



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MEDICO ENERO 2020- ABRIL 2021 INTEGRANDO  
CONOCIMIENTOS Y APTITUDES DESARROLLADAS EN EL HOSPITAL DE  
HUAYCÁN

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

PRESENTADA POR  
CHRISTIAN MIGUEL RAMOS ROJAS

ASESORA  
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA , PERÚ  
2021



**Reconocimiento  
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**INTERNADO MEDICO ENERO 2020- ABRIL 2021  
INTEGRANDO CONOCIMIENTOS Y APTITUDES  
DESARROLLADAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
CHRISTIAN MIGUEL RAMOS ROJAS**

**ASESORA  
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mag. María Isabel Mercado Herrera

**Miembro:** Mag. Karin Narda Gálvez Carrillo

**Miembro:** M.E. Zoila Roxana Villa Zapata

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mi familia, por su apoyo incondicional a lo largo de estos años de formación académica, por la confianza en mis capacidades y el apoyo para realizar mis sueños, por lo ánimos brindados para seguir adelante pese a las dificultades que se presentaron.

Christian Miguel Ramos Rojas

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Índice</b>	iv
<b>Resumen</b>	v
<b>Abstract</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Rotación de Gineco obstetricia	3
1.2 Rotación de Medicina Interna	5
1.3 Rotación en Pediatría y Neonatología	8
1.4 Rotación en Cirugía	10
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	14
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	16
3.1 Rotación de Medicina Interna	16
3.2 Rotación de Cirugía	17
3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	18
3.4 Rotación de Gineco obstetricia	20
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	21
<b>CONCLUSIONES</b>	24
<b>RECOMENDACIONES</b>	25
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	26

## RESUMEN

**Introducción.** El internado medico conforma el último periodo de la formación médico-profesional. Debido a la pandemia muchos establecimientos de salud realizaron cambios con el fin de salvaguardarla vida de los futuros médicos, disminuyendo los días y las horas de trabajo o en muchos casos se dispuso la incorporación de los internos a centros de primer nivel de atención, generando así una desventaja entre los diversos internos. Estos cambios fueron guiados con miras hacia el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

**Objetivo.** Importancia del internado médico e identificación de las ventajas y dificultades presentadas durante la transición pre y post pandemia.

**Conclusión.** Las recientes modificaciones que está sufriendo el internado médico, como la disminución de horas y de días, trae desventajas puesto que no se cumplen con las metas programadas para esta etapa profesional. Sin embargo, se logró ver las principales patologías a las cuales nos enfrentaremos como médicos cirujanos en el primer nivel de atención.

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

## ABSTRACT

**Introduction.** The medical internship is the last period of medical-professional training. Due to the pandemic, many health establishments made changes in order to safeguard the lives of future doctors, reducing the days and hours of work or in many cases the incorporation of inmates to first-level care centers was ordered, thus generating a disadvantage among the various interns. These changes were guided with a view to the Rural and Urban Marginal Health Service (SERUMS).

**Objective.** Importance of the medical internship and identification of the advantages and difficulties presented during the pre and post pandemic transition.

**Conclusion.** The recent modifications that the medical internship is undergoing, such as the reduction in hours and days, bring disadvantages since the goals programmed for this professional stage are not met. However, it was possible to see the main diseases that we, as surgeons, will face as first level of attention.

**Keywords:** Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico conforma el último periodo de la formación médico-profesional. Es el último año en el cual los alumnos consolidan todos los conocimientos adquiridos durante los 6 años de teorías a lo largo de la carrera y los ponen en práctica en los distintos servicios como Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Cirugía General. Al tener el año 12 meses, lo esperado es asistir a cada especialidad por un periodo de 3 meses, dentro de los cuales incluyen las diversas subespecialidades de cada servicio, esto pudiéndose desarrollar en los diversos hospitales de acuerdo con los convenios que ejerzan las distintas casas universitarias con los mismos, como por ejemplo MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas o incluso Clínicas Privadas. Es así como el interno de medicina puede reconocer sus debilidades como también sus fortalezas potenciando su capacidad resolutive, conociendo sus habilidades e inclinándose hacia una posible especialidad que sea de su agrado.

Inculcado por los conocimientos alcanzados, el interno de medicina acepta completar esta última etapa formativa del pregrado con emoción y mucho esfuerzo, tanto de parte de ellos como de sus familiares. A los días de concluir las clases de 10mo año, se lleva a cabo la elección de las sedes hospitalarias que muchas veces es por orden de mérito. Una vez elegido este, en muchos hospitales se realiza una evaluación a fin de elegir por orden de mérito las diversas rotaciones, otras lo hacen por el orden de mérito juntando las notas de todos los internos de las diversas universidades.

Al comenzar las actividades muchas veces el 31 de diciembre en otras el mismo 01 de enero. Los internos manifiestan muchas dudas, nervios y timidez. Con el paso de los días al ya integrarse a su grupo de trabajo, tanto con otros

internos, como con el personal de enfermería, técnicos de enfermería, nutrición, personal de limpieza, etc, mejora su desenvolvimiento y confianza con el fin de preservar la salud en los pacientes.

Sin embargo, a 15 días de terminar la primera rotación, el 16 de Marzo del 2020, el presidente de la Republica anuncio que el Perú entraría en estado de emergencia tras confirmarse el primer caso de infección por SARS-CoV-2 que ya estaba propagándose a nivel nacional. Este evento alerto a la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, entidad a cargo de los estudiantes de medicina incluido los internos de medicina humana, la cual después de evaluar la situación suspendió todas las actividades académicas del internado en todos los centros de salud a nivel nacional con la finalidad de salvaguardar la salud de todos los internos. No fue hasta el mes de agosto en que se publicó en el Diario El Peruano el Decreto de Urgencia 008-2020 MINSA (1), en el cual, ante el estado de emergencia, se autoriza a los internos reanudar las actividades programadas para culminar la etapa del internado médico. La actitud frente a ello de parte de muchos hospitales fue disminuir los campos clínicos para sus internos y muchos de ellos se negaron a aceptarlos. Así como también los centros de segundo nivel de atención aceptaron a todos sus internos, pero muchos de ellos no aceptaron regresar. Con relación a muchos internos, el MINSA, predispuso los centros de primer nivel de atención para culminar satisfactoriamente esta etapa.

