



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**VIVENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITALES DEL PRIMER
Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA DESDE ENERO 2020
HASTA ABRIL 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
MIGUEL EDUARDO MANZANO TORRES
ASESOR**

DR. JOSE RODOLFO GARAY URIBE

**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

**VIVENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITALES DEL
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA DESDE
ENERO 2020 HASTA ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MIGUEL EDUARDO MANZANO TORRES

ASESOR

MG. JOSE RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Giselle Vásquez Donayre

Miembro: Mg. Edgar Rolando Ruiz Semba

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este punto y haberme dado salud.

A mis padres, porque siempre fueron el motor que permitieron que alcance mis logros y objetivos, dándome los mejores ejemplos como la perseverancia y humildad que los caracteriza.

A mi hija, sin duda alguna saber que cada sacrificio que he realizado es siempre pensando en ella para dale el mejor ejemplo que pueda tener.

A mi novia que fue sin dudar mi compañera desde antes que inicie la carrera de medicina humana, viéndome crecer cada año y apoyándome en buenas y malas circunstancias.

A todos mis compañeros de estudio, docentes en la universidad, doctores que apoyaron a mi formación y en general a todas las personas que pudieron brindarme su apoyo.

Miguel Eduardo Manzano Torres

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Primera rotación: Gineco obstetricia	2
1.2 Experiencia ajena al Internado médico	6
1.3 Segunda rotación: Cirugía general	7
1.4 Tercera rotación: Medicina Interna	11
1.5 Cuarta rotación: Pediatría	15
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
2.1 Hospital Regional Docente de Huacho	19
2.2 Hospital Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo	20
2.3 Hospital Vitarte	22
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	23
3.1 Rotación de Gineco obstetricia	23
3.2 Rotación de cirugía	28
3.3 Rotación de Medicina Interna	33
3.4 Rotación de Pediatría	36
CAPÍTULO IV: RELFEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	40
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	44

FUENTES DE INFORMACIÓN	45
ANEXOS	48
1. Constancia de participación de la UNMSM	49
2. Constancia de curso por parte de la USMP	50

RESUMEN

La etapa del internado medico es un pilar fundamental en la formación de todo estudiante de medicina para ejercer la carrera profesional de Médico Cirujano.

Capítulo I: el trayecto profesional se basará en plasmar 2 casos clínicos de cada rotación que se relataran por elección del autor. **Capítulo II:** El trabajo realizado se situó en el Hospital Regional Docente de Huacho, Hospital de Vitarte y Hospital Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. **Capítulo III:** Se relata el manejo médico, según como se desarrollaron algunas patologías en la práctica vivida por el autor y se citarán algunas guías clínicas de referencia o algunos algoritmos encontrados. **Capítulo IV:** Hubo grandes diferencias en empezar un internado medico en un hospital de nivel II sin pandemia y luego continuarlo en hospitales de primer nivel en plena pandemia la cual está afectando al Perú. Se buscaron soluciones para garantizar la seguridad y el desarrollo de una excelente formación en la última etapa de la carrera de medicina humana.

Objetivo: Adquirir nuevas competencias en cada rotación para el Título Profesional de Médico Cirujano durante el periodo enero 2020 hasta abril 2021.

Metodología: Recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencias de manejo en salud.

Conclusiones: Se adquirió las herramientas necesarias para la formación de médico general durante la etapa de internado médico. El año de la pandemia significo un gran reto para la formación del interno de medicina que se presentó ante las adversidades en el Perú.

Palabras claves: Internado médico, Perú, Médico cirujano.

ABSTRACT

The stage of medical internship is a key piece in the training of very medical student to practice the Medical Surgeon professional career. **Chapter I:** The professional path is going to be based into capturing 2 clinic cases of each rotation that will be reported by author's choice. **Chapter II:** This job was done in Huacho Regional Teaching Hospital, Vitarte Hospital and Villa Maria del Triunfo Maternal-Child Hospital Center. **Chapter III:** Handling will be reported according to the development of some pathologies experienced during the author's practice and some clinical guides or found logarithms will be quoted. **Chapter IV:** There were big differences when starting a medical internship in a Level II hospital without the pandemic and continuing in First Level Hospitals adding to it one of the most destructive pandemics that ever spread in Peru. Solutions were looked for to guarantee an excellent training during the last stage of the Human Medicine career.

Objective: To acquire new skills in each rotation for the Professional Title of Medical Surgeon during the January 2020 to April 2021 period

Methodology: The compilation of information according to evidence-based medicine and health management experiences.

Conclusions: The necessary tools for the training of general practitioners were acquired during the medical internship stage. The year of the pandemic meant a great challenge for the development of the medical intern who faced the adversities in Peru.

Keywords: Medical internship, Peru, Medical surgeon.

INTRODUCCIÓN

La salud se encuentra entre las principales prioridades de la población, es por ello que el estado y las facultades de medicina tienen como objetivo prioritario la formación de profesionales de la salud como son los médicos (1).

Las instituciones del Sector Salud ofertan plazas de hospitales para el internado médico de pregrado que son distribuidas por la Secretaría de Salud, de acuerdo con las necesidades de cada institución o establecimiento de salud. Cada Facultad de Medicina establece su mecanismo de distribución, habitualmente atendiendo a los promedios de calificación obtenidos durante los ciclos previos a la elección de dichas plazas. En esta fase, el interno se encuentra en el preámbulo de lo que será su vida profesional, ello implica la última etapa de su preparación universitaria para ingresar al gremio médico, con sus características, valores y actitudes específicas (1).

En los últimos 20 años, Perú ha experimentado un crecimiento económico significativo que se refleja en una mejora de la calidad de vida, por lo que han aumentado los requerimientos de personal y servicios de salud en todos los ámbitos de asistencia (2).

En el Perú, para estudiar medicina, se requiere haber concluido la secundaria completa y participar de un concurso de admisión. La edad promedio del inicio de la carrera médica es de 17 años, pero existen casos de alumnos que han iniciado la carrera con edades menores por haber cumplido el requisito previo. Los años de estudio en el país son de 7 años en general incluyendo el internado médico (2).

Un estudio llevado a cabo por Flores en 2001 (3), En estudiantes de medicina de la UAM Xochimilco, indicó que antes de iniciarse el internado médico, los estudiantes presentaban un nivel alto de adhesión profesional, manifiesta a

través del reconocimiento de valores y actitudes distintivos de la profesión médica como son autonomía, responsabilidad, autoridad, ética, creatividad, entre otros. De ahí que se sintiera el valor y orgullo de esta etapa, para cumplir con sus expectativas.

El Internado médico es la última etapa en la carrera de Medicina Humana y está dentro de la curricula en casi todas las escuelas y facultades de Medicina Humana, es un previo paso para poder ejercer la práctica profesional como Médico Cirujano, tiene como finalidad consolidar los conocimientos teóricos en todos los ciclos pasados de un plan curricular, aprendidos y llevarlos en su mayoría a la práctica clínica, cursando las cuatro áreas principales de la carrera de medicina humana que son: medicina interna, pediatría, cirugía y ginecobstetricia (4).

A principio, del mes de marzo del año 2020 se presenta una pandemia siendo el protagonista del virus Sars-CoV-2 provocando la enfermedad covid-19. En el Perú, el impacto fue muy fuerte que llegó a desnudar el precario sistema sanitario que carecía desde hace décadas, provocando la suspensión del internado de medicina humana y entre otras actividades académicas que se brindaban en puestos de salud hasta agosto del 2020, que por Decreto de Urgencia N°090-2020 (5) se dispone la reanudación del internado de ciencias de la salud a partir del 15 de Agosto con el objetivo de contribuir al cierre de brechas de recursos humanos en salud de diferentes instituciones ya sean hospitales de tercero, segundo e incluyendo el primer nivel de atención, para así combatir la pandemia provocado por el Sars-Cov-2. El Ministerio de Salud tuvo que reacomodar la actividad de todos los internos de la salud a hospitales de primer nivel de atención por Resolución Ministerial N°622-2020-MINSA, aprueba el Documento Técnico de los Lineamientos para la reanudación progresiva de las actividades del internado (6).

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La etapa del internado médico, es el punto medular en que se procura que el estudiante domine los recursos teóricos y metodológicos para que sea el protagonista en la elaboración de su propia experiencia y toda la labor docente se centre en ser el agente motivador y orientador en busca de ese conocimiento, por lo que la relación de igualdad supone el reconocimiento y respeto de los atributos de cada uno de los actores del proceso. Se ha establecido que el estudiante debe ser cada vez más consciente de sus potencialidades y sus propias responsabilidades para alcanzar autonomía en el aprendizaje (7).

Dentro del tiempo que se vivió la experiencia del internado medico se puede enunciar una lista de objetivos que se esperaba alcanzar al término del internado medico como son:

- Aplicar los conocimientos aprendidas por el alumno tanto teóricas como prácticas en los 6 años de estudio antes del internado médico.
- Afianzar conceptos teóricos de distintas patologías clínicas y quirúrgicas.
- Reconocer en todo lo posibles las patologías más frecuencia en las 4 áreas del internado médico.
- Aplicar los conocimientos de prevención, recuperación y rehabilitación en la comunidad de dicho centro hospitalario.

1.1 Primera rotación: Gineco obstetricia

El trabajo se realizó en primera instancia en el Hospital Regional de Huacho por elecciones generales en la Universidad San Martín de Porres, con el propósito de hacer el internado médico todo un año. El internado realizado en el Hospital Regional de Huacho comenzó con una inducción de parte de la Oficina del Departamento de Docencia, fue una visita guiada a los distintos pisos de hospitalización, consultorios de distintas especialidades, edificio de emergencia, comedor del hospital, centro de imágenes, entre otros ambientes; el segundo día de inducción fue una prueba escrita de conocimientos de aspecto teórico conformado de 50 preguntas de opción múltiple, con finalidad de saber su estado académico de cada interno de medicina para ese momento.

Se tuvo como primera rotación en el área de Gineco-Obstetricia que solo tuvo una duración de 2 meses y 15 días la cual fue interrumpida por la pandemia producida por el virus Sar-CoV-2.

En el hospital, el departamento de ginecobstetricia se dividía en 3 rotaciones que son las siguientes:

- Tópico de emergencia
- Centro Obstétrico y Sala de parto
- Piso de Hospitalización: conformado por 39 camas y subdividiéndose de la siguiente manera:
 - Hospitalización 1 o Alto Riesgo Obstétrico
 - Hospitalización 2 o patologías quirúrgicas
 - Hospitalización 3 o salón de puerperio:

Por parte del hospital se brindó el apoyo correspondiente para reforzar los conocimientos del autor ya obtenidos de los años anteriores, realizar prácticas del área, cabe mencionar algunas de ellas: evaluación a una gestante, participación en el trabajo de parto, aplicación de guías para patologías quirúrgicas y no quirúrgicas, control y monitoreo en gestantes de alto riesgo obstétrico; como también conocer diferentes patologías tanto en emergencia como en piso de hospitalización,

El Hospital Regional Docente de Huacho cumplió las expectativas para la formación como futuro médico cirujano en el área de ginecobstetricia, se

relatará a continuación 2 casos clínico que llamaron mucho la atención al autor que vivió en la institución:

CASO A:

1. Anamnesis:

a. **Filiación:** Paciente mujer de 36 años

b. **Enfermedad actual:**

TE: 3 horas **Inicio:** Brusco **Curso:** Progresivo

Paciente gestante de 36 años es traída a nosocomio por familiar, refiere que hace 3 horas evidenció pérdida de líquido de aspecto claro, con un olor muy parecido a lejía de moderada cantidad que moja toda su ropa interior y prenda que tenía puesto por vía vaginal, luego del suceso en unas pocas horas presenta dolor abdominal tipo contracción de una intensidad 6/10 cada 10 minutos, manifiesta que percibe movimientos fetales, niega pérdida de sangre y otros signos y síntomas de importancia.

c. **Antecedentes:**

- **Antecedentes obstétricos:** Formula obstétrica: G4P2103, Edad gestacional: 30 semanas y 3 días calculado por ecografía del 1er trimestre, Periodo intergenésico: 3 años, régimen catamenial: 5/28, primera relación sexual: 16 años, Cuantas parejas ha tenido: 2, Hemoglobina: 12.6 (hace 1 mes), pruebas serológicas: VIH (negativo), hepatitis (negativo), sífilis (negativo), no se evidencia riesgo intermedio ni riesgo alto en la cartilla prenatal de la paciente, no se reportan otros datos.
- **Antecedentes familiares:** Niega familiar que padece o padeció alguna enfermedad.
- **Antecedentes quirúrgicos:** cesárea hace 6 años por placenta previa tipo completa.

