



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA LABORAL DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**

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

**PRESENTADA POR
PEDRO DANIEL NUÑEZ LOPEZ**

ASESOR

Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

LIMA, PERÚ

2021



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA LABORAL DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
PEDRO DANIEL NUÑEZ LOPEZ**

**ASESOR
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Katherine Iris Gutarra Chuquin

Miembro: Dr. Aldo Barriga Cerron

Miembro: Dra. Rosemary Lilia Moscoso de Roca

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado principalmente a mi difunta abuela Celestina Romero Vivanco que en paz descanse, quien fue de inspiración para escoger esta carrera profesional. También está dedicado a mis amados padres: Marleni López Romero y Vicente Núñez Mina, a mi abuelo: Cesar López Ramírez y por ultimo a mi hermano: Diego Núñez López quienes durante estos 7 años de la carrera de medicina me han brindado todo su apoyo incondicional en todo aspecto.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Medicina interna	2
1.2. Gineco-obstetricia	4
1.3. Pediatría	7
1.4. Cirugía general	9
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	15
3.1. Rotación de cirugía general	19
3.2. Rotación de Gineco-obstetricia	20
3.3. Rotación de medicina interna	23
3.4. Rotación de pediatría general	24
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	28
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34

RESUMEN

El internado medico es una etapa obligatoria que se realiza en el séptimo año de la carrera de medicina, exclusivamente para dichos estudiantes de esta profesión en todas las sedes docentes a nivel nacional tanto en hospitales como centros de salud.

El objetivo principal del internado medico es integrar la práctica clínica de los conocimientos previos, obtenidos durante los 6 años posteriores durante la carrera de medicina; así como pulir las habilidades y destrezas al grado de dominio que corresponde a la solución de problemas del primer nivel de atención.

Esta etapa comprende la rotación del interno por diversas especialidades de dicha sede docente como: medicina, cirugía general, pediatría, y gineco-obstetricia. Cada rotación comprende aproximadamente una duración de 90 días (3 meses aproximadamente). Por lo general cada rotación comprende 2 ambientes: hospitalización y emergencia, en el primero se encuentran los pacientes hospitalizados de cada área, implica lo que es la visita médica en donde el alumno evoluciona a un grupo determinado de pacientes de forma diaria que se acompaña de un médico residente y un médico asistente de dicha especialidad; dicha visita implica que el alumno realice un examen físico del paciente, para posteriormente exponerlo ante sus docentes, donde estos últimos determinan el tratamiento o el alta del paciente dependiendo del estado que se encuentre.

Los internos también rotan en el establecimiento de emergencia: Aquí los estudiantes acompañados por al menos un médico residente atienden a pacientes en estado grave o que implique una atención inmediata. Aquí también se realiza un examen físico no tan detallado como en la hospitalización para administrar el tratamiento adecuado, aquí el medico asistente determina si el

paciente es dado de alta o queda en hospitalización de acuerdo al diagnóstico determinado.

ABSTRACT

The medical internship is a mandatory stage that takes place in the seventh year of the medical career, exclusively for said students of this profession in all the teaching centers nationwide, both in hospitals and health centers.

The main objective of the medical internship is to integrate the clinical practice of the previous knowledge, obtained during the 6 subsequent years during the medical career; as well as polishing the abilities and skills to the degree of mastery that corresponds to the solution of problems of the first level of attention.

This stage includes the rotation of the intern through various specialties of said teaching headquarters such as: medicine, general surgery, pediatrics, and gynecology-obstetrics. Each rotation has a duration of approximately 90 days (3 months approximately). In general, each rotation includes 2 environments: hospitalization and emergency, in the first one are hospitalized patients from each area, it implies what is the medical visit where the student evolves to a specific group of patients on a daily basis that is accompanied by a resident doctor and an assistant doctor of said specialty; This visit implies that the student performs a physical examination of the patient, to later expose it to their teachers, where the latter determine the treatment or discharge of the patient depending on the state they are in.

The interns also rotate in the emergency establishment: Here students accompanied by at least one resident doctor attend to patients in serious condition or that implies immediate attention. Here, a physical examination is also carried out that is not as detailed as in hospitalization to administer the appropriate treatment, here the attending physician determines if the patient is discharged or remains in hospital according to the determined diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Para el internado médico el estudiante de medicina tiene derecho a escoger su sede donde desea realizar esta etapa, dependiendo del promedio total de calificaciones de cada asignatura de los años anteriores de estudio; incluso algunos establecimientos solicitan un examen de capacidad donde el alumno debe tener nota aprobatoria como mínimo de 11 para ser admitido en dicho hospital o centro de salud

Por lo general el internado médico se inicia en la última semana de diciembre del año anterior a este, en un establecimiento específico con una duración de 12 meses

Un ejemplo de lo anterior mencionado es: el internado del año 2020 que se realizó en el hospital Sergio E. Bernales, categorizado como un establecimiento de salud de nivel III-1, que pertenece al ministerio de salud (MINSU), DIRIS: Norte. Dicho hospital está ubicado en Av. Túpac Amaru N° 8000 P.J. Collique (Km 14.5 de la carretera Lima-Canta) y que cuenta con todas las especialidades mencionadas anteriormente en la página anterior.

El hospital Sergio E. Bernales tuvo unas 100 plazas para los alumnos que deseaban hacer su internado, también se dio un examen de 40 preguntas que debía ser aprobado, los 45 primeros puestos iban a ser remunerados y los 55 restantes serían Ad Honorem (por su traducción al español: “de forma honoraria”). El internado inició el 28 de diciembre del año 2019, pero hubo un curso de inducción el día 26 y 27 del respectivo mes, donde se dio las pautas básicas: colocación de guantes, lavado de manos, como realizar la respectiva evolución de cada paciente, incluso un recorrido por todas las especialidades del hospital.

En el internado, el estudiante de medicina tenía contacto directo con el paciente, donde podía examinarlo y realizar ciertos procedimientos, enseñado y supervisado por el residente o el médico asistente, aquí cada alumno aplicaba lo

aprendido teóricamente en los ciclos anteriores de su casa de estudios. Incluso dichos conocimientos eran reforzados en el hospital debido a que se realizaban exposiciones sobre diversos temas de cada rotación en la que eran presentados por el interno de medicina.

