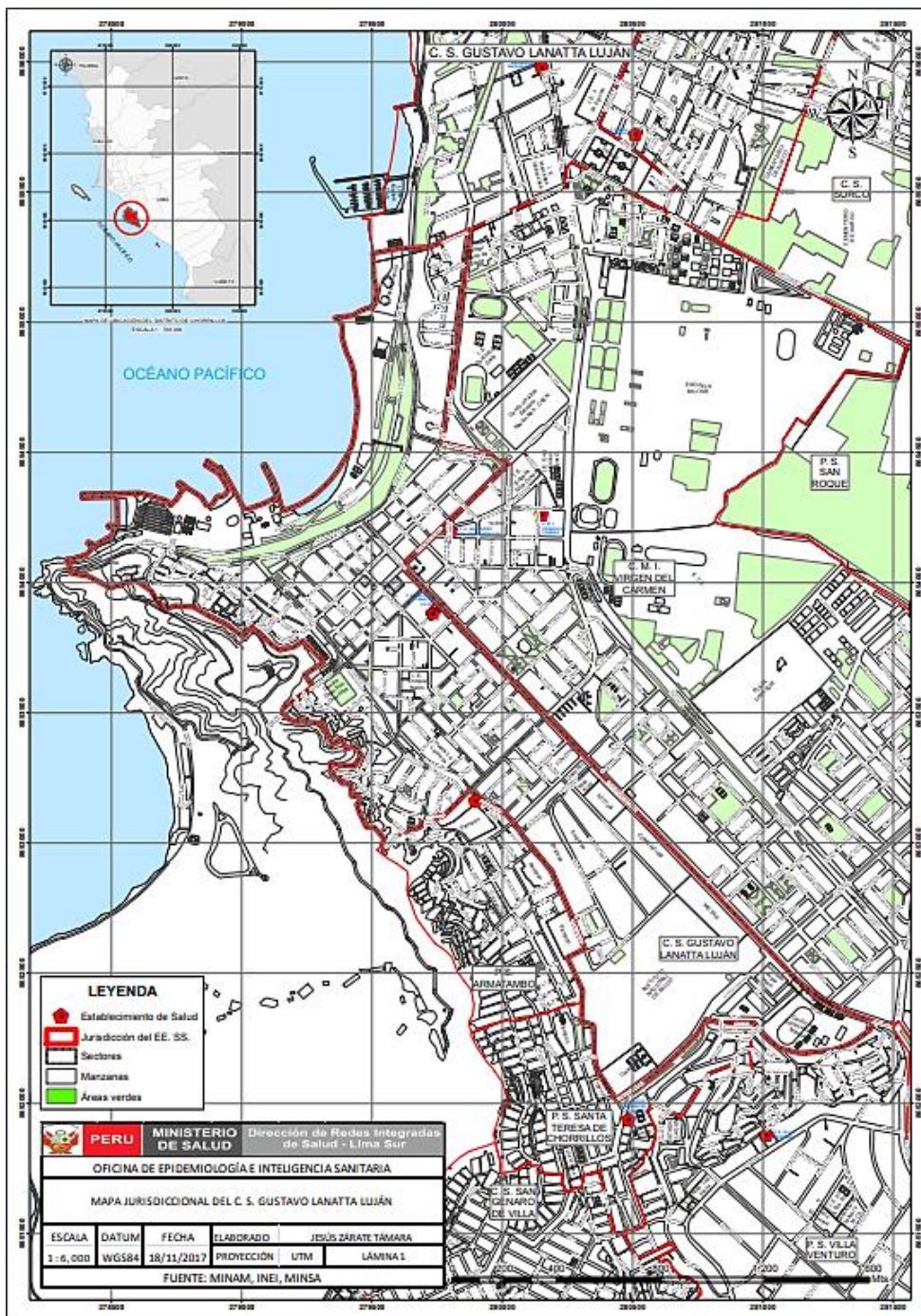
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO "SAN BARTOLOME"

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



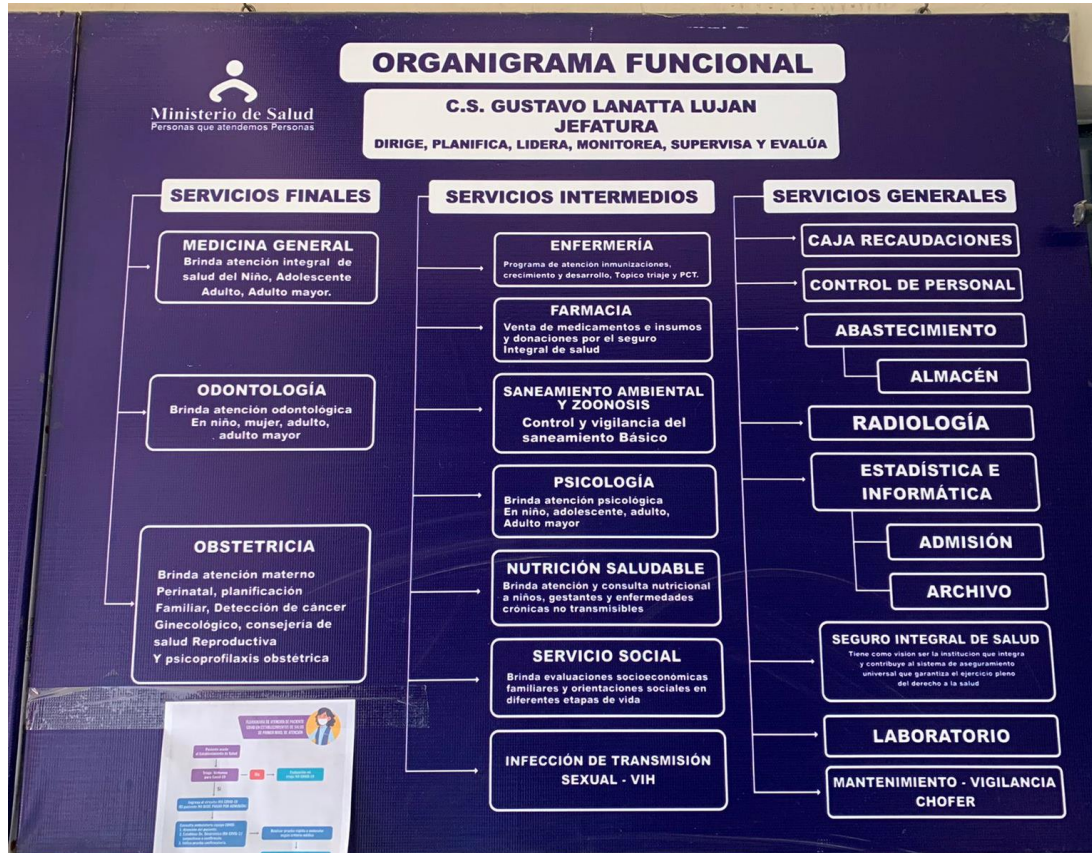
Fuente: Ministerio de Salud. Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé". Análisis de Situación de salud. Lima – Perú, 2019.