2. Examen Físico

Funciones vitales: frecuencia respiratoria: 22/min, frecuencia cardiaca: 89/min, pulso: 88/min, Presión arterial: 110/70 mmHg, Temperatura: 37. 2º C (temperatura bucal), saturación de oxígeno: 98%. Peso: no se reporta.

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, signo de fóvea (+/+++) en miembros inferiores.
- Tórax y pulmones: Buena amplexación al momento de realizar una respiración, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonar, no matidez ni hipersonoridad.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad.
- Abdomen: Aumentado de tamaño a predominio anteroposterior por contenido uterino y producto por gestación, línea alva presente pigmentada, hipertónico a predominio mesogastrio cada 5 a 7 minutos.

Examen Obstétrico: Altura uterina de 28 centímetros, Actitud fetal en Longitudinal cefálico derecho, Latidos cardiacos dentro de limites normales.

Examen Ginecológico:

- Al procedimiento con especulo copia, se visualiza restos de líquido claro, la cual se extrae en lamina periférica para estudio en microscopio.
- Cérvix: dilatación de 4 cm, incorporación 90%, altura de presentación de -2 según planos de Lee, cérvix en posición posterior, pelvis ginecoide.

El resultado del test de Fer o prueba de cristalografía de helecho resulto ser positiva a microscopio encontrándose imagen según descripción teórica (8).

Diagnóstico presuntivo:

- Gestante de 30 semanas x ecografía del 1er trimestre
- Ruptura prematura de membrana
- Trabajo de parto pretérmino activo

CASO B:

1. Anamnesis:

a. **Filiación:** Paciente mujer

b. **Enfermedad actual:**

TE: 6 horas **Inicio:** Brusco **Curso:** Progresivo

Paciente gestante acude a hospital por emergencia acompañado de familiar, se encuentra muy nerviosa e histérica. El familiar refiere que la paciente estaba bajando las escaleras y tuvo una caída de 2 escalones de impacto ventral contra el piso hace 6 horas y posterior a ello empezó a sentir dolor abdominal a predominio hipogastrio de una intensidad 8/10 y luego de 2 horas se acompañó de sangrado vaginal de moderada cantidad de un color rojo vinoso "oscuro", el dolor era en aumento progresivo en ese momento decidieron ir al hospital.

c. **Antecedentes:**

- **Antecedentes Obstétricos:** El momento fue de mucha rapidez que solicitarle la cartilla prenatal se buscaron datos de los más importantes como la edad gestacional de 35 semanas por ecografía de 1er trimestre, formula obstétrica: G3 P2011, Tiene 5 control prenatales, no se reportan otros datos.
- **Antecedentes patológicos:** ninguno.
- **Antecedentes familiares:** No se reporta.
- **Alergia a medicamento:** ninguno.

d. **Funciones biológicas:**

- **Apetito:** disminuido
- **Sed:** aumentada
- **Sueño:** Aumentado
- **Orina:** Normal

2. **Examen Físico:** En la sala de observación de emergencia ginecológica se nota palidez marcada, se la pasa rápidamente a camilla donde de inmediato se palpa la pared abdominal y se encuentra una hipertonia uterina y luego con el Doppler fetal se detectan latidos cardiacos en

98/min y se le toma la presión arterial a la paciente de 80/50 mmHg y una frecuencia cardiaca de 110/min.

Diagnóstico presuntivo:

- Gestante de 35 semanas por ecografía del 1er trimestre.
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: Desprendimiento prematura de placenta.
- Sufrimiento fetal agudo

El 15 de marzo del 2020 el Sr. Presidente de la Republica del Perú Martin Alberto Vizcarra Cornejo dio un comunicado a la nación, que el Perú se encontraba atravesando una pandemia causada por el Sar-Cov-2 provocando la enfermedad covid-19, como consecuencia de ello, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina Humana “ASPEFAM” emite un comunicado donde informa a todos los internos a nivel nacional, que deben redirigirse hacia sus hogares con la suspensión del internado medico hasta un nuevo aviso.

1.2 Experiencia ajena al Internado médico

En esta etapa de incertidumbre con un internado medico paralizado y con un contexto muy triste en el Perú, nos informábamos por medios de comunicación como noticieros, periódicos nacionales, revistas internacionales y redes sociales que el virus Sars-Cov-2 le estaba ganando la batalla a un pobre sistema sanitario que poco a poco colapsaba, cifras de personas contagiadas y muertes que iban en aumento día a día y esta amenaza que no daba tregua.

Luego de la suspensión del internado medico presencial en los establecimientos de salud, se optó por participar de una experiencia por modalidad remota en un proyecto llamado “Programa de TeleTriage para la priorización de identificación normal y orientación en pacientes sospechosos de COVID-19” por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Los participantes que realizaron esta actividad eran internos de medicina y médicos generales, consistía en tener comunicación vía telefónica con personas que previamente habían llenado sus datos en la página oficial de la

Presidencia del Consejo de Ministro “PCM” que tuvieron algún contacto con personas que han tenido covid 19 o tienen síntomas relacionado a covid 19; el número de personas a contactar podía variar entre 7 a 10 cada día.

Dentro de las funciones que se realizaban, son las siguientes:

- Confirmar los datos personales, correo electrónico y dirección actual.
- Realizar una breve encuesta sobre datos epidemiológicos como si tuvo un viaje a Europa en menor de 15 días.
- Conocer si tuvo contacto con alguna persona confirmada de covid 19.
- Conocer su estado clínico actual y si presenta algún signo de alarma como: dificultad al respirar, alteración de conciencia, frecuencia respiratoria > 22/minuto, cianosis y dolor de pecho.

Una vez realizada la entrevista vía telefónica, los encargados de la entrevista registraban las respuestas de los pacientes de manera virtual catalogándose, así como paciente sospechosa o no sospechosa que padece de covid 19, con la finalidad de apoyar a un sistema sanitario colapsado, para que este pueda tomar la decisión de realizar una prueba de confirmación y diagnóstico oportuno del covid 19.

Estas actividades fueron realizadas en los meses de Abril y Mayo del 2021. Posterior a ello se otorgó un certificado de participación de dicho proyecto (Ven Anexo 1).

1.3 Segunda rotación: Cirugía general

Con un panorama no muy claro que se vivía y a pesar de las adversidades, el Ministerio de Salud emitió una resolución ministerial donde se solicitaba la reincorporación de los internos de salud a nivel nacional, con lo siguiente “LINEAMIENTOS PARA EL INICIO O LA REANUDACION PROGRESIVA DE LAS ACTIVIDADES DE LOS INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD EN EL MARCO DEL DECRETO DE URGENCIA N° 090-2020” (5).

En la experiencia del autor no se pudo continuar el internado medico en el Hospital Docente Regional de Huacho, que por motivos en su momento el hospital emitió un comunicado donde no se aceptará realizar actividades académicas en la institución.

En el mes de octubre, La Universidad San Martín de Porres decidió realizar una convocatoria para los internos que en este momento no tenían un hospital para reintegrar a sus actividades, el autor adjudicó una plaza para el Hospital Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo que continuara con su segunda rotación: Área de Cirugía General.

En el Hospital Centro Materno Infantil para esta rotación solo se encontraba disponible el área de emergencia, el hospital tiene un nivel de categorización de nivel I-4 y no cuenta con sala de operaciones, ni médicos con especialidad en cirugía general, como consecuencia de ello no se veía mucha casuística de las patologías que contiene esta rotación, ante ello se solicitó realizar una rotación externa de 15 días en el Hospital de Vitarte.

Las instituciones correspondientes ayudaron a la formación de Médico cirujano en el área de Cirugía General, el servicio de cirugía del hospital tiene las áreas correspondientes que son las siguientes:

La segunda rotación en total duró 2 meses correspondiendo desde el 1 de noviembre hasta el 30 de diciembre del 2020. El autor relatará 2 casos clínicos que más llamó su atención.

CASO C:

1. Anamnesis:

- a. **Filiación:** - Paciente varón de 26 años
- Natural y procedente de Lima

b. **Enfermedad actual:**

TE: 3 horas **Inicio:** Brusco **Curso:** Progresivo
Paciente varón de 26 años de edad ingreso al servicio de cirugía por emergencia, refiere que hace aproximadamente 3 horas fue asaltado y atacado con un objeto de arma blanca a nivel del dorso superior de lado derecho, desde ese momento presenta dificultad para respirar, dolor torácico, mareo y fatiga muscular, además que en ningún momento tuvo pérdida de conocimiento.

c. **Antecedentes:**

- **Antecedentes personales:** Inmunización completa
- **Antecedentes familiares:** Ninguno

- **Antecedentes quirúrgicos:** Apendicetomía hace 5 años.

- **Reacción a medicamentos:** ninguno

2. Examen Físico:

Funciones vitales: frecuencia respiratoria: 34/min, frecuencia cardiaca: 103/min, temperatura: 36.7°C, presión arterial: 90/60 mmHg, Saturación de oxígeno: 93%.

- Piel: Solución de continuidad de 3 cm a nivel de región infraescapular y equimosis alrededor de dicha lesión. Múltiples equimosis en tórax.
- Tórax y Pulmones: diferencia significativa en la amplexación torácica al momento de la respiración del paciente, la auscultación se encuentra una disminución del murmullo vesicular de hemitórax superior derecho y abolición de su base, a la percusión se escucha matidez en base pulmonar de hemitórax derecho y una hipersonoridad del lado costo lateral del mismo hemitórax.
- Abdomen: Equimosis a nivel de hipocondrio izquierdo de aproximado de 3 cm. Se ausculta 10 ruidos hidroaéreos por minuto de buena intensidad, no doloroso a la palpación y no masas palpables.
- Neurológico: Orientado en tiempo, espacio y persona, pupilas céntricas isocóricas reactivas a la luz y acomodación, normoreflexia, no presenta signos de focalización.

Diagnóstico presuntivo:

- Trauma torácico directo por arma blanca a descartar hemo neumotórax
- Herido contuso cortante en tórax

CASO D:

1. Anamnesis:

a. **Filiación:** - Paciente varón de 37 años.

