



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA Y ANÁLISIS CRÍTICO RESPECTO AL DESARROLLO
DEL INTERNADO MÉDICO 2020 – 2021 EN LA CIUDAD DE LIMA
PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

RONALD ALBERTO BLANCO MUÑOZ

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA Y ANÁLISIS CRÍTICO RESPECTO AL
DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO 2020 – 2021 EN LA
CIUDAD DE LIMA PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
RONALD ALBERTO BLANCO MUÑOZ**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Carmen Layten Villanueva

Miembro: Mg. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

Al Hospital de Ate Vitarte, al Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján y al Hospital Edgardo Rebagliati Martins, los cuales me dieron las herramientas para ser el médico que ahora soy.

Ronald Alberto Blanco Muñoz

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Sobre la importancia del internado médico	1
1.2 Actividades prácticas en el internado médico 2020	3
1.3 Casos clínicos relevantes en el internado médico 2020	4
1.4 Integración de conocimientos al finalizar el internado médico	18
CAPÍTULO II CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	20
2.1 Sobre los centros de salud categoría I-3	20
2.2 Sobre el centro de salud Gustavo Lanatta Luján	22
2.3 Sobre el Hospital de Ate Vitarte	25
CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL	28
3.1 Sobre las competencias y el conocimiento	28
3.2 Metodologías usadas para alcanzar competencias	30
CAPÍTULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	36
4.1 Problemáticas del internado médico	37

CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	44
FUENTES DE INFORMACIÓN	45

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional recaba las experiencias, procedimientos, capacidades, habilidades y conocimientos que se realizaron y alcanzaron durante el internado médico 2020 - 2021. Abarca las dos etapas de este periodo, las cuales fueron divididas por las restricciones dadas por el gobierno en el marco del estado de emergencia por la pandemia de COVID-19. La primera desarrollada en el Hospital de Ate Vitarte y la segunda en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, en el distrito de Chorrillos, Lima, Perú. Además, se realiza un análisis crítico sobre el último año de la carrera de medicina, las metodologías de enseñanza aplicadas, dificultades que afrontan los internos en sus quehaceres diarios y crítica a la falta de aplicación del marco legal sobre el internado en ciencias de la salud por parte de las instituciones.

Objetivo: describir la forma del desarrollo de competencias en medicina durante el internado médico 2020 – 2021 mediante un análisis crítico de la situación actual de la metodología usada para la formación durante el último año de carrera; para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano

Metodología: recopilación de información bibliográfica sobre pedagogía y experiencias del autor.

Conclusiones: El internado médico es el último año enfocado a prácticas hospitalarias que realizan los estudiantes de medicina en el país, el cual busca la formación de capacidades, habilidades y consolidación de conceptos para que el médico egresado realice un ejercicio médico correcto. Se evidencia el logro de competencias en el rubro de la salud al término de la carrera y diversos problemas en torno a la metodología usada basada en pedagogía y el marco legal y el cumplimiento de este que compete a las autoridades a cargo de los internos de medicina humana.

Palabras claves: internado médico, pedagogía, competencias en salud

ABSTRACT

This professional sufficiency report collects the experiences, procedures, capacities, skills and knowledge that were carried out and achieved during the medical internship 2020 – 2021. It covers the two stages of the process, which were divided by the restrictions given by the government in the framework of the state of emergency due to the COVID-19 pandemic. The first developed at the Ate Vitarte Hospital and the second at the Gustavo Lanatta Lujan Health Center, both in Lima, Perú. In addition, a critical analysis is made on the last year of the medical career, the applied teaching methodologies, difficulties faced by interns in their daily tasks and criticism of the lack of application of the legal framework on the intership in health sciences by the institutions that offer this program.

Objective: to describe the form of the development of competences in medicine during the medical internship 2020 - 2021 through a critical analysis of the current situation of the methodology used for training during the last year of the degree; to obtain the Professional Title of Surgeon

Methodology: compilation of bibliographic information on pedagogy and experiences of the author.

Conclusions: The medical internship is the last year focused on hospital practices carried out by medical students in the country, which seeks the formation of capacities, skills and consolidation of concepts so that the graduate doctor performs a correct medical practice. The achievement of competences in the field of health is evidenced at the end of the degree and various problems around the methodology used based on the pedagogy and the legal framework and compliance with this, which is the responsibility of the authorities in charge of the internal physicians. human.

Keywords: medical internship, pedagogy, health competencies

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el último año de la carrera de medicina humana y se le conoce como uno de los más desafiantes y, a su vez, gratificantes de esta. Simboliza la culminación y la integración de lo aprendido en la facultad con lo realizado en rotaciones prácticas y que se aplican día a día en los pacientes. Un periodo en donde se afianza la relación médico – paciente, al ser el interno el encargado de este y el que, generalmente, está en mayor contacto con la familia del enfermo. A su vez, es el año de estudios en donde se realizan más prácticas de procedimientos clínico-quirúrgicos y se tiene el primer contacto directo con la toma de decisiones médicas. Así, el internado médico, para muchos, es un pilar fundamental en la carrera del joven médico egresado.

Durante finales del 2019 e inicios del 2020, un nuevo virus se originó en la ciudad de Wuhan, China, y se expandió rápidamente a través del globo(1). Este nuevo virus de la familia de los coronavirus (denominado SARS-CoV-2) fue catalogado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del 2020(2) luego de afectar Asia, Europa y América, dejando un saldo de muertos que aumenta a diario y que, más de un año después de su inicio, sigue golpeando al país de una forma incontrolada, cambiando nuestro estilo de vida, economía, educación y (con esto último) la forma de hacer y estudiar medicina. Es así que el internado 2020 fue dividido en dos etapas: el primer trimestre del año, en donde las actividades se realizaron en hospitales de segundo y tercer nivel sin mayor cambio a años anteriores (salvo por las primeras semanas del mes de marzo en donde ya

teníamos noticias sobre la expansión del COVID-19 en países aledaños al nuestro). Esta etapa se enmarcó entre sucesos relevantes para nuestro país, como el del 6 de marzo, en donde se informó del primer caso de la enfermedad en el país(3) y el 15 de marzo, en que el entonces presidente Martín Vizcarra Cornejo instauró el estado de emergencia nacional e inmovilidad social obligatoria por un periodo, primeramente, de dos semanas, prolongándose por meses debido al aumento de casos y fallecidos(4). Fue este día en que la mayoría de internos de medicina fueron retirados de sus sedes docentes en salvaguarda de su salud. El 10 de abril se confirma la suspensión de actividades educativas, con lo cual el internado médico quedaba suspendido por decreto supremo N° 064-2020-PCM(5).

La segunda etapa comenzó entre los meses de octubre y noviembre del mismo año luego de diversas tentativas sobre el retorno de los internos a las sedes hospitalarias y negativas de parte de los mismos docentes coordinadores académicos de sedes docentes, ante la salvaguarda de la salud de los estudiantes. Fue por el decreto de urgencia emitido por el Poder Ejecutivo(6) y enmarcado en el documento técnico realizado por el MINSA (Ministerio de Salud)((7), por el cuál se dispuso que se reanudara el internado de ciencias de la salud en centros de salud de primer nivel de atención y en áreas en donde no se atendiera a pacientes COVID positivos para la protección del alumnado. A su vez, este retorno al internado médico significó el reconocimiento (luego de muchos años) del grado de práctica pre-profesional a este periodo de estudios médicos, otorgándole beneficios no percibidos con anterioridad como un sueldo mínimo vital, seguro de salud, seguro de vida y horario definido (sin embargo, veremos que esto no se ha cumplido a cabalidad). A pesar de que se intentó poner en primera instancia la seguridad del interno, el país seguía asolado por el COVID-19, teniendo una cifra de muertos diarios alta, así como de contagios(8). Esto, sumado a la falta de equipos de protección personal, la falta de equipamiento y espacio en los centros de salud y la desinformación y miedo de la población al afrontar la enfermedad, establecieron un contexto desfavorable para el aprendizaje y riesgoso para el alumnado, teniendo al momento más de un millón y medio de

personas contagiadas de coronavirus(8) entre los cuales también se encuentran internos del área de la salud.

Se eligieron nuevas sedes para culminar el año lectivo en centros de primer nivel de atención alrededor del país. En el caso de Lima, fueron distribuidos (en principio) según la dirección de domicilio, aunque esto no se cumplió. La institución a la que fui asignado fue el “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján” localizado en el distrito de Chorrillos, en el departamento de Lima, el cual es un centro de categoría I-3(9). Se inició actividades en noviembre, bajo las nuevas regulaciones y beneficios que el gobierno otorgaba al interno de medicina. Como en el internado en un centro de mayor capacidad resolutive, se organizó a los internos para que pudieran rotar en los servicios que la institución tenía habilitados, los cuales fueron: medicina, nutrición, enfermería (consultorio de vacunación, tópico de inyectables y programa de control de tuberculosis) y obstetricia. Así, se brindó una mejor experiencia académica dentro de las limitaciones propias de un centro de primer nivel de atención.

De esta manera, se dio inicio a las actividades de los internos de medicina en los servicios ofertados por los centros de salud de primer nivel, en medio de un escenario dado por el COVID-19, que ha venido empeorando a pesar de las medidas sanitarias adoptadas y las recomendaciones de profesionales de salud para su control. Sin embargo, dio la oportunidad al sector menos cuidado del sistema de salud: el primer nivel de atención, para que sea parte de la formación de los médicos peruanos y, así, que estos visualicen una realidad que otros internos de medicina no pudieron experimentar antes de ejercer la profesión

CAPÍTULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Sobre la importancia del internado médico

El internado médico es el último año de la carrera de medicina humana en el cual el alumno tiene un contacto directo y continuo con los pacientes de las principales especialidades que un médico cirujano debe conocer: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía general. Su incorporación a la formación médica se inició a finales del centenario de 1800, de origen anglosajón, y que pasó a nuestro continente a inicios de 1900(10). En nuestro país, se realiza en hospitales de categoría dos y tres, desde el primero de enero hasta el 31 de diciembre, en donde el interno asume un rol importante en el funcionamiento de la estructura hospitalaria. Es, muchas veces, el que agiliza las gestiones para procedimientos, el que tiene el primer contacto con los pacientes que ingresan a hospitalización y a sala de emergencias y el que lo evalúa con más frecuencia.

A pesar de la importancia que se le asigna a este año, la pandemia por COVID-19 forzó un cambio drástico en la metodología de enseñanza, tanto en lo teórico como en lo práctico, e incluso tuvo que frenar la educación de los internos de medicina. Al cerrarse las plazas usuales de prácticas clínicas (hospitales de tercer y segundo nivel), debido a que estaban colapsadas por la atención de los contagiados, a que no se daban abasto para la enseñanza médica y por la salvaguarda de la salud de los estudiantes, se tuvo que replantear la oferta académica para ese año lectivo. De lo usual (lo cual ya se

estaba llevando en el primer trimestre de del año 2020), que era la práctica continua en los establecimientos de salud de mayor nivel resolutivo en las distintas especialidades médicas ofertadas, asistir a juntas médicas diarias, realizar guardias en sala de emergencias y poder participar en procedimientos clínico-quirúrgico con los especialistas, se optó por limitar la práctica clínica a lo estrictamente primordial en centros de salud de primer nivel, se fomentó el uso de simulaciones online, conversatorios de casos pasados o hipotéticos online y el desarrollo de preguntas teóricas sobre tópicos específicos.

Actividades teóricas virtualizadas

La Universidad de San Martín de Porres, al igual que las demás facultades de medicina en el país, desarrolló sílabos adaptados al contexto virtual de enseñanza para las especialidades de medicina interna, pediatría, cirugía y gineco-obstetricia, siendo el punto más crítico la adaptación de un año de prácticas hospitalarias en simulaciones y apoyo teórico online. La competencia que se buscaba formar mediante estas actividades fue la de identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud. En estos sílabos(11)(12)(13) se detalla los temas académicos (en base a casos clínicos y procedimientos clínico-quirúrgicos) a desarrollar por semana siguiendo una dinámica de grupos de estudiantes liderados por dos docentes (médicos especialistas) usando una plataforma virtual. Se logró complementar los conceptos básicos sobre las principales enfermedades de cada especialidad como por ejemplo: afecciones respiratorias, infecciosas, alteraciones de sistema nervioso central y alteraciones metabólicas frecuentes en la especialidad de medicina interna; atención prenatal, sangrado durante el embarazo, infecciones, neoplasias, manejo de parto, identificar factores de riesgo para parto complicado en ginecología y obstetricia; afecciones respiratorias, afecciones de tracto digestivo, infecciones, evaluación del recién nacido, profilaxis del recién nacido, esquema de vacunación, nutrición y prevención de anemia en el apartado de pediatría.

Sin embargo, el desarrollo de los tópicos no fue uniforme entre los distintos grupos. Algunas reuniones muchas veces no tenían la dinámica que se esperaba o los conceptos no eran reforzados por guías actualizadas en la materia. Cabe hacer la comparación y recordatorio que dichas reuniones sobre discusión de tópicos, casos clínicos y observación de procedimientos reemplazaban lo que usualmente se realizaba en el servicio de cada sede hospitalaria: discusión de los casos observados (no solamente como algo dirigido a los estudiantes; sino que se participaba de la discusión en conjunto para asistentes y residentes que influían en la toma de decisiones médicas del paciente), exposición de tópicos selectos por asistentes o residentes, reuniones de exposición de casos selectos, charlas dirigidas a los internos de medicina sobre tópicos básicos en cada especialidad enfocadas desde el instructivo del especialista. Así también fue con la realización de procedimientos: mientras que en el hospital estos se hacían según necesidad y bajo la guía de un asistente y residentes, en la virtualización se optaba por la visualización de videos. A pesar de las dificultades, el reemplazo del apartado teórico logró estar a la par, muchas veces, de lo que se observaba en los hospitales, mas no en los procedimientos por las propias limitantes de la metodología.

1.2 Actividades prácticas en el internado médico 2020

Otro aspecto que se tiene que observar es la parte práctica (más allá de los procedimientos específicos antes hablados) que simbolizaba el internado médico y cómo fue adecuado en el contexto de la pandemia con las limitaciones y recomendaciones de los entes reguladores. Según la directiva técnica emitida por el MINSA(7), en el marco del cierre de brechas en salud dadas por el Poder Ejecutivo(6),19/05/2021 6:04:00 el internado de ciencias de la salud se iba a desarrollar (por primera vez en su historia) en el primer nivel de atención de salud. Esto conllevó a la adecuación de los internos y del personal asistencial de estas instituciones a formar rotaciones y programas de aprendizaje en los servicios ofertados según disponibilidad de cada centro y, a su vez, determinar la forma de seguir con los protocolos de bioseguridad contra el coronavirus al realizar cualquier actividad. Una de las problemáticas observadas fue el enfoque sobre lo estudiado a lo largo de los años de facultad

y lo que se realiza en centros de atención del primer nivel: el estudiante de medicina al terminar la carrera ha sido llevado académicamente a la especialización de la materia, abarcando muy poco la prevención y promoción de la salud, lo cual es el eje central de la atención en centros de salud al rededor del país.

De esta forma, realizar el internado médico en estos centros de atención fue enriquecedor para lo ya aprendido, brindando la experiencia de la forma de aplicación de estrategias de promoción y prevención en salud, más allá del diagnóstico clínico de patologías comunes que aquejan a la población. Así, el interno fue partícipe en la formación de campañas médicas de salud, programas en donde involucran más el contacto con el aspecto social del paciente como lo es el control de tuberculosis y el programa de vacunación, ambos a cargo del personal de enfermería. Esto genera consciencia en el alumno de la forma holística del tratamiento hacia el enfermo, alejándolo de la perspectiva netamente académica – científica y acercándolo más al contexto social que toda persona presenta y en el cual el médico también puede influir desde las áreas de la salud. Por tanto, a pesar de que en el presente año lectivo de internado médico no se logró observar patologías complejas ni el manejo en hospitalización de pacientes y, en muchos casos, tampoco emergencias médicas de consideración, sí se logró acercar al futuro médico con lo que lidiará en los primeros años de ejercicio de la profesión: fomentar el contacto médico paciente, tener en consideración la importancia de la prevención y promoción de la salud, conocer las metodologías de prevención y promoción en este campo y saber su forma de aplicación, tomar consciencia del ser social que es la persona y como su contexto influye en su tratamiento y rehabilitación para que de esta forma se amplíe el enfoque que el graduado tendrá respecto a la atención médica que ofrecerá a sus pacientes.

1.3 Casos clínicos relevantes en el internado médico 2020

Los logros alcanzados en el aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos son evidenciados en el manejo de las patologías que el interno pudo realizar y/u observar. Si bien es cierto, el internado médico debió haber tenido una

trayectoria dividida en cuatro especialidades básicas, la realidad del primer nivel de atención difiere mucho de lo esperado, puesto que no se cuenta con especialistas en dichas sedes docentes. Por tanto, la mayoría de internos solo pudo realizar una rotación en el año de internado en un hospital de categoría III.

Medicina interna

Se describe el caso de un paciente masculino de aproximadamente 60 años de edad, que acude al consultorio de medicina por referir síntomas respiratorios (tos, dificultad para respirar) por más de 3 semanas. Refiere que previamente recibió el diagnóstico de infección por COVID-19 en otro centro de salud, sin haberle realizado alguna prueba de confirmación, y le prescribieron un esquema antibiótico junto con corticoides. El paciente no refiere mejoría por lo que acude al centro de salud Gustavo Lanatta por la cercanía a su domicilio. El médico de turno solicita una radiografía de tórax, lo observa y lo refiere al programa de tuberculosis.

Aquí el interno encargado visualiza la radiografía y describe una radiopacidad en tercio inferior de pulmón derecho compatible con una efusión pleural, así como patrón algodonoso en ambos pulmones, desde el ápice hasta las bases, acompañados de cisuritis en tercio medio del pulmón derecho y bulas en la zona apical del mismo. No se evidencia patrón intersticial compatible con neumonía viral. Se solicita prueba de esputo y exámenes complementarios, según norma técnica, para el ingreso a programa de control de tuberculosis ante evidencia radiológica(14).

Ambos resultados de las pruebas de esputo dieron positivo para tuberculosis (una cruz). Además, al interpretar el resto de exámenes de laboratorio, se determina una falla renal (probablemente crónica) por contar con creatinina de 2.17, transaminasas elevadas, fosfatasa alcalina elevada, anemia moderada y albumina baja. Se estadifica la falla renal según la tasa de filtración glomerular en función de la ecuación de Cockcroft-Gault(15) en donde se encontró falla renal grave (escala G3 de la KDIGO 2012(16)), lo que posteriormente se confirma en interconsulta de endocrinología.

Se realizó el ingreso del paciente al programa de tuberculosis de acuerdo a norma técnica vigente, realizando la historia clínica focalizada en donde se buscó antecedentes patológicos y psico-sociales que puedan influir en el tratamiento. Se realizó también un examen físico general y la descripción de la radiografía de tórax. Hacer mención que el paciente se encontraba con saturación de 94% sin soporte ventilatorio. Fue durante esta evaluación y revisión de historia clínica pasada realizada por el interno en donde se encontró que el paciente contaba con múltiples comorbilidades aparte de la falla renal (litiasis vesicular, artrosis, arritmia cardíaca, cirrosis hepática e hipertensión portal), además de contar con una disminución de la capacidad motora para el desplazamiento por antecedente de traumatismo severo por accidente de tránsito y fractura de huesos de miembro inferior derecho. Además, se realizó las interconsultas requeridas con el servicio de nutrición y el de psicología, como dicta la normativa para el tratamiento de pacientes con tuberculosis, para tener un manejo integral del paciente y valorar su adherencia al tratamiento y el apoyo social con el que cuenta.

Una vez realizado los procedimientos, se consultó con el médico responsable del programa por el esquema farmacológico a usar, puesto que es sabido que cambia de acuerdo a la valoración de la función hepática y la función renal. Se realizó así una interconsulta con la especialidad de neumología, indicando que se inicie un esquema estandarizado para tuberculosis sensible sin modificación de dosis ni frecuencia de tomas. Actualmente, el paciente continua en tratamiento diario cumpliendo el protocolo DOTS(17).

Es importante recalcar el mal manejo que se tuvo con el paciente respecto al diagnóstico y al tratamiento con el que acude al centro de salud Gustavo Lanatta, puesto que según a definición de caso estipulada en guía de práctica clínica peruana de COVID-19, para diagnosticar un caso se necesita la confirmación por prueba de laboratorio, siendo el estándar hasta el momento la prueba molecular por PCR(18), lo cual es corroborado por todas las entidades de salud a nivel mundial(19). Además, es contradictorio que se indique antibióticos ante una enfermedad que causa neumonía viral y que,

lamentablemente, es una práctica médica errónea común hasta la fecha y que ya se viene denunciando en sociedades académicas(20) junto con la administración de fármacos que ya han demostrado su inutilidad en las formas leves y, más aún, en la prevención e inicio de la infección por el nuevo coronavirus (hidroxicloroquina(21), ivermectina(22), por ejemplo).El tratamiento para COVID-19 leve y moderado, hasta el momento, es indicar fármacos para controlar los síntomas del paciente (tos, fiebre, mialgias, altralgias, diarrea, entre otros), monitoreo estricto de la temperatura y saturación de oxígeno en casa y aislamiento domiciliario(19). Por otro lado, el esquema asignado para tuberculosis no es el adecuado, puesto que como el paciente presenta falla renal, según la norma técnica del MINSA, se debe cambiar la frecuencia del etambutol y la pirazinamida a tres veces por semana y no diario como en el esquema sensible(14). Además, se debe tener un control estricto de los posibles efectos adversos de los fármacos, puesto que el paciente contaba también con una arritmia cardíaca detectada durante la evaluación en el programa de tuberculosis (para lo cual se hizo una referencia a un centro de mayor complejidad por el servicio de cardiología). De esta forma, se evidencia los logros alcanzados en cuanto a conocimientos teóricos respecto al manejo del COVID-19 y la tuberculosis, así como la adquisición de competencias para el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado del paciente.

Otro caso relevante es el de un paciente masculino de aproximadamente 60 años de edad ingresado al programa de tuberculosis por presentar tuberculosis pulmonar sensible a medicamentos de primera línea. Actualmente labora como vigilante en el distrito perteneciente a la jurisdicción del centro de salud, el cual cuenta con más de 800 casos activos según el último reporte del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades(23), además de referir vivir en una misma casa con todos sus familiares, siendo un espacio cerrado y con poca ventilación. El paciente cursaba, al momento del ingreso a las labores de los internos, terminando la primera fase de tratamiento según esquema MINSA (isoniacina, rifampicina, pirazinamida y etambutol) sin presentar efectos adversos a medicamentos y, según el reporte de enfermería, en el estudio de contactos no se tenía ningún

sintomático respiratorio al momento del ingreso al programa. Sin embargo, el paciente refiere que su hijo, de aproximadamente 25 años de edad, presentaba tos y expectoraba durante el día y que además había disminuido de peso en los últimos meses.

Así, esta última persona (hijo) acude al programa de tuberculosis, refiriendo como antecedente principal el estar con tratamiento para COVID-19 y haber tenido tuberculosis sensible a medicamentos hace 3 años y haber dejado el esquema. El interno solicita muestras de esputo por protocolo para tuberculosis y determina que el paciente debe continuar en aislamiento por la historia natural de la enfermedad del nuevo coronavirus. Las muestras son remitidas por un familiar (mientras el paciente cumplía con cuarentena) dando como resultado ser positivo para tuberculosis (tres cruces). Una vez superado la enfermedad por COVID-19, el paciente acude al consultorio del programa de tuberculosis, en donde el interno solicita los exámenes auxiliares de rutina para el ingreso del paciente(14) (hemograma completo, glicemia en ayunas, creatinina, perfil hepático, prueba rápida o ELISA para VIH 1-2 y radiografía de tórax).

Al día siguiente, llegan los resultados de laboratorio en donde se evidencia elevación de transaminasas con fosfatasa alcalina elevada, creatinina en valores normales, anemia leve, glucemia en rango normal, prueba de ELISA negativo para VIH 1 – 2 y una radiografía que evidenciaba una caverna en el ápice del pulmón izquierdo alrededor de un patrón alveolar, no se observó patrón intersticial. El interno realiza la historia clínica de ingreso en donde el paciente refiere consumo de marihuana desde los 17 años y consumo de alcohol ocasional, tener antecedente de haber abandonado el tratamiento contra la tuberculosis hace 3 años, exéresis de un lipoma en la región tenar de la mano derecha. Además, menciona vivir con esposa e hijo en la misma habitación.

Se inicia esquema para TBC sensible a medicamentos (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol), por indicación del médico encargado. Además, se brinda consejería sobre los posibles efectos adversos de los

fármacos y de la importancia de seguir con el tratamiento de forma continua, por el bien de su salud y la de su familia. Es aquí en donde radica la relevancia de este caso, puesto que nos evidencia las competencias del médico más allá del consolidado de conceptos teóricos académicos. La interacción social con el paciente, simbolizado en la formación de la relación médico-paciente, es de suma importancia para que este confíe en el médico y así contribuya a ser un factor de adherencia al tratamiento, resolviendo sus inquietudes y despejando sus dudas. Algo que se evidencia hasta el día de hoy, puesto que el paciente continúa asistiendo puntualmente a la toma de medicamentos, realiza el reporte de síntomas y las consultas pertinentes al interno de medicina. Además, junto al equipo de enfermería, se inicia la búsqueda de la enfermedad en los contactos cercanos (esposa e hija), siendo ambas negativas para tuberculosis.

Cirugía general

Cirugía general se desarrolló en el Hospital de Vitarte durante los meses de enero, febrero y marzo del 2020. Llevó la metodología usual del internado médico, realizando actividades en hospitalización, emergencias y consultorio. También el interno fue partícipe de procedimientos quirúrgicos (cirugías de vía biliar, resecciones intestinales, apendicectomías, curación de heridas, curación de herida operatoria, cuidado de colostomías, retiro de puntos). Los casos más relevantes fueron:

Paciente masculino de aproximadamente 60 años de edad que acude a emergencia por presentar distensión abdominal asociada a dolor intenso desde hace aproximadamente 3 días. Refirió no haber tenido cirugías previas ni comorbilidades, nació en la sierra del país y vive en lima desde hace un mes. Al ingresar al paciente a observación de emergencia se realiza la evaluación física dirigida, encontrándose distensión abdominal evidente, con timpanismo en cuadrantes inferiores del abdomen; además, dolor a la palpación profunda y resistencia a la misma. Se solicita hemograma completo y radiografía de tórax en bipedestación.

Una hora después el paciente presenta alza térmica y alteración del sensorio, los resultados de laboratorio muestran leucocitosis con desviación izquierda y elevación de la creatinina por encima del valor normal. El interno, junto al personal de guardia, evalúa la placa de radiografía abdominal en donde se observa asas intestinales distendidas asociadas al signo característico de “grano de café” compatible con vólvulo de sigmoides. No se observa aire en la zona rectal. Se reevalúa al paciente encontrándose con temperatura de 38.5 axilar y un puntaje de Glasgow de 13 puntos, observándose un deterioro del sensorio evidente. Además, presentó dolor intenso a la palpación superficial en cuadrantes inferiores del abdomen.

El cirujano encargado de la guardia indica iniciar rehidratación con cloruro de sodio al 0.9%, iniciar antibiótico terapia con ciprofloxacino y metronidazol y solicitar exámenes pre quirúrgicos ante el diagnóstico de vólvulo de sigmoides complicado para ingreso de emergencia a sala de operaciones. Los internos encargados de la guardia en emergencia solicitaron los exámenes (hemograma completo, perfil de coagulación, función hepática, función renal) y realizaron la toma de un electrocardiograma para que se evaluado por medicina intensiva y otorgue el riesgo quirúrgico. No se encontró alteraciones en los trazos.

Se ingresa al paciente a sala de operaciones durante la madrugada, el interno de turno ingresa como tercer ayudante junto con el residente de tercer año y el cirujano a cargo. Al realizar la intervención se encuentra un vólvulo de sigmoides con coloración oscura en la zona central, así como en la parte distal y proximal del mismo, además se encuentra líquido libre en cavidad. Por tanto, el cirujano indica resección intestinal con procedimiento tipo Hartman para una colostomía además de un lavado peritoneal. La intervención es exitosa y el paciente pasa a la unidad de recuperación. El interno a cargo realiza junto con el cirujano el reporte quirúrgico. De esta forma repasa los conceptos teóricos de las intervenciones quirúrgicas y visualiza la forma del llenado de este documento.

El paciente, antes de salir de la unidad de recuperación, presenta hipotensión y persiste con alteración del sensorio y fiebre alta, por lo cual el anestesiólogo encargado diagnostica sepsis de foco abdominal y el paciente es trasladado a la unidad de cuidados intensivos. A pesar de que los internos de medicina no suelen rotar por este servicio, esta vez fueron partícipes del manejo y evolución de este paciente, por ser un caso relevante. Se indicó iniciar rehidratación con cloruro de sodio al 0.9%, iniciar Imipenem y vancomicina asociada a vasoconstrictores, con uso de bomba de infusión. El paciente tiene un pronóstico reservado y fallece a los 4 días de ingreso a la unidad.

Otro caso relevante es el de una niña de aproximadamente 13 años de edad que es referida del tópico de pediatría por presentar dolor abdominal e inapetencia. El interno encargado evalúa a la paciente y hace más preguntas a los padres, encontrando que el dolor se inició hace un día a nivel del hipogastrio y persiste a ese nivel, fue de inicio progresivo aumentando su intensidad durante el día, no ingirió comidas copiosas antes del inicio de síntomas ni comidas ajenas a su dieta habitual. Los padres no cuentan con termómetro en casa; sin embargo, sí refirieron haber sentido alza térmica en su hija. No refieren vómitos, pero sí náuseas. No ha realizado deposiciones.

El interno llama al cirujano de guardia mientras completa la anamnesis y realiza la evaluación física. En esta, se halló un abdomen sin masas ni alteraciones en la piel; ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia e intensidad, abdomen rígido a la palpación con intenso dolor difuso en los cuatro cuadrantes del abdomen y que predominaba en el cuadrante inferior derecho asociado a un signo de Rovsing positivo. Así, se solicita hemograma completo y una radiografía de abdomen en bipedestación. Se indica rehidratación con cloruro de sodio al 0.9% y se espera resultados. Al llegar, se evidencia leucocitosis con desviación izquierda y en la radiografía abdominal no se encuentra asas distendidas. El grupo de internos encargados de la guardia realiza el diagnóstico de apendicitis aguda complicada con peritonitis, al tener criterios clínicos y de laboratorio del score de Alvarado y el examen físico de abdomen en tabla asociado a intenso dolor abdominal. El

cirujano re evalúa lo planteado confirmado el diagnóstico. Se conversa con el cirujano pediátrico y se indica la cirugía con carácter de emergencia.

Los internos del turno correspondiente ingresaron al procedimiento en donde se realizó una apendicectomía convencional con lavado peritoneal por encontrar apendicitis aguda asociada a peritonitis localizada. Posterior al procedimiento, la paciente pasa a hospitalización de cirugía para su recuperación mostrando una evolución favorable, con disminución del dolor, temperatura en rango normal y no tener alteraciones en la herida operatoria.

Es importante resaltar de este caso algo que no muchas veces es rescatado en los reportes. La paciente y su familia poseían pocos recursos y eran de nacionalidad extranjera. Esto dificultó el proceso diagnóstico y la rapidez en iniciar la terapéutica, puesto que los padres no podían pagar los exámenes solicitados debido a que no contaban con seguro médico. Es así que, también, el grupo de internos coordinó gestiones con el servicio de asistencia social para agilizar los trámites burocráticos respecto a los pagos, en favor de una atención inmediata de la paciente por su alto riesgo de complicación y su edad. De esta forma se evidencia que la práctica del internado médico no solo radica en la formación académica, sino en la interacción con el paciente de acuerdo a su contexto social, para así brindar las soluciones necesarias para un correcto manejo de la enfermedad en tiempo oportuno. Algo que suele perderse en el tiempo.

Gineco-obstetricia

En el centro de salud asignado para la reanudación del internado médico 2020 no se cuenta con la especialidad de ginecología, pero sí con el de medicina general y obstetricia. Por tanto, se presenta los casos clínicos más relevantes expuestos en las sesiones virtuales con especialistas dadas por la universidad, que también forman parte del programa de internado médico adecuado al contexto de las restricciones por la pandemia que afecta el país.

El primer caso es de una paciente de 27 años de edad que acude a emergencia por presentar contracciones uterinas frecuentes de moderada

intensidad desde hace 5 horas. Además, refiere pérdida de flujo vaginal verdoso desde hace 3 horas, percibe movimientos fetales activos, niega sangrado vaginal y niega signos de irritación cervical. Sus antecedentes gineco-obstétricos fueron: uso de medroxiprogesterona hasta marzo del 2020 como método anticonceptivo, cuatro gestaciones: dos abortos incompletos con legrado uterino, un parto vaginal hace 9 años con desgarro perineal de cuarto grado y la gestación actual. Mencionar también que la paciente presentó una infección urinaria, por la cual fue hospitalizada.

Se describe el examen físico: presión arterial de 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 98, frecuencia respiratoria de 20, saturación de oxígeno de 98% a nivel del mar sin soporte ventilatorio, temperatura de 36.2 grados Celsius. La altura uterina es de 35 cm, frecuencia cardíaca fetal de 128, feto en situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha. Al tacto vaginal se encuentra un cérvix posterior dehiscente a 2 dedos, de consistencia intermedia, el cual está incorporado al 50%. Altura de presentación de -4, no se evidencia pérdida de líquido, membranas ovulares planas con pérdida de tampón mucoso.

A partir de esta información, el interno realiza un cuestionario en donde se realiza el diagnóstico y el manejo de la paciente, para discutirlo en grupo mediante sesión virtual con un especialista. Los diagnósticos fueron: gestación de 40 semanas y 4 días por ecografía de primer trimestre, infección de tracto urinario y posible insuficiencia útero-placentario (gestación a término tardía versus embarazo prolongado). En este caso en particular se enfatiza en conocer los factores de riesgo gineco-obstétricos de la paciente haciendo mención de los dos abortos incompletos con legrado uterino, el desgarro de cuarto grado en parto vaginal de la segunda gestación, el antecedente de hospitalización por enfermedad infecciosa (ITU) y, además, se agrega en el relato verbal por la especialista que la paciente no presentaba vacunas correspondientes a la gestación ni tampoco controles prenatales.

Se determina en grupo el manejo de esta paciente, sugiriendo hospitalización por la edad gestacional y la infección de tracto urinario iniciando esquema

antibiótico (gentamicina y ampicilina) y proceder a la inducción del trabajo de parto. En la reunión, se refuerzan los conceptos logrados sobre los medicamentos usados para la inducción del trabajo de parto (oxitocina, misoprostol y prostaglandinas)(24) y de los protocolos de infusión de los mismos dada por guías de práctica clínica internacionales(25).

Otro caso de relevancia es de una paciente de 28 años de edad, que acude a emergencia por presentar desde hace 1 semana dolor abdominal bajo a predominio de hipogastrio, dispareunia, temperatura incrementada cuantificada (38 – 39 grados Celsius) y flujo vaginal verde grisáceo con mal olor. Ante la indagación referente al tiempo de enfermedad, se encuentra que la dispareunia data de 2 semanas y el flujo vaginal desde hace 3 semanas. Entre sus antecedentes relevantes encontramos que ha tenido 3 parejas sexuales con un inicio de relaciones sexuales a corta edad (16 años), tres gestaciones: un parto eutócico, un parto gemelar pre termino y un aborto inducido hace 6 meses, con 8 semanas de gestación. Además, la paciente ha padecido de hepatitis B y Bartolinitis la cual fue drenada hace 1 año. Es alérgica a la penicilina.

Al examen clínico se encuentra temperatura de 38.5°C, con frecuencia cardiaca de 97, frecuencia respiratoria de 18 y presión arterial de 120/70 mmHg. A la ectoscopia, moderada palidez. Además, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha, con signo de Blumberg positivo. A nivel de los genitales externos se observa lesiones papilares en cresta de gallo en la zona perineal. En la especuloscopia se evidencia secreción verdosa escasa que fluye por el orificio cervical externo asociado a flujo de color gris de consistencia espumosa que se adhiere a las paredes vaginales, con mal olor, y eritroplasia moderada de 2cm de diámetro. El útero tiene una posición ante-verso-flexo, de 8 cm, muy doloroso a la movilización del cérvix. También, se palpan ambos anexos engrosados con mucho dolor al igual que el fondo de saco.

El resultado de hemograma muestra leucocitosis con desviación izquierda y anemia moderada. No se encontraron alteraciones en otros exámenes como

glucosa en ayunas, perfil de coagulación, perfil hepático y perfil renal. En el examen de orina se evidencia leucocituria asociada a gérmenes (dos cruces). La ecografía transvaginal revela un endometrio de 12 mm de grosor, ovario izquierdo de 34 x 29 mm con folículos menores de 4 mm, anexo derecho con masa mixta de 42 mm y escaso líquido libre en el fondo de saco.

Los internos, junto con el especialista en la sesión virtual, plantean los diagnósticos de: enfermedad inflamatoria pélvica estadio 3 basado en los criterios de Hager modificados (los cuales agrupan criterios de laboratorio y clínicos), sugiriendo una salpingitis, masa anexial y una pelviperitonitis(26). Estos criterios se correlacionan entre lo estipulado en guías clínicas internacionales y también con la norma técnica para el manejo de infecciones de transmisión sexual emitida por el MINSA en el año 2009(27). Basándose en este último documento y en las recomendaciones de guías internacionales basadas en evidencia, se concuerda en la hospitalización de la paciente por la severidad del cuadro e inicio de antibióticos según esquema dado por el Ministerio de Salud(27) con clindamicina y gentamicina por vía parenteral o su alternativa por doxicilina y cefoxitina endovenoso(28).

En el aspecto preventivo, se llegó a la conclusión de que como la enfermedad inflamatoria pélvica es producida por una infección ascendente, es importante educar acerca de la higiene en la zona genital, las infecciones de transmisión sexual y al uso de preservativo durante el coito. De esta manera se refuerza lo que se verá en centros de atención de primer nivel, en donde la consejería y la promoción de la salud es fundamental.

Pediatría

En el centro de salud asignado no se cuenta con la especialidad de pediatría, pero sí con el servicio de enfermería encargado del área de vacunación. Además, se presentan casos relevantes vistos en las reuniones virtuales impartidas por la universidad sobre la especialidad de pediatría.

En el consultorio de vacunación se presentaron múltiples casos prácticos sobre el correcto manejo de las vacunas del esquema nacional de vacunación

emitido por el Ministerio de Salud(29). Se reforzaron conceptos teóricos de todo el esquema, repasando las fechas de aplicación y los rangos de días en que se puede aplicar las vacunas, además de sus consideraciones especiales, aspectos que no se toman en cuenta al momento de realizar este capítulo en la facultad. Esto se pudo dar debido a la realidad de los casos que se presentaban en el tópico de vacunas, ya que debido al contexto de la pandemia por COVID-19 los padres de familia no pudieron acercarse por las vacunas de sus hijos en el tiempo indicado, lo que obligaba a conocer los rangos establecidos de aplicación para la reanudación del esquema. Además, se reforzaron los conceptos teóricos sobre preservación de las vacunas y el mantenimiento de la cadena de frío, lo cual muchas veces está a cargo del médico en centros de salud alejados de las ciudades principales, en poblaciones del Perú profundo.

En la parte práctica, los internos pudieron ser partícipes de las aplicaciones de vacunas a niños y adultos, bajo la supervisión del equipo de enfermería encargado, y acompañar en las campañas de vacunación realizadas en la comunidad, reforzando así las habilidades de prevención y promoción de la salud. También pudieron asistir a las actividades de campo realizadas por las enfermeras, las cuales consistían en acompañar al personal de turno a realizar vacunaciones casa por casa en el distrito de Chorrillos. De esta forma, se fortalece la adquisición de competencias que en otros años de internado no se podían alcanzar, enfocados a las necesidades directas de la población.

Por otro lado, sí se observaron casos clínicos de hospitalización y emergencias en las reuniones virtuales con especialistas. Se menciona el caso de una lactante mujer de 18 meses de edad que acudió a emergencia por presentar, desde hace 5 días, deposiciones líquidas (padres mencionan 8 cámaras al día que rebasan el pañal), con moco y sin sangre, asociado a vómitos (4 veces por día) y alza térmica no cuantificada. Presenta apetito disminuido, sueño conservado y madre refiere no haberle dado medicación previa. Entre sus antecedentes patológicos se menciona enfermedad diarreica aguda a los 12 meses y a los 15 meses de edad (nunca estuvo hospitalizado), también es importante recalcar que acude a guardería desde los 12 meses y

no cría aves de corral ni estuvo en contacto con familiares enfermos. Los antecedentes perinatales de importancia son: nació por parto eutócico a las 38 semanas pesando 4.3kg, recibió lactancia mixta los primeros 6 meses, iniciando alimentación complementaria a los 5 meses; presenta todas sus inmunizaciones completas para la edad y un correcto desarrollo psicomotor hasta la fecha.

Al examen físico se encuentra una frecuencia cardiaca de 178, frecuencia respiratoria de 26 y temperatura de 36.5°C. Con peso de 11.5 Kg y una talla de 82.5cm. Se describe despierto, poco reactivo, conectado con el entorno y algo irritable al examen. Los ojos están hundidos y las mucosas secas, el llenado capilar es mayor a 2 segundos y no presenta signo del pliegue ni petequias. En la evaluación por sistemas no se encuentra alteraciones en el aparato respiratorio ni en el cardiovascular. A la evaluación del abdomen se encuentra ruidos hidroaéreos incrementados, sin distensión, blando y depresible, no doloroso a la palpación sin sentir visceromegalia.

Se discute el caso en la reunión virtual entre internos y el especialista, llegando a los diagnósticos de: enfermedad diarreica aguda tipo acuosa (posiblemente de causa viral), deshidratación con signos de gravedad (moderada a severa) y estado nutricional eutrófico. Se utilizan los conceptos logrados del triángulo de evaluación pediátrica en emergencia(30) para definir el manejo inicial, en donde se solicita determinar la glucemia capilar del paciente y tener un acceso venoso para extracción de analíticas de laboratorio. La bibliografía sugiere iniciar con suero salino al 0.9% a dosis de 10 – 20 cc/kg endovenoso y tener al paciente en posición semi-incorporada. Sin embargo, durante el conversatorio se precisó que, de acuerdo a la evaluación de este paciente en particular, se preferiría iniciar tratamiento de rehidratación con tolerancia oral de líquidos y observación por 4 – 6 horas basándonos en la guía de práctica clínica peruana(31).

Es importante rescatar el factor de riesgo principal, el cual es acudir a guarderías, para desarrollar enfermedades gastrointestinales de origen viral. El tratamiento definitivo fue: inicio de rehidratación con sales de rehidratación

oral (SRO) de osmolaridad baja (245 mmOsm/L) a 1150 cc en 4 horas, evaluación a la hora y comprobar si toleró vía oral (por lo menos 25cc/kg en las primeras dos horas) para determinar alta y continuar tratamiento en casa. El paciente toleró la vía oral por lo que se indica reposición de líquidos 1692.5 cc de líquidos en 12 horas agregando 100 cc por cada diarrea. Por último, se agrega 20 mg al día de Zinc por 10 días como suplemento.

1.4 Integración de conocimientos al finalizar el internado médico

A pesar de la disparidad en que los alumnos llegan al año de internado en cuanto a conocimientos, habilidad en procedimientos y competencias se refiere; el internado médico simboliza la integración de todos estos conceptos y procedimientos realizados en los años de facultad en la observación diaria de pacientes, en la ayuda a los asistentes y residentes en procedimientos y en el manejo de emergencias a diario; sin embargo, la forma y los objetivos que se logran en el internado médico no es uniforme en toda la población estudiantil.

Los conocimientos alcanzados, más que reforzar, se complementan en la práctica médica diaria, más aún cuando en muchos centros de salud no se aplica la medicina basada en evidencia de una forma actualizada como en hospitales de referencia nacional. Los conocimientos logrados son en función de la casuística de la institución en donde el interno realiza sus prácticas. Así, en el caso del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, en el distrito de Chorrillos, las enfermedades observadas a diario fueron de tipo crónicas degenerativas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, las cuales afectan a gran parte de la población peruana y la que el médico recién graduado tendrá a cargo en su centro de salud. Además, se reforzó conocimientos en el área de tuberculosis e infección por COVID-19, el primero mediante la rotación continua en el programa de control de tuberculosis y el segundo en la consulta diaria en medicina. Por otro lado, se reforzó y amplió los conceptos en el esquema nacional de vacunación, pilar fundamental en la prevención de enfermedades en los niños, así como también en los adultos y gestantes.

Los procedimientos alcanzados a realizar sí difieren en gran medida entre el centro de salud y el hospital, siendo así punto de comparación a enfatizar puesto que durante los primeros meses del internado se alcanzaron las destrezas esperadas en el área en donde los internos realizaban su rotación, en este caso, el servicio de cirugía general en el Hospital de Ate Vitarte, como lo es el manejo de heridas quirúrgicas, lavado de herida quirúrgica por cierre de segunda intención, realización de suturas y extracción de las mismas, manejo de pacientes quemados, realización de férulas y yesos en traumatología, reducciones de luxaciones y ser partícipe de las cirugías programadas y de emergencia. En cambio, en el centro de salud asignado los procedimientos realizados fueron los de toma de muestra para *hemoglucotest*, inoculación de vacunas en niños y adultos, toma de muestras de flujo vaginal y toma de muestras cervicales para tinción de Papanicolaou.

Se hace destacar la adquisición de aptitudes sobre la relación médico – paciente que este año de internado generó al realizar prácticas en centros de primer nivel de atención, en donde el estudiante tuvo un contacto más cercano con el entorno del paciente, conociendo su realidad social y como influye esta en el manejo de su tratamiento. Así también, se adquirió aptitudes para el trato con los niños en el área de vacunas y cómo el médico adopta una postura de guía frente a las inquietudes de los padres de familia. De igual forma, en el programa de control de tuberculosis, el estudiante de medicina adquirió aptitudes para realizar consejería frente a la enfermedad a pacientes con problemas de dependencia a drogas, alcohol y tabaco, pacientes sin sustento familiar y a re-ingresos al programa por abandono de tratamiento, los cuales se tienen que abordar desde una posición empática y tener en consideración las limitantes de su realidad social.

CAPÍTULO II CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Sobre los centros de salud categoría I-3

Las características, obligaciones, funciones y categorías están estipuladas bajo ley dada por el Ministerio de Salud mediante la Norma Técnica de Salud “Categorías de establecimientos del sector salud”(32). Respecto a los centros de categoría I-3 se mencionan que, las funciones generales son:

- A. Brindar atención integral de salud a la persona por etapa de vida, en el contexto de su familia y comunidad
- B. Participar en las actividades de educación permanente en salud para la mejora del desempeño en servicio.
- C. Realizar la gestión del establecimiento y participar en la gestión local territorial
- D. Participar en el análisis del proceso de atención en salud para la toma de decisiones eficiente y efectiva

El personal de salud con el que debe contar, como mínimo, es de dos o más médicos cirujanos, profesional de odontología, enfermería, obstetricia y personal técnico de enfermería, laboratorio y farmacia(32).

Los centros de salud, según directiva, tienen actividades obligatorias y opcionales de acuerdo a su categoría. Para el caso de los centros de categoría I-3, son de cumplimiento obligatorio(32):

- **Atención de urgencias y emergencias:** de acuerdo a la capacidad resolutoria del centro de salud
- **Implementación del sistema de referencia y contra-referencia:** asegurando la continuidad de la atención del paciente
- **Vigilancia epidemiológica:** de enfermedades prevalentes de la comunidad, así como las zoonosis y enfermedades de notificación detectadas en la jurisdicción
- **Salud ocupacional:** vigilancia, prevención y control de las enfermedades y accidentes ocupacionales; además, desarrolla actividades de prevención de estas
- **Registro de la atención e información:** consolidado a cargo del equipo de estadística en base a los informes brindados por el personal de salud del centro de atención
- **Salud ambiental:** gestión y manejo de residuos sólidos comunes y biocontaminados generados por el centro de salud
- **Salud familiar y comunitaria:** realización de actividades de promoción de la salud, tanto en el entorno de la comunidad como dentro del establecimiento, así como el de actividades de prevención de riesgos y control de daños a la salud, recuperación y rehabilitación, siguiendo las acciones de información, educación y comunicación (IEC) de manera individual o grupal
- **Atención con medicamentos:** programación, almacenamiento y expendio mediante la receta única estandarizada (RUE) de los medicamentos, de acuerdo al petitorio de medicamentos esenciales, dispositivos médicos y productos sanitarios. Programa a cargo de técnicos de farmacia y químico farmacéutico
- **Atención de parto inminente:** solo en caso de que la gestante llegue en periodo expulsivo, alumbramiento o en puerperio inmediato. En los demás casos, se realiza la referencia a un establecimiento que cuente con sala de partos
- **Nutrición integral:** promoción de una nutrición balanceada y prevención de la desnutrición y la anemia, con énfasis en grupos

vulnerables, como: población infantil, gestantes y mujeres en edad fértil

- **Prevención y diagnóstico precoz del cáncer:** promoción de estilos de vida saludables y de la importancia del despistaje y diagnóstico precoz
- **Intervenciones de cirugía de consultorio externo:** mediante anestesia local se realizan procedimientos menores, como: sutura de heridas, extracción de uñas, desbridamiento de abscesos, entre otros.

2.2 Sobre el centro de salud Gustavo Lanatta Luján

El centro de salud Gustavo Lanatta Luján se encuentra ubicado en la Av. Defensores del Morro 556, en el distrito de Chorrillos, ciudad de Lima, departamento de Lima. Tiene como límites jurisdiccionales: en el norte a la Av. Chorrillos y Av. Independencia (distrito de Barranco), por el sur al Asentamiento Humano Armatambo (distrito de Chorrillos), por el este al Centro de Salud San Genaro y al oeste el océano pacífico (playa Herradura y Agua Dulce). El horario de atención es de lunes a sábado desde las 8am a 8pm dividido en dos turnos (mañana y tarde). Su historia data desde 1958, cuando tenía por nombre “dispensario antituberculoso” localizado en la avenida Olaya y posteriormente conocido como la Unidad de Salud de Chorrillos (trasladada al Malecón Iglesias). Fue en la década de 1970 que, luego del terremoto que azotó el país, fue trasladado a su ubicación actual recibiendo el nombre de Gustavo Lanatta Luján.

La visión del centro de salud, textualmente es: “[...] siendo nuestro propósito lograr indicadores de salud ideales, asimismo, incrementar, mantener, mejorar y satisfacer las necesidades de atención en salud de las comunidades, brindando servicios de alto nivel de calidad al 2019; incrementando la esperanza de vida de cada habitante que corresponde a la jurisdicción [...] a fin de disminuir la mortalidad asociada a la pobreza y al desconocimiento; asimismo, desarrollando programas de prevención y utilizando tecnología médica de punta, con la participación conjunta de la comunidad”.

La misión del establecimiento, textualmente es: “satisfacer la demanda brindando servicios de salud dirigidos a toda la población asignada al año 2019, en los diferentes niveles socioeconómicos, contribuyendo con mayor énfasis a las comunidades jurisdiccionales de bajos recursos económicos, de pobreza y pobreza extrema con atención de calidad, calidez y eficiencia; elevando la calidad de vida de los habitantes con el compromiso de todo el personal de salud, dispuesto a modificar conductas en bien del prójimo Chorrillano, procurando la salud en todos sus ámbitos, como principal motor del desarrollo físico, psicológico y social de los individuos, conjuntando los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas, con la colaboración de los habitantes para lograr una mejor atención integral”

La infraestructura con la que cuenta el centro de salud tiene un área total de 1007.01 metros cuadrados, de las cuales unos 333.335 metros cuadrados están contruidos y un 22.8 metros cuadrados están destinados a áreas verdes. Cuenta con 12 consultorios destinados a los servicios ofertados, el segundo y tercer piso del establecimiento es ocupado por la RIS (Red Integrada de Salud) de Lima Sur, aunque pertenece al centro de salud.

La población asignada, según el último diagnóstico situacional publicado en el centro de salud que data del 2019, presentaba 41 529 habitantes de los cuales 20 348 eran varones y 21 181 mujeres. La densidad poblacional es de aproximadamente 6.489 habitantes por kilómetro cuadrado. La jurisdicción del centro de salud está dividida por sectores, contando actualmente con trece.

La cartera de servicios ofertados por el centro de salud son los de: medicina general, odontología, psicología, enfermería (en donde comprende inmunizaciones, crecimiento y desarrollo del niño sano, programa de control de tuberculosis), servicio social, nutrición, obstetricia (atención materno perinatal, planificación familiar, detección de cáncer ginecológico, hormonización, consejería de salud reproductiva y psicoprofilaxis obstétrica), manejo de pacientes con VIH, atención en tópico de medicina (aplicación de

inyectables, colocación de vías intravenosas, aplicación de medicamentos con goteo, curación de heridas y suturas), radiología, laboratorio y farmacia.

Por el contexto de la pandemia, el centro de salud Gustavo Lanatta tuvo que limitar los servicios brindados a la población, en medida de prevenir el contagio por COVID-19, como disminuir el aforo de pacientes, disminuir las citas por turno de medicina, no realizar evaluación de crecimiento y desarrollo del niño sano, procurar asistencia para inmunizaciones mediante citas limitando la afluencia de padres de familia con sus hijos y asignar medicinas del programa de tuberculosis a domicilio. Sin embargo, aumentó un servicio a su cartera como lo es el triaje diferenciado para pacientes COVID-19, dando el manejo inicial a los pacientes sintomáticos y refiriendo los casos que ameritaban a hospitales de nivel III o villas implementadas por el seguro social de salud para esta enfermedad en específico.

En el apartado de la promoción y prevención de la salud, el centro de salud Gustavo Lanatta tiene una coordinación permanente con sus agentes comunitarios y promotores de salud, los cuales se encargan de la captación de pacientes en su comunidad para ser atendidos oportunamente en el servicio que se requiera, principalmente en el de obstetricia, que se encarga del manejo de pacientes con VIH. Debido al contexto actual, las campañas de salud disminuyeron en frecuencia; sin embargo, durante las rotaciones de los internos de medicina, se realizaron dos campañas de detección precoz de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, despistaje de anemia e inmunizaciones, despistaje de VIH por prueba rápida y atención por medicina en conjunto con otros centros de salud colindantes y entes como la Compañía de Bomberos Voluntarios Olaya N°13 del distrito. Además, en este apartado, es importante mencionar que el centro de salud Gustavo Lanatta Luján realiza vacunación extramural siguiendo protocolos de bioseguridad en el marco de la pandemia por COVID-19, enfocándose en adultos mayores y niños con esquemas de vacunación incompletos además de seguir con la búsqueda activa de casos de tuberculosis en los contactos de los pacientes ingresados al programa de control de esta enfermedad, tarea realizada por el servicio de enfermería durante las tardes como actividad de prevención extramural.

En el contexto de la pandemia por coronavirus, el centro de salud adoptó medidas basadas en avances tecnológicos para continuar con el monitoreo y gestión de pacientes como es el caso del servicio de nutrición, en donde el licenciado jefe llama según una base de datos a los padres de familia para controlar la administración de hierro a lactantes y niños, recordando las recomendaciones dadas en consulta presencial. Caso similar sucede en el consultorio de vacunación, en donde el equipo de enfermeras tiene una base de datos y gestiona citas para realizar la vacunación de una forma espaciada y con protocolos de bioseguridad en salvaguarda de los padres de familia y de los menores.

2.3 Sobre el Hospital de Ate Vitarte

El Hospital de Vitarte, perteneciente a la dirección de salud IV Lima Este, es un hospital de categoría II-2 ubicado en la Carretera Central 506, distrito de Ate Vitarte, ciudad de Lima, departamento de Lima. Su historia data desde 1957 en donde funcionó como un puesto de salud y no es hasta 1961 que se traslada a su ubicación actual. Fue en 1991, bajo el contexto de la epidemia del cólera en el país, que se empieza a atender 24 horas continuas, incorporando médicos especialistas e implementado más carteras de servicios. Finalmente, en el año 2003, recibe el grado de Hospital de baja complejidad mediante resolución ministerial(33), convirtiéndose en lo que es hoy(34).

La misión del Hospital Vitarte es, citando textualmente(35): “brindar atención de salud a la población de acuerdo a nuestro nivel de complejidad, con atención preventivo-promocional, especializada y de recuperación, utilizando la mejor tecnología, sin fines de lucro, donde la persona es el centro de nuestra misión; a la cual nos dedicamos con respeto a la vida, con equidad, solidaridad, ética y justicia social. Promoviendo el mejoramiento continuo de la calidad en salud, desarrollando actividades de seguridad del paciente, capacitación y de investigación en nuestro afán de continuar siendo agentes del cambio proactivo para lograr el máximo bienestar de las personas”.

La visión del Hospital Vitarte es, citando textualmente(35): “constituirmos en el año 2020 en una institución líder en atención de la salud integral y en centro de referencia de Lima Este. Sede docente y de investigación, con infraestructura adecuada, recursos humanos calificados y plenamente identificados con su misión, contando con tecnología avanzada, que permita brindar servicios de calidad en la atención de la salud”.

La institución cuenta con un área de 1672 metros cuadrados, en donde se posee 78 camas de hospitalización entre todos los servicios, dos salas de operaciones, equipos de rayos X, ecógrafo y laboratorio. Los servicios ofertados son en las especialidades de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general, cirugía plástica, anestesiología, oftalmología, odontología, otorrinolaringología, traumatología, dermatología, gastroenterología, radiología, ortopedista-traumatología, psiquiatría, urología, medicina intensiva, medicina familiar y medicina general; con un total de 924 trabajadores de los cuales 142 son médicos especialistas, 94 enfermeras, 39 obstetras, 2 psicólogos, 8 cirujanos dentistas, 12 tecnólogos médicos, 6 trabajadores sociales, 11 químicos farmacéuticos, 191 técnicos y auxiliares de enfermería, 3 técnicos de nutrición, 1 técnico en rayos X, 7 técnicos de farmacia, 19 técnicos en laboratorio, 263 personal administrativo y 117 trabajadores de servicios generales y de mantenimiento(34).

El Hospital de Vitarte brinda preferentemente atención en especialidades médicas antes descritas y en la atención de urgencias y emergencias las 24 horas del día siendo el hospital de referencia de los centros de salud dentro de su jurisdicción. Realiza procedimientos e intervenciones quirúrgicas con un nivel de complejidad intermedio y, a su vez, gestiona las referencias hacia nosocomios de mayor complejidad en los casos que ameriten una atención más especializada o cuando no se cuenta con equipos para el correcto manejo del paciente. Cabe mencionar también que el servicio de cirugía del Hospital de Vitarte realiza el manejo de traumatismos según protocolos internacionales como el ATLS, cargando información estadística de estas atenciones a un sistema online conectado a diferentes países que se rigen bajo los mismos

protocolos en cuanto a trauma torácico, abdominal, de miembros superiores e inferiores y de cabeza se refiere.

CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Sobre las competencias y el conocimiento

Para hablar de la aplicación profesional se tiene que sustentar la forma en que el interno de medicina logra alcanzar competencias, actitudes y destrezas en las actividades médico-quirúrgicas. Así, definimos en el ámbito educativo que competencia significa “las capacidades que se desarrollan a partir de aprendizajes significativos (esto es: conocimientos, habilidades, actitudes y valores), y que son transferidas a situaciones específicas de condiciones y contextos mediante el uso consciente de los recursos que se poseen”(36). Otros autores, como Le Boterf(37), menciona una definición más abstracta: las competencias pueden entenderse como un saber hacer combinatorio, que se entiende a su vez como “la competencia” de una persona para construir “unas” competencias pertinentes.

Las competencias presentan ciertas características, según el autor Morales(38), el cual hace alusión a otros referentes, las cuales son:

- **Las competencias son aprendizajes:** no es algo innato al ser, sino son aprendizajes adquiridos por el hombre dado dentro de un contexto disciplinar y de un entorno físico, político, cultural e histórico.
- **Las competencias son aprendizajes de carácter complejo:** su complejidad viene dada porque no es una habilidad muy específica, no se conocen exactamente cuáles son los límites de una competencia,

sumado a ello exigen actuaciones bajo estándares establecidos y finalmente, superan los saberes para convertirse en recursos y así las competencias forman a su vez, nuevas competencias.

- **Las competencias se manifiestan en desempeños y actuaciones:** esto se traduce en que no basta solo con sentirse competente, sino que la actuación que se realiza debe ser verificada de acuerdo a un estándar de competencia que es previamente establecido. Así, las competencias resultan solo pertinentes en una situación dada y cada una de estas es única.
- **Las competencias, en tanto objetivos de aprendizaje, son dominios evaluables**
- **Las competencias apuntan a una perspectiva didáctica de carácter transversal:** esto implica un análisis de los propósitos de formación del currículo, su pertinencia y organización. Además, requiere un estudio de las metodologías que se vienen aplicando en la institución para elegir las que se centran en el estudiante
- **Las competencias nos hacen competentes y pueden perfeccionarse:** en tal sentido, uno es competente cuando el desempeño alcanza el nivel de habilidad o hábito. Es cuando se domina muy rápido y con seguridad las situaciones más corrientes, puesto que se dispone de esquemas complejos que pueden entrar inmediata y automáticamente en acción y porque es capaz, con un esfuerzo de reflexión razonable, de coordinar y diferenciar rápidamente sus esquemas de acción y sus conocimientos para enfrentar situaciones nuevas(37)
- **Las competencias se definen:** en base a la relación que sostiene el individuo con el medio; por ende, no es posible definir todas las competencias requeridas por una persona para afrontar con éxito todas las situaciones de su vida profesional, mucho menos en medicina que es una ciencia en constante cambio

En el ámbito de la medicina, se especifican como competencias clínicas a(10):

- **Recolección de la información:** acerca de la entrevista que se tiene con el paciente y el examen físico que se realiza
- **Registro de la información:** realizar la historia clínica y determinar síndromes y diagnósticos específicos
- **La conducta a seguir:** manejar el tratamiento, realizar la evolución del estado de la enfermedad y determinar las sugerencias al alta o término de consulta del paciente

3.2 Metodologías usadas para alcanzar competencias

Las metodologías usadas durante el año de internado cambiaron mucho desde el inicio a su final durante el 2020, debido al contexto que estamos viviendo.

En primera instancia, durante los meses de enero, febrero y marzo, se realizó actividades académicas y prácticas en las sedes hospitalarias docentes (de mayor capacidad resolutive) que fueron elegidas por cada interno de medicina; por otro lado, en la parte final del año lectivo, reanudado luego de varios meses de cuarentena total, las actividades académicas fueron en lo posible virtuales y las prácticas disminuidas al mínimo necesario retomándolas en centros de salud de primer nivel para no exponer a los internos a contagios de COVID-19.

En el Hospital de Vitarte

Es así que durante los primeros meses del internado médico se realizaron actividades de forma normal a otros años. Este es el caso del servicio de cirugía general en el Hospital de Vitarte en donde las metodologías a usar fueron de carácter teóricas y prácticas. En el apartado teórico se realizaban discusión de casos clínicos observados en hospitalización siguiendo una guía sobre el tópico que se debería buscar (facilitado por la casuística del hospital). Así, el grupo de internos a cargo de presentar el caso, lo exponía en el auditorio frente a los demás compañeros, residentes y asistentes mientras que un asistente cirujano moderaba la discusión dando sugerencias y despejando dudas acerca del tratamiento en específico de los pacientes.

Por otro lado, también se tenía discusiones de temas teóricos con los residentes y asistentes una vez a la semana en donde el jefe del servicio realizaba un horario con tópicos selectos a cargo de un interno por sesión. Aquí, se buscaba que el alumno realice una exposición de tema basándose en guías clínicas de vanguardia a forma de actualizar el manejo del servicio en general, haciéndolo partícipe de la mejora continua del nivel académico del área de cirugía general del Hospital Vitarte. En estas sesiones, moderadas también por un cirujano experto, se fomentaba la participación activa en cuanto a preguntas y respuestas de los participantes y, al final, se realizaba una evaluación escrita de los conceptos básicos a recordar sobre cada tópico.

Siguiendo con el área teórica, también se realizaban una vez por mes conferencias generales del servicio de cirugía en donde los expositores eran los mismos asistentes y residentes del nosocomio, así como invitados de otras instituciones de gran prestigio, presentando casos clínicos del mes de suma complejidad, tópicos selectos y avances tecnológicos en referencia a cirugías comunes y complejas. De estas conferencias, los internos eran partícipes activos puesto que podían realizar y recibían preguntas del panel.

En cuanto a la parte práctica, en el servicio de cirugía del Hospital de Vitarte se pudo realizar procedimientos en hospitalización como lo son: la curación de heridas quirúrgicas en los pacientes post-operados por diferentes causas bajo la supervisión de los residentes de cirugía, mantenimiento y limpieza de distintos drenes, limpieza de ostomías y cambios de bolsas colectoras de las mismas. Junto con los asistentes, los internos fueron instruidos en la exploración de heridas quirúrgicas cuando estas mostraban signos de infección de sitio operatorio, mediante la práctica directa guiada por el especialista en cuanto a qué instrumentos utilizar, la forma de abordaje, cantidad de suero salino a usar y correcta cobertura para evitar una infección agregada. También se realizaban procedimientos menores en consultorio en donde los internos, bajo la guía de los cirujanos de turno, realizaron el retiro de puntos quirúrgicos y extracción de uñas cuando se ameritaba.

Mención aparte merece lo realizado en sala de emergencia de cirugía, en donde se utilizaba un proceso de práctica – aprendizaje supervisado, para que los internos fueran los primeros en abordar al paciente realizando la evaluación inicial e historia clínica focalizada. Luego, el cirujano encargado revisaba los datos recolectados por el interno y, bajo su tutoría, este realizaba el examen físico para determinar un diagnóstico y un plan a seguir en su tratamiento. Por último, la práctica se complementaba con el ingreso frecuente a sala de operaciones tanto para cirugías de emergencia como cirugías programadas (en modalidades como laparotomía o laparoscopia), en calidad de tercer o segundo ayudante. Así, reforzaba los conceptos teóricos sobre las cirugías más frecuentemente estudiadas.

No se menciona actividades respecto a otros servicios, puesto que no se rotó por ellos dadas las restricciones por la pandemia del COVID-19.

En el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján

En el centro de salud Gustavo Lanatta se realizaron labores prácticas y teóricas (en menor medida) durante los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero, marzo y abril de los años 2020 y 2021. Al ser un centro de salud de primer nivel de atención, no son una sede docente, motivo por lo cual fue la primera vez que tuvieron a cargo a estudiantes del área de la salud. A pesar de esto, los tutores encargados realizaron las coordinaciones pertinentes con los encargados de los distintos servicios para que instruyan a los internos a lo largo de su estancia. De esta manera, se usaron metodologías como las de exposiciones dirigidas y tutorías personalizadas para acercar al interno al trabajo diario que se realiza en la institución. Este fue el caso de las exposiciones de capacitación para la emisión del consolidado de atenciones de cada servicio, las tutorías del licenciado de nutrición respecto al correcto llenado de la receta única estandarizada, los FUAS (formato único de atención) así como tutorías respecto a la preparación de alimentos recomendados para niños y gestantes con anemia, los medicamentos recetados para el control de la anemia y sus formas de presentación así como su dosificación de acuerdo al peso y edad. En el servicio de enfermería, programa de vacunación, la enfermera encargada impartió tutorías a cerca del

esquema de vacunación nacional, el correcto llenado de la cartilla de vacunación, el reporte de los pacientes vacunados al sistema online del Ministerio de Salud y al mantenimiento correcto de la cadena de frío en el centro de salud. En el área de obstetricia, la licenciada encargada impartió una clase teórico y práctica acerca del VIH, el llenado del consentimiento informado, el abordaje de los pacientes para brindar resultados y la toma de muestras de sangre para la prueba de ELISA.

En la parte práctica, el interno de medicina tuvo mayor participación en el centro de salud en donde fue instruido por el personal técnico de enfermería y de enfermería en la preparación y aplicación de medicamentos inyectables y las vacunas, así como también en la preservación de la cadena de frío mostrando la utilización de los paquetes fríos para termo porta vacunas o caja transportadora, su colocación y preservación. Además, los internos de medicina fueron partícipes activos en el desarrollo de las campañas de salud realizadas por el centro, instruyéndolos en su implementación y coordinación, así como también en la toma de muestras en áreas específicas (toma de glucosa y toma de muestra de sangre para despistaje de anemia) y el apoyo al paciente para derivarlos al área específica de su necesidad. Todo bajo la modalidad de práctica – aprendizaje, en donde el interno realizaba la labor bajo la supervisión del profesional encargado, fomentando así la formación de capacidades y decisión clínica con un enfoque social determinado por el contexto en el que vivían los pacientes de la jurisdicción, conociendo sus limitantes.

También, los internos de medicina realizaron prácticas en el programa de control de la tuberculosis en donde, bajo la tutoría de la jefa de enfermeras encargada del área, fueron instruidos en las labores que el médico desempeña en el servicio, como: el ingreso de pacientes al programa realizando la historia clínica inicial, la evaluación física de estos y su evaluación antropométrica. También se fomentó el aprendizaje de los sistemas de comunicación entre centros de salud, ya que el manejo de los pacientes con tuberculosis es multidisciplinario; así, el interno de medicina pudo desarrollar el llenado de las hojas de referencia en donde sintetizaba el

caso clínico conocido y se comunicaba con médicos de forma virtual para la toma de decisiones en referencia al esquema de tratamiento específico. Además, fue el acercamiento a la realidad social de estos pacientes, los cuales muchas veces no contaban con ayuda económica y emocional de parte de sus familiares o presentaban dependencia a sustancias nocivas que hacían más difícil la adherencia al tratamiento, buscando y desarrollando las habilidades humanísticas necesarias para el abordaje de ellos y la consejería necesaria para mantenerlos dentro del programa.

Por último, también se desarrollaron actividades en el consultorio de medicina, como se vino haciendo desde años anteriores a la pandemia, siendo el médico a cargo el supervisor de la recolección de datos, examen físico y tratamiento dado por el interno hacia los pacientes citados.

En la facultad de medicina de la Universidad San Martín de Porres

Debido a las restricciones dadas por el gobierno en salvaguarda de la salud de los estudiantes frente al COVID-19, fue la universidad la encargada de llevar la virtualización de la gran mayoría de metodologías teóricas de forma presencial que implicaba llevar un internado médico en un hospital de mayor capacidad resolutive.

Así, se eligieron metodologías de enfoque constructivista en donde se busca que el estudiante tenga las habilidades para generar su propio conocimiento bajo la guía de un docente. De tal forma, se realizó la virtualización de la discusión de casos clínicos mediante la plataforma Zoom® en grupos de 20 participantes y dos especialistas, en donde los estudiantes presentaban el caso y formaban un diagnóstico y tratamiento; luego, los docentes generaban preguntas y se llegaba a un consenso de cuál es el manejo más idóneo y solventaban las dudas que pudieran tener los participantes. Estas sesiones se complementaban con tareas en base a preguntas del caso clínico en cuestión, en donde se fomentaba la investigación usando la medicina basada en evidencia para su solución.

También se asignaron tareas semanales respecto a conocimientos teóricos para la realización de procedimientos médicos y la interpretación de sus

resultados usando como referencia guías de práctica clínica internacionales y nacionales. Posteriormente, se realizaba un conversatorio con especialistas y se visualizaba un video modelo de los pasos para realizar los procedimientos, mientras que el docente aclaraba las dudas de los participantes y hacía énfasis en ciertos pasos relevantes.

CAPÍTULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La relevancia del internado médico radica en que es eminentemente práctico, y en donde se consolida los conceptos teóricos básicos aprendidos durante los años de facultad uniéndolos con la visualización de casos y la aplicación de algoritmos diagnósticos, procedimientos y flujogramas de atención multidisciplinaria. A su vez (algo que no muchas veces es tomado en consideración), es el año en donde el alumno tiene el primer contacto con la toma de decisiones médicas, ya que a pesar de las regulaciones dadas por ley(39) en donde se establecen que el personal asistencial debe estar monitorizando permanentemente las labores de los internos de medicina, esto no se cumple en la realidad, siendo el interno el que recibe, diagnostica y muchas veces inicia tratamiento sin supervisión. Así, el alumno forma su capacidad de decisión sobre procesos médico-quirúrgicos en escenarios desfavorables para un correcto aprendizaje y para la salvaguarda de los pacientes.

A criterio personal, es aquí en donde radica la mayor importancia del internado, más allá del “reforzamiento” de conceptos o la práctica de procedimientos que, en muchos casos, los médicos generales no volverán a realizar en su quehacer diario. La toma de decisiones médicas, teniendo la consideración humanista de que es responsabilidad del médico la vida del paciente, es equivalente a lo que en pedagogía se insta como la promoción

de pensamiento crítico y la formación de opinión propia y adopción de decisiones de manera independiente(10). Para lograrlo, es importante que el interno de medicina realice sus prácticas bajo la tutoría de un especialista, visualice los conceptos aprendidos en la persona, le de una interpretación y finalmente una solución.

A pesar de no ser algo comentado en los artículos de revisión sobre pedagogía en medicina, es importante notar que en el año de internado es donde, muchas veces, se forma (o se empieza a formar), el tipo de relación médico-paciente que predominará en el graduado. Esta relación interpersonal se forma en base a la personalidad del estudiante y su conocimiento sobre otras disciplinas: sociología, religión, moral, cultura, inteligencia emocional y la lógica. Es el catalizador para la generación de confianza del paciente hacia el médico, lo cual es fundamental para llevar un manejo adecuado de la enfermedad y además sirve de apoyo emocional al paciente, al estar este en plena comodidad para seguir las recomendaciones médicas de forma correcta, teniendo siempre en consideración su reconocimiento como ser autónomo, capaz de emitir decisiones sobre su propio ser, un paradigma que ha ido cambiando a lo largo de la historia en el análisis de esta relación interpersonal, devenido por el cambio social histórico en los últimos siglos(40).

4.1 Problemáticas del internado médico

Primero, existe una problemática en la enseñanza y su estandarización en relación a los objetivos y competencias que se solicitan del interno de medicina puesto que es de común conocimiento que lo que se realiza en el internado no va de la mano, muchas veces, con los instructivos dados por las diferentes universidades ni mucho menos con las leyes emitidas sobre las actividades y horarios de trabajo de los internos de áreas de la salud, más aún de los internos de medicina humana. Así, observamos una gran diferencia entre los conocimientos y, más aún, las formas de enseñanza entre distintas sedes hospitalarias e, inclusive, entre grupos de internos de medicina de un mismo nosocomio.

Esto se puede analizar desde diferentes perspectivas, primero por el hecho de que la docencia en medicina no está impartida necesariamente por profesionales abocados a conocer y utilizar modelos metodológicos de la pedagogía, puesto que son médicos de profesión. Es así que, al no tener en consideración, al menos de forma explícita, los principios pedagógicos básicos (afecto, experiencia natural, diseño del medio ambiente, actividad, individualización, anti-autoritarismo y cogobierno, actividad grupal y el concepto del buen maestro)(36), los estudiantes de medicina pueden lograr o no diferentes capacidades a distintos niveles de habilidad de acuerdo al docente que le sea asignado y que aplique ciertos principios. Estas capacidades abarcan diferencias en cuanto a conocimiento netamente académico, como a habilidades de comunicación interpersonales, las cuales son necesarias sintetizar y fortalecer en un médico; como, por ejemplo, en el enfoque de manejo en cuanto a patologías se refiere, teniendo distintas referencias de los asistentes para manejar ciertos casos basándose en bibliografía internacional, nacional o la propia experiencia del médico encargado. También en la forma en que el médico tutor aborda al interno de medicina, muchas veces de una forma jerárquica vertical totalitario, en donde el estudiante no completa la retroalimentación de información puesto que es unilateral y también (tema relevante), la observación del estudiante de medicina del trato hacia el paciente que el médico encargado tiene que, a pesar de que es un tema que no muchos docentes tocan, es de suma importancia cuando se interactúa con personas. Es el interno de medicina el que pasa más tiempo con el paciente y en cierta medida adopta posturas y maneras que observa del maestro.

Otro punto de vista respecto a la problemática de la enseñanza y su estandarización son las características propias de las sedes docentes en donde el interno desarrolla sus actividades. La casuística difiere, como es obvio, entre hospitales de acuerdo a su capacidad resolutoria, pero es de importancia notar que entre hospitales de la misma categoría también pueden existir limitantes respecto al manejo y terapéutica de un caso en particular, debido a la falta de implementación de los nosocomios, falta de personal, medicinas e instrumentales. Por último, acerca de la estandarización de la

enseñanza, también se hace notar la diferencia de conocimientos que poseen los estudiantes de medicina al llegar al internado y cómo esto impacta en su desempeño durante ese año, puesto que aparte que el trabajo letifica el proceso de enseñanza, se suma otra tarea, la cual es nivelarse, a la par de que aprende nuevos conceptos y prácticas diarias. No hay que caer en el error de considerar el internado médico el año más importante porque es el último año en donde puede aprender todo lo que no se aprendió de forma correcta durante los años de facultad; es un año de integración y aplicación y de generar nuevos conocimientos a los ya aprendidos con anterioridad.

En segundo lugar, existe una problemática adoptada como normal dentro del internado el cual es el maltrato hacia el interno de medicina, sin respetar horarios de trabajo, refrigerio ni descanso luego de las guardias, además de la sobrecarga de trabajo que muchos tienen en sus centros de labores. Esto a pesar de que ya es reconocido bajo ley(39) desde hace varios años en defensa de un horario de trabajo digno. Cabe mencionar aquí que no se está menospreciando las prácticas hechas durante el internado, sino la eficiencia con la que se realizan estas. Es un error pensar que un estudiante aprenderá más si pasa más horas sin descanso dentro de una sala de emergencias; el proceso de aprendizaje radica también en el descanso y la reflexión de los hechos realizados, en la motivación que pudiera generar el ambiente en donde se desenvuelve y el fomento de mejores prácticas bajo modelos de cogobierno como se mencionó entre los principios pedagógicos básicos, realizando un número de procedimientos y atenciones en donde el docente (en este caso el médico de turno) sea el guía permanente de las labores del interno, para así efectivizar el aprendizaje de los procesos necesarios para una correcta práctica clínica, cosa que no sucede en la mayoría de hospitales en donde los internos no tienen una asesoría la gran parte del tiempo. Aquí se hace una mención especial, a modo de reflexión y ejemplo, de lo que sucedía en el Hospital de Vitarte, puesto que sí adoptaron estas medidas brindando un descanso prudente y distribuyendo eficientemente el trabajo entre los internos y, los cuales, fueron agregados en la cadena del personal asistencial teniendo funciones que se complementaban con otras ayudando así a la gestión correcta de los pacientes en el área de cirugía general. Esto

brindó un espacio de trabajo ameno, que impulsaba a los estudiantes a ser partícipes de las actividades y buscar por propia cuenta realizar un mejor trabajo en los quehaceres que se les adjuntaba. Además, este problema no se observó durante la rotación en el Centro de Salud Gustavo Lanatta.

Así, se puede observar en muchos casos que los internos de medicina realizan labores administrativas en la mayoría del tiempo que transcurren en el hospital gestionando los exámenes solicitados por los asistentes, llevando muestras de laboratorio u otros procedimientos que tienen a cargo otro personal de salud. También se observa casos de internos que tiene turnos de más de 30 horas continuas de atención tanto en emergencia y en hospitalización, alternando sin descanso entre estos dos servicios. Sumado a esto, se recalca que no fue hasta la pandemia por COVID-19 que el internado médico no se consideraba como práctica pre-profesional en el marco de la Ley, sino que fue esta reconocida como tal por la emergencia sanitaria (y hasta el momento, persiste a condición de la extensión del estado de emergencia en el país). Fue solo bajo este contexto en que el internado médico percibió ese carácter y fue otorgado con beneficios que no se tenían antes como un estipendio del mínimo vital, seguro de vida y seguro de salud.