A pocos días de culminar el internado médico, es necesario recordar la diversidad de centros de salud que tenemos alrededor de nuestro país, tanto por su lejanía a la capital como por le demografía que presentan, para poder llegar a cada uno de nuestros compatriotas por lo cual debemos tener la capacidad de adaptarnos a las dificultades y a los cambios que estos conllevan. Frente a ello, la incorporación de los internos a centros de primer nivel de atención ayuda a que estos se familiaricen con la atención que se está a puertas de ejercer, el inicio de SERUMS.

El presente informe de suficiencia personal desarrollara la importancia del Internado medico e identificación de las ventajas y dificultades presentadas durante la transición pre y post pandemia. Todo ello con la finalidad de poder brindar información para las siguientes promociones de internos de medicina.

Adicional a ello, se dejará en conocimiento la presentación de casos clínicos con las patologías más frecuentes a las que se enfrenta el interno de medicina en las 4 rotaciones del internado médico.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Medicina humana, profesión llena de virtudes, valores, enseñanzas desde el inicio hasta el fin. En Perú, la carrera tiene una duración de 7 años de estudios. Especialmente en la facultad de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres, se dividen en ciencias básicas, clínica e internado.

Ciencias básicas incluye cursos básicos como matemática, lenguaje, entre otros, que se llevan en todo el primer año. El segundo y tercer año se llevan cursos que son base fundamental para poder entender el funcionamiento correcto del cuerpo humano, desde lo mínimo como lo explica la biología, el desarrollo del humano como la embriología. También se llevan cursos como fisiología, fisiopatología, farmacología, cursos que nos preparan para ingresar a clínica, porque nos enseña lo que normalmente ocurre en los sistemas como el cardíaco, digestivo, pulmonar y demás, y también como estos pueden alterarse, como también tenemos el curso de farmacología, el cual nos explica el funcionamiento y todo el proceso que siguen los fármacos en el organismo. En la etapa clínica se inicia la verdadera práctica y los primeros pasos en el hospital al cual se dirigen a hacer sus rotaciones por los diferentes servicios con los que cuenta el hospital asignado. En el cuarto año llevan el curso de medicina que es de los más importantes porque enseñan la semiología, parte fundamental de cualquier evaluación médica, junto con otros cursos como diagnóstico por imágenes. En el quinto año se lleva la última parte de medicina, acompañada de terapéutica, el cual aporta basto conocimiento para saber cómo tratar las enfermedades. Complementando este año, se lleva la parte de cirugía y sus diversas especialidades como cirugía general, traumatología-ortopedia, urología, otorrinolaringología y oftalmología, los que se llevan en los diferentes hospitales que cuentan con ellas. El sexto año es

uno de los más importantes de toda la carrera, ya que en este abarca cursos de pediatría y ginecología-obstetricia, pilares de la formación médica. Con esto se terminan los estudios teóricos complementados con prácticas, para pasar al verdadero reto, que es el internado médico, en el que se debe plasmar todo lo aprendido durante estos 6 años de carrera.

El internado médico, etapa en la que el alumno prácticamente inicia su vida como médico, rotando por 4 grandes especialidades en un periodo de 3 meses cada una. Estas especialidades son: medicina, pediatría, cirugía, ginecología-obstetricia. Todo este periodo de entrenamiento es vital para que el interno aprenda la relación médico-paciente, la correcta toma de decisiones y el tratamiento individualizado adecuado para cada paciente. El interno tiene muchas funciones en el hospital como el correcto llenado de las historias clínicas, las evoluciones diarias, el examinar al paciente, cumplir con los exámenes de laboratorio solicitados, y demás. No obstante, todo esto cambió desde la aparición del SARS-CoV-2, y el inicio de la pandemia que se vive hasta la actualidad. En el mes de marzo de 2020 se comunica que el proceso de internado ha sido suspendido hasta una nueva fecha por la llegada del primer caso confirmado de COVID-19 en el Perú. Posterior a ello pasaron muchos meses para el retorno, el cual fue gradualmente en los diferentes hospitales, y centros de salud a nivel nacional, mediante un Decreto de Urgencia (1) en el que se especificaban nuevos lineamientos y restricciones para la reincorporación de los internos.

El hospital en donde se realizó el internado, el Hospital de Huaycán, aceptó la reincorporación de todos los internos que iniciaron antes de la pandemia, no se redujo la cantidad de vacantes. Sin embargo, ya todo había cambiado, el contacto con los pacientes se redujo en gran medida por los cuidados que se deben tener para evitar el contagio y posterior propagación del virus, para esto se utiliza equipos de protección personal, los cuales les brinda confianza al personal de salud para seguir cumpliendo con sus actividades. El examen físico que antes se realiza con mucho detenimiento, pasó a ser muy limitado y en algunas ocasiones no se realizaba por alta sospecha de un paciente potencialmente infectado. El tiempo de horas prácticas también se redujo, ya que solo se permitía realizar 90 horas en 15 días, se permitía hacer dos

guardias diurnas en este tiempo, y se prohibieron las guardias nocturnas. Todas estas prácticas se llevaban en áreas no COVID.

### **1.1 Rotación de Gineco-Obstetricia**

Realizar la rotación de Ginecología-Obstetricia, antes de la pandemia, fue una gran experiencia ya que la cantidad de pacientes que se pudo conocer, evaluar y atender, enriquecieron los conocimientos y aptitudes que son necesarios en la formación del interno. Esta rotación se dividía en emergencia, hospitalización, centro obstétrico, puerperio y ecografía. Se esperaba adquirir experiencia en el manejo de pacientes hospitalizados, en los casos que llegan a emergencia como partos a término, pretérmino y postérmino, ruptura prematura de membranas, placenta previa, partos en expulsivo, abortos, corioamnionitis, hiperémesis gravídica, hemorragias uterinas anormales, entre otras. En puerperio se busca aprender el cuidado que se tiene con la púérpera y evitar complicaciones como hemorragias posparto, ya sea atonía uterina o laceración cervical, siendo de las más comunes.

Culminada la rotación, se consiguieron las competencias solicitadas para esta, como en la atención del trabajo de parto normal y sus diferentes complicaciones. También el manejo de las hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo, y dentro de ellas las técnicas de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrados uterinos, dependiendo de lo que es adecuado para cada paciente. El llenado correcto de las historias clínicas ginecológicas-obstétricas supervisado por los asistentes, se pudo cumplir. Esta rotación se realizó antes del inicio de la pandemia, por lo que fue satisfactorio desde su inicio para la adquisición de conocimientos y experiencia.

#### **Caso clínico N°1:**

Paciente mujer de 19 años acude a emergencia por presentar desde hace 15 días dolor abdominal a nivel de hipogastrio, además presenta dispareunia y un flujo vaginal grisáceo de mal olor. También refiere que sufre de infecciones urinarias a repetición.

Antecedentes personales: Menarquía a los 11 años, inicio de relaciones sexuales a los 14 años y su número de parejas sexuales es de 4, no uso de métodos anticonceptivos, nuligesta.

**EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN, AREH, LOTEP

Funciones vitales: PA 100/70, FR 20, FR 87, T°: 36.6, SatO2 98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos, ictericia en conjuntiva.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación profunda en hipogastrio no irradiado.

Genito-urinario: PPL izquierdo y derecho (-), PRU (-).

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

## DIAGNÓSTICOS

1. EPI
2. ITU

## PLAN DE TRABAJO

- Hemograma completo.
- Examen completo de orina.
- Ecografía transvaginal.

## TRATAMIENTO

- Doxiciclina 100mg cada 12 horas x 14 días.
- Metronidazol 500mg cada 12 horas x 14 días.
- Ciprofloxacino 500 mg dosis única.

## Caso clínico N°2:

Paciente gestante de 20 años acude a emergencia por presentar desde hace 18 horas sangrado vaginal escaso, a lo que se agrega dolor abdominal tipo contracción que ha ido aumentando con el pasar de las horas.

Antecedentes personales: Menarquía a los 10 años, un inicio de relaciones sexuales a los 15 años, número de parejas sexuales es de 2, no uso de métodos anticonceptivos, tercigesta.

Gestación actual: 10ss 5/7 por FUR.

## EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH, LOTEP

Funciones vitales: PA 120/70, FR 18, FC 60, T°: 36.7, SatO2 98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación profunda en hipogastrio. Se perciben contracciones de 1/10 de +/+++ de intensidad.

Genito-urinario: PPL izquierdo y derecho (-), PRU (-).

Ginecoobstétrico: útero intrapélvica, LCF: no se perciben. SPP: indiferente

Tacto vaginal: OCE cerrado, dolor a la movilización de cérvix y anexos.

A la especuloscopia, orificio externo cerrado, leves rastros de sangre.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

## DIAGNÓSTICOS

1. Hemorragia del primer trimestre: amenaza de aborto

### PLAN DE TRABAJO

- Hemograma completo
- Examen completo de orina.
- Ecografía transvaginal: Presencia de latidos fetales. No presencia de hematomas retrocoriales. Tamaño de útero adecuado para edad gestacional. LCN: 30mm. Longitud de cérvix: 25mm

### TRATAMIENTO

- Progesterona vía vaginal por 5 días.

## 1.2 Rotación de Medicina Interna

La rotación por Medicina Interna llegó posterior al inicio de la pandemia, en el momento en el que ya todo había cambiado. En el área en el que se permitía atender a los internos realizar sus prácticas, cualquier paciente que llegaba con patología respiratoria, era derivado al área COVID, por lo que la cantidad de enfermedades que antes se pudo conocer y tratar, en este tiempo no se pudo. Sin embargo, se permitía el ingreso a la zona de hospitalización, emergencia y Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI). En estas áreas se pudo adquirir conocimiento sobre la elaboración correcta de la historia clínica,

acompañada con una anamnesis reducida por la limitación que se tenía en la relación médico-paciente, y el examen físico preferencial, y ya no completo como antes se realizaba. En emergencia frecuentemente se trataban en su mayoría patologías digestivas como gastroenteritis infecciosa, pancreatitis, colecistitis; también complicaciones de diabetes mellitus e intoxicaciones por diferentes sustancias. Por estar en pandemia, enfermedades no transmisibles que normalmente se tratan en consultorio, se trataban en emergencia. En hospitalización se aprendió el manejo, seguimiento diario de los pacientes, junto con algunos procedimientos como la toma de análisis de gases arteriales (AGA), curación de escaras y úlceras.

Al concluir la rotación se adquirió la capacidad de un buen llenado de la historia clínica con sus componentes como anamnesis y examen físico, a pesar de las limitaciones, ya que es fundamental en la formación del interno, porque para llegar a un correcto diagnóstico y posterior tratamiento, se debe hacer una buena historia clínica. También se consiguió conocer el manejo de las patologías más comunes que aquejan a la población actual, para esto se pretendía que el interno esté en constante estudio para plasmar lo leído en la práctica médica.

#### **Caso clínico N°1:**

Paciente varón de 50 años acude a emergencia por dolor abdominal de larga evolución a nivel de epigastrio, el cual es de tipo urente, frecuentemente en las mañanas y se asocia a reflujo y que aumenta con las comidas, por lo que siente llenura precoz. Refiere que este dolor se ha incrementado en los últimos días.

Antecedente de importancia: hipertensión arterial controlada.

#### **EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN AREH, LOTEP

Funciones vitales: FC 80 x', FR 20 x', T° 37.3°C PA 120/70 SatO2: 97%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, dolor a la presión a nivel de epigastrio, RHA (+).

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Gastritis

#### TRATAMIENTO

- Omeprazol 20-mg cada 12 horas.

#### **Caso clínico N°2:**

Paciente varón de 45 años acude a emergencia refiriendo cefalea intensa holocraneana que se asocia a náuseas. Afebril, niega vómitos. No se acompaña de vértigos ni alteraciones visuales.

Antecedente de importancia: padre con HTA, madre con diabetes mellitus tipo 2.

#### EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: FC 100x'. FR 20x'. T° 36.7°C. PA150/90 mmHg,

Peso: 80kg y Talla de 1.60cm

Piel y anexos: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, RHA (+).

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Hipertensión arterial
2. Síndrome metabólico
3. D/C diabetes mellitus tipo 2

#### PLAN DE TRABAJO

- Perfil hepático
- Perfil lipídico
- Hemograma completo

- Glucosa en ayunas
- Urea, creatinina

#### TRATAMIENTO

- Interconsulta con nutrición para dieta adecuada al paciente
- Atorvastatina 20mg antes de acostarse
- Losartán 50mg cada doce horas.

### **1.3 Rotación de Pediatría y Neonatología**

Con respecto a la rotación de pediatría, se contaba con los servicios de hospitalización y emergencia. En esta última se manejaban patologías como enfermedad diarreica aguda, fiebres y convulsiones, y en alguna intoxicación por alguna sustancia casera. Hubo casos de enfermedades exantemáticas, frecuentes en la edad pediátrica. En hospitalización hubo muy poco por aprender ya que mayormente se manejaban las patologías en emergencia, y por el contexto de la pandemia, los padres optaban por llevar a sus hijos a casa con indicaciones médicas. También se pudo aprender de algunos casos de anemia y desnutrición. Como en la rotación de medicina, las patologías respiratorias no se trataban, eran derivadas. En el área de neonatología se aprendió la atención inmediata del recién nacido, la profilaxis que se realiza con vitamina k, y eritromicina, también su posterior evaluación en alojamiento conjunto y en algunos casos, el manejo de hipoglicemia neonatal. Se pudo obtener conocimiento sobre el llenado de la historia clínica pediátrica y neonatológica, examen físico preferencial en el caso de pediatría, y completo en neonatología, el cálculo de dosis pediátricas y antropometría.

Las limitaciones de esta rotación fueron muchas, ya que se esperaba conocer patologías comunes en pediatría como las enfermedades respiratorias, pero estas se manejaban en área COVID. La hospitalización fue reducida, limitando el aprendizaje. Sin embargo, se intentó sacarle el máximo provecho y adquiriendo aptitudes que sirvan para el futuro del médico y su desenvolvimiento en el SERUMS, como el manejo de las diarreas agudas, fiebres y convulsiones.

### **Caso clínico N°1:**

Madre acude a emergencia con su menor hijo de 3 años, quien refiere que el menor presenta desde hace 4 semanas disminución de apetito y sus horas de sueños han aumentado de 8 a 11 horas, negando tanto nauseas como vómitos. Afebril, niega otras molestias.

Vacunas completas de acuerdo con la edad del menor.

Sin antecedentes de importancia.

#### **EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN, AREH, LOTEPE

Funciones vitales: FR 15 x', FC 110 x', T° 36.3, PA: 115/80, SatO2 99%

Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar de <2 segundos, no presenta lesiones en piel, palidez ++/+++.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

#### **DIAGNÓSTICO**

1. Anemia por déficit de hierro.

#### **PLAN DE TRABAJO**

- Dosaje de hemoglobina (resultado 10.2 gr/dl)

#### **TRATAMIENTO**

- Jarabe de sulfato ferroso 16ml diarios.

### **Caso clínico N°2:**

Madre acude con su menor hijo de 7 años a emergencia, quien refiere que el menor presentó fiebre cuantificada con termómetro de 39.2° hace 5 días y proceso gripal, al día siguiente indica que observó que habían brotado lesiones en forma de vesícula pruriginosas en brazos y tórax.

Cartilla de vacunación incompleta de acuerdo con la edad del menor.

#### **EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN, AREH, LOTEPE

Funciones vitales: FR 17 x', FC 92 x', T°: 37.7, PA 110/70, SatO2:99%

Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, con un llenado capilar de <2 segundos, lesiones de forma de vesículas umbilicadas en base eritematosa pruriginosas en miembro superior y tórax anterior.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

## DIAGNÓSTICO

### 1. Varicela

## TRATAMIENTO

- Paracetamol 15mg/kg cada 8 horas por razones necesarias en el caso que hubiera fiebre o dolor.

### 1.4 Rotación de Cirugía

Por último, la rotación de Cirugía, la cual está compuesta por cirugía general, traumatología, urología y oftalmología, no se contaba con otorrinolaringología. En esta se contaba con emergencia y hospitalización. Se atendía en su mayoría apendicitis, heridas cortantes, punzocortantes y traumáticas, mordeduras caninas, también fracturas y traumatismos encéfalo craneanos. Se adquirió la capacidad de hacer una buena limpieza de la herida, posterior sutura si es que lo necesitaba, así como el tratamiento médico con analgésicos y antibióticos. También el procedimiento de colocación de yeso y férulas. Asimismo, se pudo ingresar en algunas oportunidades a sala operaciones para asistir y aprender sobre el tratamiento quirúrgico de una patología muy frecuente en el servicio, como la apendicitis aguda. En urología, por el contexto de la pandemia, solo se realizaban cambios de sonda, técnica guiada por el especialista y realizada por el interno

Concluida la rotación, se consiguió la capacidad de un buen llenado de la historia clínica, el diferenciar lo que realmente era una emergencia y su manejo. Asimismo, la correcta técnica de asepsia y antisepsia en el caso de las heridas y posteriores suturas. Como la apendicitis aguda era de las patologías de manejo quirúrgico más frecuente, era necesario conocer a la perfección la Escala de Alvarado para tomar la mejor decisión en el

tratamiento de esta patología, lo cual se adquirió satisfactoriamente. También se obtuvo la experiencia para saber en qué casos colocar yeso y en qué otros, férula, y el tiempo en el cual deberían ser retirados. Con respecto a urología, la adquirió la experiencia en la técnica de cambios y retiro de sondas. Con respecto a oftalmología, no se tuvo experiencia ya que este servicio estaba suspendido por el contexto de la pandemia y por no contar con especialista al ser este de riesgo.

A continuación, se procederá a la exposición de los casos clínicos según la especialidad médica:

### **Caso clínico N°1:**

Paciente mujer de 42 años acude a emergencia por presentar dolor de 16 horas de evolución, el cual inició a nivel de epigastrio y en el transcurso de las horas se fue acentuando en el cuadrante inferior derecho, específicamente en fosa iliaca derecha, el cual venía acompañado de hiporexia, fiebre, náuseas y vómitos.

Sin antecedentes de importancia.

### **EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN, AREH, LOTEP

Funciones vitales: PA: 110/70 FC: 105 FR:20 T°: 38.5 SatO2: 98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: distendido, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de McBurney (+), Rovsing (+) y Blumberg (+).

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, no signos meníngeos

### **DIAGNÓSTICOS**

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. D/C Apendicitis aguda

### **PLAN DE TRABAJO**

- Solicitar exámenes prequirúrgicos: glucosa, urea, creatinina, hemograma completo, factor de coagulación y sangría, grupo y factor, pruebas rápidas de VIH y VHB, RPR.

## TRATAMIENTO

- Apendicectomía abierta

### **Caso clínico N°2:**

Paciente varón de 57 años acude a emergencia por dolor a nivel de cuadrante superior derecho, de varios días de evolución, acompañado de náuseas y vómitos, disminución del apetito y se evidencia escleras amarillentas. Además, refiere que este dolor no cede a tratamiento médico realizado por el servicio de medicina interna.

Antecedente de importancia: litiasis vesicular crónica

## EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN, AREH, LOPEP

Funciones vitales: PA 120/80 FR 19 FC: 92 T°: 37.5, SatO2:98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos, ictericia en escleras.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+).

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

## DIAGNÓSTICO

1. Coledocolitiasis
2. D/c Colangitis

## PLAN DE TRABAJO

- Exámenes prequirúrgicos: glucosa, urea, creatinina, tiempo de coagulación y sangría, grupo y factor, hemograma completo, prueba rápida de VIH, VHB y RPR.
- Bilirrubinas directas e indirectas.
- Fosfatasa alcalina y gamma glutamil transpeptidasa
- CPRE como método diagnóstico y terapéutico.

## TRATAMIENTO

- Al no contar con los instrumentos ni los insumos necesarios para el procedimiento, se refiere al paciente a hospital de mayor complejidad.

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

Hospital de Huaycán: El puesto de Salud de Huaycán del MINSA, abrió sus puertas al público en septiembre de 1984, en un local construido con esteras, situado frente a la Canchita de Invermet. En ese entonces era un puesto dependiente del actual Hospital Hipólito Unanue, prestando atenciones en turnos de 06 horas (08:00 a 2:00 p.m.) contando con un Médico Jefe, una Obstetriz, 05 Técnicos de Enfermería (realizando labores asistenciales y administrativas) y 01 Técnico de Farmacia.

En septiembre de 1986 fue inaugurado el Centro de Salud, pero no contaba con el adecuado material médico y equipamiento.

El 18 de septiembre de 1987 el Centro de Salud amplía el horario de atención a 12 horas (desde las 08:00 horas hasta las 20:00 horas), por ello aumentaron las plazas a un Médico y un Técnico de Enfermería para la atención.

Desde 1990, el ya llamado Centro de Salud de Huaycán, desarrolló un trabajo ejemplar en el área de prevención y promoción de la salud en el cual se vio reflejado en la Epidemia del Cólera entre 1991 y 1993.

En 1992 por iniciativa del Señor Presidente de la República en coordinación con el MINSA se decidió ampliar la infraestructura del mismo hasta constituirlo en un Hospital Materno Infantil. Dos años después, en agosto de 1994 se hicieron las gestiones necesarias para la adquisición de una Ambulancia donada por Backus y Jhonston. El 15 de agosto de 1994 el presidente de la República inaugura el Centro Materno Infantil, así como también hizo entrega de un equipo de Rayos X y un Ecógrafo entre otros. A partir de esta fecha se contrataron personal profesional calificado (Pediatra, Ginecólogo, Tecnólogos, Enfermeras y Técnicos de Enfermería) ampliando el horario de

atención a 24 horas y aperturándose: Consultorios Externos (Medicina General, Ginecología, Pediatría y Obstetricia), Hospitalización (Gineco-Obstetricia), Emergencia (Noche).

En marzo de 1998 se inauguró el Servicio de Emergencia con 02 divisiones, uno para la atención de Medicina, Pediatría y Cirugía y otro para Gineco-Obstetricia.

En 2002 se realiza la construcción de las nuevas Oficinas Administrativas (Dirección, Secretaría, Personal y Administración), con el fin de mejorar la sala de espera del Servicio de Pediatría. Se logra cercar los 12,716 mt<sup>2</sup> del terreno asignado al futuro Hospital.

La complejidad de las ocurrencias en los diferentes servicios de atención de salud encaminó a que en agosto del 2003 mediante Resolución Ministerial N° 0868-2003-SA/DM el Hospital Huaycán fuera elevado a la categoría de Hospital de Baja Complejidad I, el cual es el inicio de una nueva etapa del desarrollo institucional en beneficio de la comunidad más necesitada de Huaycán y que se sigue encaminando hasta el día de hoy (2).

## CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

### 3.1 Rotación de Medicina Interna

El primer caso refiere un paciente con diagnóstico de gastritis, que usualmente está asociado a la formación de úlceras, por lo que debemos descartarla. La clínica que presenta el paciente nos orienta a este diagnóstico, ya que la dispepsia que presenta, asociado a reflujo gastroesofágico y que se presenta más por las mañanas y la sensación de llenura precoz.

La etiología de la gastritis involucra al *Helicobacter Pylori*, sin embargo, se tienen otras etiologías, las que podemos agrupar como infecciosas, autoinmunes, granulomatosas y las de etiología incierta(3). Para confirmar el diagnóstico se debe hacer mediante endoscopia para la toma de biopsia(4). Para el manejo del paciente se decide iniciar tratamiento para la dispepsia, por lo que se indica omeprazol 20 mg cada 12 horas, ya que podrá aliviar los síntomas hasta que se tenga el diagnóstico definitivo mediante la endoscopia. Referente al segundo caso, el paciente al presentar alteración de la presión arterial asociado al antecedente de padre con HTA y madre con diabetes mellitus tipo 2, se debe solicita un perfil hepático, lipídico, un hemograma completo y una glucosa en ayunas, ya que en este paciente se debe evaluar la posibilidad de que presente diabetes mellitus tipo 2, por lo que mediante estos exámenes evaluaremos triglicéridos, perímetro abdominal, HTA, glicemia y niveles de HDL(5).

El manejo de este paciente es confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial, descartar o confirmar diabetes mellitus tipo 2 y dar tratamiento farmacológico como también no farmacológico, mediante la indicación de la dieta de acuerdo a la necesidad del paciente, acompañado de actividad física (6).

El manejo del paciente de acuerdo a la guía de práctica clínica del MINSA(6), se le indicará un IECA O UN ARA II, ya que estos son los fármacos que evitan el remodelamiento cardíaco y los fármacos recomendados por la ACC/AHA (7).

### 3.2 Rotación de Cirugía:

El primero caso presenta a un paciente varón que acude a emergencia por un cuadro de dolor que inicia en epigastrio y se irradia hacia fosa iliaca derecha. El dolor es típicamente de naturaleza periumbilical con migración posterior al cuadrante inferior derecho a medida que avanza la inflamación, se agrega náuseas, vómitos e hiporexia (8). Un signo característico es McBurney positivo, el cual presenta el paciente.

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, por lo que se requiere un diagnóstico preciso para tomar la mejor decisión para el paciente. La puntuación de Alvarado modificada es la herramienta más utilizada para identificar a los pacientes con apendicitis aguda con y se asigna una puntuación a cada uno de los siguientes criterios de diagnóstico (9):

Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho	1 punto
Anorexia	1 punto
Náuseas o vómitos	1 punto
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2 puntos
Rebote en el cuadrante inferior derecho	1 punto
Fiebre > 37,5 ° C	1 punto
Leucocitosis del recuento de leucocitos > 10 x 10 <sup>9</sup> / L	2 puntos
Desviación a la izquierda	1 punto

De acuerdo con estos puntajes, podemos dividirlo en 3 situaciones. Si el puntaje es menor a 4, se descarta la posibilidad de apendicitis y se debe pensar en otra patología; un puntaje de 4 a 6 nos sugiere una sospecha de apendicitis, por lo que se deben solicitar exámenes complementarios, siendo

la tomografía el gold standard, y un puntaje de 7 a 10 es confirmatorio de apendicitis y el tratamiento es quirúrgico (9).

El hospital de Huaycán no cuenta con tomógrafo, por lo que, si en caso es necesario, se solicita al paciente hacerlo de manera particular para una mejor toma de decisión en fin de su bienestar.

Al no contar con laparoscopia, en el Hospital de Huaycán se realizan apendicectomías abiertas, las cuales también dan buenos resultados, pero con un mayor tiempo de estadía del paciente en hospitalización, y una demora en su recuperación.

El segundo caso es un paciente con diagnóstico presuntivo de coledocolitiasis, por lo que se solicitan exámenes complementarios como ecografía abdominal, hemograma completo, lipasa, amilasa, fosfatasa alcalina, gamma glutamil transpeptidasa. La mayoría de los cálculos biliares se forman a nivel de la vesícula biliar y luego pasan al conducto biliar común a través del conducto cístico. Los resultados de las pruebas de laboratorio y la ecografía transabdominal se utilizan para estratificar a un paciente como de alto riesgo, riesgo intermedio o bajo riesgo de tener coledocolitiasis (10).

El tratamiento de los pacientes con alto riesgo de tener cálculos en el colédoco procede a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para la extracción de cálculos, seguida de una colecistectomía (11). En el caso de este paciente, el Hospital de Huaycán no cuenta con los insumos ni materiales para realizar este procedimiento, por lo que se refiere a un hospital de mayor complejidad.

### **3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología**

El primer caso nos presenta a un paciente con diagnóstico presuntivo de anemia, ya que la clínica que presenta es disminución del apetito, aumento de las horas de sueño, y al examen físico se evidencian palidez de mucosas. El diagnóstico se realiza mediante la evaluación clínica y laboratorial, por lo que se solicita el dosaje de hemoglobina, para lo cual se toman valores dados por la Organización Mundial de la Salud, que lo estratifican de la siguiente manera (12):

Anemia leve	Menor o igual a 10.9 hasta 10
Anemia moderada	9.9 hasta 7.0
Anemia severa	<7

El paciente, de acuerdo con su examen de laboratorio, cuenta con una hemoglobina de 10.2gr/dL, lo que se estratifica como anemia leve. Por lo que se decide el tratamiento con sulfato ferroso en jarabe o de complejo polimaltosado férrico, la cual se administra 3mg/kg/día, durante 6 meses continuos. El Ministerio de Salud indica el tratamiento con sulfato ferroso. También se debe aconsejar a los padres en la importancia de una buena alimentación que sea rica en hierro, y de esta manera prevenir la anemia (13). El segundo caso es un paciente que acude por lesiones vesiculares sugerentes de alguna enfermedad exantemática, ya que estas son muy frecuentes en la edad pediátrica. También nos refieren que días antes curso con proceso gripal, lo cual nos refuerza el diagnóstico presuntivo, ya que de acuerdo con las características de las lesiones y el pródromo que presentó el paciente, nos indica el diagnóstico de varicela. Este es causado por el virus herpes humano tipo 3. Esta enfermedad es altamente contagiosa ya que se transmite por vía respiratoria. Una de sus características es que se puede apreciar diferentes estadios de una lesión en una misma zona del cuerpo, lo que se conoce como pleomorfismo regional (14).

El tratamiento es sintomático, con antipiréticos como paracetamol 10-15mg/kg cada 8 horas, y también se puede agregar un antihistamínico para el prurito que refiere el paciente.

Antes del alta, se le indica al familiar responsable tener encuesta los signos de alarma que podrían indicar alguna complicación de la varicela. Las cuales son:

Fiebre persistente por más de 5 días o mayor de 39 °C
Si alrededor de la costra se presenta una zona eritematosa más grande que una moneda de 1 sol, indica probable infección cutánea
Dolor muy intenso en alguna parte del cuerpo que no calma con analgésicos
Dificultad para respirar, que puede sugerir neumonía

Si presenta problemas para caminar o de equilibrio, cefalea intensa, vómitos, indica una complicación neurológica.

### **3.4 Rotación de Gineco Obstetricia:**

El primer caso nos muestra un problema común en la práctica de esta especialidad, como es la paciente que acude por presentar flujo vaginal y dolor a nivel de hipogastrio, esto sugerente de un cuadro de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), además, debemos sumar a esto los factores de riesgo de la paciente como la edad temprana de inicio de relaciones sexuales, y la cantidad de parejas sexuales que ha tenido., todo esto nos orienta al diagnóstico planteado, basándose en la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud (15), la cual nos indica un esquema de tratamiento, el cual es:

- Ciprofloxacino
- Metronidazol
- Doxiciclina

Ya que estos 3 fármacos cubren los 3 patógenos más frecuentes asociados a esta patología, como chlamydia, gonococo y anaerobios. Este fue el esquema que se le indico a la paciente como tratamiento.

El segundo caso nos menciona a una paciente con hemorragia del primer trimestre, siendo de urgencia ya que está relacionada con la viabilidad del feto o posible pérdida de este. La paciente presentaba dolor tipo contracción, lo cual no es común para la edad gestacional de la paciente, además de eso acompañado de sangrado, lo que nos hace sospechar de amenaza de aborto, pero para diferenciar el tipo de amenaza, se realizaron evaluaciones en el que se encontró los orificios cervicales cerrados, latidos cardiacos fetales en la ecografía. Esta condición suele ser la más común, definida como el sangrado transvaginal antes de las 20 semanas de gestación, con un feto menor a 500gr, sin dilatación cervical y sin expulsión de producto (16). Dentro del manejo se debe mantener una buena hidratación y esperar a que las contracciones cesen. Además, se le indica tratamiento coadyuvante con colocación de tabletas de progesterona por vía vaginal, ya que esta hormona inhibe las contracciones y tiene alta tasa de éxito en la prevención de abortos (17).

## **CAPÍTULO IV: RELFEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Este año 2020 ha marcado un hito dentro de la historia de la humanidad, tantos cambios económicos, sociales, pero sobre todo en el área de salud. El internado medico sufrió un cambio radical, de enero a marzo se desarrolló como todos los años, en las sedes hospitalarias, viendo a los pacientes de manera integral, donde nuestras capacidades y habilidades clínicas comenzaron a dar frutos de la mano de nuestros tutores y personal de salud, con la libertad de estar en diferentes unidades dentro de un servicio y sin impedimento de hacer unidad clínica y un examen físico completo. Si bien en nuestro hospital no se tiene el apoyo de residentes, la labor recae sobre nosotros aún más, adquiriendo la destreza y experiencia necesaria para enfrentarnos a casos similares en nuestra carrera profesional, guiados por nuestros tutores.

Llegada la pandemia y con afán de cuidarnos, tuvimos que poner un freno a este camino en donde recién empezábamos a correr, pasaron meses de incertidumbre, los cuales, si bien nos sirvieron para prepararnos teóricamente aún más, cuidándonos y cuidando a nuestras familias, donde se ansiaba llegar el día en el que se pueda retornar a las sedes hospitalarias. Al anunciarse que no todos regresarían a sus centros hospitalarios de origen, era ya de por si una desventaja para muchos.

En el caso del Hospital de Huaycán, casi todos los internos regresaron, pero la situación no era la misma, había una barrera que nos impedía realizar el acto médico como tal, no solo por el equipo de protección personal que no nos permite conocer bien al paciente y viceversa, sino que el examen físico ya no es el mismo, es mucho más limitado y dirigido a la causa de la consulta del paciente. El control de las enfermedades crónicas de los pacientes, no se

pueden realizar con la frecuencia esperada, sino alargando más el tiempo, impidiendo un adecuado control.

En las diversas rotaciones se vieron muchas adversidades, como, por ejemplo, en el área de Medicina Interna, no pudimos ver pacientes con SARS-CoV-2, sabiendo que es la enfermedad de estos tiempos, por el riesgo de contagio. Al momento de evaluar a los pacientes, el enfoque del examen físico era a la patología por la cual venía, no era un enfoque global y en lo posible tener un menor contacto con el paciente, esto disminuye la relación médico-paciente que es fundamental en nuestro ejercicio profesional. La disminución de horas dentro del hospital era otra preocupación, puesto que se iba menos días y no todo el día como se solía hacer antes de la pandemia, teniendo así menos tiempo para realizar procedimientos, incluso también el seguimiento de los pacientes reportando a tiempo alguna interurrencia.

Al comenzar el internado, en el área de Gineco Obstetricia no se tuvo mayores inconvenientes puesto que se cumplió con todas las metas propuestas como la atención de partos, procedimientos como papanicolaous, AMEU, legrados uterinos, episiotomías, guías ecográficas, especuloscopías, maniobras de Leopold, entre otras las cuales son muy fructíferas para el rol que se asumirá como médico general recién egresado al acudir a un centro de primer nivel y más si es que se está ante alguna urgencia, ayudando a disminuir la aglomeración en centros de segundo o tercer nivel.

En el área de Pediatría, se vieron las principales urgencias pediátricas como faringoamigdalitis, crisis de asma, dermatitis atópicas, diarreas, accidentes de tránsito, así como calcular las dosis pediátricas según el peso del paciente. La mayor dificultad fue que al estar en estado de emergencia, la cantidad de pacientes hospitalizados fue menor, por el temor de los padres al contagio de SARS-CoV-2. Durante este tiempo se ha visto un incremento de las enfermedades exantemas, se asume que este es a causa del miedo por parte de los padres a exponer a sus hijos a un establecimiento de salud a fin de cumplir con el cronograma de vacunación de estos. En el caso de Neonatología, se cumplen los objetivos clínicos como la atención del Recién Nacido, dificultad respiratoria el Recién nacido, RCP neonatal y asfixia e infecciones.

En cuanto al servicio de Cirugía General, se ha visto en desventaja y poca capacidad resolutive a intervenciones quirúrgicas que no son emergencias y se priorizo el tratamiento médico, como en el caso de las colecistectomías o incluso también las apendicetomías. Se tuvo participación activa en las unidades de tópico de emergencia de cirugía y hospitalización, en donde se podría afirmar que se cumplieron los objetivos de esta categoría, desarrollando así completamente las capacidades como practica de suturas en tópico de emergencia e identificación de patologías agudas quirúrgicas.

En el servicio de Traumatología, se identificaron las principales emergencias como fracturas de fémur, humero, conminutas ya sea por accidentes de tránsito, accidentes dentro del hogar o accidentes ocupacionales. Se realizaron inmovilizaciones con yeso, reducciones para la posterior intervención quirúrgicas, así como las curaciones de las diversas heridas pre y postoperatorias.

## **CONCLUSIONES**

1. El internado médico es la fase más importante de la instrucción del médico cirujano, por ello, garantizar una buena formación debe ser fundamental pese a las dificultades que se presenten en el camino.
2. El reciente enfoque del internado médico puede tener repercusiones en el futuro con respecto al desenvolvimiento profesional, por ello se debe estar expectante a estas consecuencias.
3. Disminuir las horas y los días de asistencia a los hospitales, trae desventajas puesto que no hay una atención global al paciente y no se pueden presenciar todos los casos que llegan al hospital, generando desventajas entre los internos.
4. El internado médico debe seguir llevándose a cabo en centros de segundo y tercer nivel de atención ya que cuentan con los servicios de Gineco-Obstetricia, Cirugía y Pediatría - Neonatología.
5. El miedo de la población a un posible contagio al ingresar a un establecimiento de salud genera desventaja frente a otras promociones de médicos generales.

## RECOMENDACIONES

- Se debe priorizar las vacunaciones a los internos de todas las áreas de salud para así garantizar y salvaguardar la salud y la de sus familiares.
- Garantizar Equipos de Protección Personal diario a los internos del área de salud por parte de las universidades y del MINSA.
- Se deben incluir a los internos en el área COVID puesto que ayudara a su formación académica e identificación de signos de alarma.
- Se debe considerar realizar el descarte de SARS-CoV-2 por lo menos cada dos semanas a los internos para evitar complicaciones posteriores, puesto que son personal de salud de primera línea.
- Se recomienda garantizar un estipendio para todos los internos de la salud de todos los niveles de atención, así como un seguro de vida, asegurando así una garantía por la labor que están ejerciendo.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Decreto de Urgencia N° 008-2020-MINSA [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
2. Hospital de Huaycán [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: [http://www.hospitalhuaycan.gob.pe/rese\\_historica](http://www.hospitalhuaycan.gob.pe/rese_historica)
3. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Histological classification of gastritis and Helicobacter pylori infection: an agreement at last? The International Workshop on the Histopathology of Gastritis. Helicobacter. julio de 1997;2 Suppl 1:S17-24.
4. Laine L, Cohen H, Sloane R, Marin-Sorensen M, Weinstein WM. Interobserver agreement and predictive value of endoscopic findings for H. pylori and gastritis in normal volunteers. Gastrointest Endosc. noviembre de 1995;42(5):420-3.
5. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C, American Heart Association, et al. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. Circulation. 27 de enero de 2004;109(3):433-8.
6. Resolución Ministerial N° 491-2009-MINSA [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246435-491-2009-minsa>.
7. Whelton Paul K., Carey Robert M., Aronow Wilbert S., Casey Donald E., Collins Karen J., Dennison Himmelfarb Cheryl, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood

Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 1 de junio de 2018;71(6):e13-115.

8. Lee SL. Computed Tomography and Ultrasonography Do Not Improve and May Delay the Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis. Arch Surg. 1 de mayo de 2001;136(5): 556.

9. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med. mayo de 1986;15(5):557-64.

10. Hermann RE. The spectrum of biliary stone disease. Am J Surg. septiembre de 1989;158(3):171-3.

11. Williams E, Beckingham I, El Sayed G, Gurusamy K, Sturges R, Webster G, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. mayo de 2017;66(5):765-82.

12. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, 2011. [citado 17 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>

13. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas: NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP

14. Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. JAMA 2010; 304:2161.

15. Resolución Ministerial N° 263-2009-MINSA [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246761-263-2009-minsa>

16. Viridiana López Butanda, A. L. (2016). Amenaza de aborto. Hospital Beneficencia Española de Puebla.

17. Wahabi HA, Fayed AA, Esmaeil SA, Bahkali KH. Progestogen for treating threatened miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD005943. DOI: 10.1002/14651858.CD005943.pub5.