- Natural y procedente de lima

b. **Enfermedad actual:**

TE: 3 días

Inicio: insidioso

Curso: fluctuante

Paciente de sexo masculino de 37 años acude al servicio de cirugía por emergencia acompañado de un familiar, refiere presentar dolor abdominal de hace aproximadamente 3 días con una intensidad de 7/10, hace 18 horas refiere que el dolor inicia a nivel de epigastrio y que luego de 12 horas se irradia de forma difusa a todo el abdomen pero con predominio en hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos en 1 oportunidad, disminución del apetito, refiere que desde hace 3 días no puede eliminar gases ni deposiciones, se acompaña de distensión abdominal progresiva, refiere que en ningún momento tiene sensación de alza térmica. Familiar refiere que el dolor que señala en zona abdominal lo presenta ya desde hace meses de leve intensidad que lo imposibilita hacer sus actividades cotidianas y laborales.

c. **Antecedentes:**

Antecedentes personales, familiares, quirúrgicos: sin importancia.

d. **Funciones Biológicas:**

- Apetito: Conservado

- Sed: Aumentado

- Sueño: Aumentado

- Orina: Conservado

- Heces: 1 vez al día en consistencia y volumen adecuado

2. Examen Físico:

Funciones Vitales: Sus funciones vitales están dentro de rango normales para su edad no registrando algún criterio de inestabilidad hemodinámica.

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez +/-+++.
- Tórax y Pulmones: Buena amplexación de ambos hemitórax, a la palpación no se evidencia masas ni enfisema subcutáneo, a la auscultación el murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se escuchan crépitos y silbidos.
- Abdomen: moderada distensión total, ruidos hidroaéreos disminuidos 3 por minuto de sonoridad metálico, dolor a la palpación difuso en abdomen a predominio de fosa iliaca derecha, Signo de MacBrney positivo, Signo de Rebote negativo. Signo de Rovsing positivo, Signo de Lanz positivo, A la percusión se encuentra timpanismo difuso.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome Doloroso abdominal
- Obstrucción Intestinal baja
- A descartar abdomen quirúrgico agudo

1.4 Tercera rotación: Medicina Interna

Para esta etapa se continuo con el Área de Medicina Interna que se llevó a cabo en el Hospital Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. El autor relata que en la institución acuden personas con diferentes patologías pertenecientes a esta área, pero que los médicos que atienden refieren una casuística atípica ya que se veían mas pacientes de lo habitual, personas con patologías crónicas que no estaban siendo tratadas o que no tenían un control de su enfermedad, personas que acudían a la institución porque un hospital de mayor complejidad no podía atenderlos; y todo esto a raíz que el país aún seguía viviendo la pandemia provocado por el virus Sars-Cov-2. En la Institución mencionada solo se pudieron atender a pacientes que acudían por emergencia, ya que los distintos consultorios que en un momento estuvieron habilitados para esta ocasión se tuvo que suspender la atención por consultorios, como consecuencia de la pandemia provocada por el virus Sars-

CoV-2. Esta rotación transcurrió en los meses de Enero y Febrero del año 2021. Se citarán 2 casos clínicos que se vieron en esta rotación.

CASO E:

1. Anamnesis:

- a. Filiación:** - Paciente adulto mayor de sexo femenino
- Natural y procedente de Lima

b. Enfermedad actual:

TE: 5 horas **Inicio:** Insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente adulto mayor de sexo femenino, acude al centro de salud por emergencia acompañado de su hija, familiar refiere que hace 5 horas aproximadamente presento cefalea de tipo opresivo de manera insidioso que ha ido progresivamente en aumento, refiere que ha tomado 1 tableta de paracetamol hace 4 horas pero que el dolor no cede. Familiar refiere que padece de hipertensión desde hace muchos años pero que no toma sus medicinas y que en múltiples ocasiones como han acudido al hospital o una farmacia donde le informaban que la paciente tenía muy elevada la presión arterial.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** Hipertensión arterial desde hace 10 años con tratamiento irregular, Infarto de miocardio hace 5 años.
- **Antecedentes familiares:** Mama y papa con hipertensión.
- **Antecedentes quirúrgicos:** Ninguno.
- **Reacción alérgica a medicamento:** Ninguno

2. Examen Físico:

Funciones Vitales: Presión arterial: 180/100 mmHg en brazo izquierdo y 170/100 mmHg en brazo derecho, frecuencia cardiaca: 104/minuto, frecuencia respiratoria: 28/minuto, temperatura: 36.8° centígrados, Saturación de Oxígeno: 97%.

- Piel: tibia, elástico, signo de pliegue en 3 segundos, llenado capilar 2 segundos, leve palidez +/-+++.
- Cuello: simétrico, ingurgitación yugular en ambas caras laterales, no se palpan adenopatías.
- Tórax y Pulmones: Buena amplexación torácica al momento de la respiración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se escuchan crépitos ni silbidos.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, presente tercer ruido cardíaco, no se escuchan soplos.
- Abdomen: No se evidencia distensión, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no palpación de masas.
- Neurológico: Se encuentra ubicado en las 3 esferas, hipoactivo con tendencia a estar soporoso, no presenta una adecuada expresión lingüística al hablar.

Diagnóstico presuntivo:

- Crisis hipertensiva tipo urgencia hipertensiva
- A descartar una Enfermedad Cerebro Vascular

CASO F:

1. Anamnesis

- a. Filiación:** - Paciente mujer de 25 años
- Natural y procedente de Lima

b. Enfermedad actual:

TE: 30 minutos **Inicio:** Brusco **Curso:** Fluctuante

Paciente de sexo femenino de 25 años, es traída a emergencia por familiares que refieren que hace 30 minutos vieron a la paciente en el suelo con movimiento irregulares y con un tono rígido, familiar refirió que el hecho duro no más de 2 minutos y que de manera espontánea y progresiva recobro la conciencia. Madre refiere que el día anterior estuvo conversando con sus amistades hasta muy tarde de la noche y que su hija le dijo que

solo había tomado 2 latas de cervezas, en otra ocasión hace años atrás también sucedió un caso similar. Familiar también refirió que aún le siguen dando sus crisis de ausencia durante el día. Mientras se le realizaba una historia clínica mixta vuelve a darle una crisis convulsiva generalizada tónico clónica de duración 2 minutos aproximadamente, con recuperación espontánea de conciencia progresivamente, periodo post ictal corto.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** crisis de ausencia desde los 8 años con tratamiento ácido valproico cada 8 horas. Epilepsia desde hace 3 años con tratamiento de carbamazepina 400mg cada 12 horas. Última convulsión hace 1 año.
- **Antecedentes quirúrgicos:** Colectomía laparoscópica hace 3 años.
- **Alergia a medicamento:** Penicilina.
- **Tratamiento habitual:** carbamazepina 400 mg cada 12 horas.

2. Examen Físico:

Funciones vitales: frecuencia respiratoria: 18/minuto, frecuencia cardíaca 86/minuto, presión arterial: 110/70 mmHg, temperatura: 37.2°C, saturación de oxígeno: 98%.

- Piel: hidratada, tibia, elástica, leve palidez +/-, lesión contusa equimótica en mandíbula.
- Cráneo: Normocéfalo, tumoración palpable a nivel de región temporo-parietal derecho.
- Tórax y pulmones: buena amplexación de caja torácica a la respiración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se escuchan crépitos ni ruidos agregados.
- Neurológico: Orientada en persona y espacio, no está ubicada en tiempo, trastorno del sensorio confundida con tendencia a estar soporoso, pupilas céntricas isocóricas reactivas a la luz y acomodación, hiperreflexia.

Diagnostico presuntivo:

- Crisis convulsiva tipo tonico-clónica
- Epilepsia en tratamiento refractario

1.5 Cuarta rotación: Pediatría

Como última parte de la experiencia del autor en el internado de medico fue realizar la rotación de pediatría en el Hospital Centro Materno Infantil, que, si bien si acudían pacientes pediátricos con diferentes patologías, solo se atendía en el tópico de emergencia, ya que el médico pediatra de esta institución era una persona vulnerable a padecer covid-19, por lo cual solo se atendía de manera virtual por telemedicina a estos pacientes y no de manera presencial en los consultorios.

El autor solicito realizar una rotación externa de 15 días en el Hospital de Vitarte, que se aceptó. En esta institución fue de un grato agrado pasar por esta área porque a diferencia de un hospital de primer nivel, los pacientes que llegaban por emergencia se podían hospitalizar y hacer un seguimiento a su evolución de la enfermedad. El Servicio de Pediatría en el Hospital de Vitarte se conforma de la siguiente manera:

- Tópico de emergencia.
- Hospitalización de Pediatría.
- Hospitalización de Neonatología.
- Servicio de Unidad de Cuidados Intermedios.

Esta rotación tuvo una duración de 2 meses correspondientes a Marzo y Abril del año 2021. Se citará 2 de los muchos casos que se vio en este periodo.

CASO G:

Recién nacido de sexo femenino post termino por examen físico, nacido de parto vaginal de aproximadamente 1 hora de vida, es traído al área de atención inmediata para evaluación y alojamiento con la madre.

Enfermedad actual:

TE: 2 horas **Inicio:** Insidioso **Curso:** Progresivo

Recién nacido de sexo femenino de parto vaginal en fase expulsivo, madre llega al centro de salud con familiar porque refiere que hace 2 horas evidencio perdida de líquido claro de moderada cantidad por vía vaginal y posterior a ello presento dolor abdominal tipo contracción cada 5 minutos, es pasada a camilla para atención de parto. Gestante refiere que no tiene cartilla prenatal de control y que es controlada por vía particular, a la vez no traen consigo una su última ecografía realizada. Al momento del parto, producto nace con meconio de moderada cantidad.

Antecedentes:

- **Antecedente materno:** Madre que solo culmino primaria, edad entre la segunda y tercera década, conviviente, no presenta su carnet prenatal.
- **Antecedente prenatal:** No se cuenta con cartilla prenatal, madre refiere que se controlaba en centro particular y solo tuvo 3 controles prenatales.

Examen Físico:

- Piel y anexos: acrocianosis a nivel de palmas de las manos, descamación fina en toda la distribución del cuerpo en mayor predominio en región de palmas de las manos y plantas de los pies, uñas de las manos largas y curvas.
- Cráneo: normocéfalo, fontanela anterior normotensa, no se palpan tumoraciones, no se palpan cabalgamiento de suturas craneales.
- Tórax y pulmones: taquipnea con frecuencia respiratoria de 60/minuto, tirajes subcostales e intercostales medianamente marcado, aleteo nasal, retracción xifoidea leve.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdominal: Leve distensión, presencia de cordón umbilical limpio, seco y clampado, se auscultan ruidos hidroaéreos

presentes, palpación de borde hepático a nivel de 1 cm por debajo de reborde costal.

- Neurológico: Reflejo de succión: ++/+++ , Reflejo de búsqueda: ++/+++ , Reflejo de moro +++/+++ , Reflejo de presión palmar +++/+++ , Reflejo plantar: +++/+++.

Datos de importancia

- Test de Apgar: 7 al primer minuto y 9 a los 5 minuto.
- Peso al nacer:3700 gr.
- Examen físico por Capurro: > igual de 42 semanas.
- Placenta en presentación schultze, cotiledones completos con calcificaciones difusas, amnios y corion completos, cordón umbilical que cuenta con 2 arterias y 1 vena que tiene una longitud de 70 cm.