ANEXO N°2: MAPA DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJÁN



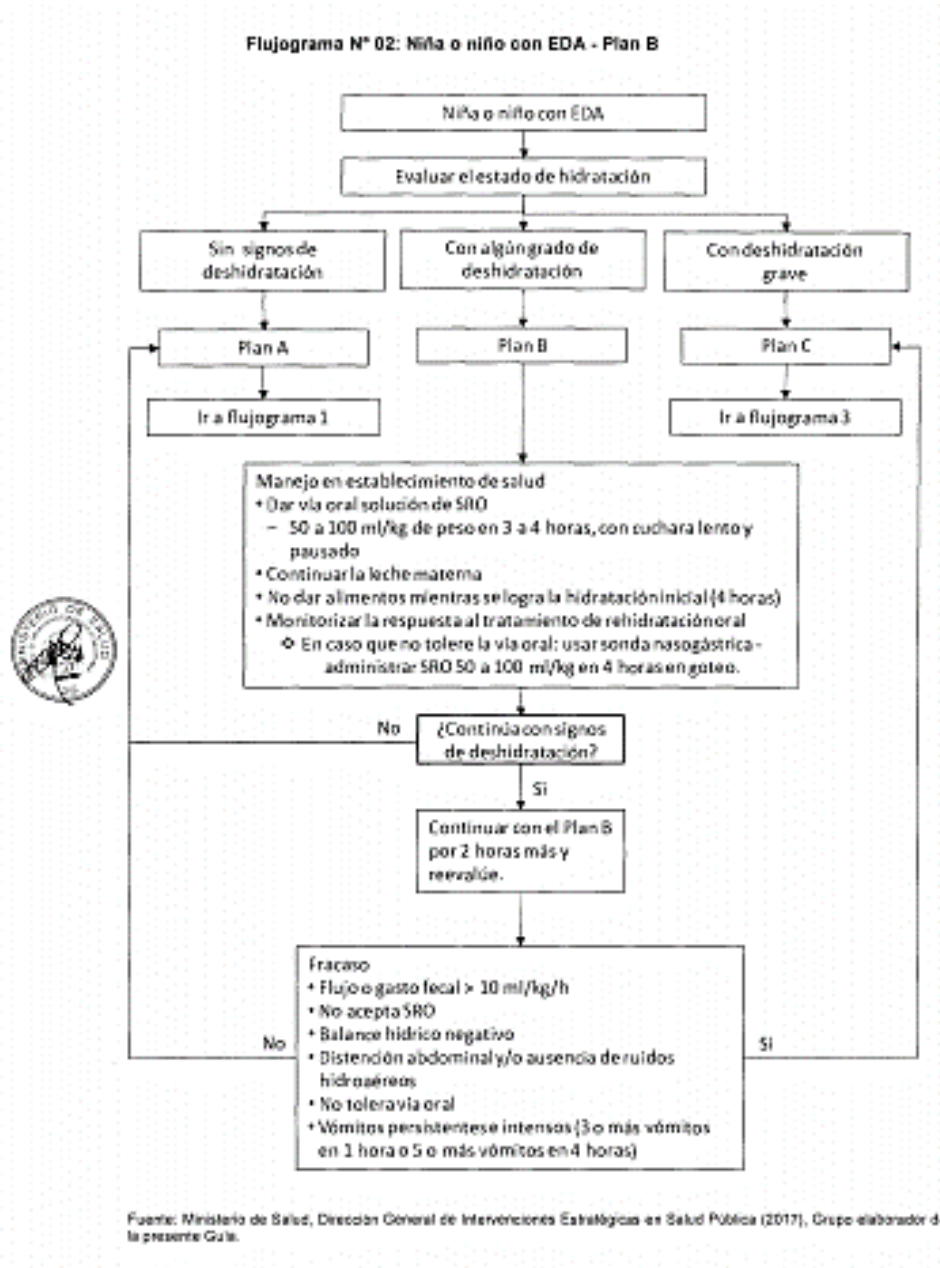
Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Redes Integradas Lima Sur, Mapas de los Establecimientos de Salud 2017.

ANEXO N°3: FLUJOGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJÁN



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Redes Integradas Lima Sur, Mapas de los Establecimientos de Salud 2017.

ANEXO N°4: FLUJOGRAMA PARA EL MANEJO DE DIARREA CON ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN – PLAN B



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública 2017. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño.