



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO REALIZADO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER Y TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN EN LIMA – PERÚ, DE ENERO 2020 A ABRIL DEL 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
MARIANA LUCIA BARRANTES HADZICH
ASESOR**

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

**LIMA, PERÚ
2021**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO REALIZADO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER Y TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA – PERÚ, DE ENERO 2020 A
ABRIL DEL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARIANA LUCIA BARRANTES HADZICH**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

DEDICATORIA

A mis padres y a mi hermano, quienes me han apoyado e impulsado desde el inicio a seguir con esta hermosa carrera, a mis abuelos, Clemencia y Alija, quienes hubiesen estado orgullosos de verme lograr mi mayor objetivo, y, Fabiola y Enrique, quienes me acompañan hasta el día de hoy, con amor para ustedes.

INDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Casos clínicos de Gineco-Obstetricia	2
1.2 Casos clínicos de Medicina Interna	4
1.3 Casos clínicos de Pediatría	5
1.4 Casos clínicos de Cirugía General	7
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	9
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	12
3.1 Resolución de casos de Gineco-Obstetricia	12
3.2 Resolución de casos de Medicina Interna	14
3.3 Resolución de casos de Pediatría	16
3.4 Resolución de casos de Cirugía General	19
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	23
4.1 Fase del internado en sede hospitalaria	23
4.2 Fase del internado en centro de atención primaria	24
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
ANEXOS	32
1. Flujograma de referencias y contrarreferencias	33

RESUMEN

El internado médico se desarrolla en el último año de la carrera de medicina humana y abarca principalmente cuatro especialidades médicas: Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General; pilar indispensable para la formación de todo futuro médico.

El presente trabajo describe y da a conocer la aplicación profesional del internado médico, el desarrollo de casos clínicos observados durante las prácticas clínicas, especificando el manejo utilizado en la práctica diaria y haciendo comparación con recomendaciones de guías de práctica clínica y literatura disponible.

Finalmente, se brinda una reflexión crítica de la experiencia vivida durante el periodo de enero 2010 a abril del 2021, antes y durante la pandemia de Covid – 19.

ABSTRACT

The medical internship takes place in the last year of the human medicine career and mainly covers four medical specialties: Gynecology-Obstetrics, Internal Medicine, Pediatrics and General Surgery; an indispensable pillar for the training of all future doctors.

The present work describes and presents the professional application of the medical internship, the development of clinical cases observed during clinical practices, specifying the management used in daily practice and comparing it with recommendations of clinical practice guidelines and available literature. Finally, a critical reflection is provided on the experience lived during the period from January 2010 to April 2021, before and during the Covid-19 pandemic.

INTRODUCCIÓN

El internado médico, es la última etapa dentro de la carrera de medicina humana, se desarrolla durante 365 días, donde su principal objetivo es integrar y poner en práctica los conocimientos que se fueron adquiriendo durante los años previos, abarcando principalmente cuatro especialidades básicas que debe manejar todo médico recién egresado: Gineco-obstetricia, Medicina interna, Pediatría y Cirugía general, otorgándole a cada una de ellas un tiempo aproximado de tres meses. Las cuales, pueden realizarse en distintas sedes hospitalarias de acuerdo a la preferencia del alumno y/o convenio de la universidad.

Es así que, el primero de enero del año 2020, se inicia el internado médico, en el Hospital Central Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, en la rotación de Ginecología y Obstetricia, servicio a cargo de la Dra. Marlene Infanzón. Está tenía una duración de tres meses dividida en áreas. Llegando casi al término de esta rotación, el 6 de marzo del 2020, se notifica el primer caso de coronavirus en el Perú. Con el pasar de los días, el aumento de casos, y, la gravedad de la enfermedad, el 15 de marzo del mismo año, el Ministerio de Salud decide tomar medidas de emergencia, entre ellas, la detención del internado médico y el retiro inmediato de los estudiantes de medicina de sus distintas sedes hospitalarias.

Sin tener una fecha establecida para el retorno de los internos a sus sedes hospitalarias, muchas de ellas ya habían anunciado que no permitirían su regreso para no exponerlos al virus y salvaguardar su bienestar y el de su familia, entre ellas, se encontraba el Hospital Central Luis N. Sáenz. De esta

manera, las universidades encargadas y el Ministerio de Salud se vieron en la obligación de redistribuir a los internos en centros de atención primaria para que así los estudiantes no se vieran perjudicados en su formación durante este último año.

En octubre del mismo año, se presenta la oportunidad de continuar y terminar las prácticas de Medicina Interna, Pediatría y Cirugía general, rotaciones faltantes del internado médico, en el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi ubicado en Barranco, categorizado como un establecimiento de salud I-3 con director en ese momento al Dr. Freddy Noa, quien además fue el tutor responsable de los internos de la Universidad San Martín de Porres.

El presente trabajo tiene como objeto, conocer la aplicación profesional del internado médico, así como la experiencia ocurrida durante el periodo de enero 2020 a abril del año 2021.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico, forma parte del plan de estudios de la carrera de Medicina Humana y se desarrolla en el séptimo año. Es indispensable para todo médico; ya que, tiene como objetivo fundamental que los alumnos integren y consoliden los conocimientos que fueron adquiriendo a lo largo de los años anteriores. Del mismo modo, permite estar en contacto permanente con pacientes, aprender a diagnosticar y tratar de manera oportuna los casos que se van presentando.

Este mismo, abarca cuatro especialidades principalmente y cada una de ellas se desarrolla a en base a lograr competencias y capacidades del futuro médico.

En el área de Ginecología y Obstetricia, las principales competencias y capacidades a desarrollar fueron aplicar conceptos básicos del manejo de pacientes, tanto ginecológicas como obstétricas, así como la prevención y promoción de las enfermedades. Lográndose cada una de ellas con éxito en cada una de las áreas en las que se dividió la rotación por la gran casuística con la que contaba el Hospital Central Luis N. Sáenz.

En el área de Medicina interna, entre las competencias y capacidades que se tenían como objetivo desarrollar se encontraba el manejo de problemas infecciosos, respiratorios, cardiovasculares, digestivos; problemas correspondientes al sistema nervioso, metabólicos, articulares, hematológicos, entre otros. Lográndose solo aquellos relacionados con el sistema respiratorio, cardiovascular y digestivo; el manejo de problemas correspondientes al sistema nervioso, articulares, hematológicos no se

podieron desarrollar a profundidad por la poca casuística con la que contaba el establecimiento de salud. Sin embargo, se complementaron con las clases virtuales brindadas por la Universidad.

En el área de Pediatría, las principales competencias y capacidades a desarrollar era el manejo del recién nacido, niño y adolescente, así como, el manejo correspondiente a emergencias y urgencias pediátricas. Lográndose solo el diagnóstico y tratamiento de patologías en niños y adolescentes. El manejo del recién nacido y las emergencias pediátricas no pudieron desarrollarse de manera exitosa, ya que el centro no contaba con área para atención inmediata al recién nacido (por ser un centro categorizado I-3), ni el manejo de emergencias pediátricas. No obstante, fueron temas tratados y reforzados con las clases virtuales brindadas por la Universidad.

Finalmente, en el área de Cirugía general, entre las principales competencias y capacidades a desarrollar se encontraba el manejo de pacientes de cirugía, traumatología, urología, oftalmología, neurocirugía, entre otros. En esta área, al encontrarse en un centro de atención primaria, los objetivos logrados fueron mínimos, entre ellos destacaron las suturas y curaciones de heridas, y procedimientos como colocación de sonda Foley o lavado de oídos. Durante las clases virtuales impartidas por la universidad, se desarrollaron los principales temas restantes como un complemento a la formación.

1.1 CASOS CLÍNICOS DE GINECO-OBSTETRICIA

CASO 1:

Llega por emergencia al Servicio de Ginecología una paciente mujer de 40 años, refiriendo que hace aproximadamente 24 horas previas a su ingreso presenta dolor abdominal difuso, de intensidad variable, no acompañado de náuseas ni vómitos, niega otros signos y síntomas.

Como antecedentes personales, refiere múltiples parejas sexuales, fumadora pesada, tener ciclos menstruales regulares y ser portadora de un dispositivo intrauterino (DIU) desde aproximadamente 5 años.

En la exploración física, sus signos vitales se encontraron en 120/80 mmHg, y una temperatura axilar de 38.5°C.

Al examen, piel y mucosas sin alteraciones; tórax y pulmones, murmullo vesicular pasaba bien por ambos hemitórax; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos; abdomen, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, sin signos peritoneales. Genitourinario, puño percusión lumbar negativo.

Al examen ginecológico, se le coloca el espéculo evidenciándose leucorrea maloliente, con dolor a la movilización del cérvix. Fondo de saco libre.

Se le solicitó exámenes de laboratorio por emergencia, donde se evidencio hemoglobina dentro de rangos normales; leucocitos en 13 000, plaquetas sin alteraciones.

Como impresión diagnóstica queda síndrome doloroso abdominal bajo, a descartar una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); a descartar, apendicitis aguda.

CASO 2:

Acude por emergencia del Hospital Central PNP, al servicio de Ginecología y Obstetricia, una paciente mujer, de 30 años, gestante de 7 semanas por última regla, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 6 horas, de inicio brusco, curso progresivo. Caracterizado sangrado vaginal de moderada cantidad con presencia de coágulos, acompañado por dolor en hemiabdomen inferior de intensidad moderada.

Sin antecedentes personales de importancia.

En la exploración física, sus signos vitales, frecuencia cardiaca en 100 x', presión arterial 110/60 mmHg, y una temperatura axilar de 36.5°C.

Al examen, piel y mucosas sin alteraciones; tórax y pulmones, murmullo vesicular pasaba bien por ambos hemitórax; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos; abdomen, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, no signos peritoneales.

Al examen ginecológico, se le coloca espéculo evidenciándose orificio cervical externo abierto, con sangrado activo.

Se le solicitó exámenes de laboratorio por emergencia, donde se evidencio hemoglobina dentro de rangos normales; leucocitos sin alteraciones, plaquetas sin alteraciones. Grupo y factor: O Rh+.

Como impresión diagnostica se plantea hemorragia del primer trimestre; a descartar, aborto incompleto.

1.2 CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA:

CASO 1:

Acude al establecimiento de salud Gaudencio Bernasconi, paciente varón de 45 años, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 10 días, refiriendo malestar estomacal, sensación de pesadez y eructos.

Signos vitales, frecuencia cardiaca en 70 x', presión arterial 120/80 mmHg, temperatura axilar de 36°C.

Al examen, piel y mucosas sin alteraciones; tórax y pulmones, murmullo vesicular pasaba bien por ambos hemitórax; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos; abdomen, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, timpánico a la percusión, ruidos hidroaéreos +. Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.

Impresión diagnostica: dispepsia; a descartar, gastritis.

CASO 2:

Acude al establecimiento Gaudencio Bernasconi, una paciente mujer de 35 años, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 días, refiriendo disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Niega otros signos y síntomas.

Antecedentes personales: no relevantes. Niega reacciones alérgicas medicamentosas.

Signos vitales, frecuencia cardíaca en 72 x', presión arterial 110/60 mmHg, y una temperatura axilar de 36.5°C.

Al examen, piel y mucosas sin alteraciones; tórax y pulmones, murmullo vesicular pasaba bien por ambos hemitórax; cardiovascular, ruidos cardíacos rítmicos; abdomen, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos peritoneales. Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.

Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo, examen de orina completo + urocultivo. Se evalúa con resultados de laboratorio. Hemograma sin alteraciones, examen de orina 30 leucocitos x campo.

Impresión diagnóstica: infección de tracto urinario bajo.

1.3 CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA:

CASO 1:

Acude al establecimiento de salud Gaudencio Bernasconi, una paciente mujer de 13 años, acompañada de su madre quien refiere un tiempo de enfermedad de aproximadamente 6 meses; caracterizado por astenia y bajo rendimiento escolar.

Como datos personales de importancia, refiere ser selectiva para las comidas, y presentar menstruaciones abundantes con un régimen catamenial de 7-9 días / 30 días.

En la exploración física, sus signos vitales se encontraron en FC: 100 x', presión arterial en 110/60 mmHg, y una temperatura axilar de 36.5°C.

Al examen, piel y mucosas con ligera palidez sin ictericia; tórax y pulmones, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos; abdomen, blando, depresible, no doloroso a la palpación; sistema nervioso central LOTEPE.

Se le solicitó exámenes de laboratorio, donde se evidencio hemoglobina en 9 g/dl; leucocitos dentro de valores normales, plaquetas sin alteraciones. Parasitológicos seriados negativos, y Thevenon negativo.

Diagnóstico: anemia moderada, a descartar, por deficiencia de hierro.

CASO 2:

Acude al centro de salud Gaudencio Bernasconi, paciente varón de 5 años, con madre, la cual refiere que hace aproximadamente 1 semana presenta lesiones maculopapulares en tronco, manos, y brazos, acompañado de prurito intenso a predominio nocturno y que exacerban con el sol. Niega otros signos y síntomas.

Como antecedentes, madre refiere que hijo mayor presentó las mismas lesiones hace 1 mes.

En la exploración física, piel, lesiones vesiculares en zona interdigital y zona de pliegues, presencia de surco acarino; tórax y pulmones, murmullo vesicular pasaba bien por ambos hemitórax; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos; abdomen, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Impresión diagnóstica: acarosis.

1.4 CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA GENERAL:

CASO 1:

Acude al centro de salud Gaudencio Bernasconi, paciente mujer de 25 años, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 horas, inicio brusco, curso insidioso, caracterizado por dolor en epigastrio de intensidad 3/10 tipo cólico, que migra a flanco derecho.

Refiere, además, hiporexia, seguido de nauseas sin llegar a los vómitos, sensación de alza térmica no cuantificada.

Se evalúa al paciente, la cual no refiere enfermedades previas, ni reacciones alérgicas medicamentosas.

Al examen, sus signos vitales se encontraron en FC: 80 x', presión arterial en 120/70 mmHg, y una temperatura axilar de 37.5°C

En la exploración física, piel y mucosas sin alteraciones; tórax y pulmones, murmullo vesicular pasaba bien por ambos hemitórax; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos; abdomen, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco y cuadrante inferior derecho. Punto de McBurney +/-, Blumberg negativo, Rovsing negativo. Genitourinario, puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales superiores y medios derechos positivos, puntos renoureterales superiores y medios izquierdos negativos.

Se le solicita exámenes de laboratorio, donde se evidencia hemoglobina dentro de rangos normales; leucocitos en 13 000, plaquetas sin alteraciones, PCR positivo. Examen de orina completo negativo.

Se le solicita como estudio de imágenes tomografía axial computarizada.

Como impresión diagnóstica se plantea síndrome doloroso abdominal, a descartar apendicitis.

Se le indica como manejo inicial NPO, control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico, cloruro de sodio al 0.9% + hiosina 10 mg + dimenhidrinato 50 mg a 80 cc/h

Se coordina referencia al hospital María Auxiliadora.

CASO 2:

Acude al establecimiento de salud Gaudencio Bernasconi, paciente varón de 70 años, el cual refiere que hace varios años presenta disminución de chorro miccional, polaquiuria y tenesmo vesical el cual se fue agravando con el pasar del tiempo.

Hace aproximadamente 4 horas presenta dolor en hipogastrio de moderada intensidad, refiere no haber orinado hace aproximadamente 6 horas.

Como antecedentes personales, hipertenso controlado con enalapril 10 mg c/ 12 horas; hiperplasia prostática benigna tratado con tamsulosina.

Funciones vitales se encontraron en FC: 90 x', presión arterial en 130/60 mmHg, y una temperatura axilar de 36.5°C.

Al examen, piel y mucosas con ligera palidez sin ictericia; tórax y pulmones, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles; abdomen, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, matidez a la percusión en dicha zona, evidenciándose globo vesical; genitourinario puño percusión lumbar negativo; tacto rectal, diferido; sistema nervioso central, LOTEPE.

Impresión diagnóstica: retención urinaria; a descartar, infección de tracto urinario vs. Uropatía obstructiva.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Al inicio del internado médico, éste se desarrolló en el Hospital Central Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, un complejo hospitalario categorizado nivel III-2, ubicado en la Av. Brasil, distrito de Jesús María.

Su principal población objetivo son todos los miembros policiales (oficiales y suboficiales), y sus respectivos familiares cercanos (padres e hijos). Es un centro de referencia y contrarreferencia. Cuenta múltiples especialidades médicas, equipos de alta tecnología, aproximadamente 500 camas de hospitalización, un área de emergencia con capacidad de 30 camas, y un área quirúrgica con 5 salas de operaciones y un helipuerto.

La coyuntura y la emergencia sanitaria por la que cursó el país, obligó al cambio de sede del internado médico, continuándose y llevándose a cabo en el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi, establecimiento de salud nivel I-3, ubicado en la Av. Grau, distrito de Barranco.

Su principal población objetivo son todas las personas con seguro SIS, pertenecientes al distrito. Cuenta con los servicios de Medicina, Obstetricia, Psicología, Nutrición, Odontología, Farmacia y Laboratorio. Al ser un centro de atención primaria, los principales lugares de referencia son el Hospital María Auxiliadora, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y el Centro Materno Infantil Chorrillos II. (Anexo 1)

Todo internado médico antes de la situación nacional actual, llevaba un régimen de 365 días al año, en un horario que usualmente se definía por cada

sede hospitalaria pudiendo a veces llegar a más de 12 horas entre la práctica correspondiente y las guardias adicionales.

Asimismo, el internado médico no era considerado, por ley, como una práctica pre profesional. Esto conllevaba a que el interno realice labores en el hospital sin la remuneración mínima vital, y a veces, solo con un incentivo mensual de s/. 400.00, sumándole a ello el no contar con beneficios como seguro de salud, de vida.

Por añadidura, en este periodo el internado médico se realizaba en instituciones de mayor capacidad resolutive (hospitales categoría II y III), y no se hacía rotaciones en el primer nivel de atención. Finalmente, la práctica y la teoría que pudiera haber, se realizaba dentro del hospital, bajo la organización de cada sede docente.

A finales del 2019, se originó un virus en la ciudad de Wuhan, China. Este, denominado SARS – COV2, fue considerado pandémico luego de afectar Asia, Europa y América ⁽¹⁾. Ocasionando hasta el día de hoy un sinnúmero de muertes en nuestro país y cambiando por completo nuestros estilos de vida. El 6 de marzo del 2020, se confirma el primer caso ⁽²⁾. Y es el 10 de abril del 2020, cuando se confirma la suspensión oficial del internado médico por el decreto supremo N° 064-2020-PCM ⁽³⁾.

Es por ello que el internado médico originalmente iniciado en el 2020, fue dividido en dos etapas: los primeros tres meses del año en donde éste se desarrolló en establecimientos de II y III nivel de atención, como era usual realizarlo; y, una segunda etapa desde finales de octubre del 2020 hasta el 30 de abril del 2021, desarrollado en establecimientos de salud nivel I.

Por decreto de urgencia y para cerrar las brechas en salud se dispuso el retorno de los internos al primer nivel de atención, para esto el MINSA elaboró un documento técnico con lineamientos para el inicio o la reanudación regresiva de actividades del interno de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia 090-2020; dentro del primero, se le otorga el grado de prácticas pre profesionales al internado médico, luego de muchos años de lucha constante, además, de otorgarle beneficios acordes a este nivel como

remuneración mínima vital, seguro de salud, seguro de vida, otorgarle de equipo de protección personal (EPP) y definir un horario con las restricciones acordes al contexto de la pandemia, debido que los internos de medicina continúan en calidad de estudiantes.

De esta manera, los internos de medicina reanudaron sus actividades en los centros de primer nivel de atención con las limitaciones dadas por categorías y con los servicios que estos pudieran ofertar. Además, siguiendo los lineamientos del ministerio de salud, la universidad empezó la virtualización de los temas teóricos que antes de la cuarentena se llevaban a cabo en los nosocomios; como, por ejemplo, la revisión de casos clínicos con especialistas, la revisión de tópicos selectos y temas teóricos relevantes y la que capacitación teórica de procedimientos medico quirúrgicos.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS GINECO-OBSTETRICIA:

CASO 1

Respecto al caso 1 de la rotación de Ginecología y Obstetricia, éste se refiere a una paciente con impresión diagnóstica de síndrome doloroso abdominal bajo, a descartar una enfermedad pélvica inflamatoria, recibiendo como tratamiento ciprofloxacino 500 mg + doxiciclina 100 mg c/ 12 horas por 14 días + metronidazol 500 mg c/ 12 horas por 14 días, con reevaluación a las 72 horas por consultorio externo.

Según la Guía Nacional para el manejo de casos de enfermedades de transmisión sexual, el dolor abdominal bajo en mujeres puede guardar relación con múltiples causas, lo primero es descartar patología quirúrgica como causa del dolor, una vez descartado y si este se asocia a flujo vaginal, fiebre y/o dolor a la movilización del cérvix el diagnóstico más probable es el de Enfermedad pélvica inflamatoria ⁽⁴⁾.

Del mismo modo, la Guía de Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual en ESSALUD, ante la presencia de dolor pélvico, recomienda evaluar signos de alarma, dolor abdominal, dolor a la movilización del cérvix y/o anexos, y, ante la probabilidad de una enfermedad pélvica inflamatoria aplicar el esquema A, iniciando tratamiento para gonorrea, chlamydia y anaerobios con ciprofloxacino 500 mg VO dosis única +

doxiciclina 100 mg c/ 12 horas por 14 días + metronidazol 500 mg c/ 12 horas por 14 días ⁽⁵⁾.

El manejo aplicado en el caso fue el recomendado por las guías, de igual manera, se sugiere brindar información relacionada a las infecciones de transmisión sexual y promover conductas sexuales de menor riesgo, ya que, entre los factores de riesgo destacan promiscuidad sexual, el uso de dispositivos intrauterinos, abortos inducidos, etc.

CASO 2

Respecto al caso 2 de la rotación de Ginecología y Obstetricia, éste se refiere a una paciente con diagnóstico de hemorragia del primer trimestre; a descartar, aborto incompleto, dejándose como manejo inicial la colocación de una vía salinizada, NPO + control de funciones vitales. Se le indica cobertura antibiótica con cefazolina 1 gr EV profiláctico. Se programa para un legrado uterino de emergencia.

Según la Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, ante la sospecha diagnóstica de un aborto el cuadro clínico presente sería de una gestante menor de 22 semanas con dolor abdominal bajo y/o sangrado vaginal con o sin cambios cervicales. Y, específicamente ante la impresión de un aborto incompleto, estaría presente un sangrado persistente con evidencia parcial del contenido uterino. Para el manejo respectivo, se recomienda la hospitalización, instalar una vía segura con ClNa 0.9%, solicitar ecografía y exámenes de laboratorio. El procedimiento dependerá del tamaño uterino, si es menor a 12 cm se puede realizar un AMEU; si, el tamaño es mayor a 12 cm, se debe realizar un legrado uterino ⁽⁶⁾.

El manejo aplicado en el caso fue el recomendado por las guías, de igual manera, se sugiere estar pendiente de signos de alarma como la aparición de fiebre, signos de hipotensión y/o shock.

Según la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, para los criterios de alta, la paciente debe estar hemodinámicamente estable, con capacidad de realizar sus actividades. Se sugiere consejería en salud sexual, y elegir un método anticonceptivo de ser el caso ⁽⁷⁾.

3.2 RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA:

CASO 1

Respecto al caso 1 de la rotación de Medicina Interna, éste se refiere a un paciente con diagnóstico de dispepsia; a descartar gastritis, al ser este un diagnóstico anatomopatológico y no tener capacidad resolutoria para tal, se procede a realizar una prueba terapéutica iniciando tratamiento con Omeprazol 20 mg 1 tableta c/ 24 horas x 14 días (1/2 hora antes del desayuno); Simeticona 80 mg 1 tableta c/ 8 horas x 3 días, hioscina 10 mg 1 tableta condicional a dolor y dieta blanda. Sin mejora aparente, por lo que es referido para endoscopia donde se le diagnosticó inflamación de la mucosa gástrica y presencia de helicobacter pylori, recibiendo tratamiento respectivo por 14 días.

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos, la dispepsia se define como un dolor o molestia abdominal que se presenta de forma episódica o persistente. Entre los síntomas dispépticos más frecuentes se encuentra la pesadez post prandial, sensación de distensión, dolor epigástrico, eructos, saciedad temprana, náuseas y vómitos. Para el manejo, se recomienda IBP, y que después de 8 semanas de tratamiento sean suspendidos en forma gradual ⁽⁸⁾.

Según la guía clínica y terapéutica de médicos sin fronteras del 2016, cuando se presentan signos clínicos como molestia o dolor epigástrico, acompañado de hinchazón o sensación de pesadez, se puede administrar un tratamiento

sintomático de corta duración. Entre los fármacos de elección figura la metoclopramida 30 mg/día, con un intervalo de 6 horas entre las tomas, de preferencia media hora antes de las comidas, puede resultar útil en caso de náuseas, vómitos o hinchazón. O, la hioscina 30 mg/día que puede resultar útil en casos de dolor espasmódico ⁽⁹⁾.

Según de guía práctica clínica de enfermedad gastroduodenal por *Helicobacter Pylori* en Essalud, los principales síntomas relacionados son la epigastralgia, náuseas, vómitos, eructos, acidez y llenura precoz; y, para el diagnóstico debemos sospechar de un paciente dispéptico que durante 2 semanas o más no mejora con el uso de antiácidos, IBP y/o cambio de dieta. El esquema de tratamiento recomendado es amoxicilina 1 gr cada 12 horas, con claritromicina 500 mg cada 12 horas con un inhibidor de bomba de protones cada 12 horas por un periodo de 10 a 14 días ⁽¹⁰⁾.

El manejo aplicado en el caso fue el correcto y el recomendado en guías, para el manejo en un centro de atención primaria se brinda una prueba terapéutica, al persistir los síntomas, se debe referir a un centro de mayor complejidad en busca de estudios auxiliares de ayuda diagnóstica, y, con los resultados del diagnóstico definitivo manejar el tratamiento adecuado. Adicionalmente a ello, ante el diagnóstico de *Helicobacter Pylori*, se recomienda que a partir del mes concluido el tratamiento, se debe realizar un test de aliento para confirmar la erradicación.

CASO 2

Respecto al caso 2 de la rotación de Medicina Interna, éste se refiere a una paciente con impresión diagnóstica de infección de tracto urinario bajo, dejándose como tratamiento: nitrofurantoina 100 mg, 1 tableta c/ 6 horas x 7 días (y/o hasta espera de resultado del urocultivo), fenazopiridina 100 mg 1 tableta c/ 8 horas x 3 días. Paracetamol 500 mg, condicional a dolor. Y, una vez finalizado el tratamiento antibiótico, esperar 5 días para realizar un nuevo examen de orina completo + urocultivo.

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en el Hospital Santa Rosa, se define una ITU a la bacteriuria significativa en un paciente con síntomas. El agente etiológico más frecuente es Escherichia Coli. Entre los criterios diagnósticos debe haber la presencia de tenesmo o polaquiuria o disuria o dolor suprapúbico o un cultivo de orina con 10^5 UFC/ml. Para el manejo, la alternativa de primera línea es Nitrofurantoína de 100 mg cada 6 horas por 7 días ⁽¹¹⁾.

Según la Guía de práctica clínica para el manejo de la infección de tracto urinario no complicado de EsSalud, los criterios para iniciar tratamiento antibiótico son mujeres adultas que presenten dos o más síntomas de ITU baja sin presentar prurito o flujo vaginal. Y, se recomienda como tratamiento de primera línea, iniciar con nitrofurantoína de 100 mg vía oral cada 6 horas por 5 – 7 días ⁽¹²⁾.

El manejo aplicado en el caso es el que se recomienda en las guías, de igual manera, se sugiere conocer bien las definiciones de ITU complicada y no complicada; así como, ITU alta y baja para el posterior diagnóstico y tratamiento oportuno.

3.3 RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA:

CASO 1

Respecto al caso 1 de la rotación de Pediatría, éste se refiere a una paciente con diagnóstico de anemia moderada a descartar déficit de hierro; iniciándose tratamiento con: sulfato ferroso 2 tabletas de 300 mg 1 vez al día por 30 días, consumir con cítricos. Reevaluación en 1 mes con un nuevo control de hemoglobina

Según la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en

establecimientos de salud del primer nivel de atención, para una adolescente de 13 años como es la paciente, los rangos normales de hemoglobina deberían encontrarse mayores a 12 gr/dl. Al tener el resultado de 9 gr/dl, este se considera anemia moderada. Y, el esquema de tratamiento sugiere 3 mg/kg/día. Los exámenes de hemoglobina de control se realizarán a los 3, 6 y 12 meses iniciado el tratamiento ⁽¹³⁾.

Según la norma técnica del manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes y mujeres gestantes, el manejo terapéutico en caso de anemia moderada es 2 tabletas diarias de sulfato ferroso (120 mg de hierro elemental) durante 6 meses continuos, teniendo un control de hemoglobina al mes, 3 meses, y 6 meses de iniciado el tratamiento ⁽¹⁴⁾.

El manejo aplicado en el caso fue el adecuado de acuerdo a la norma técnica vigente. El tratamiento debe ser por 6 meses continuos con los respectivos controles de hemoglobina. De igual manera, se sugiere conocer los efectos adversos de la medicación, ya que, pueden manifestarse intolerancias digestivas, como náuseas, estreñimiento, dolor abdominal, etc.

CASO 2

Respecto al caso 2 de la rotación de Pediatría, éste se refiere a un paciente con impresión diagnóstica de acarosis; dejándose como manejo: benzoato de bencilo al 25% en loción (diluido), aplicar del cuello hacia abajo 1 vez por la noche por dos días, y retirar al día siguiente. El tratamiento va dirigido hacia el paciente y todos sus contactos. Se recomienda lavar y/o hervir la ropa de cama y dejarla secar de 4 – 7 días.

Según la guía clínica y terapéutica para el uso personal sanitario cualificado en programas curativos en hospitales y dispensarios, los signos clínicos de la sarna común, escabiosis o acarosis, son el prurito más intenso por la noche, lesiones cutáneas específicas como surcos (más frecuentes), sobre todo en espacios interdigitales, o nódulos (menos frecuentes). El tratamiento debe ser

aplicado por todo el cuerpo (incluido cuero cabelludo, surcos retroauriculares, palmas y plantas), se recomienda utilizar preferentemente permetrina al 5%, en loción o en crema, es más fácil de usar ya que no necesita dilución y solo necesita un tiempo de contacto de 8 horas. Una aplicación puede ser suficiente, y una segunda aplicación 7 días después reduce el riesgo de fracaso terapéutico. Otra alternativa es la loción de benzoato de bencilo al 25%, que para niños entre 2 – 12 años se debe utilizar la loción diluida con un tiempo de contacto de 24 horas y luego aclarar. Parte del manejo es cambiar ropa y sábanas después del tratamiento, o secarlas al sol durante 72 horas ⁽¹⁵⁾.

Según el artículo de revisión de la escabiosis de la revista de Dermatología Peruana, el rasgo clínico acarosis es el prurito, síntoma cardinal y severo que empeora por las noches. Este prurito suele ser de carácter familiar de las personas que conviven con el paciente. Como tratamiento de primera línea se incluye a la Permetrina al 5% en crema con lavado después de 8 horas. El benzoato de bencilo al 25% en loción con lavado después de las 24 horas, tiene uso frecuente en Latinoamérica. Al tratamiento farmacológico se le debe incluir medidas generales como tratar a los familiares en contacto, lavar la ropa interior, sábanas y toallas, y secarlas de preferencia expuestas al sol ⁽¹⁶⁾.

El manejo aplicado en el caso fue el adecuado de acuerdo las guías anteriormente mencionadas. Si bien, en ambas recomiendan como primera línea a la Permetrina al 5%, el Benzoato de bencilo al 25% también está considerado dentro del manejo. Sumado a ello, las medidas generales indicadas como tratar a todos sus contactos, lavar la ropa de cama y dejarlas secar por aproximadamente 4 – 7 días también estuvieron correctas, ya que, según bibliografía el ácaro tiene un aproximado de 3 días para encontrar un nuevo huésped si deja la superficie cutánea ⁽¹⁷⁾.

De mantener los síntomas, se sugiere una segunda aplicación del tratamiento 7 días después.

3.4 RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA GENERAL:

CASO 1

Respecto al caso 1 de la rotación de cirugía general, éste se refiere a una paciente con impresión diagnóstica de síndrome doloroso abdominal, a descartar apendicitis, a descartar quiste a pedículo torcido. Dejándose como manejo inicial: NPO, control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico, cloruro de sodio al 0.9% + hioscina 10 mg + dimenhidrinato 50 mg a 80 cc/h. Se coordina referencia al hospital María Auxiliadora.

Según la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo en el adulto, refiere que el dolor abdominal agudo es una de las patologías médicas más frecuentes. Tiene múltiples causas tanto médicas como quirúrgicas, y el objetivo es enfocarlo de manera rápida y oportuna, y poder determinar si el cuadro es médico o quirúrgico ⁽¹⁸⁾.

Según la guía de práctica clínica en medicina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en el caso de tener un síndrome doloroso abdominal agudo, la misión fundamental es determinar si el cuadro es médico o quirúrgico. Clasificar al paciente con dolor abdominal es difícil, pero necesario, y entre ellos tenemos al estadio 0 con un paciente previamente sano con dolor abdominal agudo cuyo diagnóstico clínico corresponde a una patología leve, de manejo médico. El estadio I, es un paciente con dolor abdominal agudo, con hallazgos que sugieren un padecimiento intrabdominal, sin factores de riesgo. El estadio II, refiere a un paciente con hallazgos clínicos muy sugestivos de una patología intraabdominal aguda que requiere procedimiento médico o quirúrgico para resolver su problema (ejemplo: apendicitis aguda no complicada). Y, el estadio III, referente a un paciente con dolor abdominal agudo en los cuales no hay duda diagnóstica pero que requiere estabilización previa antes del procedimiento quirúrgico ⁽¹⁹⁾.

Es así que, referente al caso, con un paciente en estadio II, el manejo sería hospitalizar, suspender vía oral e iniciar líquidos intravenosos, el monitoreo de funciones vitales y gasto urinario, exámenes auxiliares y un nivel de atención II o III.

Según la guía de práctica clínica del departamento de cirugía del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, ante la sospecha de una apendicitis aguda no perforada, con síntomas como dolor abdominal agudo, sumado de hiporexia, náuseas y a veces vómitos, con una temperatura normal o mayor a 38°C, con el punto de Mc Burney (+), el manejo pre operatorio debe ser NPO, hidratación endovenosa con cloruro de sodio al 9%, usar analgésicos o antiespasmódicos solo cuando se está seguro del diagnóstico, y los respectivos análisis pre quirúrgicos. Respecto al manejo intraoperatorio, la incisión recomendada es Rockey – Davis, ligadura doble del muñón según técnica, no lavar, no colocar drenaje en casos no complicados ni perforados. Respecto al manejo post operatorio, se recomienda la hidratación parenteral según evaluación clínica, NPO por 6 – 12 horas de acuerdo a la anestesia empleada, ir probando tolerancia oral a líquidos claros y dieta blanda; deambulación precoz ⁽²⁰⁾.

El manejo inicial fue el correcto, aunque existen discrepancias al usar analgésicos hasta no tener un diagnóstico totalmente confirmado. Al ser un centro de atención primaria y no tener capacidad resolutoria quirúrgica el correcto procedimiento es la referencia a un centro de mayor complejidad. Entre los criterios de referencia esta un paciente con dolor abdominal de más de 6 horas de evolución atendido en un establecimiento de salud nivel I sin implementación de centro quirúrgico, que debe ser referido a hospitales nivel II o III.

CASO 2

Respecto al caso 2 de la rotación de cirugía general, éste se refiere a un paciente con diagnóstico de retención urinaria, a descartar infección de tracto urinario vs uropatía obstructiva.

Se procedió a la colocación de sonda Foley #18, con clampaje intermitente, lográndose extraer 800cc de orina ligeramente turbia. Se solicitó hemograma

completo, examen completo de orina + urocultivo, PSA. Se reevalúa con resultados.

Acude a reevaluación con resultados, con un hemograma sin alteraciones; examen de orina: leucocitos 40 – 50 x campo; urocultivo: E. Coli UFC 100 000. PSA +. Se procede a dar tratamiento antibiótico con nitrofurantoina 100 mg c/ 6 horas por 7 días (y/o rotar antibiótico de acuerdo a antibiograma).

Paciente con diagnóstico de retención urinaria aguda + Infección de tracto urinario secundaria a Hiperplasia Prostática benigna, pese a tratamiento médico, por lo que es derivado a urología para manejo quirúrgico.

Según el artículo de Infección del tracto urinario y manejo antibiótico de la Universidad Cayetano Heredia, para el diagnóstico de ITU bastaría con la presencia de uno o más de los siguientes signos o síntomas: fiebre, tenesmo, polaquiuria, disuria y cultivo de orina con $> 10^5$ UFC. Para la elección del antibiótico, y siendo el caso de un paciente varón la terapia de primera línea incluye a la nitrofurantoína o cefalexina ⁽²¹⁾.

Según el estudio para el abordaje de la hiperplasia benigna de próstata, realizado en Zaragoza, existen indicaciones para el tratamiento quirúrgico como las de una hiperplasia benigna prostática grave, episodios repetidos de retención urinaria, infecciones recurrentes de la próstata y vía urinaria, litiasis vesical, insuficiencia renal por obstrucción infra vesical de vía urinaria, hematuria macroscópica recidivante, valores crecientes de residuo post miccional, entre otros. Y la técnica más apropiada será decidida por el especialista dependiendo el tamaño y la morfología prostática. Es así que, el tratamiento endoscópico transuretral, es considerado como el tratamiento estándar definitivo y el patrón con el que se comparan los demás tratamientos ⁽²²⁾.

Es así que, el manejo aplicado en el caso fue el adecuado de acuerdo las guías para el tratamiento para la infección urinaria que presentaba el paciente. Cabe resaltar que, esta podría ser originada por la hiperplasia prostática

benigna, siendo su tratamiento definitivo el abordaje quirúrgico. Es por ello que, al encontrarse el paciente en un centro de atención primaria, es referido a un centro de mayor complejidad para determinar si contaba con los criterios para un manejo quirúrgico y su respectivo seguimiento.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

4.1 FASE DEL INTERNADO EN SEDE HOSPITALARIA

El internado médico se inició en el Complejo Hospitalario Luis N. Sáenz, un hospital de referencia nivel III-2, donde se tenía un aproximado de 60 internos de múltiples universidades, distribuidos en 4 servicios principales. Cada interno debía de cumplir un mínimo de 150 horas mensuales, entre las prácticas diarias y guardias tanto diurnas como nocturnas.

Gineco-obstetricia fue el primer servicio por el que se inició el internado médico. Esta rotación de tres meses, fue distribuida en un mes para consultorios externos, un mes para la hospitalización de ginecología, y el último mes para la hospitalización de obstetricia. Asimismo, cada área contaba con casos quirúrgicos los cuales también permitían participar del área de sala de operaciones ya sea como ayudante o instrumentista.

En el primer mes de consultorios externos, se pudieron ver casos netamente ginecológicos como distopias, cánceres, toma de Papanicolau, problemas de infertilidad, etc. Y, de igual manera, casos obstétricos como eran los diagnósticos de inicio de gestación, el seguimiento del control pre natal y retiro de puntos de pacientes cesareadas.

Durante el mes en el área de hospitalización de ginecología, se pudieron ver desde casos tanto benignos como malignos diagnosticados tempranamente y tratados con cirugías mínimas, hasta cánceres avanzados tratados previamente con quimioterapia y cirugía para un manejo paliativo; además, se le hacía seguimiento durante toda la evolución post quirúrgica a las pacientes,

promoviendo el aprendizaje de limpieza de heridas quirúrgicas, drenaje de hemosucks, retiro de sondas, entre otros.

Finalmente, durante el mes en el área de hospitalización obstétrica, se pudieron ver a las pacientes con patologías obstétricas en tratamiento como hiperémesis gravídica, colestasis gestacional, preeclampsia; pacientes programadas para entrar a sala de operaciones, puérperas de parto vaginal, y post cesareadas a las cuales se le hacía el seguimiento respectivo de la involución uterina y loquios.

Iniciar una rotación sin pandemia significó una gran posibilidad de aprendizaje, guardias tanto diurnas como nocturnas, el seguimiento continuo de pacientes hospitalizados. Permitió estudiar más a fondo una patología por un lapso de tiempo con la ayuda exámenes de laboratorio e imágenes, y, sobre todo, permitió el correcto desarrollo de competencias y capacidades.

Además, una de las principales actividades que se desarrollaban en todos los servicios eran las visitas médicas, donde participaban internos, médicos residentes y médicos asistentes. Era una actividad académica de gran aprendizaje para discutir un caso, ya sea sobre la patología, el manejo, y/o decisiones a tomar.

4.2 FASE DEL INTERNADO EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Continuar y terminar el internado en una institución de atención primaria durante la crisis sanitaria por la que cursa el país, ha significado una serie de modificaciones para el retorno de los internos a sus nuevas sedes. Entre ellas, la reducción de horas de trabajo, por el decreto impuesto por el Ministerio de Salud para salvaguardar la salud de los internos, lo que significaba 15 días laborales y 15 días de descanso. Asimismo, el uso de equipo de protección personal, y el no poder realizar prácticas en ambientes Covid – 19, ni con pacientes sintomáticos respiratorios sospechosos de la enfermedad.

La reducción de horas académicas llevó a la adaptación y virtualización de clases para poder complementar las horas de trabajo y los conocimientos que no pueden impartirse en un centro de atención primaria.

Del mismo modo, esta crisis sanitaria trajo consigo una disminución en el flujo y la casuística de pacientes, y, sumado a ello, el no poder acercarse libremente a examinarlos sin exponerse.

En la rotación de medicina interna, se vieron y manejaron casos nuevos de acarosis, dispepsias, anemias; y se mantuvo el tratamiento en enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus e hipertensión. El centro de salud cuenta con el programa de tuberculosis, donde se les hace el seguimiento respectivo a los pacientes desde su diagnóstico, inicio de su tratamiento (vigilancia continua), hasta que llegan a la fase de término. De igual manera, se cuenta con el área de psicología y nutrición como apoyo para el manejo de las distintas patologías.

En la rotación de pediatría, se vieron y manejaron casos de rinitis alérgica, rinofaringitis, anemia, parasitosis, inmunizaciones. Asimismo, el centro de salud cuenta con el programa de crecimiento y desarrollo para el menor de 5 años, donde se promueve el cuidado integral físico, mental, emocional y social del niño, detectando oportunamente alguna alteración durante su crecimiento. Del mismo modo, el servicio de pediatría cuenta con un área de vacunas para el seguimiento continuo de las inmunizaciones de acuerdo a la edad.

Finalmente, en la rotación de cirugía general, al ser un centro de atención primaria la casuística de pacientes era mínima, pudiéndose ver solamente algunas suturas o retiro de puntos, curaciones de heridas, extracciones de uña y procedimientos como colocar una sonda Foley o realizar un lavado de oído.

Un aspecto beneficioso de haber sido participe de un centro de atención primaria, ha sido la experiencia y las herramientas brindadas para acercarnos a lo que será la realización del servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS).

CONCLUSIONES

El internado se una de las etapas más importantes en la formación de todo médico. A pesar de las dificultades y carencias que han podido suceder durante esta crisis sanitaria por la que cursa el país y por la que se ha visto obligada a cursar el internado médico, éste se pudo reanudar, garantizando en corto tiempo el aprendizaje necesario que todo estudiante de medicina debe de tener para poder concluir sus estudios.

Se concluye que en el internado medico 2020, el interno de medicina pudo ser partícipe de actividades de promoción y prevención de la salud, las cuales son las que más se realizan en el primer nivel de atención en función de las necesidades de la población.

RECOMENDACIONES

Es importante establecer objetivos a lograr en cada rotación de acuerdo al establecimiento donde el interno realiza sus labores, y complementarlo en con rotaciones externas en sedes hospitalarias de mayor capacidad resolutiva.

Se recomienda a todo interno de medicina de encontrarse en un centro de atención primaria, aprovechar en aprender el diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías prevalentes en el país, poco manejadas en un centro de mayor complejidad.

El internado médico debe desarrollarse dentro del ámbito académico en su mayoría, por lo que se recomienda limitar las tareas administrativas para ellos, y aprovechar ese tiempo a desarrollar actividades para su formación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Redacción Gestión. Coronavirus: Vizcarra confirma el primer caso en el Perú. Gestión [Internet]. 6 de marzo de 2020; Disponible en: <https://gestion.pe/peru/coronavirus-en-peru-martin-vizcarra-confirma-primer-caso-del-covid-19-en-el-pais-nndc-noticia/>
3. Presidencia del Consejo de Ministros. 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 dicta otras medidas [Internet]. 064-2020-PCM, 2020 p. 4. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1021486/DS_N__064-2020-PCM.pdf
4. Ministerio de Salud. Guía Nacional de Manejo de Casos de Enfermedades de Transmisión Sexual. Programa de control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA [Internet]. 2000; Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2104.pdf>

5. Essalud. Guía de Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual en Essalud. 2010; Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/disposiciones/08GCPS2010.pdf>
6. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. 2007. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
7. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2010. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
8. Pineda Luis Fernando, Rosas Martha C, Torres Amaya Marcela, Rodríguez Álvaro, Luque Adán, Agudelo Fabián et al . Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2015; 30 (1): 9-16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000500003&lng=en.
9. Frontieres MS. Guía clínica y terapéutica para el uso del personal sanitario cualificado en programas curativos [Internet]. 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4229.pdf>
10. Essalud. Guía de práctica clínica de enfermedad gastroduodenal por Helicobacter Pylori en Essalud. 2012;19. Disponible en: https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000002957_pdf.pdf
11. Departamento de Medicina del Hospital Santa Rosa. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en el Hospital Santa Rosa. 2020;28. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>

12. EsSalud. Guía de práctica clínica para el manejo de la infección de tracto urinario no complicada. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. 2019;27. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_ITU_Vers_Corta.pdf
13. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención [Internet]. 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf>
14. Ministerio de Salud. Norma técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. 1ra edición; 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
15. Medecins sans Frontieres. Guía clínica y terapéutica para el uso del personal sanitario cualificado en programas curativos, en hospitales y dispensarios [Internet]. 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4229.pdf>
16. Sociedad Peruana de Dermatología. Sarna. Dermatología Peruana [Internet]. 2017;27(2):70. Disponible en: https://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista_2iTO_Rev_Dermatol_27-2.pdf
17. Ministerio de Salud. Guía de prácticas clínicas del servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. 2019. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_ff3ef5b97080f65_.pdf

18. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo en el adulto. 2014;30. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/Dpto_Emergen cia/rd_169_2014.pdf
19. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Guía de práctica clínica en medicina. 2010; 111. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011101149.PDF>
20. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Guía de práctica clínica Departamento de Cirugía. 2011; 129. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>
21. Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento Aguilar Elsa, Osoro-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 Ene; 23 (1): 26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006&lng=es.
22. Blasco Valle M, Timón García A, Lázaro Muñoz V. Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata. Actuación Atención Primaria-Especializada [Internet]. Iscii.es. 2003. Disponible en: <https://scielo.iscii.es/pdf/medif/v13n3/colabora.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1