Diagnósticos presuntivos:

- Recién Nacido de sexo femenino, edad gestacional > o igual a 42 semanas por examen físico nacido de parto vaginal.
- Recién nacido con adecuada edad gestacional según curvas de luchando.
- Descartar Taquipnea transitoria del recién nacido.
- Descartar Síndrome de aspiración de líquido amniótico.
- Descartar sepsis neonatal por controles prenatales insuficientes.

CASO H:

1. Anamnesis:

- Filiación:** - Paciente J.P:R se sexo masculino de 4 años
 - Preescolar
 - Natural y procedente de Lima

b. Enfermedad actual:

TE: 2 días

Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Niño preescolar de 4 años acompañado de familiar, madre refiere que su menor hijo desde hace 2 días presenta temperaturas altas que en 2 oportunidades cuantifico en 39°C, que se acompaña de agitación y tos con expectoración, refiere que solo le ha dado paracetamol en jarabe 1 cucharada pero que aun así persiste la fiebre y los síntomas, madre refiere que por su trabajo deja a su hijo en casa de su amiga donde otro niño está enfermo con un cuadro parecido y que juegan afuera de su casa, y no recuerda si tiene todas las vacunas.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes personales:** Inmunizaciones completas, lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses luego continua con lactancia mixta.
- **Antecedentes patológicos:** Ninguno
- **Antecedentes familiares:** Ninguno
- **Reacción alérgica a medicamento:** Ninguno

2. Examen Físico:

Funciones vitales: frecuencia respiratoria: 42/min, frecuencia cardiaca: 122/min, presión arterial: 110/50, Temperatura: 39.3°C, saturación de oxígeno: 94%.

- Piel: hidratada, tibia, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Mala amplexación de caja torácica, tirajes subcostales e intercostales marcados, aleteo nasal marcado, retracción xifoidea, desbalance toracoabdominal. Frecuencia respiratoria de 42/minuto.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes 10/minuto, no doloroso a la palpación, no masas palpables.

Diagnósticos presuntivos:

- Neumonía típica adquirida en la comunidad,
- Preescolar de sexo masculino.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El trabajo profesional que se realizo tuvo que pasar por distintos escenarios en toda la extensión desde 30 de diciembre del 2020 hasta el 30 de abril del 2021, se inició la experiencia del autor en una sede seleccionada por la Universidad San Martín de Porres al Hospital Regional Docente de Huacho que tuvo una temporalidad de 2 meses y 15 días (30 de diciembre – 15 de marzo), que por razones de contexto de pandemia el internado médico tuvo que suspenderse y alejarse del Hospital. En esta intercurencia el internado médico tuvo que paralizarse mediante un comunicado de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina Humana “ASPEFAM” hasta una fecha indeterminada. Luego de un tiempo de espera por parte de las autoridades en beneficio a los internos de salud se pudo recobrar la incorporación de los internos de salud con el documento técnico: “LINEAMIENTOS PARA EL INICIO O LA REANUDACION PREGRESIVA DE ACTIVIDADES DE LOS INTERNOS DE CIENCIAS DE LA SALUD EN EL MARCO DEL DECRETO DE URGENCIA N° 090-2020”. Luego se continuó en el establecimiento de salud de primer nivel que se llamó Hospital Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en una situación difícil porque se vivía una pandemia que no daba tregua a la salud, en este periodo de retorno a las actividades, adicional a ello se pudo tomar experiencia de otra institución que brindó el apoyo para la formación médica del autor, llámese Hospital Vitarte.

2.1 Hospital Regional Docente de Huacho

La Institución tiene una categorización de establecimiento “nivel II-2”, se encuentra en Av. José Arámbulo La Rosa 251, está ubicado a 150 km al norte de la ciudad de Lima, en la provincia de Huaura, distrito de Huacho.

La estructura organizacional identifica 9 unidades, 14 departamentos y la Oficina de Control interno.

Su estructura es horizontal, Su edificio de mayor tamaño cuenta con 4 pisos, la primera planta está diseñada para los servicios de consulta externa, estrategias sanitarias y las unidades administrativas, en el segundo piso se encuentra los departamentos de Pediatría y Medicina, en el tercero el servicio de Ginecobstetricia, centro obstétrico y Neonatología con su servicio de Cuidados Intensivos, el cuarto piso el departamento de Cirugía, Centro Quirúrgico y Centro de Esterilización. Desde el año 2000 se cuenta con los módulos nuevos de Emergencia que incluye UCI de adultos. Tiene un Módulo de atención materno infantil que es un edificio extra de 3 niveles. En un espacio apartado se encuentra el Programa de Enfermedades infecciosas. Cuenta adicionalmente con una losa deportiva (9).

El Hospital Regional de Huacho es el centro referencial de los Servicios Básicos Huaura – Oyón, cuenta con 48 puestos y 9 Centro de Salud. En la provincia de Huaura los Centros de Salud de Hualmay, Sayán, Végueta, Carquín, Santa María y Huaura, en la Costa y en la Sierra el centro de Salud de Ámbar. En la provincia de Oyón los centros de salud Churín y Oyón (9).

Los pacientes que necesitaban hacer referencia se solicitaban a Hospitales de nivel de categorización III.

2.2 Hospital Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo

El Hospital tiene una categorización de establecimiento “nivel I-4”, se encuentra en Av. Pedro Valle s/n (altura cuadra 18 Av. El triunfo).

Villa María del Triunfo está integrada por siete zonas territoriales, José Carlos Mariátegui, que es la de mayor población; Cercado, que es el principal casco urbano; Inca Pachacútec, que es la menos poblada, Nueva Esperanza, Tablada de Lurín, José Gálvez y Nuevo Milenio. Actualmente es uno de los distritos más grandes de la ciudad de Lima con 355 761 habitantes y 280 AA. HH aproximadamente, en una superficie de 70,57 km².

Dentro de sus límites tiene cuatro frentes, hacia las Avenidas Villa María del Triunfo y El triunfo, y hacia las calles Alfonso Ugarte y Pedro Valle Medina,

posee un área de 9603 m². Alrededor del centro está rodeado de viviendas de piso o máximo 2, que están ubicados en las faldas de los cerros. Este centro por su proximidad al Hospital María Auxiliadora, está considerado como un “anillo de contención”, sin embargo, no cuenta con los ambientes, diseño y equipamiento para responder como tal. En el año 2009, se hizo un informe de evaluación de riesgo a cargo de Defensa Civil, el cual dio como conclusión. Que el “Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo”, se 66 encuentra en RIESGO ALTO y NO CUMPLE con las condiciones de seguridad establecidas en la normatividad de Defensa Civil Vigente (10).

El lugar actual del hospital se encuentra en el kilómetro 7 de la Carretera Central del distrito de Ate – Vitarte, cuenta con un área de terreno de 1672 m² (10).

Su infraestructura es de manera horizontal que cuenta con 4 ambientes:

- 1 pasadizo de oficinas administrativas como oficina del director del hospital, de recursos humanos, oficina del departamento de obstetricia, oficina del departamento de estomatología, oficina del Seguro Integral de Salud “SIS”.
- 1 pasadizo de oficinas que pertenecen a consultorios de nutrición, psicología, módulo de anemia, estomatología, obstetricia, medicina general.
- Ambiente al exterior: Modulo de inmunizaciones.
- Tópico de Emergencia: se conforma de 2 ambientes separados, 1 el tópico de Emergencias Obstétricas con su sala de observación y 1 tópico de emergencias médicas para patologías generales.
- Módulo de Programa del Control de Tuberculosis: estas oficinas estaban separadas de la infraestructura en general, ya que por la misma patología no podían estar relacionadas entre estas.

En las circunstancias que se encontraba en este momento que atravesaba el Perú por la pandemia comenzada en el 2020 hasta la fecha, se implementó un módulo extra a lo habitual en el hospital, que no se encontraba dentro de la institución.

- Módulo de atención a pacientes con sospecho de covid 19.

2.3 Hospital Vitarte

Hospital Vitarte tiene una categorización de establecimiento “II-1” se encuentra en la Av. Nicolas Ayllón 5880 – Ate – Lima.

En su actualidad el hospital cuenta con un equipo multidisciplinario de 924 trabajadores, de las cuales 142 son en total médicos de diferentes especialidades, 94 son de enfermería, 39 obstetras, 2 psicólogos, 8 cirujanos dentistas, 12 tecnólogos médicos, 6 trabajadores sociales, 11 químico farmacéuticos, 191 técnicos y auxiliares de enfermería, 3 técnicos de nutrición, 1 técnico especialista en rayos X, 7 técnicos en farmacia, 19 técnicos en laboratorio, 263 personal administrativo, 1 auditor, 117 trabajadores de servicios generales y mantenimiento, además de otros trabajadores que realizan labor administrativa.

La institución cuenta con 3 niveles:

- Primer nivel: se encuentran los consultorios externos, emergencia de las 4 grandes especialidades, farmacia general, piso de hospitalización de gineco y obstetricia, piso de hospitalización de neonatología, Centro obstétrico, sala de partos y sala de operaciones.
- Segundo nivel: Se encuentran el piso de hospitalización de neonatología, piso de hospitalización de medicina interna, piso de hospitalización de cirugía general y traumatología, laboratorio general, oficina de referencias y contra referencias.
- Tercer nivel: se encuentra oficinas administrativas de la dirección general del hospital, comedor general, oficina de docencia e investigación.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Para la formación de un médico general, se inicia desde la etapa de estudiante de medicina y esto conlleva a leer diversas fuentes o libros, e inclusive guías de prácticas clínicas que son adquiridos en la universidad o incluso en los distintos hospitales que cursa en distintos años de su carrera profesional. A nivel mundial el manejo de distintas patologías es muy cambiante con el fin de darle el mejor trato al paciente en su evolución de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación; Esto conlleva a leer de forma muy continua las distintas guías que nos ofrecen múltiples organización o instituciones ya sea de carácter nacional o internacional.

En este sentido, los distintos médicos ya sean asistentes o residentes de cada hospital se basan de guías que fundamentan sus laborales al momento de realizar algún procedimiento, manejo, o sustento teórico. De tal manera en el internado médico cada interno en su situación actual debe solicitar ciertas guías o instrumentos que brindaran para realizar sus prácticas clínicas basada en evidencia actualizada.

3.1 Rotación de Gineco obstetricia

MANEJO DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE MEMBRANA

Con respecto al caso A, en el capítulo I, subtítulo 1.1, fue catalogado la paciente con los diagnósticos de:

- 1) Tercigesta de 35 semanas por ecografía del primer trimestre.
- 2) Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: desprendimiento prematuro de placenta grado II.

Medidas Generales (11):

- Canalizar vía endovenosa con catéter N° 18 e iniciar infusión de Solución Salina 0,9 % x 1000 cc.
- Monitoreo permanente de signos vitales y reposos absoluto.
- Monitoreo fetal continuo.
- Hospitalización con exámenes auxiliares completos.
- Evaluación por Unidad de Cuidados Intensivos Materno en casos de estabilidad hemodinámica.

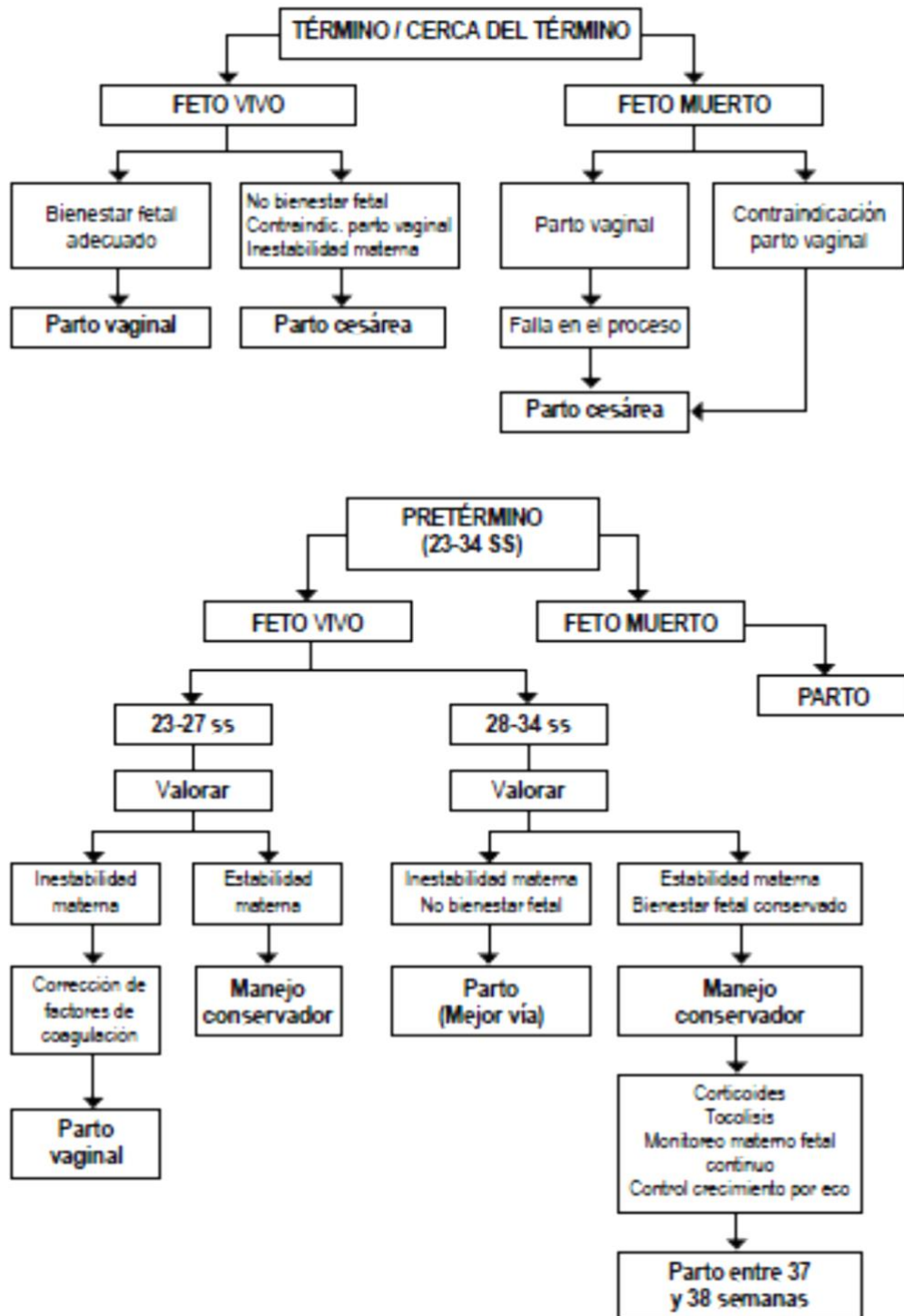
Medidas específicas (11):

- DPP con feto pretérmino menor o igual de 34 semanas: observaciones, ecografías obstétricas seriadas, maduración pulmonar. •
- DPP con feto > de 34 semanas, culminar embarazo por la mejor vía.

Medidas Obstétricas:

- Activar clave roja y estabilización hemodinámica del paciente.
- Si el producto está vivo, se procede a cesárea inmediato.
- En caso que el producto sufra de bradicardia fetal, la extracción por cesárea dentro de los 20 minutos significativamente reduce la mortalidad neonatal y la incidencia de parálisis cerebral.

Imagen 1. Fluxograma en gestantes con sospecha de desprendimiento prematuro de placenta.



Fuente: Guías de Práctica Clínica y de Procedimiento en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Infantil del 2018. Pág. 58.

MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN PACIENTE GESTANTE PRETERMINO

Con respecto al caso B en el capítulo I, en el subtítulo I.1, luego de definir el caso con los diagnósticos:

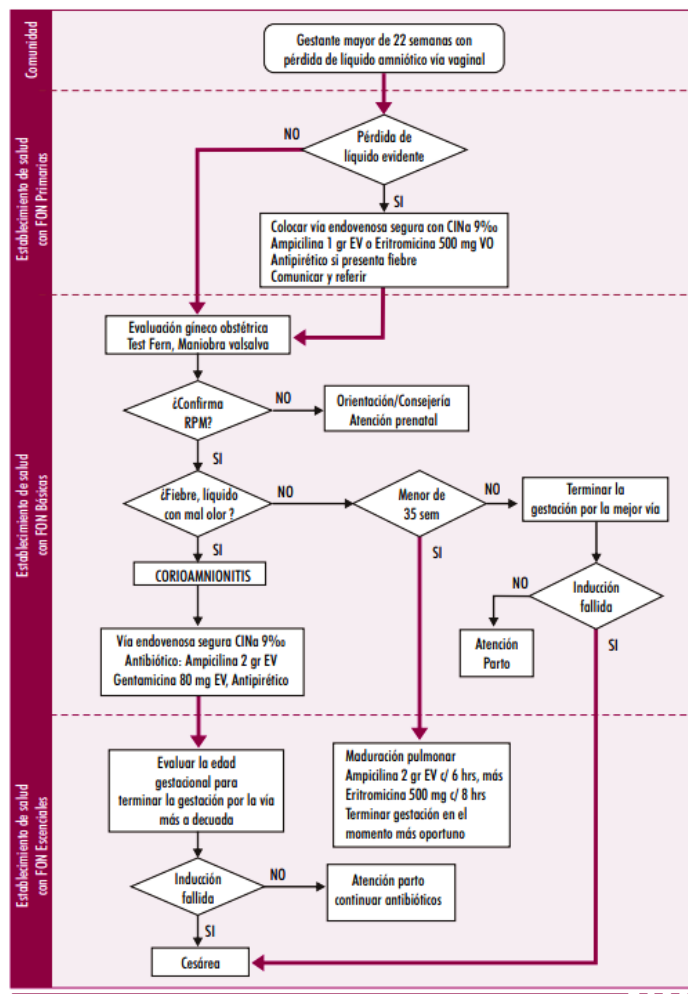
- 1) Gestante 30 semanas y 3 días por ecografía de primer trimestre,
- 2) Ruptura prematura de membrana,
- 3) Trabajo de parto pretérmino.

En emergencia lo primero que se realizó de manera oportuna fue conseguir una camilla para la gestante y que no se moviera o cambiara de posición, la enfermera de turno pudo canalizar una vía periférica para hidratar a la paciente con ClNa al 0,9%, se le dio a la gestante 1 tableta de nifedipino vía oral y luego 2 más cada 20 minutos, agregar que también se administró corticoide que se tenía en petitorio por vía intramuscular, se explica a la paciente que se tiene que darle antibióticos como profilaxis del tratamiento dando antibioticoterapia empírico con ampicilina y gentamicina, adicional a ello se realizó la interconsulta al servicio de Neonatología documentándole el caso. En ese momento se le explico al familiar de la paciente de los diagnósticos dados y posterior a ello avisarle al familiar que la paciente será hospitalizada. El equipo a cargo en ese momento que se encontraba en un establecimiento que pertenece a un nivel de categorización nivel II-2 decide su manejo del paciente de la siguiente manera según la Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencia obstétricas según nivel de capacidad resolutive 2007 y Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología (11,12).

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Iniciar tratamiento antibioticoterapia con ampicilina 2 gr EV cada 6 horas, mas eritromicina de 500 mg c/8 horas via oral por 48 horas.
- Solicitar exámenes auxiliares como: Hemograma completo, Examen de orina, PCR, VSG,
- Realizar pruebas de bienestar fetal.
- Realizar pruebas de maduración pulmonar.

- Ante signos de corioamnionitis se cambiará el esquema a ampicilina 1 gr EV cada 6 horas, mas gentamicina 5 mg/kg EV cada día.
- Gestante <31 semanas la conducta es expectante, maduración pulmonar con betametasona 12 mg intramuscular cada 12 horas por 2 días, en caso de no contar con betametasona usar dexametasona 4 mg intramuscular cada 6 horas por 2 días y prolongar todo el tiempo posible el embarazo con nifedipino 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis, con manejo multidisciplinario.
- Control de signos de alarma: fiebre, disminución de movimientos fetales, alteración patológica de latidos cardiacos, oligoamnios severo, pruebas de bienestar fetal alterado.

Imagen 2. Fluxograma de Ruptura prematura de membrana.



Fuente: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria. Minsa; 2007. Pág. 80.

3.2 Rotación de cirugía

MANEJO DE TRAUMA TORÁCICO

Con respecto al caso C, con un detallado por parte de la anamnesis y una buena historia clínica se llegó a la conclusión con los siguientes diagnósticos:

- 1) Trauma torácico en hemitórax derecho a descartar hemo neumotórax,
- 2) herida contuso cortante en tórax.

Nos encontramos en un establecimiento de salud de nivel de categorización II-1. Luego del ingreso y catalogarlo al paciente con estos diagnósticos se le pidió de manera urgente que se tome una radiografía de tórax anteroposterior y lateral, donde en la radiografía se observa una imagen radiolúcida de presencia de aire sin broncograma aéreo en zona periférica de pulmón derecho que limita con borde parenquimal de pulmón derecho y colapso pulmonar, presencia de radiopacidad a nivel de base en hemitórax derecho que es de forma homogénea con borramiento de ángulo costodiafragmático de un trazado horizontal característico a una colección de sangre de aproximadamente 300cc. Posterior a ello se piden exámenes auxiliares como hemoglobina, grupo y factor, gasometría arterial en sangre. El paciente recibe soporte ventilatorio de oxígeno con cánula binasal a 2 litros. Posterior a ello aun en el servicio de emergencia es evaluado por el especialista que da la aprobación de realizar una toracotomía mínimamente invasiva o toracostomía, donde primero se realizó una pequeña incisión a nivel de 5to espacio intercostal parte inferior con línea axilar media que posterior se introduce un tubo de drenaje aséptico por ese mismo nivel, por el otro extremo está conectado a un válvula unidireccional de contenido líquido para que se pueda extraer el contenido hemático y de aire. Posterior a ello se procede a realizar una unión suturando la piel con el tubo de drenaje para que no pueda movilizarse y estar sujeto a que pueda desprenderse, se cubre con gasas. El plan fue el siguiente:

PLAN:

- Hospitalización en piso de cirugía.
- Controlar funciones vitales cada 6 horas.
- Se solicita radiografía control cada 24 horas por 3 días.
- Vigilancia de tubo de drenaje.

EVOLUCION:

El paciente estuvo hospitalizado en total 5 días en el servicio de cirugía que tuvo una evolución favorable, en ningún momento se manifestó algún signo de alarma ni algún dato de inestabilidad hemodinámico, Lo resaltante fue hacer un seguimiento diario del paciente con radiografías diarias para una decisión de retirar el tubo de drenaje. Hay criterios de referencia y contra referencia a un nivel superior como un hospital de nivel de categorización de mayor complejidad, cuando el paciente cumpla uno de los siguientes criterios para ventilación mecánica (13).