Sin embargo, a finales del año 2019 se identificó una nueva cepa de coronavirus denominada SARS-Cov 2 o COVID 19, el primer caso fue registrado en la ciudad de Wuhan en China, este virus se transmitía de persona a persona por vía respiratoria o contacto con una superficie infectada, posteriormente infecto a gran parte de dicha población. La OMS declaró el 30 de enero del 2020 la epidemia de COVID 19 una emergencia de salud pública de nivel internacional, posteriormente el 11 de marzo fue declarado pandemia

Durante las primeras semanas de febrero, el hospital dio a todo el personal de salud (incluyendo los internos) de cada establecimiento mascarillas como medida de prevención. Sin embargo, el primer caso de coronavirus en el Perú fue reportado del 6 de marzo y el 15 de marzo del año 2020 se suspendió el internado a nivel nacional

Después de aproximadamente 6 meses el internado médico volvió a reanudarse el 1 de octubre del 2020. Nuevamente se dio una clase de inducción, pero orientadas a las medidas de prevención del COVID 19, como el uso adecuado de mascarilla, protector facial, lavado de manos y el uso de mandilones.

Debido a la pandemia del SARS-Cov 2, la enseñanza del internado se vio muy limitada Por los siguientes puntos:

1. El contacto de los pacientes era muy limitado, no podíamos realizar algunos procedimientos que se realizaban anteriormente con normalidad
2. El tiempo de prácticas clínicas se redujo a más de la mitad, antes de la pandemia cada especialidad tenía un tiempo de aproximadamente de 3 meses, dicho tiempo se redujo a 1 mes con 15 días de descanso separando el grupo de internos a la mitad.

3. El número de guardias nocturnas y diurnas también se vio afectado, antes teníamos un grupo de internos que realizaba guardias diurnas durante 1 mes, y otro grupo que estaba en hospitalización hacia guardias nocturnas. La pandemia hizo que este número se redujera a 2 por cada interno en cada rotación limitando mucho el aprendizaje

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico puede definirse como practicas pre-profesionales durante el último año de carrera de los estudiantes de medicina, esta etapa es la pieza fundamental más importante de la profesión médica (1), porque el interno está en contacto diario con casos reales y este debe aplicar todos los conocimientos adquiridos en los ciclos anteriores por su casa de estudios, de esta manera el interno obtiene un mayor nivel de destreza y responsabilidad que le ayudara en la práctica diaria cuando obtenga el título de médico general

Además de lo mencionado anteriormente, el interno rotara en las cuatro especialidades: medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia; en cada rotación aplicara diversas competencias, esto último ayudara al estudiante de medicina a identificarse con que área es de su agrado o en que especialidad se desempeña mejor, esto le ayudara a escoger la especialización médica en un futuro no muy lejano.

El internado médico simula los escenarios básicos de cada especialidad para que el interno pueda solucionarlo como futuro médico general. A continuación, se mencionan 2 casos clínicos por cada especialidad.

1.1. Medicina interna

caso 1

Paciente de 55 años de sexo masculino, albañil, acude al servicio de emergencia del HSEB, porque refiere que hace 5 días inicia con cuadro de dificultad respiratoria y fatiga a moderados esfuerzos, pesadez en MMII, la sintomatología se incrementa en intensidad agregándose: carraspera, hiporexia, epigastralgia, leve dolor a punta de costado izquierdo, tos exigente asociada a vómitos, motivo por lo que acude a una clínica particular donde se le solicita radiografía de tórax evidenciándose derrame pleural masivo izquierdo, siendo enviado a emergencia de este nosocomio

Antecedentes: Hace 25 años sufrió agresión en Europa, resultando en 2 costillas fracturadas en hemitórax izquierdo, hace 30 años presento fractura de clavícula y trauma leve en rodilla derecha por accidente de tránsito.

También es alcohólico crónico, paciente menciona que toma “cañazo” desde hace 5 años todos los días.

Examen físico:

A la auscultación, el murmullo vesicular esta disminuido en 1/3 superior y abolido en los 2/3 inferiores del HTI.

A la percusión, presenta una sonoridad disminuida en los 2/3 inferiores del HTI, sin embargo, hay una adecuada amplexación y movimientos respiratorios conservados en frecuencia, movilidad y simetría

Exámenes auxiliares:

Se solicita al paciente una placa radiográfica donde se evidencia una opacidad en el hemitórax izquierdo (HTI)

Impresión diagnóstica:

1. Derrame pleural masivo
 - 1.1. Descartar tuberculosis pulmonar
2. Alcoholismo crónico
 - 2.1. Descartar cirrosis hepática

Plan de trabajo:

1. Toracocentesis diagnóstica y evacuadora
2. Se solicita TEM pulmonar
3. Interconsulta al servicio de cirugía de tórax y cardiovascular
4. Bk de esputo más cultivo, Bk de líquido pleural más cultivo, Bk en orina y Bk en heces
5. Cultivo de hongos y gérmenes comunes en líquido pleural
6. ADA en líquido pleural
7. Ecografía hepática

caso 2:

Paciente de sexo masculino de 54 años refiere que hace 4 días presenta deposiciones negras en más de 3 oportunidades asociado a vómitos abundante con sangre. Además, presenta cansancio y fatiga al moverse.

Antecedentes: Infección por COVID 19 en el año 2020 (paciente no recuerda la fecha exacta), no presenta ningún otro antecedente de importancia.

Examen físico:

Paciente con palidez 2 cruces de 3, llenado capilar menos de 2 segundos, piel tibia, hidratada y elástica, no se evidencia cianosis.

Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no hay dolor a la palpación superficial ni profunda

Exámenes auxiliares: Paciente se realizó un hemograma cuyo valor de hemoglobina fue de 5 mg/dL

Impresión diagnóstica:

1. Hemorragia digestiva alta
 - 1.1. Descartar ulcera péptica
 - 1.2. Descartar neoplasia maligna gástrica
2. Anemia severa normocítica normocrómica

Plan de trabajo:

1. Se solicita hemograma completo
2. Hidratar al paciente con cloruro de sodio al 9% de 1000 cc
3. Administrar omeprazol de 40 mg por vía endovenosa cada 12 horas
4. Administrar metoclopramida de 10 mg por vía endovenosa cada 8 horas
5. Se solicita examen endoscópico para saber la causa subyacente

El examen endoscópico se evidencio erosiones pre pilóricas múltiples en el antro del estómago, también una lesión ulcerada de 7mm en la cara anterior en bulbo duodenal con lecho con presencia de fibrina.

Diagnostico ecográfico:

1. Gastritis erosiva antral
2. Ulcera duodenal Forrest III

1.2. Gineco-obstetricia

caso 1

Gestante de 16 años de edad acude al servicio de emergencia de Gineco-obstetricia por presentar hace 30 minutos sangrado vaginal rojo oscuro, dolor abdominal y percibe movimientos fetales.

Antecedentes: No presenta antecedentes familiares, ni patológicos

- Menarquia: 12 años

- Régimen catamenial: 4 veces
- Formula obstétrica: G0 P000
- Fecha probable de parto: 26/05/2021
- Controles prenatales: 0

Examen físico:

- Altura uterina: 30 cm
- Ponderado fetal: 3200 gr
- Dinámica uterina: 3/10
- Leopold: Longitudinal cefálico izquierdo
- Latidos cardiacos fetales: 140 latidos por minuto
- Promontorio: No se toca
- Sacro: Cóncavo
- Espinas ciáticas: romas
- Ángulo subpúbico: mayor de 90°

Impresión diagnóstica:

1. Gestante nulípara de 36 semanas 6/7
2. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)
3. Riesgo de parto prematuro
4. ARO: madre adolescente

Plan de trabajo:

1. Se solicita exámenes de laboratorio
2. Se programa cesárea de emergencia

caso 2

Gestante de 17 años ingresa al servicio de emergencia de Gineco-obstetricia, es referida de su centro de salud por presentar retardo de crecimiento intrauterino de tipo I.

Antecedentes: No presenta antecedentes familiares, ni patológicos

- Menarquia: 14 años
- Régimen catamenial: 3 veces
- Fórmula obstétrica: G0 P0000
- Fecha de última regla: 13/08/2020
- Fecha probable de parto: 20/05/2021

Examen físico:

- Altura uterina: 29 cm
- Ponderado fetal: 2100 gr
- Dinámica uterina: ausente
- Leopold: Longitudinal cefálico izquierdo
- Latidos cardíacos fetales: 144 latidos por minuto
- Promontorio: No se toca
- Sacro: Cóncavo
- Espinas ciáticas: romas
- Ángulo subpúbico: mayor de 90°

Impresión diagnóstica:

1. Gestante nulípara de 36 semanas 0/7
2. RCIU de tipo I
3. Amenaza de parto pretermino
4. ARO: madre adolescente

Plan de trabajo:

1. Se solicita exámenes de laboratorio
2. Se solicita eco doppler fetal
3. Monitoreo fetal estricto

1.3. Pediatría

caso 1

Madre refiere que su menor hija de 2 años de edad tuvo una caída a desnivel mientras jugaba, producto de esa caída presentó una herida en rodilla derecha. Posteriormente la madre lavo la herida con agua y le aplico una crema, sin embargo, en la noche la niña presentó fiebre de 39°C y vómitos a media noche; para controlar la fiebre la madre le dio paracetamol.

En la mañana la madre le baja el pantalón para cambiarle el pañal y ahí la madre observa un aumento de volumen en ambas piernas, motivo por el cual decide llevar a su hija al servicio de emergencia de pediatría.

Antecedentes: La paciente no presenta ningún antecedente familiar, ni patológico, no presentó problemas en su desarrollo psicomotor, ablactancia a los 6 meses de edad y lactancia materna exclusiva.

Examen físico:

Presenta una tumefacción eritematosa y caliente en la rodilla derecha y en la pierna izquierda. También presentó una pérdida de continuidad en la rodilla derecha de aproximadamente 3x2 cm, además presenta dolor a la movilización y a la palpación.

Impresión diagnóstica:

1. Celulitis en rodilla derecha
2. Celulitis en pierna izquierda

Plan de trabajo

1. Se solicita exámenes de laboratorio
2. Antibioticoterapia:
 - 2.1. Oxacelina 500 mg vía endovenosa cada 6 horas
 - 2.2. Clindamicina 110 mg vía endovenosa cada 6 horas
 - 2.3. Metamizol 270 mg vía endovenosa si la temperatura es mayor de 38°C

3. Se solicita ecografía de partes blandas de rodilla derecha y pierna izquierda

caso 2

Recién nacido de 18 horas de vida que es referido del centro materno infantil Laura Rodríguez tras encontrar RPR reactivo (10 dils) en la madre y en el neonato (2 dils)

Antecedentes: Madre del recién nacido presenta VDRL positivo (10 diluciones reactivo) el 23/04/2021

Examen físico:

- Piel y faneras: tibio, hidratada y elástica. Llenado capilar menos de 2 segundos
- Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos hemitórax. No se evidencia signos de distress respiratorio
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos audibles
- Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes, no hay dolor a la palpación
- SNC: Despierto, reactivo a estímulos, reflejos primarios presentes. Fontanelas normotensas

Impresión diagnóstica:

1. Sífilis congénita

Plan de trabajo:

1. Lactancia materna exclusiva o formula 30 cc cada 3 horas
2. Penicilina G sódica 145 000 unidades vía endovenoso cada 12 horas

1.4. Cirugía general

caso 1

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad refiere que en el mes de febrero del año 2020 presenta de manera intermitente dolor abdominal de tipo punzante en cuadrante superior derecho de intensidad más o menos 7/10 que irradia hacia el epigastrio y se asocia a náuseas y vomito alimenticio que calma el dolor, por persistencia del cuadro acude a centro de salud y es derivado al hospital y le realizan ecografía abdominal encontrando litiasis en vesícula. Quedando pendiente cita para cirugía general por la pandemia. Durante el año 2020 refiere que presenta los mismo síntomas y se van haciendo más frecuentes, en el mes de setiembre el dolor no cede posterior al vómito y requiere analgésicos para remitir el cuadro, hace una semana de ingerir alimentos presenta el mismo cuadro pero con persistencia de dolor tipo punzante localizado en el cuadrante superior derecho, que calma parcialmente con analgésicos, hace 3 días el cuadro se asocia vómitos biliosos en 2 oportunidades, y pobre tolerancia oral, motivo por el cual acude a emergencia donde le realizan ecografía abdominal que describe colecistitis crónica calculosa más hidrops vesicular.

Antecedentes: Litiasis vesicular diagnosticada en el mes de marzo de 2020 por ecografía

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menos de 2 segundos
- TCSC: No hay presencia de edemas
- Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos hemitórax.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos audibles

- Abdomen: Blando, depresible, RHA adecuados en frecuencia, hay dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+), timpanismo conservado
- Genito-urinario: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierto, Glasgow 15/15, no hay presencia de signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Colecistitis crónica calculosa reagudizada
3. Litiasis vesicular

Plan de trabajo:

1. Interconsulta a cardiología más EKG para riesgo quirúrgico
2. Se solicita exámenes de laboratorio
3. Se solicita examen de VIH para ingreso a SOP
4. Se solicita examen de AGA más electrolitos
5. Antibiotecoterapia
6. Analgésicos

caso 2

Paciente de sexo masculino de 80 años de edad, refiere que mientras realizaba la limpieza en su domicilio se resbalo y presenta una caída; al momento de caer puso su la palma de su mano para evitar la caída, posteriormente presento un dolor intenso en el antebrazo derecho, con ayuda de su hijo que estaba de visita pudo pararse y fue traído al servicio de emergencia del HSEB.

Examen físico:

El paciente presenta dolor intenso y deformidad en antebrazo derecho. Se evidencia un desplazamiento dorsal y radial, signo del dorso del tenedor, y signo de la bayoneta.

Exámenes auxiliares: Se solicita una radiografía de radio y cubito, en donde se evidencia fractura de radio y cubito

Impresión diagnóstica:

1. Fractura de Colles

Plan de trabajo:

1. Reducción ventral y cubital del antebrazo
2. Colocación de yeso braquio-palmar por 3 semanas
3. Después de la colocación del yeso braquio-palmar se coloca un yeso antebraquio-palmar por 3 semanas

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Sergio E. Bernales (HSEB) o conocido comúnmente por los pacientes como “Hospital Collique” es un establecimiento de salud que recibe la categorización III-1, esta última comprende a los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud como consulta externa, emergencia centro obstétrico, centro quirúrgico, UCI, diagnóstico por imágenes y otras especialidades (2).

Este hospital está ubicado en la avenida Túpac Amaru N° 8000, pasaje Collique (Km 14.5 de la carretera Lima-Canta) en el distrito de Comas, cuya población objetivo es proveniente básicamente de los distritos de Comas, Carabayllo, Independencia, Puente Piedra, Los Olivos y la provincia de Canta; teniendo una cobertura aproximadamente de un millón de personas. Este hospital cuenta con 10 servicios los cuales son los siguientes: Medicina, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia, emergencia, hospitalización, laboratorio, diagnóstico por imágenes, farmacias y estrategias sanitarias; también cuenta con 26 especialidades que son las siguientes: Urología, traumatología, reumatología, pediatría, psiquiatría, otorrinolaringología, obstetricia, oncología, odonto-estomatologia, nutrición, neurología, neurocirugía, neumología, neonatología, nefrología, medicina,

infectología, hematología, ginecología, geriatría, gastroenterología, endocrinología, dermatología, cirugía , cardiología y anestesiología

El hospital Sergio E. Bernales está ubicado en un terreno de 155 396.4 m² y un área construida de 20 364 m², la infraestructura del hospital constituye principalmente de ambientes de tan solo 1 piso a excepción de las unidades productoras de servicio (UPSS) como Emergencia y en hospitalización los servicios de Traumatología y Neumología (3)

También con el pasar del tiempo la instalación del número de camas ha ido aumentando progresivamente en los departamentos de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Medicina y Pediatría, actualmente estos servicios cuenta con un número de 358 camas en total. Además, es importante mencionar que se cuenta con 51 consultorios físico y 76 funcionales en las diferentes especialidades y en relación a la infraestructura de centro quirúrgico se cuenta con 6 salas para cirugía, 1 para traumatología y otra para gineco-obstetricia (3)

Actualmente se cuenta con un proyecto arquitectónico para un nuevo y moderno hospital, dicha edificación constará de un terreno de 60 000 m² que será financiado totalmente con una inversión pública y para el pueblo peruano (3)

De esta manera se dio inicio a la edificación, en un terreno de 60 mil metros cuadrados, de un moderno hospital, que será financiado totalmente con la inversión pública y para el pueblo peruano, de gobierno a gobierno, un anhelo que se inició hace muchos años y que hoy se hace realidad. El 14 de septiembre del año pasado este proyecto inicio, se calcula que este nuevo hospital contara con más de 700 camas y modernas salas de operaciones en todas las especialidades. Esta obra tendrá un costo de aproximadamente 700 millones de nuevos soles (3)

El Hospital Sergio E. Bernales es un hospital docente, mejor dicho, que brinda la formación docente de pre-grado y post-grado para la formación profesional de salud y especialización médica. Al inicio del internado médico, el estudiante de

medicina tenía acceso a todo tipo de pacientes en las diferentes especialidades, tomando siempre las medidas de seguridad habituales. El internado podría ir tanto a los pabellones de hospitalización, consultorios externos, etc. (3)

Como mencione anteriormente el 15 de marzo del año 2020 el internado se suspendió durante 6 meses, posteriormente regresamos el 1 de octubre de ese mismo año. Por la pandemia de COVID 19 todo el servicio de consulta externa cerro, los pabellones de emergencia cambiaron de lugar para pacientes con infección SARS COV 2, en el cual el interno de medicina tiene prohibido el acceso, esto afecto mucho a la promoción del internado 2020 porque la enseñanza se vio muy limitada, ahora los pabellones tenía menos cantidad de pacientes para evaluar y había menos participación de procedimientos en donde antes el interno podría participar y hasta la fecha el hospital solo atiende servicios por emergencia y hospitalización.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Una de las primeras cosas que se aprende durante el internado es la evolución clínica, que se realiza cada día por cada paciente hospitalizado en su respectivo pabellón. Este término podemos definirlo como el agravamiento o mejoría del estado general del paciente que se mide por los signos y síntomas observables, se realiza mediante una entrevista del día actual en comparación al día anterior.

Por ejemplo, en el hospital nacional Sergio E. Bernales los internos realizan la evolución clínica de un respectivo grupo de pacientes en las primeras horas de la mañana, esta se divide en cuatro secciones: Subjetivo, objetivo, apreciación y plan de trabajo; todos estos apartados se explicarán de forma más detallada a continuación:

- A) Subjetivo. – En la primera parte se anota todo lo que el paciente refiere, mejor dicho, lo que el interno no puede observar en dicho momento. Por ejemplo: si el paciente ha tenido sensación de alza térmica, fiebre, dolor, náuseas, vómitos, etc. Todo lo anterior mencionado se debe de hacer de forma detalla, es decir: si ha tenido fiebre se debe especificar de cuantos grados y a qué hora inicio, si ha tenido dolor: mencionar principalmente la intensidad y localización. También se debe mencionar las funciones biológicas del paciente que son:

- **Apetito.** – Puede ser aumentado, conservado o disminuido, dependiendo de la patología con que cursa el paciente.
 - **Sed.** – Si esta aumentado, conservado o disminuido.
 - **Sueño.** - Si ha podido conciliar el sueño, de haber alguna alteración se debe hacer las siguientes preguntas al paciente: ¿cuánto tiempo duerme? ¿Se despierta por las noches? ¿Desde cuándo no puede dormir?
 - **Diuresis.** – Se refiere a la micción del paciente, aquí se debe mencionar el número de veces que ha orinado, el color, si ha habido algún dolor o alteración, etc.
 - **Deposiciones.** - Se menciona el número de veces que el paciente ha evacuado, también si esta estreñido o tiene diarrea y si es así desde cuándo.
- B) **Objetivo.** – En esta parte se realiza la toma de funciones vitales: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, también se menciona el aparente estado general del paciente, en qué posición está. Por último comprende a todos los signos y síntomas, que el interno puede hallar en dicho momento de aparatos y sistemas principales de forma rápida como:
- **Piel y faneras.** - Se examina la piel y se menciona si está hidratada, elástica o tibia, si hay alguna alteración como: edemas, ictericia, etc.
 - **Tórax y pulmones.** – Se inspecciona el tórax observando la amplexación o alguna alteración, también la percusión y se ausculta el murmullo vesicular en ambos hemitórax y si hay presencia de ruidos agregados o rales
 - **Aparato cardiovascular.** – Se ausculta los ruidos cardíacos, se menciona si es rítmico o arrítmico y si hay presencia de soplos audibles
 - **Abdomen.** – Se ausculta los ruidos hidroaéreos, también se palpa la región abdominal determinando si está blando, depresible, si hay presencia de una masa y observamos si hay presencia de dolor en el paciente

- Aparato genito-urinario. - Aquí se realiza la maniobra de puño percusión y puntos reno-ureterales para saber si hay presencia de dolor, todo esto nos indicaría patología renal
 - Sistema nervioso central. – Se evalúa si el paciente está orientado en tiempo, espacio y persona; la escala de Glasgow, reflejos osteo-tendinosos y alguna alteración que pudiese haber como: Signos meníngeos o signos focales
- C) En la apreciación, se determina los síndromes o diagnóstico presuntivos a través de los signos y síntomas que el interno haya encontrado, también se menciona si la evolución es favorable, estacionaria o desfavorable.
- D) Por último en el plan de trabajo se realiza el tratamiento o indicaciones por parte del interno de medicina con respeto a ese mismo día.

Una vez realizado la evolución clínica se procede a realizar la visita médica, esta se realiza en compañía del médico residente y asistente de dicha especialidad, aquí el interno expone los datos más relevantes de la evolución de su paciente. Posteriormente determinan las indicaciones a realizar, exámenes de laboratorio o si existe la posibilidad de alta médica dependiendo del estado del paciente.

El interno médico también realiza la historia clínica de los pacientes hospitalizados que ingresan por emergencia o consulta externa. Dicho documento comprende los datos de filiación: nombre, edad, sexo, domicilio, estado civil, ocupación, etc.; la anamnesis que es relato del paciente o motivo de consulta al hospital, el examen físico en donde se examina los aparatos y sistemas del paciente y los síndromes o diagnósticos presuntivos. Dicha historia es mucho más detallada que la evolución clínica

Otra obligación del estudiante de medicina es realizar los papeles de la alta médica del paciente, siempre y cuando sea indicado por el médico asistente. El documento de alta recoge todos los datos del paciente: desde que ingresó al hospital sea por emergencia o por consulta externa, el diagnóstico de ingreso, los exámenes del laboratorio que se solicitó, el tratamiento que recibió en su estancia

hospitalaria, los procedimientos realizados, el diagnóstico final, el tratamiento ambulatorio y el estado favorable. En el hospital Sergio E. Bernales el alta se realiza al paciente a parte de lo mencionado, siempre y cuando pueda movilizarse, alimentarse y defecar o miccionar.

Sin embargo, en el internado médico no todo es papeleo, el interno de medicina puede participar en ciertos procedimientos médicos que se explicaran a continuación:

- Toma de muestra para análisis de gases arteriales (AGA). – Es el procedimiento más común que se realiza en hospitalización, esta prueba nos permite analizar de manera simultánea el estado ventilatorio, oxigenación y acido-base. Consiste en tomar una muestra sanguínea con una jeringa especial (jeringa de AGA) de la arteria femoral, humera o pedía, no obstante, el sitio más común es la arteria radial. Se procede a colocar la extremidad en dorso-flexión (ángulo de 45 grados) sobre una superficie plana para la punción, se deberá extraer 1 o 2 ml de sangre para que la muestra sea efectiva, posteriormente se envía al laboratorio para que sea analizada (4)
- Limpieza y curación de heridas. – Principalmente en escaras cuando el paciente esta postrado por mucho tiempo o en aquellos que tienen pie diabético. Dependiendo del número de curaciones que pueden ser 1 o 2 veces por día, el interno tiene la obligación de curar a estos pacientes, por lo general se hace con yodopovidona y con cloruro de sodio, en algunos casos requiere sulfadiazina de plata; este último se usa para prevenir infecciones y en quemaduras de segundo y tercer grados.
- Uso del electrocardiograma. – No tan complejo como los 2 anteriores, pero necesario principalmente en pacientes que presentan algún tipo de cardiopatía o para realizar el riesgo quirúrgico cuando el paciente necesita ser intervenido quirúrgicamente.

Todo lo anterior narrado por lo general se hace en pabellón de hospitalización de cada especialidad, son procedimientos que casi siempre se realizan y al principio son enseñados por el médico residente o el medico asistente. Sin embargo, en emergencia, dependiendo de cada rotación; el interno tiene la gran oportunidad de participar en procedimientos un poco más complejos, siempre supervisado por un médico residente.

3.1. Rotación de cirugía general

En el ambiente de cirugía general, principalmente en emergencia el interno aprende a realizar suturas en pacientes heridos que son víctima de asalto o por agresión, también participa en la colocación de sonda vesical en algunos pacientes con incontinencia urinaria, también tiene la gran oportunidad de participar en un procedimiento quirúrgico como instrumentista.

En el caso 1 del capítulo I en el subtítulo de cirugía general. Se habla sobre una colecistitis crónica calculosa, que es producido por la presencia de cálculos en la vía biliar, por lo general es secundaria a la litiasis vesicular y el cuadro clínico que presenta es náusea, vómito y cuadrante en el hipocondrio derecho (5). El diagnóstico por lo general con la historia clínica, el examen físico, exámenes de laboratorio y un diagnóstico por imagen como el ultrasonido. Esta paciente presento toda la clínica y el tratamiento que se realizo fue una colecistectomía (5), posteriormente fue dada de alta a los pocos días.

En el caso 2 se trata de una fractura de Colles, que lo podemos definir como una fractura extra-articular de la metafisis del radio y generalmente se produce por caída sobre la palma de la mano en hiperextensión, por lo general es más frecuente en jóvenes y en ancianos (6), como en este caso.

La sospecha es clínica como el signo de dorso del tenedor, que consiste en el desplazamiento distal del radio, el paciente presentaba deformidad, dolor intenso e impotencia funcional, posteriormente se le solicito una radiografía del antebrazo derecho en donde se evidencia una fractura transversal distal, en la metafisis de radio no desplazada. El tratamiento fue una colocación de yeso por 6 semanas

posterior a la reducción ventral y cubital que se realizó, si la fractura fuese desplazada o conminuta el tratamiento sería con un fijador externo y si comprometía la articulación de la muñeca, el tratamiento era quirúrgico con clavos endomedulares (6).

3.2. Rotación de gineco-obstetricia

En el servicio de gineco-obstetricia generalmente se atendía pacientes puérperas o gestantes y en emergencia el interno supervisado por el médico residente o asistente puede realizar los procedimientos de tacto vaginal que consiste, en un examen físico donde se introduce los dedos índice y medio en la vagina; este examen nos permite obtener información sobre el cuello uterino, el polo fetal y la pelvis materna.

Otro elemento esencial que aprende el interno de medicina son las maniobras de Leopold que corresponde a la palpación fetal por medio del abdomen de la madre; aquí podemos identificar la situación, presentación, posición y actitud fetal. A continuación, se procede a explicar cada término mencionado (7):

- Actitud. - Se define como se disponen las diferentes partes del feto entre sí
- Presentación. – Es la parte del feto que se presenta al estrecho superior de la pelvis esta puede ser cefálica, podálica o transversa
- Situación. – Corresponde a la relación entre el eje del feto y con el eje de la madre. Este eje el 99% de los casos es longitudinal, pero puede ser transversal u oblicua
- Posición. - Es la relación del dorso del feto con el lado izquierdo o derecho del cuerpo de la madre

Para identificar cada uno de estos términos se realizan 4 maniobras que son las siguientes:

- Primera maniobra de Leopold. – Esta identifica el polo fetal, de esta manera determinamos la situación y presentación del feto esta se realiza mediante la palpación utilizando la palma y el borde cubital de la mano con

los dedos apuntando a la cara de la paciente. Aquí identificamos el fondo del útero y se palpa el polo fetal que puede ser cefálico o podálico; el primero es pequeño, duro y pelotea en el fondo uterino y el segundo es más ancho, blando y no pelotea. Y si no se detecta ninguno de estos dos, se concluye que la situación es transversa (7)

- Segunda maniobra de Leopold. – Esta maniobra identifica la posición fetal, aquí las manos del examinador se deslizan desde el fondo uterino hacia abajo, palpando las partes laterales del abdomen tanto a la derecha como a la izquierda. Si se identifica el dorso del feto, se sentirá como una superficie lisa y convexa, en caso contrario se percibirá las partes flotantes o extremidades del feto. Lo más frecuente es el dorso izquierdo (7)

- La tercera maniobra de Leopold. – Identifica el grado de encajamiento, mejor dicho: cuanto está introducido el polo fetal en la pelvis. Esta maniobra se realiza desde el lado derecho y mirando la cabeza de la paciente, la mano derecha se coloca sobre la sínfisis del pubis percibiendo el polo de la presentación fetal y aquí percibimos tres niveles: el primero es flotante que indica movimiento del polo fetal de manera libre, si está en cefálica se puede verificar el “peloteo”. Si el nivel es fijo, indica que el polo fetal está insinuado en la pelvis y es posible palparlo. Por último si está encajada, el polo fetal está totalmente introducida en la pelvis, en este último nivel la palpación es difícil (7)

- La cuarta maniobra de Leopold. - En la última maniobra permite identificar la actitud fetal. Se realiza desde el lado derecho y mirando hacia los pies de la paciente. Se identifica la flexión del polo cefálico ubicado en la pelvis materna, aquí primero deslizamos una mano sobre el dorso del feto hacia la pelvis. Esta maniobra es útil cuando el feto tiene presentación cefálica y nos permite determinar el grado de flexión de la cabeza fetal que pueden ser: deflectado y flectado; la primera es cuando la mano que se desliza por

el dorso fetal choca con la nuca y la segunda es si la mano llega a la pelvis sin haber chocado con la nuca del feto (7)

La historia clínica en esta especialidad es diferente, por lo general el interno lo realiza, en si corresponde como cualquier historia clínica habitual solo que se pone mayor importancia a los factores de riesgo que puede presentar la gestante como la edad, hipertensión alta, enfermedades metabólicas como diabetes, obesidad, enfermedades anteriores, etc. También se realiza la formula obstétrica que corresponde al número de gestaciones y la paridad. En la primera se anota la cantidad de gestaciones de la madre y en el segundo se coloca cuatro digito, el primero corresponde a número total de nacidos a término, el segundo: número total de nacidos prematuras, el tercero: número total de abortos o molas y el cuarto: número total de hijos vivos. También puede entra a sala quirúrgica como instrumentista en operaciones como cesárea o procedimientos quirúrgicos de causa ginecológica.

En el capítulo I en el subtítulo de Gineco-obstetricia se habla de 2 casos frecuente en dicho servicio: El primer caso corresponde a un desprendimiento prematuro de placenta, se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto y el diagnóstico se basa fundamentalmente por las manifestaciones clínicas: sangrado rojo oscuro, dolor abdominal brusco e hipertonia uterina (8).

El DPP tiene factores de riesgo: edad avanzada, alta paridad, rotura prematura de membrana, trauma obstétrico, hipertensión arterial e idiopático (8). En este caso la gestante (que era una adolescente) no cumplía ninguno de los factores de riesgo mencionados, por lo que se sospecha que puede ser de origen idiopático.

El tratamiento recomendado es culminar la gestación lo más pronto posible, motivo por el cual se realizó a la paciente una cesárea de emergencia.

En el segundo caso se habla sobre una restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), que es una patología de causa multifactorial en donde el peso al

nacimiento es menor del percentil 10 o de dos desviaciones estándar para la edad gestacional (9). En este caso el RCIU es de tipo I (simétrico) que se determina por ecografía y consiste en las siguientes características:

- Causa: Puede ser genética o por TORCH
- Inicio: Precoz (menor de 20 semanas)
- Compromiso fetal: Peso, talla, longitud cefalocaudal

La sospecha clínica se realiza mediante la altura uterina en donde es menor para la edad gestacional (9), en este caso la altura era de 26 cm y la edad gestacional era 36 semanas. Para un feto de 36 semanas la altura uterina debe ser en promedio de 31 cm.

3.3. Rotación de medicina interna

Ahora en el servicio de medicina interna, en un principio de iba a rotar en cada especialidad de medicina interna, sin embargo, por la pandemia que ocurrió en marzo del 2020, solo se roto en 2: gastroenterología y neumología, además del pabellón de medicina general.