Por último, en tercer lugar, existe una problemática entre lo que se realiza en el internado médico y lo que el médico egresado enfrentará en los primeros años de práctica médica, puesto que bajo las leyes peruanas, la gran mayoría de médicos cirujanos egresados realiza el servicio rural de salud inmediatamente después de obtener la colegiatura, como requisito para realizar la especialidad médica en el país así como para laborar en entidades del estado (mención aparte las nuevas normativas que rigen solo bajo el estado de emergencia respecto a este último punto). Así, los tópicos practicados y la casuística en relación a los pacientes observados durante el año de prácticas en hospitales de mayor capacidad resolutoria, en calidad de interno, distan mucho de la realidad con la que se encuentra el joven médico en su primer trabajo que será en centros de salud de primera categoría. El primer nivel de atención es un sector olvidado por el Ministerio de Salud, a pesar de las múltiples veces en las que se lo invoca como el baluarte de la

salud pública y la primera línea de ingreso de una persona al sistema de salud. Son centros que no cuentan con personal suficiente, infraestructura en pésimas condiciones, equipamiento defectuoso o inoperativo y una gran barrera burocrática que impiden un flujo rápido de información entre centros hospitalarios y gestión de pacientes para su manejo continuo, más aún cuando son estos centros los que tienen la atención continua de enfermedades crónicas degenerativas de la población de su jurisdicción.

Tal como se observó, el aprendizaje de la medicina, más aún en los últimos años de la carrera, está enfocado a la especialización y a la sub-especialización dejando de lado el enfoque preventivo y promocional de la salud que es a lo que se avocará el futuro médico egresado, siendo contraproducente el enfoque de enseñanza y la práctica médica cotidiana.

Fue este el desenlace positivo que tuvo el internado médico bajo el contexto de la pandemia por coronavirus, puesto que puso a los estudiantes de medicina de último año de carrera ante una realidad no antes vista como los centros de primer nivel de atención, complementando así su formación con tópicos y procedimientos no realizados en un internado médico regular. Pudo acercarse al contexto social de la población, a notar más de cerca la gran influencia que tiene el ambiente en donde se desarrolla una persona en la terapéutica que se le brinda, así como si cuenta o no con apoyo familiar. Aprender otra forma de atención al paciente, más personalizada y cercana que la que se realiza en un hospital de mayor nivel de complejidad y a enfocarse y notar que la prevención y promoción de salud generan el mayor cambio en la salud de la población. Además, también se tomó contacto de primera mano con el gran sistema burocrático que aqueja a nuestro sistema de salud, muchas veces desfasado en un tiempo en donde la tecnología prima sobremanera y el cual, con el tiempo, se tiene que cambiar hacia una virtualización y simpleza en la gestión de solicitudes, citas, exámenes requeridos y recetas para los pacientes.

CONCLUSIONES

Se concluye que:

1. El internado médico es el último año enfocado a prácticas hospitalarias que realizan los estudiantes de medicina en el país, el cual busca la formación de capacidades, habilidades y consolidación de conceptos para que el médico egresado realice un ejercicio médico correcto.
2. El internado médico 2020 tuvo una característica particular debido a las restricciones en cuanto a las formas de educación dadas en el contexto de la pandemia por COVID-19. De esta forma tuvo que dividirse en dos etapas: hospitalaria de segundo y tercer nivel de atención y en centros de salud de primer nivel de atención.
3. Se realizó satisfactoriamente el internado médico en el Hospital de Vitarte y el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján, cumpliendo con los objetivos trazados en cuanto a afianzar conceptos teóricos importantes de las distintas especialidades principales y generar capacidades y habilidades, mediante la virtualización de clases y la práctica clínica bajo el modelo práctica-aprendizaje guiado bajo tutores en ambas instituciones.
4. El internado médico presenta diversos problemas en su aplicación, lugar de realización, forma de trabajo y falta de aplicación del marco normativo bajo el cual, por ley, se rigen estos estudiantes en las diversas instituciones del país.
5. El interno de medicina, en calidad de estudiante de último año de la carrera, y puesto que tendrá responsabilidad directa de la persona como paciente y la comunidad que lo acoge, debe conocer y ejecutar

modelos de práctica clínica de vanguardia, así como actividades de promoción y prevención de la salud, motivo por el cual se hace menester las rotaciones en centros de primer nivel de atención.

RECOMENDACIONES

Se recomienda, por tanto:

1. Realizar un cambio en el enfoque de la enseñanza médica de los últimos años de carrera y tener un paralelismo entre los tópicos de especialidad y conceptos generales y comunes a los que se enfrentará cotidianamente el médico egresado.
2. Reformar en su totalidad la práctica del año de Internado médico, validando de forma permanente los marcos normativos emitidos bajo el estado de emergencia sanitaria en favor de los internos, fomentando el respeto por dichas normativas de parte de los encargados de las diferentes instituciones; además, se recomienda persistir con el modelo dividido en prácticas diarias en centros de primer nivel de atención y rotaciones en centros de mayor complejidad.
3. Fomentar el desarrollo de actividades de promoción y prevención en salud durante el último año de carrera de medicina humana haciendo énfasis en que el estudiante sea partícipe directo de la gestión, coordinación y ejecución de dichos proyectos.
4. Acercar al estudiante de medicina de último año, en calidad de interno de medicina, al conocimiento de las distintas realidades sociales a las cuales pertenecen sus pacientes, tomando en consideración estas para el trato y manejo de su enfermedad, brindando de esta forma una atención holística con respecto a la pluriculturalidad de nuestra población.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rodríguez-Morales AJ, MacGregor K, Kanagarajah S, Patel D, Schlagenhauf P. Going global - Travel and the 2019 novel coronavirus. *Travel Med Infect Dis.* febrero de 2020;33:101578.
2. 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 [citado 12 de julio de 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>
3. Redacción Gestión. Coronavirus: Vizcarra confirma el primer caso en el Perú. *Gestión* [Internet]. 6 de marzo de 2020 [citado 12 de abril de 2021]; Disponible en: <https://gestion.pe/peru/coronavirus-en-peru-martin-vizcarra-confirma-primer-caso-del-covid-19-en-el-pais-nndc-noticia/>
4. Presidencia del Consejo de Ministros. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 [Internet]. 044-2020-PCM mar 16, 2020 p. 1. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>

5. 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 abr 9, 2020 p. 4. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1021486/DS_N__064-2020-PCM.pdf

6. Poder Ejecutivo. Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por COVID-19 [Internet]. Sec. Decretos de urgencia, 090-2020 ago 3, 2020 p. 4. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3>

7. MINSA. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020 [Internet]. 2020 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf

8. Ministerio de Salud. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. Sala situacional COVID-19 Perú. 2020 [citado 13 de julio de 2020]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

9. MINSA. RIS CHORRILLOS-BARRANCO-SURCO [Internet]. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur. 2021 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/ris-cho-barr-surc/>

10. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ Médica Super. diciembre de 2007;21(4):0-0.

11. Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Sílabo adaptado en el marco de emergencia sanitaria por el COVID-19 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INTERNADO). 2020.
12. Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Sílabo adaptado en el marco de emergencia sanitaria por el COVID-19 MEDICINA (INTERNADO). 2020.
13. Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Sílabo adaptado en el marco de emergencia sanitaria por el COVID-19 PEDIATRÍA (INTERNADO). 2020.
14. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. 104-MINSA/DGSP V.01, 715-2013/MINSA nov 8, 2013 p. 128.
15. Up To Date. Calculator: Creatinine clearance estimate by Cockcroft-Gault equation in adults and older adolescents (age ≥ 18 years) using estimated lean body weight (conventional units) [Internet]. Up To Date. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/calculator-creatinine-clearance-estimate-by-cockcroft-gault-equation-in-adults-and-older-adolescents-age-18-years-using-estimated-lean-body-weight-conventional-units>
16. KDIGO Board. KDIGO 2012 Clinical Practice guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl. enero de 2013;3(1):163.
17. Cluster WHOCD. What is DOTS? : a guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. 1999 [citado 14 de abril de 2021]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65979>
18. Ministerio de Salud. Atención y manejo clínico de casos de COVID-19

escenario de transmisión focalizada. 2020.

19. Gandhi RT, Lynch JB, del Rio C. Mild or Moderate Covid-19. N Engl J Med. 29 de octubre de 2020;383(18):1757-66.

20. Comité de Educación Médica Continua. Comunicado 16: el COVID mata, la polifarmacia también [Internet]. Grupo Peruano de Salud Respiratoria - Neumología. 2021 [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.facebook.com/GrupoPeruanoDeSaludRespiratoria/photos/a.189442931192385/2124305647706094/>

21. Mitjà O, Corbacho-Monné M, Ubals M, Alemany A, Suñer C, Tebé C, et al. A Cluster-Randomized Trial of Hydroxychloroquine for Prevention of Covid-19. N Engl J Med. 4 de febrero de 2021;384(5):417-27.

22. López-Medina E, López P, Hurtado IC, Dávalos DM, Ramirez O, Martínez E, et al. Effect of Ivermectin on Time to Resolution of Symptoms Among Adults With Mild COVID-19: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 13 de abril de 2021;325(14):1426.

23. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Vigilancia epidemiológica de tuberculosis 2019 [Internet]. 2020 [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE072020/04.pdf>

24. WHO Dept Of Reproductive Health and Research. WHO recommendations for induction of labour [Internet]. 2011 [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/en/

25. Grobman W. Induction of labor with oxytocin [Internet]. Up To Date. 2021 [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/induction-of-labor-with->

oxytocin?search=inducción%20del%20trabajo%20de%20parto&source=search_result&selectedTitle=1~142&usage_type=default&display_rank=1#H238219755

26. Ross J, Chacko M. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. Up To Date. 2020 [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=history_widget#references

27. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú. 077-MINSA abr 1, 2009 p. 74.

28. Academia de Estudios MIR. Manual de ginecología y obstetricia. 11.^a ed. Vol. 8. España: Marbán; 2019. 116 p.

29. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. DGIESP, 719-2018/MINSA ago 1, 2018 p. 105.

30. Velasco R. Triángulo de evaluación pediátrica. *Pediatr Integral*. 2014;18(5):320-3.

31. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. 2017.

32. Ministerio de Salud. Categorías de establecimientos del sector salud [Internet]. DGSP-V03, 546-2011/MINSA jul 13, 2011 p. 150. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf

33. Ministerio de Salud. Elevan a la categoría de Hospital de Baja Complejidad al Centro de Salud Vitarte de la Dirección de Salud IV Lima Este. Sec. Salud, 892-2003-SA/DM ago 9, 2003 p. 2.

34. Hospital de Vitarte Web Page. Reseña histórica del hospital de Vitarte [Internet]. Hospital de Vitarte. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/index.php?mod=content&action=view&id=5>
35. Hospital de Vitarte Web Page. Misión y visión [Internet]. Hospital de Vitarte. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/index.php?mod=content&action=view&id=2>
36. Flórez Ochoa R. Pedagogía del conocimiento [Internet]. Segunda edición. McGraw-Hill Interamericana; 2005 [citado 14 de junio de 2020]. 360 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=wOBKyGEACAAJ&dq=Pedagog%C3%A0+del+conocimiento&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjx54LHx7TpAhUEVt8KH Y8wDiwQ6AEILzAB>
37. Le Boterf G. Ingeniería de las competencias. 1era edición. España: Gestión; 2001.
38. Morales Mantilla SM. La construcción de competencias en ambientes virtuales de aprendizaje. Revista de investigaciones UNAD. 18 de noviembre de 2011;10(2):15.
39. Ministerio de Trabajo. Dictan medidas sobre jornadas máximas de modalidades formativas reguladas por la Ley N° 28518 así como de las prácticas pre-profesionales de Derecho y de internado en Ciencias de la Salud [Internet]. TR. Sec. Trabajo y promoción del empleo, 003-2008-TR may 21, 2008. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/\\$FILE/DS_003_2008_TR.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/$FILE/DS_003_2008_TR.pdf)
40. Mendoza F A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev Peru Ginecol Obstet. octubre de 2017;63(4):555-64.