En emergencia, el médico especialista refirió que en la siguiente revista se guiaban de las indicaciones y algunas otras observaciones de los pacientes que acudan a un hospital de mediana complejidad con sospecha de trauma torácico (14).

tabla 1. Indicaciones de toracostomía.

Indicaciones absolutas
<ul style="list-style-type: none">• Neumotórax abierto• Neumotórax abierto• Hemotórax• Hemo neumotórax
Indicaciones relativas
<ul style="list-style-type: none">• Hidrotórax• Quilotórax• Empiema• Derrame pleural

Fuente: Procedimiento en cirugía: Toracostomía cerrada. 2010, p. 334.

Se detallará como debe ser el manejo en todo trauma torácico:

PACIENTE ESTABLE: Puede ser manejado en el tópico principal de Cirugía o en la sala de observación. Se deberá realizar un control radiográfico, solicitando radiografía de tórax postero anterior. Sí es herida por PAF sin orificio de salida: solicitar radiografía lateral de tórax del lado afectado.

- **POSITIVO a Neumo o Hemotórax:** Colocación y manejo del dren torácico: Ejercicios Inspiratorios, analgesia, vigilar permeabilidad de

drenaje. Paciente se hospitaliza en sala de observación.

INDICACIONES DE CIRUGIA: -Drenaje inicial de tubo de tórax igual o mayor de 1500 cc. de sangre o drenaje de tubo de tórax igual o mayor de 200 cc. de sangre hora por 4 horas. - Burbujeo Constante.

- NEGATIVO: Observación por 6 hs. y luego radiografía tórax de control. Si persiste negativo: Alta con indicaciones (analgesia, antibióticos).

Neumotórax Abierto:

- Tratamiento: Cierre precoz del defecto con apósito estéril fijado en tres lados. Luego colocar tubo de drenaje n° 30 o 32, lejos de la herida, a nivel del 4° o 5° EIC a la altura de la LAM o LAA (Línea axilar anterior). Sutura de la lesión (transformándolo en cerrado) Analgésicos, terapia antitetánica y antibiótico de amplio espectro. Fisioterapia respiratoria.

Hemotórax:

- Tratamiento: Reposición del volumen perdido con cristaloides o sangre. Drenaje torácico con tubo grueso N° 30 o 32 a nivel del 5° EIC a la altura de la LAM o LAA. Si persiste la pérdida en cantidades mayores de 1500 ml. o mayor de 200 ml por hora durante las primeras 4 horas debe realizarse toracotomía exploratoria. Analgésicos y antibióticos. Fisioterapia respiratoria.

MANEJO DE SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL AGUDO

De acuerdo al caso clínico del caso D, en emergencia el paciente ingreso con los siguientes diagnósticos:

- 1) síndrome doloroso abdominal,
- 2) Obstrucción intestinal baja,
- 3) A descartar abdomen agudo quirúrgico.

El plan en emergencia fue el siguiente:

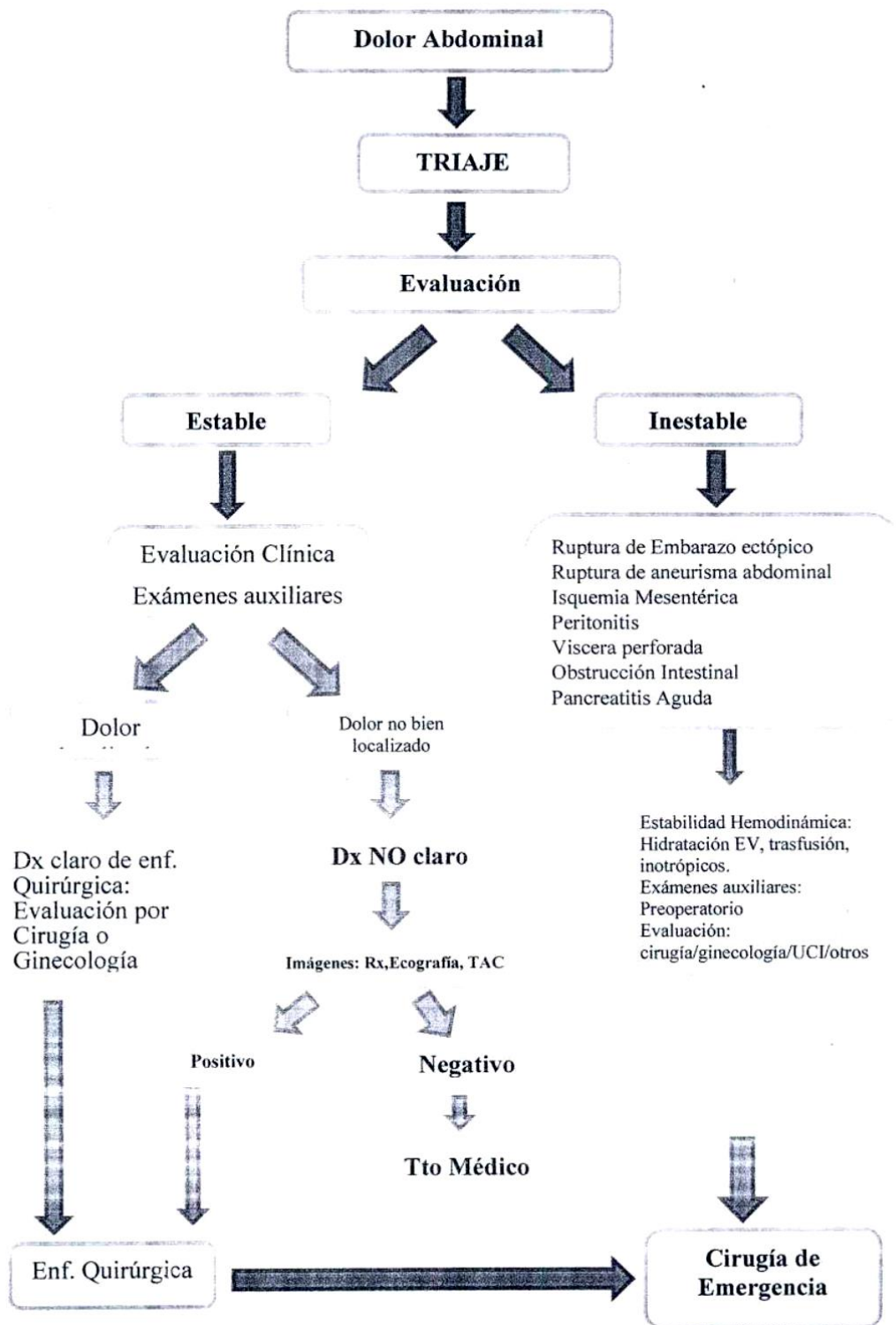
- NPO + colocación de sonda nasogástrica a gravedad
- CINA al 0.9% 1000cc / 45 gotas por minuto
- Omeprazol 40mg EV cada 24 horas
- Control de funciones vitales + Balance hidroelectrolítico
- Se solicita perfil preoperatorio, electrocardiograma, electrolitos

Evolución en tópicos de emergencia: Luego de 3 horas de observación el paciente no tolera el dolor y se le realiza una ecografía abdominal completa donde se encuentra dilatación de asas intestinales delgadas y gruesas, apéndice aumentado de tamaño de 8 cm. Con estos resultados se decide pasar al paciente a Sala de Operaciones.

Comentario: La operación realizada fue una laparotomía exploratoria, omentectomía parcial. Los hallazgos operatorios fueron Líquido citrino de 1 litro, Distensión de asas intestinales delgadas y gruesas, granos de mijo en epiplón mayor, mesenterio y meso apendicular, apéndice cecal de 7x2cm flemonoso en toda su extensión con base indemne en posición pélvica. Los diagnósticos postoperatorios fueron: Obstrucción intestinal por tuberculosis entero peritoneal, Apendicitis aguda no complicada tipo flemonosa. Su evolución fue favorable los 3 días siguientes en el piso de hospitalización del departamento de cirugía. Se decide hacer interconsulta con neumología recién en este momento porque la especialidad no laboraba en los días anteriores por el diagnóstico obtenido, los especialistas en neumología decidieron solicitar prueba de BK en esputo y en heces cada 24 horas por 2 días. Posterior a ello se habla con el encargado de hospitalización de neumología para que paciente pueda ser transferido a su servicio para una mejor observación, lo cual se aceptó la solicitud y paciente es retirado del servicio de cirugía sin ninguna complicación postoperatorio.

En el Hospital de Vitarte el especialista de turno nos mencionó que en el Hospital Cayetano Heredia hay una guía clínica que se sigue usando (15), a continuación, se menciona el manejo:

Imagen 3. Algoritmo sobre el manejo de dolor abdominal agudo.



Fuente: Guía práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo en el adulto del Hospital Cayetano Heredia. Lima Perú; 2014.

3.3 Rotación de Medicina Interna

MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA

Con respecto al paciente del caso E se catalogó con el siguiente diagnóstico:

1) Crisis hipertensiva tipo urgencia hipertensiva

Se puede conocer el plan que se realizó en un establecimiento de primer nivel de categorización I-4, fue el siguiente:

PLAN:

- Se administro 1 tableta de enalapril molida por vía sublingual ya que era el único antihipertensivo que tenía en petitoria el centro de salud, se le pidió al familiar que compre tabletas de captopril de 25 mg.
- Supervisar que familiar venga con las tabletas.
- Control en una hora de presión arterial.

EVOLUCION;

- La evolución en 1 hora posterior a la administración de la tableta antihipertensiva no fue de ayuda ya que su control de presión arterial en este momento fue de 190/120 mmHg, adicionando que el paciente no podía sostener su cabeza de forma voluntaria y que familiar refería que se estuviera desvaneciendo.
- Se decide una referencia a un centro de mayor complejidad ya que el paciente donde se suscitó este hecho fue en un hospital de nivel I-4.
- En la evolución de 1 hora el familiar refiere que no encuentra boticas abierta y decide venir al establecimiento, se monitorizo su presión arterial encontrándose 190/120 en brazo izquierdo y 195/125 en brazo derecho, percatándose que el paciente se encontraba con tendencia a estar letárgico, al momento del habla se le entiende incomprensible.

Se añaden los siguientes diagnósticos:

- 2) Crisis hipertensiva tipo emergencia,
- 3) A descartar enfermedad cerebro vascular.

Se decide realizar una referencia a un hospital de mayor complejidad lo más cercano de inmediato. Se contacta con el Hospital María Auxiliadora para poder trasladar al paciente.

A continuación, se relata un plan de acuerdo a la “Guía práctica para la prevención y control de la Enfermedad hipertensiva en el Primer Nivel de Atención” (16) y “Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva” (17).