En emergencia por lo general acudían al servicio pacientes con un problema respiratorio o abdominal, aquí los internos hacían un examen físico en relación a lo narrado y determinaban un diagnóstico presuntivo, posteriormente el médico residente o asistente; basado en los signos y síntomas encontrados daba el diagnóstico definitivo y aclaraba algunas observaciones en los internos, de esta manera el aprendizaje era más productivo. Posteriormente la anamnesis se debía de realizar lo más detallado posible.

En el caso 1 del capítulo I del subtítulo de medicina interna se habla sobre un derrame pleural, dicha patología es definida como la acumulación de líquido pleural en el espacio pleural, en este caso lo primero que se debe hacer es la toracocentesis diagnóstica para determinar si el derrame es exudado o trasudado en base de los criterios de Light que determina si la relación de LDH pleural y plasmática es mayor a 0.6, la relación de proteínas en líquido pleural y plasmática

es mayor que 0.5 o LDH es mayor a los dos tercios del límite superior del valor normal sérico se denominara exudado (10)

Si el derrame pleural es de origen trasudado puede deberse principalmente a una Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), cirrosis hepática o síndrome nefrótico principalmente; si es un exudado se deberá a una infección de tipo paraneumónico, neoplasia maligna, Tb pleural o trombo embolismo pulmonar (10). Eso explica los exámenes que se solicitaron al paciente, además es posible que se un trasudado debido al que el paciente presenta alcoholismo crónico y este a su vez pudo haber causado una cirrosis hepática, motivo por el cual se le solicita una ecografía hepática.

En el caso 2 se menciona sobre una hemorragia digestiva alta, que se produce por encima del ángulo de Treitz, además presenta la clínica básica: melena, que son heces de color negro por oxidación de la hemoglobina producto del sangrado y la hematemesis que son vómitos explosivos con sangre (11). Las principales causas son: ulcera péptica, síndrome de Mallory-Weiss, carcinoma gástrico, esofagitis, malformaciones de Dieulafoy, varices gastroesofágicas (11).

El paciente llego con una anemia severa producto del sangrado, motivo por el cual fue hidratado con cloruro de sodio al 0.9% y una vez estable se realizó una endoscopia para determinar la causa de la hemorragia, según los resultados de dicho examen la causa fue una ulcera péptica duodenal

3.4. Rotación de pediatría general

En la especialidad de pediatría general, esta se dividía en 2: neonatología y pediatría. Ambas ramas se explicarán detalladamente a continuación:

En neonatología, los pacientes eran recién nacidos cuyo tiempo de vida era de 0 a 28 días. En esta especialidad el interno de medicina debe aprender como mínimo los siguientes test que son:

- Test de Silverman-anderson, que evalúa el grado de dificultad respiratoria a través de 5 parámetros: desbalance tóraco-abdominal, retracción

xifoidea, tiraje intercostal, aleteo nasal y estridor o quejido respiratorio. Según los puntajes puede ser ausente o leve si el puntaje es de 1 a 3, moderado si es 4 a 6 puntos y severo si el puntaje es de 7 a 10. (12)

- Test o escala de Kramer, tiene utilidad como primera instancia en detectar ictericia clínicamente. Se realiza solo observando al paciente (recién nacido) por zonas, por ejemplo: Si observamos ictericia en cabeza y cuello indicaría una bilirrubina de 6 mg/dL, si se observa del cuello hasta el ombligo determinaría una bilirrubina de 9 mg/dL, del ombligo hasta la rodilla: 12 mg/dL, de las rodillas hasta los tobillos: 15 mg/dL y por ultimo si la ictericia se presenta en todo el cuerpo indicaría un valor mayor de 15 mg/dL.
- Test de APGAR, uno de los más importantes y que se realiza a todo recién nacido al primer minuto y a los 5 minutos de vida, dicha prueba tiene como finalidad evaluar la vitalidad y comprende los siguientes signos: Apariencia o color, pulso o frecuencia cardiaca, gesticulación o reflejo, actividad o tono muscular y esfuerzo respiratorio. Dependiendo de la evaluación el puntaje puede ir de 0 a 10, en donde menor o igual de 3 indicaría una depresión severa, 4 a 6 puntos: depresión moderada y 7 a 10 puntos: adecuado (12).
- Test de Capurro. – Es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional. Este test se centra en el análisis del desarrollo de cinco parámetros fisiológicos que son los siguientes: Forma de la oreja (pabellón), tamaño de glándula mamaria (se mide en milímetros), forma del pezón, textura de la piel y pliegues plantares. Posteriormente se suma las puntuaciones de los parámetros, a esta cantidad se le suma 204 y después se le divide a todo el total entre 7. Este tiene un margen de error de más o menos 18 días.

Los dos primeros test se usan en hospitalización y los dos últimos se usan en el servicio de emergencia en atención de recién nacido. En el servicio de emergencia los internos atienden el parto sea por vía vaginal o por cesárea, supervisado por el neonatólogo o médico residente, posteriormente se procede al secado con mantas calientes para evitar la pérdida de calor por evaporación y se estimula principalmente tocándolo en el dorso y en las plantas de los pies. A continuación, se le enseña los genitales del neonato a la madre y el rostro, poco después lo llevamos al centro de neonatología en emergencia y realizamos el test de APGAR y el de Capurro. Una vez en emergencia también se le pesa, se mide: la talla, el perímetro cefálico y torácico

También se realiza la profilaxis en el recién nacido como la oftálmica para evitar la conjuntivitis por gonococo, para evitar el sangrado mediante la aplicación de la vitamina K, la limpieza del cordón umbilical con alcohol para onfalitis y las vacunas BCG y VHB. Una vez realizado todo lo mencionado se evalúa para al neonato para ver si tiene alguna alteración o diagnóstico de importancia, si se da esto pasa a hospitalización, de lo contrario se le da a la madre hasta el alta médica y así pueda retirarse con su hijo.

En el servicio de pediatría del HSEB, comprende a los pacientes desde los 29 días hasta los 14 años de edad, los pacientes en hospitalización por lo general tienen los diagnósticos: Infección diarreica aguda, infecciones de las vías aéreas como faringitis aguda, asma, neumonía, celulitis e infección del tracto urinario; esos son las patologías que con mayor frecuencia se presentan, al menos en este hospital.

En el servicio de emergencia de pediatría una vez determinado el diagnóstico se le administra el tratamiento de acuerdo al peso del paciente pediátrico, si es necesario se les pide exámenes de laboratorio y se queda en observación si hay mejoría el paciente es dado de alta, de lo contrario pasa a hospitalización.

