



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA
ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL
HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA Y EN EL CENTRO DE
SALUD PALMIRA DE HUARAZ - ANCASH**

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

PRESENTADA POR

**JULIO CESAR BORJA OSORIO
RENATO FABIAN CASTILLA SANCHEZ**

**ASESOR
DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON**

**LIMA, PERÚ
2021**



Reconocimiento - Sin obra derivada

CC BY-ND

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA
ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL
HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA Y EN EL CENTRO DE
SALUD PALMIRA DE HUARAZ - ANCASH**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JULIO CESAR BORJA OSORIO

RENATO FABIAN CASTILLA SANCHEZ

ASESOR

DRA. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Noymi Edelina Soto Espinoza

Miembro: Dra. Yanire Patty Macedo Alfaro

Miembro: Dr. Carlos Alberto Baldarrago Luna

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a Dios principalmente, quien me dio la vida y salud, por el haberme permitido alcanzar esta etapa de mi carrera profesional. A mi querida mamá María, que siempre me dio la fortaleza suficiente para continuar cuando más lo necesitaba y por manifestarme siempre su amor y apoyo. A mis abuelos a pesar de que no compartimos el tiempo necesario, siempre estaban conmigo. A mis hermanos; Willy a quien respeto y quiero como a un padre, por apoyarme desde muy pequeño y hasta llegar a esta etapa casi final y a mi hermano Marco, porque te quiero mucho y me apoyaste en estos largos años de la carrera. A mi compañero, Renato porque formamos un gran equipo.

DEDICATORIA

A mis queridos padres por la formación que me dieron y hoy ser la persona que soy, la mayoría de los logros que he alcanzado se los debo a los dos entre los cuales incluye el presente trabajo. Me educaron con reglas y algunas libertades, pero al final de todo, eso me motivo para alcanzar mis objetivos. Es para mí una satisfacción el poder dedicarles a ellos que con esfuerzo me lo he ganado.

AGRADECIMIENTO

A nuestras familias por el apoyo incondicional.

A nuestros profesores del Hospital Víctor Ramos Guardia y del Centro de Salud de Palmira por sus enseñanzas y guiarnos durante toda la carrera.

A nuestros compañeros de internado, por su ayuda, contribución y ánimo en toda esta etapa.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	v
Resumen	viii
Abstract	ix
INTRODUCCION	x
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina interna	3
1.1.1 Caso 1: Neumotórax a repetición	3
1.1.2 Caso 2: Síndrome de insuficiencia adrenal	5
1.1.3 Caso 3: Síndrome de infarto agudo de miocardio	6
1.1.4 Caso 4: Artritis gotosa	7
1.2 Ginecología y Obstetricia	9
1.2.1 Caso 5: Parto normal	9
1.2.2 Caso 6: Retención de placenta	9
1.2.3 Caso 7: Aborto frustrado	11
1.2.4 Caso 8: Preeclampsia	12
1.3 Pediatría	13
1.3.1 Caso 9: Enfermedad diarreica aguda	13
1.3.2 Caso 10: Asma	14
1.3.3 Caso 11: Síndrome de Down	14
1.3.4 Caso 12: Ictericia neonatal	15
1.4 Cirugía general	16
1.4.1 Caso 13: Fractura diafisaria humero	16
1.4.2 Caso 14: Apendicitis aguda	17
1.4.3 Caso 15: Quemadura de segundo grado	18
1.4.4 Caso 16: Colecistitis aguda	18
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	20
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	23
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25

CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30
ANEXOS	33
ANEXO N°1: Manejo de ictericia neonatal. Guía NICE (2016)	34
ANEXO N°2: Flujograma de manejo de aborto	35

RESUMEN

El principal objetivo del siguiente trabajo es describir las experiencias adquiridas de los internos de medicina de la Universidad de San Martín de Porres de la ciudad de Lima, que fue realizado en la ciudad de Huaraz – Ancash.

El trabajo se basará fundamentalmente en describir las aptitudes adquiridas tanto teóricas y prácticas durante el trayecto final de la carrera de Medicina que se realizó en el Hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia de Huaraz (HVRG) y en el Centro de Salud de Palmira de la misma ciudad. Para poder conocer y describir cada caso se tuvo que recurrir a la revisión de historias clínicas y la descripción del interno de medicina sobre el manejo y experiencia adquirida con cada caso.

Las principales conclusiones obtenidas fueron: Haber logrado la satisfacción de llegar a la meta final de la carrera de medicina y a la vez el temor de no poder retornar a las prácticas hospitalarias de buena calidad durante la etapa de pandemia por el COVID-19.

Al inicio fue una etapa dura que tomó semanas en asimilarlo pero que generaba una satisfacción personal al poder superar cada dificultad logrando aprender y poner en práctica cada conocimiento teórico afianzándolos con cada paciente.

Se concluye que el internado médico es una etapa indispensable en para el desarrollo de los internos de ciencias de la salud que en un futuro podrán ejercer la profesión. Es por ello que la formación de los internos debería de seguir siendo examinada para hacer las mejoras necesarias y convertirla en una experiencia de vida.

Palabras claves: interno de medicina, salud, valores, profesión médica, pacientes.

ABSTRACT

The main objective of the following work is to describe the experiences acquired by the medical interns of the University of San Martín de Porres in the city of Lima, which was carried out in the city of Huaraz - Ancash.

The work will be based fundamentally on describing the skills acquired both theoretical and practical during the final course of the Medicine career that was carried out at the Víctor Ramos Guardia de Huaraz Support Hospital (HVRG) and at the Palmira Health Center of the same town. To know and describe each case, it was necessary to resort to the review of medical records and the medical intern's description of the management and experience acquired with each case.

The main conclusions obtained were: Having achieved the satisfaction of reaching the final goal of the medical career and at the same time the fear of not being able to return to good quality hospital practices during the COVID-19 pandemic stage.

At the beginning it was a tough stage that took weeks to assimilate but that generated personal satisfaction to be able to overcome each difficulty, managing to learn and put into practice each theoretical knowledge, strengthening them with each patient.

It is concluded that the medical internship is an essential stage for the development of health sciences interns who will be able to practice the profession in the future. That is why inmate training should continue to be examined to make the necessary improvements and turn it into a life experience.

Keywords: medicine intern, health, values, medical profession, patients.

INTRODUCCION

La etapa del Internado de medicina (IM), es parte fundamental en la formación del futuro médico general, y es considerada una etapa de carácter primordial previo al Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) e imprescindible pues el futuro médico incorpora las competencias y aptitudes teóricas y prácticas durante las rotaciones.

En esta etapa los internos de medicina realizan diversas actividades en los diferentes servicios del hospital para que adquieran juicio clínico para el diagnóstico, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de cada problema.

El internado de medicina humana está mandado por la Ley General de Salud en su Título IV, Capítulo III, Art. 95. El estatuto define a esta etapa como un periodo teórico y práctico, que se deben realizar en áreas del sector salud, previo al SERUMS. (1)

El internado se define como la etapa que corresponde a las prácticas y rotaciones preprofesionales del último año de pregrado, que se desarrollan en hospitales y bajo la tutoría de las universidades. (2) Por lo tanto, el estudiante aún mantiene un vínculo con su casa de estudios para poder continuar con su línea académica, y en complemento de las practicas hospitalarias para un adecuado ejercicio de la carrera en el ámbito laboral.

La profesión médica se define como “La ocupación que se basa en realizar las funciones que promuevan y restablezcan la salud de las personas y a identificar, hacer diagnóstico y dar cura a enfermedades empleando los conocimientos especializados propios de las ciencias médicas acompañado del espíritu de ayuda y servicio al prójimo, dar uso y transmitir el conocimiento científico, realizar mejoras constantes y recientes para dar una mejor atención posible, aplicar los conocimientos de forma correcta y con ética. Siempre cuidando de las personas íntegramente y de la comunidad. (3)

El 1 de enero se inició el internado en el Hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia de Huaraz (Establecimiento nivel II-1, después de una inducción por parte de los jefes de cada servicio. La primera rotación a la que fuimos asignados fue al departamento de medicina. En el mes de diciembre del año 2019, en la ciudad de Wuhan en China, habían aparecido algunos primeros reportes de casos sobre una nueva enfermedad que estaba relacionado y ligado al coronavirus y que es causante del síndrome respiratorio agudo grave, por lo que se le denominó enfermedad por coronavirus (COVID-19, por las siglas en inglés). El primer reporte en el Perú se dio el 6 de marzo del 2020. Se había confirmado a la primera persona con la infección por COVID-19 y para el 19 de marzo se reportaron a las tres primeras muertes por este virus. (4) Es por eso por lo que el día 17 de marzo del 2020 se decidió el retiro de todos los internos de medicina y demás carreras de la salud de todos los establecimientos hospitalarios donde se realizaba el internado.

El día 14 de agosto del año 2020 se publicó la resolución ministerial N° 622-2020 que resuelve en el artículo 1: Que se tiene que aprobar el Documento Técnico: “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” (5). Es así que la primera semana de noviembre nos reintegramos al internado en el Centro de Salud Palmira (Establecimiento nivel I-3). Aquí fuimos asignados en el área de emergencia y obstetricia donde se atienden partos y se realiza la atención primaria y patologías de acuerdo con el nivel de atención.

Uno de los principales pilares fundamentales de la carrera médica es la relación que se da entre el médico y el paciente. La importancia va más allá de una efectividad terapéutica, ya que en el paciente trasciende también sus necesidades afectivas, emocionales y económicas que son claramente vistas en los centros de salud públicos. Ya que el paciente no solo busca curarse, sino más bien tener la expectativa y la satisfacción de vivir sano. Es por ello que la relación médico paciente es de suma importancia e indiscutible.

Los reportes que buscan conocer la experiencia y expectativas de los internos de medicina son pocos, la gran mayoría se basan en conocer estudios clínicos. Pero el interno de medicina tiene sus propias creencias y expectativas de cómo será esta etapa del internado médico y todo lo que le acontecerá durante y después, por lo que es fundamental conocer este aspecto. (6) Es por esto que el presente trabajo tiene como finalidad explorar la experiencia que se tuvo en los hospitales docentes y en los centros de salud o postas medicas donde se realizó el internado médico, antes de la pandemia y durante la pandemia que cambio la forma de realizar las practicas hospitalarias.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Las rotaciones para el internado de medicina lo realizamos en el Hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz – Ancash. Ahí fuimos asignados en el área de medicina como la primera rotación. El departamento de medicina incluía áreas de hospitalización, emergencia y consultorio externo de especialidades como medicina interna, neumología, gastroenterología, neurología, cardiología, infectología y nefrología. La mayor parte del tiempo del internado fueron en áreas de hospitalización pues aquí había mayor demanda de pacientes y era un área que nos permitía hacer el seguimiento completo a los pacientes que llegaban a emergencia y se decidía su internamiento.

Permanecer en el área de medicina durante los primeros meses del internado medico nos permitió ver cada patología de manera global de acuerdo con cada subespecialidad ya que siempre teníamos interconsultas con otras especialidades de acuerdo a lo que el paciente lo requería. También teníamos la oportunidad de realizar los casos clínicos cada viernes que eran explicadas por los internos de medicina y complementado con los médicos especialistas.

Nuestros turnos iniciaban todos los días a las 5 am a 6 am. Ingresábamos al área de hospitalización donde teníamos que hacer la evolución medica de cada paciente, los síntomas, signos y exámenes auxiliares pendientes hasta que se realice la visita de los especialistas quienes nos guiaban en las decisiones tomadas. Posterior a la visita que terminaba aproximadamente al medio día, se realizaba el informe médico a los familiares y por la tarde concluíamos con los

exámenes auxiliares aún pendientes. Después de terminar todos los pendientes con cada paciente, podíamos avanzar con las exposiciones que teníamos asignados o si nos tocaba guardia en emergencia teníamos que prepararnos para asistir.

En el área de emergencia aprendimos a tomar decisiones muy rápidas, estar alertas, entender que cada segundo puede ser vital para el paciente y que se requiere un trabajo en equipo para poder lograr resultados satisfactorios. También nos ayudó a poder ampliar nuestras aptitudes y competencias que adquiriríamos en el área de hospitalización pues el trabajo era muy demandante y de mayor destreza para realizar cada procedimiento o toma de decisión.

Nuestra segunda parte del internado, que fue durante la pandemia lo pudimos realizar en el centro de salud de Palmira de la ciudad de Huaraz. Las rotaciones que aquí realizamos fueron en el área de emergencia y en el área de obstetricia donde se atendían partos y se hospitalizaban hasta 48 horas a las puérperas haciéndoles el seguimiento y la evolución clínica diaria.

Estas rotaciones nos permitieron ver diversos casos pues al no tener áreas de medicina, cirugía y pediatría por separado teníamos que hacer la atención a todos los pacientes que puedan llegar. También al ser un centro de primer nivel de atención nos ayudó a ver al paciente no solo a nivel físico, sino también a conocer la realidad social, psicológica y económica. A la vez logramos fortalecer nuestros conocimientos y ampliar competencias y aptitudes para el diagnóstico, prevención, promoción y tratamiento de cada una de las diversas patologías que pudimos observar.

En el centro de salud también tuvimos la oportunidad de poder atender partos que no eran complicados en el área de obstetricia. Pudimos aprender a reconocer en la práctica cada una de las fases del trabajo de parto y la toma de decisiones de acuerdo con la evaluación y evolución de cada paciente, pues algunas gestantes requerían ser referidas a un Hospital de mayor nivel de complejidad.

A continuación, describimos los casos más relevantes que pudimos observar tanto en el Hospital Víctor Ramos Guardia y en el Centro de Salud de Palmira de Huaraz:

1.1 Medicina interna

1.1.1 Caso 1: Neumotórax a repetición

Paciente de sexo masculino de 45 años ingresa el 6 de enero de 2020 al servicio de medicina con el diagnóstico de neumotórax espontáneo. En la historia clínica de emergencia se describe que el paciente ya había ingresado hace 3 meses por el mismo problema. Llega por presentar dolor en y opresión torácica, fiebre de hace 2 días y manifiesta fatigarse con facilidad hace más de 4 días. Se queja de dificultad respiratoria y dolor precordial.

Los signos vitales incluyen: temperatura 36.8 ° C, presión arterial 100/60 mm Hg, pulso 110 / min, frecuencia respiratoria 28/min, y saturación de oxígeno 88% con 4 L de oxígeno a través de una cánula nasal.

El examen físico dirigido muestra: Cuello cilíndrico, sin masas sin ganglios inflamados ni venas distendidas del cuello. El examen respiratorio muestra sensibilidad severa en el hemitórax derecho, disminución de la inspiración en el pulmón derecho, murmullos vesiculares pasan en ACP, sibilantes en Hemitórax derecho, uso de músculos accesorios. Ruidos cardiacos rítmicos y sin soplos. Es hospitalizado con los siguientes exámenes de laboratorio:

Radiografía de tórax: Radiolúcido en ápice y lóbulo medio de hemitórax derecho, leve desplazamiento de mediastino, aplanamiento de la curva diafragmática y línea pleural y pulmón contraído.

Hemoglobina: 15.5 g/dL – Hcto: 50%

AGA y electrolitos: pH: 7.35 paCO₂: 40 mmHg PaO₂: 90 mmHg. SaO₂: 88% HCO₃: 23mEq/L Na:135 K:4 mEq/L CL: 90 mEq/L Ca:9.0 mEq/L.

El paciente luego de ser hospitalizado se le realizó una toracocentesis terapéutica el cual en 3 días ayudo a remitir el neumotórax. Se le dio tratamiento antibiótico y analgésicos durante la hospitalización. Por lo que a la semana fue dado de alta. A los 2 meses el paciente regresa por el mismo cuadro por lo que se sugería una tomografía de tórax que el hospital no cuenta y que el paciente no podía gestionar. Se planteaban los diagnósticos causantes del neumotórax remitente como una asbestosis, tuberculosis y sarcoidosis. (7) La tuberculosis pulmonar fue descartada con la toma de hasta 5 muestras de BK. Al no contar con la tomografía, se sugería la referencia a un hospital de mayor nivel de complejidad a la ciudad de Lima a lo que el paciente se negó. Nuevamente se le realizó una toracocentesis terapéutica pero el neumotórax no remitía durante las 3 semanas de hospitalizado. Mas bien el paciente tuvo una evolución desfavorable por lo que fue pasado a cuidados intermedios. En esta época fuimos retirados del internado médico, por lo que ya no tuvimos seguimiento de la evolución del paciente.

Según las guías clínicas el manejo para la patología de neumotórax es la siguiente: Primero debe de realizar la evacuación del aire que se encuentra en el espacio pleural y el segundo objetivo, después que haya sido drenado el aire es lograr la reexpansión firme y duradera de los pulmones para que no haya riesgo de recidivas. (8). Existen múltiples métodos que hay que emplear cuando presenciamos un neumotórax sea cual fuese su tamaño; principalmente es la oxigenoterapia y el reposo, que apoyara fundamentalmente en la reabsorción del aire que se encuentra en el espacio pleural. En neumotórax espontáneo y primario se pueden ofrecer hasta 5 distintos tipos de manejo: a) Reposo absoluto y mantener al paciente bajo observación. b) Realizar drenaje por toracocentesis: que se indica en el 1er episodio de los neumotórax espontaneo primario que son mayores del 20% y en todos los neumotórax espontáneos secundarios. c) Pleurodesis. d) Cirugía por medio de toracotomía y pleurectomía parietal parcial o abrasión mecánica. e) Cirugía por videotoracosopia.

1.1.2 Caso 2: Síndrome de insuficiencia adrenal

Paciente mujer de 45 años, natural de Huánuco, hace 8 meses presenta periodos intermitentes de estreñimiento y diarrea, concomitantemente presenta hiperpigmentación en piel: cara, mucosa oral, manos brazos. Actualmente presenta un periodo de diarrea de aproximadamente 21 días de evolución, concomitantemente presenta dolor abdominal por lo que es referida al Hospital de Apoyo VRG-Huaraz donde se decide su hospitalización en el área de medicina.

Al examen físico: PA 110/80, FR: 18x', FC: 90x', SatO₂: 96%, T°: 36.4

Paciente ventilando espontáneamente, afebril, AREG, AREH, AREN.

Piel y mucosas: Tibia, pigmentada en manos cara y mucosa oral, mucosa oral seca.

Tórax y pulmón: MV pasa correctamente en los HT, No uso de músculos accesorios

Ap. Cardiovascular: RCR buena intensidad, no se auscultan ruidos

Abdomen: Blando/Depresible, dolor al aplicar presión profunda en mesogastrio, no se palpan masas.

GO: PRU (-)

Neurológico: Lucido y orientado en Tiempo/Espacio/Persona, no signos de focalización, no signos meníngeos

Se planteo como diagnostico probable insuficiencia suprarrenal y se solicita prueba de cortisol sérico y análisis de hormona adrenocorticotropica. Ya que el hospital no contaba con el examen de cortisol. Se le trato con hidrocortisona 100mg EV en bolo, seguido de 50 mg EV c/6h. (9)

Al no haber una evolución favorable del paciente. Y ya que el hospital no contaba con los requerimientos necesarios de laboratorio para hacer el seguimiento y diagnóstico de la paciente, se coordinó y decidió referirla a un centro más especializado de la ciudad de Lima.

El tratamiento de la insuficiencia suprarrenal en la generalidad de los casos es realizar un tratamiento sustitutivo. Los objetivos de la terapia incluyen alcanzar una expectativa y calidad de vida adecuada, evitando los efectos adversos que se dan con el uso de terapias de reemplazo hormonal. Según la experiencia clínica son prescritos los glucocorticoides como la hidrocortisona, que para la mayoría de los autores es considerada el fármaco de elección por representar el glucocorticoide fisiológico. La dosis diaria recomendada es de 15 a 25 mg, fraccionados en 2 o 3 dosis. Debe administrarse la mitad o dos tercios de la dosis al despertar y la restante 6 a 7 horas posterior a la primera dosis.

Glucocorticoides como la prednisona, prednisolona o la dexametasona constituyen alternativas terapéuticas a la hidrocortisona. A pesar de la opinión común de que los glucocorticoides de acción prolongada son inferiores y no deben de utilizarse en insuficiencia suprarrenal, en algunos casos como en pacientes con diabetes mellitus tipo I la prednisona o prednisolona podrían ofrecer un beneficio adicional sobre la hidrocortisona. (10)

1.1.3 Caso 3: Síndrome de infarto agudo de miocardio

Paciente varón 56 años, taxista obeso, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con losartan, acude a emergencia del centro de salud de Palmira, refiriendo que hace 2 días presenta dolor opresivo en precordial irradiado a hombro izquierdo y cuello que cesaban al reposo. 3 horas antes del ingreso se presentó un incremento de dolor por lo que acudió a emergencia.

Al examen físico: PA 140/90, FR: 20', FC: 110', Sato2: 94%, T°: 36.4

Paciente afebril:

Tegumentario: T/H/E, llenado capilar menor a dos segundos, no ictericia, no cianosis

TyP: Pasaje correcto de murmullo vesicular, amplexación simétrica y conservada.

No uso de músculos accesorios.

Ap. Cardiovascular: RCR BI, no se auscultan ruidos agregados en focos.

Abdomen: Sin alteraciones a la inspección, auscultación, percusión, ni palpación.

GO: PRU (-) PPL (-)

Neurológico: LOTEPE, resto del examen neurológico sin alteraciones.

Se le diagnostica infarto agudo de miocardio, el Centro de Salud Palmira no cuenta con electrocardiógrafo por lo que se decidió la referencia al hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

La guía española de cardiología describe que para realizar el diagnóstico de trabajo de infarto de miocardio en primer lugar se basa principalmente en la historia que describe como dolor torácico de 20 minutos o de mayor duración donde no hay respuesta al uso de la nitroglicerina. Para realizar el adecuado diagnóstico se recomienda obtener un electrocardiograma lo más pronto posible en el sitio donde se da el contacto con el personal de salud, con un objetivo de retraso menor o igual a 10 minutos. También se recomienda la toma de muestras de sangre para observar el nivel de marcadores séricos de la fase aguda, pero no se deben esperar a los resultados para comenzar con el tratamiento de reperfusión. La ecocardiografía ayuda al diagnóstico en los casos donde existen dudas, pero no debería retrasarse el traslado para una angiografía. (11)

1.1.4 Caso 4: Artritis gotosa

Paciente varón 53 años ingresa a emergencia por diarrea con signos de deshidratación y dolor en articulaciones. Al segundo día de hospitalización presentó tofos en articulaciones de la mano y rodilla derecha. El paciente negaba antecedentes de importancia, no seguía una dieta en particular, consumo de alcohol ocasional.

Al examen físico: PA 130/70, FR: 20x', FC: 110x', Sato2: 96%, T°: 36.6

Paciente ventilando espontáneamente, afebril, AREG:

Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, ictericia (+), Presencia de tofos en mano y rodilla derecha

Tórax y pulmón: MV pasa correctamente en los dos HT, amplexación simétrica y conservada. No uso de músculos accesorios

Ap. Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos

Abdomen: B/D, sin dolor a la palpación, RHA (presentes)

GU: Puntos Reno Ureterales (-) PPL (-)

Neurológico: Lucido y orientado en Tiempo/Espacio/Persona

El paciente una vez hospitalizado se le inicia tratamiento con antiinflamatorios y corticoesteroides. El paciente fue evolucionando desfavorablemente y el 6to día de hospitalización presentó una abscedación de los tofos por lo que empezó a recibir antibioticoterapia y se tuvo que realizar el drenado de los abscesos. Concomitantemente se acentuaba su hiperuricemia. En el día 10 de hospitalización no hubo mejoría de los tofos abscedados, se le sumó deterioro del estado conciencia (Glasgow 12), por lo que se le realizó una punción lumbar, al ser negativo el resultado se descartaba la posibilidad de meningitis.

Después de una semana de tratamiento el paciente continuó evolucionando desfavorablemente sumándosele que el hospital Víctor Ramos Guardia no cuenta con la especialidad de reumatología se sugirió una referencia a un establecimiento más especializado, pero por desacuerdos familiares no se llegó a concretar la referencia. Por lo que se decide traslado a cuidados intermedios con aumento de deterioro del estado de conciencia y con diagnóstico de sepsis. Así al día 23 de hospitalización durante la visita médica el paciente entra en paro cardio respiratorio, declarándolo fallecido.

De acuerdo con la sociedad Española de Reumatología explica que en los pacientes que presentan disfunción renal, los medicamentos de primera elección para el manejo de episodios agudos de artritis gotosa son los corticosteroides. Hay casos en los que se desaconseja su uso, como por ejemplo en pacientes diabéticos. Se sugiere el uso de colchicina a bajas dosis iniciándose el tratamiento lo más pronto posible. En paciente con función renal anormal, se

debe evitar el uso de AINES. Por lo general el éxito de la terapia depende más de la rapidez con la que se inicia el tratamiento que del fármaco que se emplea. En el paciente que tiene una función renal adecuada los fármacos de elección son los AINES, los corticosteroides, la colchicina y la corticotropina (adecorticotropa o tetracosáctida). (12)

1.2 Ginecología y Obstetricia

1.2.1 Caso 5: Parto normal

Paciente gestante, G5 P4004 de 40 semanas según fecha de última menstruación, acude a emergencia de obstetricia, siendo evaluada al tacto vaginal: Dilatación 9cm, Borramiento: 90%, altura: 0, entra a sala de partos, la obstetra y el médico del turno sugieren que el parto puede ser atendido por los internos de medicina, por lo que procedimos a realizar el parto. Se le realiza una prueba rápida de antígenos de COVID 19. Una vez dentro de sala de partos, paciente en posición ginecoide, PA 100/60 mmHg, FR: 18x', FC; 76x', Sato2: 98%. los internos de medicina procedieron a atender el parto, el parto ocurrió sin ninguna intercurencia. Nació el bebé sexo masculino peso: 3500 APGAR: 9/10, se decidió por un alumbramiento dirigido, la fase de alumbramiento duró 10 minutos, expulsión de placenta completa. La puérpera paso a reposo por 2 horas sin ninguna intercurencia y luego a hospitalización donde después de 24 horas se le dio de alta con Hemoglobina de 11 g/dL y una altura uterina de 11 cm.

1.2.2 Caso 6: Retención de placenta

Paciente gestante acude al servicio de emergencias obstétricas del centro de Salud de Palmira. Paciente con: G4 P 3003 de 39 semanas por fecha de última menstruación ingresa a sala de parto, en la fase de alumbramiento se optó por realizar un alumbramiento dirigido, el cual se prolongó por 45x'. Se hicieron medidas de tracción del cordón umbilical,

Al examen físico: PA 110/70, FR: 19x', FC: 86x'

AP. Tegumentario: T/H/E, ictericia (-), normocolórico.

TyP: MV pasa bien en los HT, amplexación simétrica y conservada. No uso de músculos accesorios

CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: Útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical

GU: Exploración vaginal OCE: abierto,

Neurológico: LOTEPE, no signos de focalización, no signos meníngeos, reflejos osteotendinosos: aumentados

Durante la fase de alumbramiento se decide por realizar un alumbramiento dirigido, luego de 30 minutos la placenta no desciende por lo que se coordina y realiza la referencia al Hospital Víctor Ramos Guardia donde se le realizó un legrado uterino. Luego la paciente fue reingresada estable, con Hemoglobina de 10 g/dL al Centro de Salud.

Según la “guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas” del MINSA describe el manejo de la retención de placenta según los siguientes ítems: a) Evacuación de la vejiga. b) Hacer TV e identificar la placenta c) En el caso de que se desprenda la placenta, retirarla haciendo una elevación del útero y traccionando el cordón umbilical. d) En el caso de que la placenta no se desprenda se indica por medio de la vena umbilical 50 cc. de NaCl 0.9% con 20 unidades de oxitocina. e) En el caso de que no haya desprendimiento placentario y concomitantemente no haya sangrado, se plantea acretismo de placenta y realizar de emergencia a un centro de mayor nivel de resolución colocando dos vías EV. En el caso de que el personal médico u obstétrico esté capacitado y la paciente muestra retención de placenta acompañado de abundante sangrado y el establecimiento de salud de referencia se localiza a más de 2 horas, se sugiere la extracción manual de la placenta.

Cuando la atención de la gestante se realiza en centros de 2do y 3er nivel de atención y presenta retención de placenta después de 30 minutos de haberse administrado la 2da dosis de oxitocina, se sugiere la lección de métodos invasivos

como la aplicación directo a la vena umbilical bajo una estricta asepsia y el uso de e 800 microgramos de misoprostol en 30 c.c. de NaCl al 0.9%.

No esta recomendado la aplicación directa de oxitocina directa a la vena umbilical para realizar el manejo de la retención de placenta.

Si después que se realiza las maniobras explicadas para el manejo de la retención de placenta sin sangrado y no tenemos respuesta favorable, se aconseja realizar la extracción bimanual bajo entendimiento de la elevada probabilidad de un acretismo potencial. (13)

1.2.3 Caso 7: Aborto frustrado

Paciente gestante de 17 años nulípara de 14 semanas por fecha de ultima menstruación llega a emergencia del centro de salud por presentar sangrado vaginal de moderada cantidad acompañado de dolor en zona pélvica.

Al examen físico: PA 100/60, FR: 15x', FC: 94', Sato2: 98%.

Paciente ventilando espontáneamente, AREG:

Ap. tegumentario: Tibia/Elástica/Hidratada, ictericia (-), palidez (+/+++)

TyP: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos HT, amplexación simétrica y conservada. No tiraje subcostal

Ap. cardiovascular: RCR de buena intensidad, choque de punta no palpable.

Abdomen: No doloroso, RHA (presentes), no masas. Útero grávido (AU: 13 cm)

GO: TV: evidencia de ginecorragia, oco: abierto, no se encuentra signos de haber sido provocado.

Neurológico: LOTEPE, no signos de focalización, no signos meníngeos

A la gestante se le diagnosticó como aborto frustrado. Por lo que se coordinó su referencia al Hospital Víctor Ramos Guardia. Donde se le realizó un legrado uterino.

1.2.4 Caso 8: Preeclampsia

Paciente gestante de 24 años, nulípara de 36 semanas de gestación acude de su cuarto atención prenatal, presenta un aumento de la presión basal 90/60 mmHg a 130/90 mmHg, al examen físico:

Al examen físico: PA 130/90, FR: 18x', FC: 94x', Sato2: 96%, T°: 36.7

Paciente ventilando espontáneamente, afebril, AREG:

Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, ictericia (-), no palidez, presencia de melasma en cara, edema MMII +/-

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación simétrica y sin alteraciones. No uso de músculos accesorios

Ap. Cardiovascular: RCR/BI, no soplos audibles.

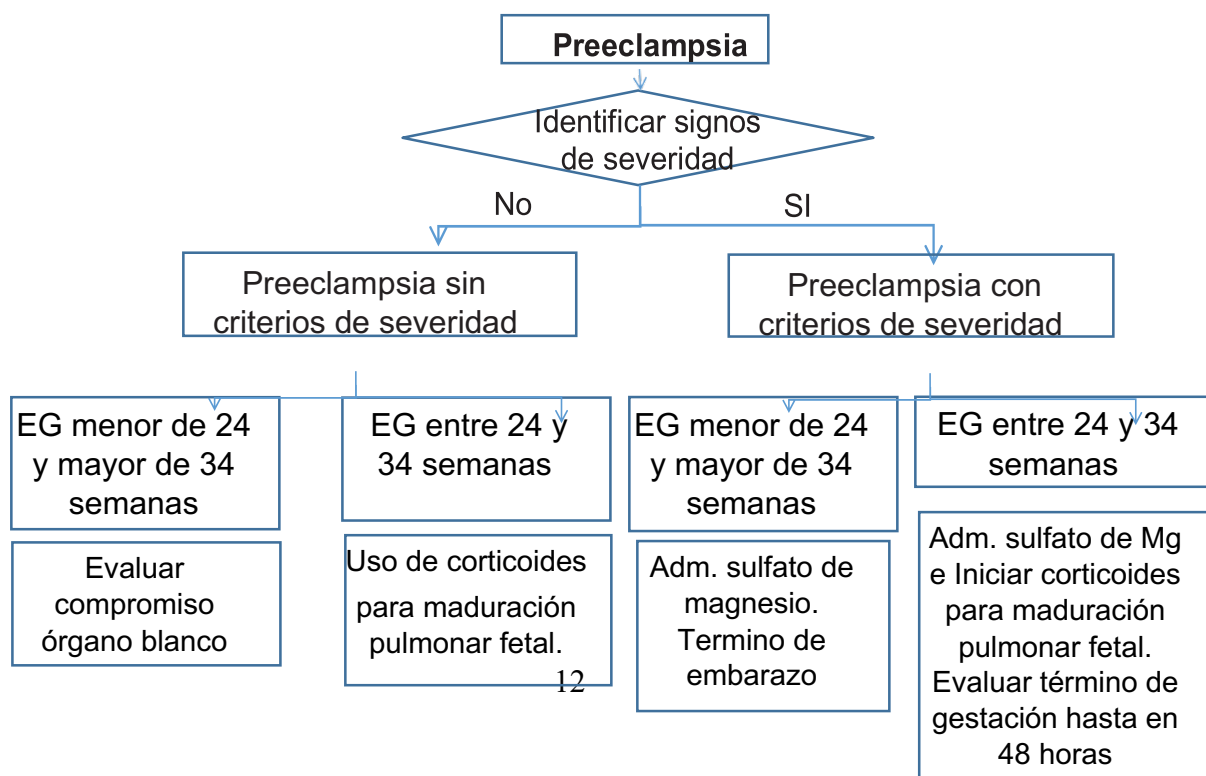
ABD: Útero grávido: Altura Uterina (30 centímetros), LCF (145 x'),

Situación/presentación/posición: Longitudinal Cefálico Derecho.

GU: TV: diferido

Neurológico: LOTEPE, no signos de focalización, no signos meníngeos, reflejos osteotendinosos: aumentados

A la paciente se le diagnosticó preeclampsia por lo que fue referida al Hospital de Apoyo VRG para el término de la gestación. (14)



1.3 Pediatría

1.3.1 Caso 9: Enfermedad diarreica aguda

Paciente mujer de 3 años, madre refiere que presenta desde hace 4 días deposiciones de consistencia acuosa sin moco sin sangre, 7 cámaras al día. Refiere fiebre cuantificada 38.5°C tratado con paracetamol y medios físicos.

Al examen físico: FR: 20x', FC: 110x', Sato2: 98%, T°: 37.9°C

Paciente ventilando espontáneamente, afebril, AREG:

Piel y mucosas: Tibia, elástica, poco hidratada, palidez (-), ictericia (-), ojos sin lágrimas, signo del pliegue desaparece lentamente, mucosa oral seca.

TyP: Pasaje vesicular se ausculta bien en ambos hemitórax, amplexación simétrica y conservada. No uso de músculos accesorios.

Ap. Cardiovascular: RCR BI, no soplos.

Abdomen: B/D, RHA (aumentados en cantidad e intensidad).

Estado de conciencia: alerta, conectado con la madre

Se le diagnostica como enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación moderada. Se decide iniciar plan B de rehidratación, tolera la vía oral por lo que se indica suero de rehidratación oral.

Según la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño” del MINSA. En este caso la paciente cumple con los criterios para enfermedad diarreica con signos leves/moderados de deshidratación. por lo que se decide iniciar el plan B, el cual consiste en: Administrar SRO por vía oral a libre demanda si tolera vía oral, monitorizar continuamente la respuesta al tratamiento durante la rehidratación, a las 4 horas reevaluar al paciente y decidir si pasa a plan A, continuar en plan B por 2 horas o pasar a plan C. (15)

1.3.2 Caso 10: Asma

Paciente varón de 4 años, madre refiere antecedentes de asma bronquial. Ingresa a emergencia del Centro de Salud palmira, por dificultad respiratoria.

Al examen físico: FR 26, FR: 110, SatO2: 94%

Piel: Tibia, Elástica, Hidratada, Ilc menor a 2 segundos, normocolor

Tórax y pulmón: MV disminuido en ambas bases. Sibilancias en ambos hemitórax, inspiración forzada, uso de musculatura accesorio, aleteo nasal

Ap. Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes, no masas. Sin respuesta al dolor

GU: PRU (-)

Neurológico: Lucido y orientado en tiempo espacio y persona, resto de la evaluación neurológica sin alteraciones.

Se nebulizo con salbuterol en dosis de rescate, paciente con evolución favorable se le dio de alta. (16)

La “Global Initiative for Asthma”, en el caso de una exacerbación de asma en niños menores de 5 años, la terapia sería. Suplemento de oxígeno, mantener la saturación de oxígeno entre 94-98%; SABA, 2-6 puff de salbutamol por un espaciador, o 2.5mg de salbutamol por nebulización, cada 20 minutos por la primera hora, si los síntomas persistieran, dar adicionalmente 2-3 puff/hora; Corticoides sistémicos, dar una dosis inicial de prednisolona 30mg para niños de 2 a 5 años. (17)

1.3.3 Caso 11: Síndrome de Down

Recién nacido por parto eutócico, madre sin controles prenatales, sin ecografías, quechua hablante, de difícil comunicación.

Al examen físico: FR 50, FC: 130 SatO2: 98%

Cabeza: Fontanelas no abombadas, no caput succedáneo no cefalohematoma

Cara: implantación de las orejas baja,

Cuello: simétrico, cuello corto

TyP: MV pasa bien en ambos hemitórax, no uso de musculatura accesoria, no rales.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

ABD: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no masas

Manos: signo del pliegue único

Neonato con signos fenotípicos de síndrome de Down, se coordinó una referencia al Hospital Víctor Ramos Guardia, conjuntamente se le dio consejería por parte de psicología al alta. (18)

Se han creado protocolos de para la detección prenatal del síndrome de Down debido a que: La carga de enfermedad para la familia puede ser significativa, se dispone de pruebas de diagnóstico.

El desarrollo de los niños con síndrome de Down se va a ver afectado en distintas áreas porque el síndrome de Down se asocia con: desordenes de comportamiento y psiquiátricos, demencia, enfermedades cardiovasculares congénitas, anormalidades gastrointestinales, talla baja, obesidad, desordenes de refracción, perdida de la audición, diabetes, enfermedad tiroidea, leucemia, apnea del sueño.

El diagnostico se puede hacer por un screening prenatal, debe ser confirmado con un cariotipo. (19)

1.3.4 Caso 12: Ictericia neonatal

Paciente varón de 6 días de edad. Madre acude a emergencia del Centro de Salud Palmira refiriendo que su hijo presente coloración amarillenta de la piel.

Al examen físico: FR: 50x', FC: 110x', Sato2: 96%, T°: 36.2

Paciente ventilando espontáneamente, afebril, AREG:

Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, ictericia (+): cabeza, cuello, MMSS, signo pliegue negativo, Ilc sin alteración

TyP: MV pasa bien en ambos hemitórax, amplexación simétrica y conservada.

No uso de músculos accesorios, no aleteo nasal

Ap. Cardiovascular: RCR BI, no soplos audibles al momento.

Abdomen: B/D, no masas, RHA (presentes)

Neonato de 6 días con diagnóstico de ictericia neonatal, se le pidió a la madre que nos muestre la técnica de amamantamiento, la cual fue deficiente, por lo que a la madre se le dio consejería acerca de lactancia materna. (20)

1.4 Cirugía general

1.4.1 Caso 13: Fractura diafisaria humero

Paciente varón de 89 años, con antecedente de hipertensión arterial hace 20 años tratado con losartan una vez al día, acude a emergencia por caída de nivel, familiar refiere que “se tropezó”, al momento se encuentra con dificultad para la flexión del brazo derecho.

Al examen físico: PA: 140/90, FR 17´´, FC 94x´, SatO2: 94%

Piel: T/H/E, flictena en brazo derecho.

TyP: MV pasa disminuidos en ambas bases de HT. Amplexación conservada simétrica.

CV: RCR Bi, No ruidos agregados

ABD: Blando/depresible, RHA (presentes), no masas palpables.

GU: PRU (-), PPL (-)

Neurológico: Lucido y orientado en tiempo/espacio/persona.

Se le realiza una radiografía del humero derecho encontrándose una fractura diafisaria de humero. Se le administraron analgésicos, reducción y fijación. Finalmente, se le realizaron los preoperatorios para ser programar la cirugía dentro de los primeros 7 días.

1.4.2 Caso 14: Apendicitis aguda

Paciente varón de 18 años acude a emergencia del Centro de Salud Palmira, refiriendo dolor tipo cólico en cuadrante inferior derecho, hiporexia.

Al examen físico: PA 110/70, FR: 18, FC 89

Piel y mucosas: Tibia/Elástica/Hidratada, ictericia (-), palidez (-).

TyP: MV pasa bien en ambos hemitórax, amplexación simétrica y conservada.

No uso de músculos accesorios.

Ap. Cardiovascular: RCR/BI, no soplos.

ABD: Blando/Depresible, RHA presentes, Mcburney +, Murphy -, Blumberg +, Roving (+).

GU: PPL (-)

Neurológico: LOTEPE, no signos de focalización, no signos meníngeos, reflejos osteotendinosos: aumentados.

Hemograma: Leucitosis con desviación a la izquierda.

Se le diagnóstico de apendicitis aguda, el centro de salud no cuenta con sala de operaciones por lo que se le refirió al Hospital Víctor Ramos Guardia donde se le realizó una apendicetomía. (21)

Las guías internacionales recomiendan para los pacientes adultos con apendicitis no perforada, sugerimos la apendicetomía en lugar del tratamiento no quirúrgico con antibióticos. A pesar de la evidencia de que los antibióticos solos pueden ser tan efectivos como la cirugía para tratar la presentación inicial de la apendicitis, estos estudios muestran tasas de recurrencia moderadas y neoplasias no detectadas. Para la apendicitis aguda no perforada, la apendicetomía inmediata debe realizarse dentro de las 12 horas posteriores al diagnóstico. (22)

1.4.3 Caso 15: Quemadura de segundo grado

Paciente varón 45 años acude al Centro de Salud Palmira contra referido del Hospital Víctor Ramos Guardia con diagnóstico de quemadura de segundo y tercer grado debido a una deflagración presenta quemadura de segundo grado en brazo, tórax, mano, cuello y derecho.

Al examen físico: PA: 120/80, FR 18x´´, FC 76x´, SatO2: 98%

Piel y mucosas: quemadura segundo grado en mano brazo antebrazo tórax y cuello.

TyP: MV pasa bien en los dos Ht, amplexación simétrica.

ABD: Blando/depresible, RHA presentes, no masas

GU: PRU -

Neurológico: Lucido y orientado en tiempo/espacio/persona, resto de examen sin alteraciones.

Paciente con quemadura de segundo grado 13,5 según la regla de los 9, se le realizó curaciones diarias

Fue tratado en el Hospital Víctor Ramos Guardia durante dos meses, acude al centro de salud para curaciones diarias con gasas parafinadas, rifocina de evolución favorable hasta la recuperación total. (23)

1.4.4 Caso 16: Colecistitis aguda

Paciente mujer de 36 años acude al Centro de Salud Palmira refiriendo dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, asociado a ingesta de grasas, niega antecedentes de importancia, refiere recurrencia de dolores aproximadamente 3 al año.

Al examen físico: PA: 90/60, FR 23x´´, FC 100x´, SatO2: 98%

Piel/Anexos: Tibia-Elástica-Hidratada. Escleras ictericas, ictericia (+)

TyP: MV pasa bien los dos HT, no rales.

Ap. Cardiovascular: RCR buena intensidad; no soplos.

ABD: Blando/depresible, RHA presentes, no masas, doloroso a la palpación profunda en hipocondría derecho, Murphy (positivo)

Genito-Urinario: PRU -

Neurológico: Lucio y orientado en tiempo/espacio/persona.

Se propone como diagnostico presuntivo de colecistitis aguda, confirmándose con una ecografía abdominal (24). Se le da analgésicos para calmar el cuadro agudo de la enfermedad, de evolución favorable, se da de alta a la paciente junto con una referencia para cirugía general en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

La guía de Tokio (2018) para manejo de colecistitis, recomienda el uso de analgésicos, a la cabeza los AINES para el control del dolor, dentro de los AINES prefieren el uso de ketorolaco para los cólicos biliares; también se recomienda el uso de antibióticos, la colecistitis aguda es principalmente un proceso inflamatorio, pero puede producirse una infección secundaria de la vesícula biliar como resultado de la obstrucción del conducto cístico y la estasis biliar.

Se recomienda la colecistectomía laparoscópica sobre la colecistectomía abierta para el tratamiento quirúrgico de la colecistitis calculosa aguda. Debe intentarse la colecistectomía laparoscópica a menos que exista una contraindicación anestésica absoluta para la cirugía laparoscópica o una falta de la experiencia quirúrgica necesaria. (25)

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se inició el 1 de enero de 2020 en el Hospital de apoyo VRG. Este nosocomio fue inaugurado en el año 1963, llamándose Hospital Centro de Huaraz. Teniendo como primer director el Dr. Otto Gambini Escudero, cuando el Dr. Javier Arias Stella tenía el cargo de Ministro de Salud. El nombre del hospital fue dado en honor al doctor Víctor Ramos Guardia quien fuera un médico huaracino que cumplió un papel importante en el terremoto de 1970.

El HVRG es un centro de nivel II-1 que actualmente el área de hospitalización tiene alrededor de 200 camas y está dividido según especialidades: Gineco-Obstetricia, Medicina, Cirugía y Pediatría; el centro quirúrgico tiene 7 salas de operaciones con todo el equipo necesario para hacer cirugías de alta complejidad, también cuenta con una sala de emergencia, una Sala de Cirugía Mayor, tres Sala de Cirugía Menor, una Sala de Cirugía de día y una sala de cesáreas; El servicio de UCI cuenta con cuatro camas que brindan el más alto nivel de atención a los pacientes críticos.

Los pacientes que no pueden ser tratados en el Hospital son referidos a hospitales de mayor complejidad de la Ciudad de Lima, Principalmente al Hospital Cayetano Heredia. También se pueden trasladar a los pacientes a la ciudad de Chimbote al hospital Regional de Chimbote Eleazar Guzmán Barrón (HREGB) que pertenece al Ministerio de Salud y que es un hospital que tiene un nivel de complejidad III.

Durante la pandemia y con la rápida propagación del coronavirus en la región y en la zona sierra de Ancash, todos los ambientes del Hospital Víctor Ramos Guardia tuvieron que ser destinados a áreas exclusivamente para el tratamiento de pacientes con infección por COVID-19, esto como parte de las estrategias para aumentar la capacidad de respuesta en el marco de la emergencia sanitaria nacional. Esto afectó a muchos pacientes pues las citas que tenían para tratamientos por enfermedades crónicas, cirugías programadas, pacientes que tenían citas en consultorio o atención ambulatoria fueron cancelados.

En marzo del año 2020 se reportó el primer caso de COVID-19 en el Perú. Por lo que el gobierno tuvo que tomar las medidas recomendadas por la OMS para poder mitigar el avance del virus y reducir los casos de contagios. Estas medidas contienen la detención de todas las labores educativas y aislamiento social obligatorio. Motivo por el cual los internos de medicina (IM) tuvieron que ser separados de los hospitales donde realizaban las prácticas clínicas. Y uno de los factores que hizo que esta medida afecte a los IM es que ellos no son capacitados frecuentemente en medidas de bioseguridad y tampoco tienen los equipos de protección personal disponibles; además que ninguno cuenta con seguro de vida o seguro contra accidentes. Ante este escenario, la mayoría de los hospitales a nivel nacional suspendieron todo tipo de actividad académica de pregrados en ambientes hospitalarios, incluyendo a los internos de medicina. Luego, el 17 de marzo del 2020 esta disposición se hizo forzosa para todos los centros de salud y universidades del país.

El aporte de los internos de medicina en el flujo de atención de pacientes en el hospital es fundamental. Sin embargo, la condición de estudiantes sin experiencia suficiente y sin tener compromiso legal, hacía complejo su rol en este escenario sin que corran riesgos de manera innecesaria.

El 14 de agosto de 2021, bajo resolución ministerial N° 622–2020/MINSA se resolvió “Aprobar el documento Técnico: Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de la ciencia de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020”. (5) Es así que el regreso al

internado medico se hizo de manera progresiva dependiendo de la situación por el COVID-19 de cada Región. La disposición también hacía mención que el retorno a las practicas hospitalarias dependía de cada institución y que en su mayoría se realizarían en centros del primer nivel de atención.

Es así que el 1 de noviembre después de concluir con los requisitos necesarios para el retorno al internado, fuimos reasignados en El Centro de Salud Palmira, que pertenece a la micro red Palmira, Red: Huaylas Sur; que es un establecimiento I-3 ubicado en el distrito de independencia, en la provincia de Huaraz – Áncash. Que atiende a una población de 5404 habitantes. El establecimiento cuenta con áreas de hospitalización, sala de partos, emergencia, consultorios CRED, planificación familiar, vacunatorio, laboratorio y farmacia.

El centro de Salud durante la pandemia siguió atendiendo pacientes en emergencias, partos, pacientes de planificación familiar y hasta la actualidad atiende de manera ambulatoria a pacientes con COVID-19 en áreas destinadas y exclusivas.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

El presente trabajo tomó como principal material el análisis y la recopilación de los datos de pacientes que fueron atendidos en el Hospital de Apoyo VRG-HZ, del área de hospitalización de medicina y también se tomaron datos del Centro de Salud de Palmira del área de emergencias y de obstetricia.

Estos casos fueron tomados de la experiencia misma que se tuvo atendiendo a los pacientes en las áreas mencionadas anteriormente. El trabajo consistió en atender al paciente, la anamnesis, el examen físico completo, el análisis de los exámenes de laboratorio, la sugerencia del tratamiento terapéutico y la comparación con las guías para el manejo de las diferentes patologías.

Para lograr una adecuada preparación y alcanzar las habilidades, actitudes y destrezas en las actividades médico-quirúrgicas y humanísticas, mediante el razonamiento clínico y la ética profesional se requiere de unos profesionales con destrezas para observar la mejor evidencia aprovechable y transferir ese juicio a su práctica clínica y proporcionar estos a los internos de medicina. Esto requiere una investigación metodológica, a través de guías, revistas, casos clínicos y reportes de respuestas a las incógnitas que nacen en el ejercicio de la práctica médica.

Las competencias en Medicina se miden por el rendimiento y la producción de conocimientos, habilidades y actitudes que se tomarán a futuro cuando se ejerza la práctica médica.

Las prácticas básicas durante el internado estaban centradas en el desempeño en las diversas áreas donde se realizaron las rotaciones, como en emergencia, hospitalización y/o consultorios de especialidades. Esto ayudó a adquirir competencias relevantes y amplias para el manejo de cada patología y conocer el método diagnóstico, manejo y tratamiento. Pues lo importante no es solo tener los conocimientos necesarios sino aplicar estos en los diferentes campos que la situación dentro de un establecimiento de salud lo amerite y es aquí donde el internado juega un papel fundamental pues es vital que el estudiante de medicina humana realice competencias en las diversas áreas de un hospital y a la vez bajo la supervisión de docentes y un equipo que evalué sus competencias teóricas y prácticas.

Para alcanzar las competencias es indispensable que las competencias en el lugar donde se realicen integren un espacio clínico, epidemiológico, psicológico y social. En cada una de estas extensiones el enfoque tiene que ser integral aplicando las medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, de acuerdo con el problema de salud y al momento que ocurre.

En ambos centros de prácticas del internado, en el Hospital de Apoyo VRG y en el CS Palmira, se contó con especialistas y guías que pudieron utilizar sus conocimientos para el apoyo durante el internado médico. Estos conocimientos se lograron, en la rotación de cada servicio, en las guardias en emergencia, en las guardias de hospitalización y en las discusiones de casos clínicos planteados semanalmente. También fueron de fundamental apoyo las clases virtuales que se recibieron durante la pandemia.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al iniciar las primeras rotaciones en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el área de medicina, fue una experiencia nueva y demandante pues las responsabilidades que se empezó a tener fueron muchas y todos los pendientes, evolución y exámenes auxiliares de los pacientes del área de Hospitalización. Los turnos en el área de Hospitalización eran de 12 horas seguidas, pero cuando comenzamos estos se alargaban hasta por 20 horas por la demanda y estar recién familiarizándonos con el manejo, tramites y demás dentro del hospital. Las guardias de emergencia también fueron un reto pues aquí demandaba de tomar decisiones muy rápido en base a los conocimientos teóricos adquiridos antes del internado y estar alerta las 24 horas para cualquier situación adversa. Todos estos primeros días fuimos muy bien guiados por médicos especialistas de diversas áreas como médicos internistas, infectólogos, neumólogos, neurólogos, gastroenterólogos, etc.

El área de medicina es un área de mucha demanda en el HVRG pues al ser un hospital de referencia de la zona sierra de Ancash, llegan pacientes de la zona de la sierra de Ancash y de Huánuco con patologías muy diversas y en estados a veces difíciles de manejar y es por eso por lo que algunos pacientes eran referidos a Hospitales de mayor complejidad de la ciudad de Lima o a Hospitales de la ciudad de Chimbote.

Después de un par de semanas ya habíamos obtenido mejores destrezas para realizar una correcta historia clínica, un adecuado manejo y destreza con los pacientes al momento de realizar la anamnesis, el examen físico y algunos exámenes auxiliares como análisis de gases arteriales, toma de electrocardiograma, algunas pensiones de toma de muestras para laboratorio como punción lumbar, paracentesis diagnóstica, etc. Haber aprendido durante las primeras semanas todos estos procedimientos nos permitía muchas veces acabar antes de tiempo nuestras labores en el hospital y nos admitía tener tiempo para asistir a las clases virtuales que teníamos por parte de la universidad y a preparar los casos clínicos semanales.

Después que fuimos retirados del hospital a causa de la pandemia por el COVID-19 estuvimos con muchas ganas de volver, con miedo, pero también con la incertidumbre por la difícil situación y que era difícil nuestro regreso al Hospital. Luego de muchos trámites se tomó la decisión de nuestro retorno, pero a un centro de salud nivel I-3 que está aspirando a ser nivel I-4 donde se atendían partos las 24 horas del día.

La segunda parte del internado médico lo realizamos en el Centro de Salud de Palmira que se encuentra dentro de la ciudad de Huaraz. Aquí las rotaciones principalmente fueron en el área de emergencias y en el área de obstetricia. Al ser un centro de primer nivel atendía diversas patologías, pero de gravedad leve pues las que no se podían atender en el centro de salud eran referidos al HVRG de Huaraz.

En el centro de salud los casos que mayormente se veían eran pacientes con enfermedades crónicas que venían para recibir su tratamiento, pacientes con accidentes leves para suturar, pacientes pediátricos con enfermedades diarreicas agudas y resfríos comunes. En el área de obstetricia se realizaba el control prenatal de la gestante, el seguimiento durante los 9 meses de gestación, tratamiento de infecciones urinarias, atención del parto, y atención del post parto.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa fundamental en el desarrollo académico y para la adquisición de destrezas y habilidades para un futuro profesional de la salud. Aun cuando forma esencial de las carreras de la ciencia de la salud, es una etapa que ha sido muchas veces cuestionada pues cuando se pasan por los diversos servicios muchas veces no todos los estudiantes tienen las mismas oportunidades, es una etapa que el interno de medicina lo realiza prácticamente de manera gratuita, sin ningún tipo de seguro de vida ni de salud y sin ningún apoyo emocional que algunas veces pueden requerir.

Es así que en la actual circunstancia que se vive a nivel mundial por la pandemia del COVID-19 resulta aún más difícil no poder cuestionar las pocas oportunidades que se dieron para el aprendizaje pues en gran parte el internado se realizó en Centros de primer nivel de atención y en horarios reducidos.

Sin embargo, podría afirmarse que el internado durante la pandemia ayudo a la integración más amplia del alumno con la situación de los pacientes antes de que lleguen a empeorar las diversas patologías que pueden ser prevenibles realizando las campañas que se dan en los centros del primer nivel de atención, también como lo son las cruzadas de vacunación, charlas informativas, visitas domiciliarias, llamadas a los pacientes que tienen tratamientos crónicos, etc.

Con el presente trabajo pretendemos describir los casos más relevantes o que mayor impacto nos generó durante las diferentes rotaciones hospitalarias. Queda claro que como muchos internos de medicina a nivel nacional nuestras expectativas siempre fueron grandes y que intentamos cumplirlas durante todo el periodo que nos tocó rotar en los diferentes servicios.

Desde nuestro punto de vista, el internado medico es un paso fundamental en el camino del futuro médico pues agregado a los conocimientos teóricos adquiridos durante el pregrado en la universidad nos ayuda a adquirir la experiencia en los servicios de primer nivel de atención, manejar patologías, perder el temor y manejar las emociones que nos permitirá madurar intelectualmente. A la vez nos ayuda a incorporar y afianzar nuestros valores y buenas actitudes que nos debe de caracterizar como profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES

- Se deberían realizar más trabajos de este tipo para poder conocer las expectativas y lo que demandan los internos de medicina durante sus prácticas hospitalaria. También ayudaría a conocer las experiencias que los internos adquieren durante esta etapa.
- Se debería evaluar las condiciones en lo que los internos de medicina realizan las practicas hospitalarias. Ver la situación de salud y psicológica de los internos de medicina.
- Se debería evaluar la posibilidad de aumentar las horas prácticas en hospitales de tercer nivel en época de pandemia donde la mayor practica se realiza en centros de salud de primer nivel de atención.
- Se debería evaluar la posibilidad de complementar las practicas hospitalarias con clases virtuales paralelas y que coincida con la rotación que se realiza con la facultad.
- Se debería evaluar y garantizar un seguro universal y seguro de vida para todos los internos de medicina, aun mas en época de pandemia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Gob.pe. Ley general de salud (online). 2021 (25/04/2021).
- 2) CONAPRES. Reglamento del comité nacional de pregrado de salud del sinapres (online). 2021 (25/04/2021).
- 3) Rodríguez, J. Definición de “Profesión médica”, “Profesional médico/a” y “Profesionalismo médico.” *Educ. médica*. 2010;13(2):63–6.
- 4) Herrera, P, Toro, C. Educación médica durante la pandemia de Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. *Acta médica Perú*. 2020;37(2):169–75.
- 5) MINSA. Resolución ministerial 622-2020/minsa. (online). 2021 (21/04/2021).
- 6) Ríos V, Gasca A, Urbina R, Flores R. El Aprendizaje en la clínica. *Antología*. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2004. p. 37
- 7) Saíenz, B. Actualización sobre Neumotórax. *Rev cuba cir*. 2013;52(1):63–77.
- 8) Ginferrer, J, Fernander, P, Rami, R. Tratamiento del neumotorax espontáneo mediante drenajes de pequeño calibre. *Arch Bronconeumol*. 1990; 26 144-146
- 9) Aulinas, A. Casanueva, F. Goñi, S. *et al*. Insuficiencia suprarrenal y su tratamiento sustitutivo. Su realidad en España. *Endocrinol Nutr*, 60 (2013), pp. 136-143
- 10) Aguirre M, Luna M, Reyes Y, Gómez-Pérez R, Benítez I. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INSUFICIENCIA ADRENAL [Internet]. *Scielo.org*. 2013

[citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en:
<http://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v11n3/art07.pdf>

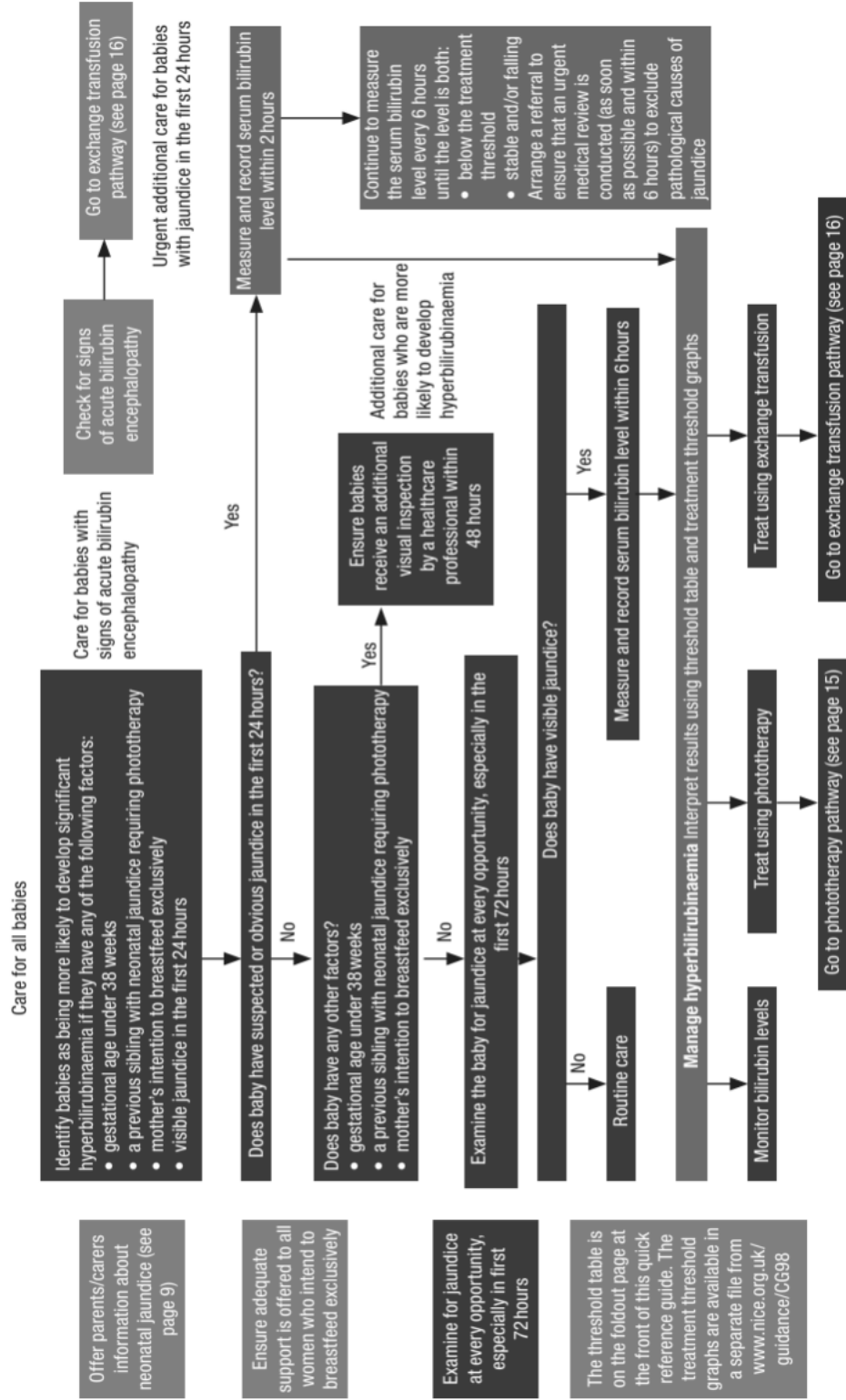
- 11) Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom Lundqvist C, A. Borger M, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66(1):53.e1-53.e46.
- 12) Sociedad Española de Reumatología. Guía de práctica clínica para el manejo de la gota. Fernando Pérez Ruiz. 2017.
- 13) Obstetricia Y Ginecología SPDESP. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. Gob.pe. [citado el 3 de mayo de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
- 14) Pagani F, Cantaluppi V. Renal Injury During Preclampsia: Role of Extracellular Vesicles. *Nephron.* 2019;143(3):197-201. Epub 2019 Aug 21. PMID: 31434070.
- 15) (MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. 2017
- 16) González CD. Asma grave [Severe asthma]. *Medicina (B Aires).* 2016;76(1):19-24. Spanish. PMID: 26826988.
- 17) Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and prevention, 2021. Available from: www.ginasthma.org
- 18) Whooten R, Schmitt J, Schwartz A. Endocrine manifestations of Down syndrome. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2018 Feb;25(1):61-66. PMID: 29135488; PMCID: PMC6382276.
- 19) L. Ivan, P. Cromwell, Clinical Practice Guidelines for Management of Children With Down Syndrome: Part I, *Journal of Pediatric Health Care*, 2014, 28(1):105-110
- 20) Mitra S, Rennie J. Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *Br J Hosp Med (Lond).* 2017 Dec 2;78(12):699-704. PMID: 29240507.
- 21) Souza-Gallardo LM, Martínez-Ordaz JL. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico [Acute appendicitis. Surgical and non-surgical

treatment]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017 Jan-Feb;55(1):76-81. Spanish. PMID: 28092251.

- 22)** Di Saverio et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World Journal of Emergency Surgery (2020) 15:27
- 23)** Lorente JA, Amaya-Villar R. Update in the management of critically ill burned patients. Med Intensiva. 2016 Jan-Feb;40(1):46-8. Epub 2015 Dec 30. PMID: 26746126.
- 24)** Gutt CN, Encke J, Köninger J, Harnoss JC, Weigand K, Kipfmüller K, et al. Acute cholecystitis:early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). Ann Surg. 2013; 258:385-93.
- 25)** Gomi, H, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. 2018. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 25: 3-16.

ANEXOS

ANEXO N°1: Manejo de ictericia neonatal. Guía NICE (2016)



ANEXO N°2: Flujograma de manejo de aborto