Criterios de referencia y contrarreferencia:

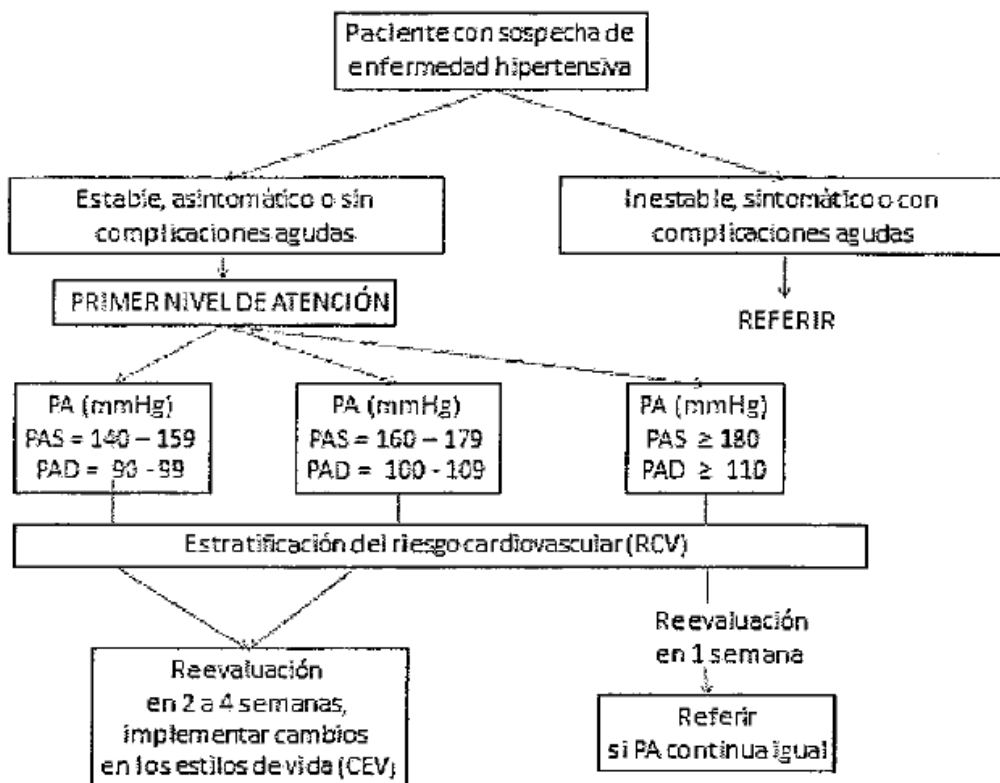
Del Primer al Segundo Nivel:

- Pacientes con hipertensión arterial no controlada a pesar del tratamiento instaurado.
- Pacientes con diabetes mellitus.
- Paciente con sospecha de compromiso de órgano noble.
- Paciente con urgencia hipertensiva no resuelta.

Del Segundo al Tercer Nivel:

- Hipertensión arterial severa o refractaria al tratamiento.
- Disfunción ventricular izquierda aguda.
- Insuficiencia renal crónica terminal.
- Paciente con emergencia hipertensiva
- Paciente con sospecha de hipertensión arterial secundaria.
- Paciente con complicaciones vasculares agudas.

Imagen 4. Fluxograma de Atención de los pacientes con sospecha de enfermedad hipertensiva



Fuente: MINSA. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva en la Resolución Ministerial 031-2015. Pág. 17

MANEJO DE CRISIS CONVULSIVA

Para el caso F se diagnosticó con lo siguiente:

- 1) Crisis convulsiva tonico-clonico,
- 2) Epilepsia.

El plan se basó de la guía de práctica clínica de epilepsia (18):

En el primer nivel de atención:

- Manejo de la vía aérea.
- Posición de cabeza (entre 15 a 30 grados).
- Oxigenoterapia si es que la saturación de oxígeno es menor a 95%.
- Empleo de Benzodiacepina.

- Manejo de Temperatura.
- Manejo de fluidos.
- Referencia a un hospital de nivel II-2.

Se pueden utilizar uno de los siguientes anticonvulsivantes de uso o corto plazo para una crisis aguda en algún servicio de emergencia (17):

- Lorazepam endovenoso, intraóseo o sublingual 0,1 mg/kg, se puede repetir 2 veces luego de 10 minutos, su velocidad de administración es $< 2\text{mg}/\text{min}$, este fármaco se tiene que diluir antes de la administración.
- Diazepam endovenoso o intraósea 0,3 mg/kg, se puede administrar 2 a 3 veces cada 5 minutos, su velocidad de administración es $< 2\text{mg}/\text{min}$, no es necesario diluirse.

3.4 Rotación de Pediatría

MANEJO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN RECIEN NACIDO POSTERMINO

Para el CASO G, se concluyó los diagnósticos:

- 1) Recién Nacido de sexo femenino, edad gestacional $>$ o igual a 42 semanas por examen físico nacido de parto vaginal.
- 2) Recién nacido con adecuada edad gestacional según curvas de luchando.
- 3) Descartar Taquipnea transitoria del recién nacido.
- 4) Descartar Síndrome de aspiración de líquido amniótico.
- 5) Descartar sepsis neonatal por controles prenatales insuficientes.

El caso se presentó en un establecimiento de salud nivel I-4. Al momento del parto cuando se percató que el producto estaba cubierto de meconio, se decidió realizar maniobra de estimulación y secado de inmediato. Como presento un adecuado Apgar se esperó el tiempo prudente de 2 minutos para el clampaje y corte del cordón umbilical. De inmediato se llevó a la cuna térmica. El medico de turno solicito hacer un control de frecuencia respiratoria en todo momento ya que notaba al examen físico tirajes intercostales y subcostales, aleteo nasal, y a la auscultación se escuchan leves crépitos.

La madre paso a sala de alojamiento conjunto y se entregó a recién nacido para que pueda darle leche materna, percatándose que se encontraba hipoactivo con pobre succión.

Cuando se llevó a la incubadora para que este a una adecuada temperatura, el medico de turno solicito hacer un control continuo de frecuencia respiratorio del recién nacido. En la evaluación se la frecuencia respiratoria en más de 4 veces separado de 10 minutos se encuentra >60 /minuto.

La institución se basa de acuerdo a la atención del recién nacido con dificultad respiratoria neonatal de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido. El equipo de turno decidió realizar la referencia a un centro de mayor complejidad del recién nacido (19).

MANEJO DE NEUMOMINA TIPICA EN NIÑOS PREESCOLAR

Para el CASO H, sus diagnósticos de ingreso a la emergencia fueron los siguientes:

- 1) Neumonía típica adquirida en la comunidad,
- 2) Preescolar de sexo masculino.

El manejo del paciente fue de la siguiente manera encontrándose en un hospital de nivel de II-2, se basó en la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y niños del 2019 (20):

Medidas Generales:

- Realizar medidas posturales (elevación de la cabecera, recolocar en posición semisentada).
- Se puede optar por una alimentación por sonda nasogástrica en niños que tienen riesgo de dificultad respiratoria o deshidratación.
- Se recomienda Canalizar una vía endovenosa e hidratar a través de ésta en las niñas y los niños, con mala evolución y/o pobre tolerancia oral.
- Se debe realizar 6 acciones claves para el manejo del paciente con Neumonía, las cuales se describen en la tabla 4, bajo el acrónimo "FALTAN", los cuales deben indicarse a los cuidadores de las niñas y los niños, con neumonía.

tabla 2. Acrónimo “FALTAN”.

F	Fiebre: administrar paracetamol condicional a Temperatura >38°C.
A	Alimentación: si niña/o es menor a 6 meses iniciar con lactancia materna si no lo ha hecho, y si es mayor a 6 meses dar alimentación habitual.
L	Líquidos: incrementar más de lo usual.
T	Tos: no se recomienda el uso de antitusígenos, antihistamínicos, descongestionantes, etc.
A	Alarma: si presenta dificultad para respirar, persiste la fiebre, compromiso de sensorio, mala evolución clínica a pesar del tratamiento.
N	Nariz: Limpieza de fosas nasales puede ser con suero fisiológico al 0,9% o solución casera.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en niñas y niños. Lima - Perú; 2019. Pág. 16.

Terapéutica:

- Soporte hidroelectrolítico: se debe mantener una adecuada hidratación si es posible de vía oral o de lo contrario con sonda nasogástrica, es recomendable solicitar electrolitos séricos.

$$VIG = \frac{\text{Vol/kg/día} \times \text{Concentración de glucosa}}{144}$$

144

- Oxigenoterapia: el soporte ventilatorio es muy importante y puede ser de diversas alternativas: cánula nasal, cánula nasal de alto flujo, mascara simple, mascara Venturi, casco de oxígeno.
- Terapia antibiótica: ampicilina 150-200 mg/kg vía endovenosa cada 6 horas por 7 días.

Control y/o referencia:

- Si a las 48-72 horas la evolución es desfavorable (persistencia de fiebre, incremento de dificultad respiratoria, aumento de requerimiento de oxígeno), considerar exámenes auxiliares (radiografía de tórax, hemograma) y/o referir a establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive.
- Si a las 48 horas, la evaluación es favorable (ausencia de fiebre, adecuada tolerancia oral y ausencia de dificultad respiratoria) considerar continuar el tratamiento por vía oral.
- En caso de que el paciente haya recibido cefalosporina de tercera generación para el tratamiento de neumonía, valorar el uso de cefuroxima 30mg x kg x día dividido en 2 dosis para la secuenciación de tratamiento vía oral, dosis máxima 500mg x día.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al iniciar la etapa del internado en el Hospital Regional Docente de Huacho en la Región Lima Norte con la primera rotación de gineco-obstetricia fue un regular punto de partida, ya que el autor tuvo que estudiar la zona geográfica del hospital y conseguir por medios propios un espacio donde hospedarse cerca del hospital, para facilitar la movilización a la institución. Esta cercanía al hospital también sirvió como ayuda porque el hospital donde el autor comenzó el internado demandaba mucho esfuerzo y luego de una jornada se necesitaba un descanso.

En cierto punto, en los meses de enero, febrero y marzo del 2020 en la rotación de Gineco obstetricia se realizaron turnos de inclusive 36 horas continuas en el Hospital, fue un periodo muy cansado que incluso se interponía las horas de descanso para aprovecharlo en estudiar o poder reformar algún tema pendiente. Sin embargo, a pasar el tiempo se pudo adaptar al ritmo y trabajar con normalidad.

Un punto muy gratificante en la primera rotación que fue Gineco obstetricia fue entrar a salas de operaciones asistiendo al comienzo como observador y luego como ayudante a los doctores asistentes y residentes, inclusive a figurar dentro del reporte operatorio.

La pandemia desde que inicio tuvo un protagonismo en el internado de todos los estudiantes que cursaban esta etapa, fue tanto el impacto que se tuvo que paralizar las actividades en los hospitales a nivel nacional, para posterior reubicación de los internos a hospitales de primer nivel de atención y en algunos hospitales que si aceptaron su permanencia.

Una de las dificultades que se presentó para la mayoría de internos de medicina en su momento fue cuando en el Perú informaron por resolución

ministerial la reincorporación a los hospitales de primer nivel de atención. Con esta resolución se brindaba una disposición a favor del interno de medicina ya que se garantizaba la salud de cada estudiante.

Para la experiencia del año del internado, el autor no continuó en su sede hospitalaria , ya que en un momento el Hospital Regional de Huacho emitió un comunicado donde no aceptarían internos de medicina para fines académicos, por lo que se optó en seguir el internado en Hospital de primer nivel, pero ante la coyuntura que se vivía la pandemia en el Perú se llevo a cabo un curso gracias a la Universidad San Martín de Porres (USMP) con la finalidad de prevenir un contagio y saber de la bioseguridad en el contexto con pacientes covid-19, otorgándose un certificado de aprobación del curso (Ver Anexo 2).

Eran muy variados los casos que vivía el internado médico, pero para la gran mayoría de internos que continuaría esta etapa iban a tener el gran problema de experimentar casos que necesitarían un manejo complejo que un hospital de primer nivel no tendría la capacidad resolutive , y que para algunos internos se pudo solucionar por parte de las Facultades de medicina cuando se solicitaban realizar rotaciones externas en hospitales de mayor complejidad de forma temporal, así cubriendo la baja casuística de pacientes que acuden con patologías complicadas.

La Facultad de Medicina Humana de la USMP nos brindó una herramienta académica de manera virtual, que consistía en poder realizar un conversatorio con un docente de la rotación correspondiente a temas como procedimientos más utilizados o desarrollo de casos clínicos, esto fue de gran ayuda para complementar y ampliar nuestros conocimientos.

CONCLUSIONES

1. En la etapa del internado médico, el estudiante de medicina humana debe afianzar todos los conocimientos teórico- práctico que aprendió en los ciclos anteriores, con la finalidad que al culminar este periodo obtengamos un profesional garantiza al sistema sanitario.
2. En la rotación de Gineco obstetricia, realizada pre-pandemia en el Hospital Regional de Huacho, se adquirió mayor cantidad de competencias para identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a los problemas quirúrgicos y éticos
3. En la Rotación de Cirugía y Pediatría, realizada durante la pandemia en los Hospitales Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo y Hospital de Vitarte, ambos establecimientos pudieron brindarme herramientas para poder identificar, aplicar y proponer alternativas de como seria el manejo en un paciente. Al ser establecimientos de distintos niveles, el enfoque para beneficio del autor es muy amplio y completo.
4. En la Rotación de Medicina Interna, realizada durante la pandemia en el Hospital de primer nivel Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, se adquirió competencias para identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a los problemas médicos y éticos.
5. El Perú no estaba preparado para enfrentar este tipo de pandemia, por múltiples factores: Mala gestión en salud, Hospitales a nivel nacional con pésima infraestructura, sin la capacidad resolutive para enfrentar dicha pandemia, pobre inversión en centros de primer nivel, pésimo sistema de vigilancia, desinformación de la enfermedad covid 19.

6. La adaptación a un internado atípico en los hospitales de primer nivel fue un punto crucial en el internado 2020-2021, ya que es la primera promoción que realizó este cambio provocado por la pandemia del Sars-CoV-2.
7. El enfoque para los internos de medicina en los centros de primer nivel es distinto a los que se ven en hospitales de mayor complejidad como es la promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud.
8. La formación del profesional de salud, en su mayoría la práctica clínica está en relación al internado médico. La pandemia que se vivió y curso con esta etapa disminuyó el acceso a los hospitales, como consecuencia de ello se limitó de ver la gran variedad de patologías en pacientes.
9. Por parte de las universidades a nivel nacional no se preparó de manera eficiente una malla curricular que involucre al primer nivel de atención en salud.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo a la conclusión 1: El interno de medicina debe seguir preprandose según guías de practica clínica basada en evidencias y actualizando sus conocimientos teóricos y prácticos.
- De acuerdo a la conclusión 2,3 y 4: A las instituciones correspondientes tanto a las universidades como los hospitales seguir un plan o malla curricular a la rotación correspondiente.
- Por parte de las autoridades correspondientes, se deben seguir luchando por los derechos de los internos de salud, para tener un internado digno, otorgarse las garantías necesarias como son el equipo de protección contra el sars-cov-2, vacunación antes de empezar el internado o cuanto antes sea posible de empezado, pruebas de detección contra el Sars-CoV-2, Seguro de vida.
- Se recomienda a las Facultades de Medicina Humana la implementación de simuladores de casos clínico de manera presencial, alternativa de realizar rotaciones externas en hospitales de mayor complejidad y un silabo dirigido ante un internado atípico en los hospitales de primer nivel que seguramente continuará por la pandemia provocado por el Sars-CoV-2 que hasta la fecha se sigue viviendo y esto afecta en la formación médica por la baja casuística que se ve en los hospitales de primer nivel.
- El internado medico como el sistema sanitario debe hacer un cambio al tener un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial, para así realizar atenciones preventivo-promocionales realizado en primer nivel de atención y disminuir los gastos de alto costo que ocurre en los establecimientos de tercer nivel como son las atenciones recuperativas-rehabilitadoras.

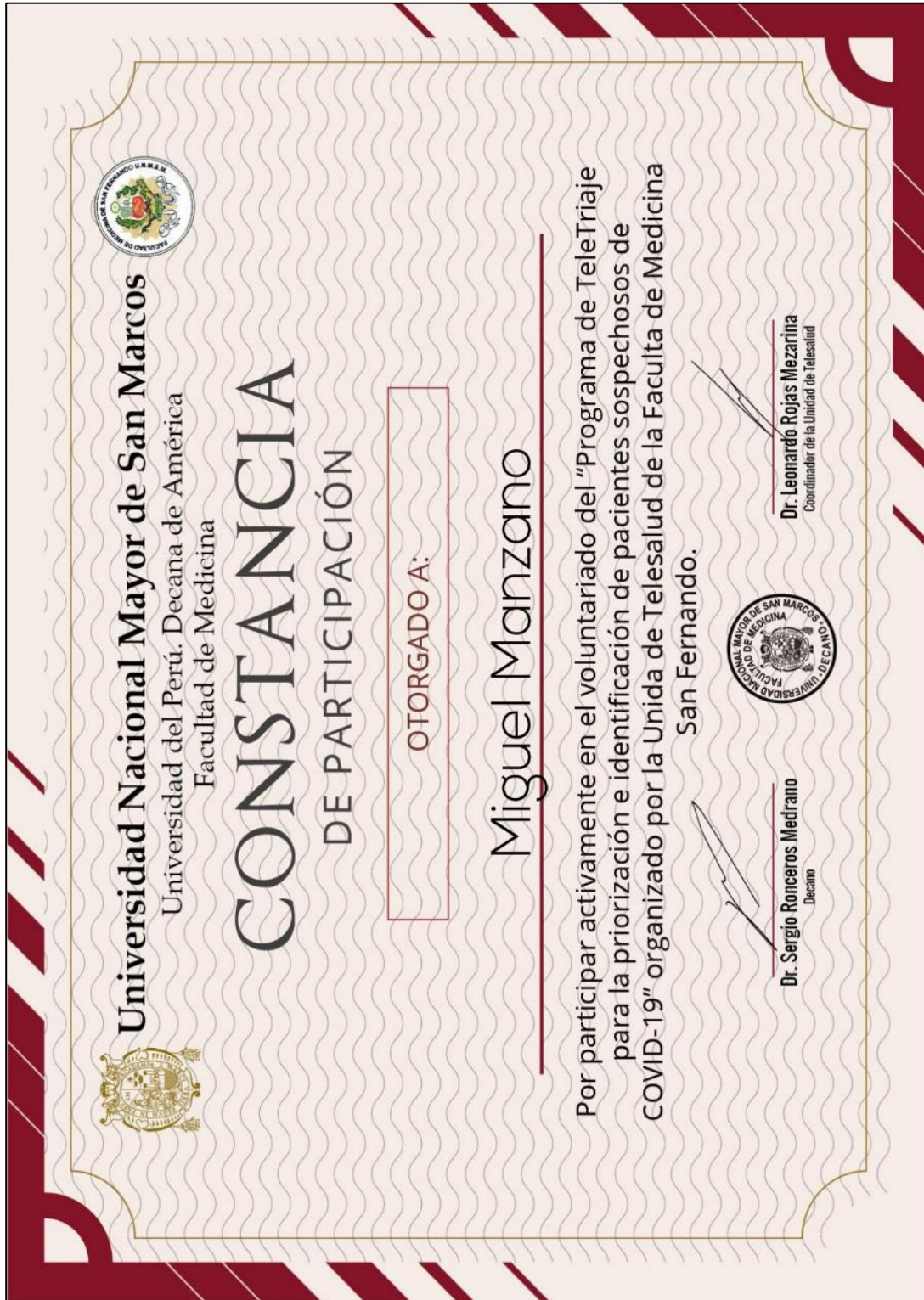
FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Valadez-Nava S, Heshiki-Nakandakari L, Osornio-Castillo L, Domínguez-Álvarez E, Tagle Herrera RS. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. *Investigación en Educación Médica*. octubre de 2014;3(12):193-7.
- 2) Bermúdez-García Alejandro, Allagual de la Quintana Alfredo, Farfán-Delgado Fernando. Educación médica en Perú. *Revista de la Fundación Educación Médica* 2020; 23(1): 5-8.
- 3) Flores AS, Echavarría RF, Becerra RU, Flores NLL. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investig En Salud*. 2008; Vol. X(1):pág. 14-21.
- 4) Universidad Nacional Autónoma de México. Carrera de Médico Cirujano. Programa académico de Internado de Pregrado (ciclos IX y X). catorceava edición; 2015; pág. 1-5.
- 5) El peruano [internet]. Elperuano.pe [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
- 6) MINSA. Lineamiento para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencia de la salud en el marco del decreto de urgencia N°622-2020 [internet]. Gob.pe. 14 de agosto de 2020 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf

- 7) Villanueva RMT, Tapia RMN, Perea RSS, Rodríguez-Orozco R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. *Educ Med Super.* 2007;21(4):1-10.
- 8) Sandoval Picado E. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. *Rev Medica Costa Rica Centroam.* 2014; LXXI(613):853-6.
- 9) MINSA. El Plan Operativo Institucional 2021 del Hospital Regional de Huacho [internet]. 2020. [citado el 17 de abril del 2020]. Disponible en: <http://www.hdhuacho.gob.pe/transparencia/gestion/POI.pdf>
- 10) Jannira del Carmen Moya Naveda. Centro de Atención Materno Infantil: la flexibilidad espacial para la adecuación de nuevos usos en los espacios terapéuticos. Tesis doctoral. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2013.
- 11) Guevara Rios E, Sanchez Gongora A, Luna Figueroa A, Peralta FDA, Mascaró Sánchez P, Carranza Asmat C, et al. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal [internet]. 2018. [citado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
- 12) Vallejos Sologuren C, Fernandez Espinosa D, Chiotti Kaneshima EM. Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel resolutiva [internet]. Enero 2007. [citado el 16 abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
- 13) Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guías de Atención del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular [internet]. Enero 2013. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_3584d2b6c17173b_.pdf
- 14) Diaz-Rosales J de D, Enríquez-Dominguez L. Procedimiento en cirugía: Toracostomía cerrada. *RevFacMed.* agosto de 2010;58(Nº 4):331-40.
- 15) MINSA. Guías de Práctica Clínica del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia. Lima – Perú. 2014.

- 16) MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención [internet]. 2011. 17 – 21 p. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>
- 17) MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva [internet]. Enero del 2015. [citado el 20 de abril del 2021]. Disponible en: https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202015/RM031-2015-MINSA%20Dx%20tratamiento%20y%20Control%20de%20la%20Enfermedad%20Hipertensiva.pdf
- 18) MINSA. Guía de Práctica Clínica de Epilepsia. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Salud Mental Primera Edición: Diciembre 2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3392.pdf>
- 19) MINSA. Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas [internet]. 2007. 27 – 34 p. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
- 20) MINSA. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en niñas y niños [internet]. Diciembre del 2019. 16 p. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>

ANEXOS





CERTIFICADO

Otorgado a

MANZANO TORRES MIGUEL EDUARDO

Por su asistencia a la
CAPACITACIÓN

**PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIONOSAS Y MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**

organizado por el Departamento Académico de la Facultad de Medicina Humana USMP, llevado a cabo
el 27 de octubre del 2020

La Molina, octubre 2020

JOSÉ CARHUANCHO AGUILAR
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ACADÉMICO

FRANK LIZARASO CAPARÓ
DECANO