En el caso 1 del capítulo I del apartado de pediatría general se habla sobre celulitis, que es una infección cutánea bacteriana común y los gérmenes más frecuentes de esta patología son estreptococo pyogenes y estafilococo aureus.

En este caso el diagnóstico fue clínico y se le administro oxacilina para infección por estafilococo, clindamiciana para infección por estreptococo y anaerobios; además se le administro metamizol condicional para la fiebre. En la ecografía de partes blandas que se le realizo no hubo colección de líquido, solo inflamación de las extremidades mencionadas anteriormente. Con el tratamiento la paciente mostro mejoría y fue dada de alta después de tres días de hospitalización.

En el segundo caso se menciona una sífilis congénita que en la mayoría de los casos es asintomática, en este caso el neonato fue ingresado al área de intermedios 2 del HSEB por sospecha de sífilis congénita debido a que su madre presento un RPR reactivo de 10 dils. El tratamiento que se le administro es penicilina G sódica 145 000 unidades vía endovenoso cada 12 horas por 10 días (13). El recién nacido no presentó ninguna complicación en los días que estuvo hospitalizado, en donde fue dado de alta tras cumplir su tratamiento.

Por ultimo en estos tiempos con la pandemia actual, todo paciente que va a ser hospitalizado en el HSEB se le debe pedir orden para prueba por infección de SARS COV 2 o (COVID 19), si la prueba sale positiva es paciente es trasladado a comando COVID, que consiste en una unidad del hospital que trata a todos los pacientes infectados por COVID 19.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico empezó el 28 de diciembre del año 2019, sin embargo, el día 26 y 27 hubo clases de inducción sobre bioseguridad, procedimientos básicos e indicaciones generales con respecto a la rotación con que iban a iniciar. Por ejemplo, en cirugía general hubo una clase sobre nudos y suturas quirúrgicas, que se realizó en el aula de docencia.

El internado médico no tiene un horario fijo de salida para los internos y ningún día de descanso, el interno de medicina asistía todos los días de lunes a domingo desde las 7 am que hora la entrada y por lo general salía a las 4 o 5 de la tarde, a excepción de los días domingo en donde el interno podría retirarse temprano siempre y cuando terminaba sus obligaciones. Y el horario era enriquecedor para el alumno porque además de estar en contacto con todo tipo de pacientes, podía participar en diversos procedimientos e incluso si había terminado sus obligaciones, podría tener una clase dada por los respectivos médicos residentes e incluso realizaba exposiciones presentadas generalmente en la tarde cuando habían terminado todas las obligaciones del respectivo día, estas exposiciones estaban dirigidas por el medico asistente de la respectiva especialidad.

También había un horario de guardia diurna y nocturna por cada especialidad, en el caso de cirugía general era un poco diferente. Mejor dicho, en esta especialidad se dividía en 4 campos cada uno con una duración de

aproximadamente 20 días: Cirugía 1, cirugía 2, cirugía por especialidades y emergencia.

En el primer campo comprendía principalmente a los pacientes hospitalizados, pero con un compromiso más delicado y pronóstico reservado, en cirugía 2 estaban los pacientes cuyo compromiso no era tan grave y estaban estables. En el tercer campo, consistía de diversas subespecialidades como neurocirugía, urología, cirugía de cabeza y cuello, oncología y cirugía cardiovascular; aquí estaban hospitalizados los pacientes con alguna patología correspondiente a las subespecialidades mencionadas.

En emergencia había guardias diurnas y nocturnas, cada guardia comprendía 12 horas, el horario era de 7am. a 7 pm. respectivamente y viceversa. Los internos que estaban en este segmento realizaban guardias diurnas de lunes a sábado por las siguientes subespecialidades en emergencia: Cirugía general, cirugía pediátrica y traumatología. Una vez concluida el horario cada interno se retiraba y los internos que estaban asignados en hospitalización realizaban la guardia nocturna. Cabe mencionar que siempre en hospitalización se quedaba un interno para realizar la historia clínica de los pacientes que ingresaban, ya sea por emergencia o por consulta a externa.

En Gineco-obstetricia, los internos se distribuían en 3 ambientes y eran los siguientes: Alto riesgo obstétrico (ARO), que comprendían a las gestantes con una patología que pudiese comprometer la vida del feto y de la madre como: preeclampsia, RPM, oligohidramnios, gestación múltiple, etc. EL segundo ambiente corresponde a las puérperas que habían culminado su gestación por parto vaginal o por cesárea; y por último el área de ginecología, en este ambiente estaban las pacientes con alguna patología ginecológica. Cabe destacar que el interno no solo realizaba la evolución respectiva, también podía entrar a la sala quirúrgica para la extracción del feto por cesárea o por alguna enfermedad ginecológica, donde el interno participaba como instrumentista.

En medicina interna, el interno médico rotaría por las diferentes especialidades: otorrinolaringología, oftalmología, neurología, neumología, gastroenterología,

cardiología, endocrinología, infectología, etc. Además, que en el pabellón de hospitalización había todo tipo de patologías diversas correspondiente a cada especialidad anteriormente mencionada. En emergencia se atendía pacientes principalmente con una patología abdominal o respiratoria.

En pediatría, los internos se distribuían en 2 áreas: Neonatología y pediatría general. El primer ambiente comprendía a los recién nacido de 0 a 28 días de edad y el segundo comprendía de los 29 días a los 14 años de edad. En el pabellón de emergencia de neonatología se realizaba la atención del recién nacido y se determinaba si pasaba con su madre en el área de puerperio o era hospitalizado si presentaba alguna complicación, en pediatría se atendía niños que asistían principalmente, por presentar una fiebre que no resolvía a un antipirético común o por presentar deposiciones líquidas. Etc.

En conclusión, el internado era de lunes a domingo desde las 7 am. hasta las 4 o 5 pm., tenía guardias diurnas y nocturnas de 12 horas, las de horario diurno eran todos los días y las de horario nocturno eran al menos 3 días por semana.

El 15 de marzo del año 2020 el internado médico se suspendió debido a una nueva pandemia que apareció en la ciudad de Wuhan, China. Esta pandemia era una nueva cepa de coronavirus, se denominó Coronavirus SARS-Cov 2 que causaba síndromes respiratorios severos que incluso causaban la muerte. Durante 6 meses el internado quedó suspendido, sin embargo, se nos dio la oportunidad de regresar el 1 de octubre de dicho año, algunos internos fueron asignados a centros de salud y otros a hospitales.

La reanudación del internado se dio bajo las normas de un decreto supremo en donde el MINSA (ministerio de salud) emitió un documento técnico en el cual establecía el retorno del interno bajo un consentimiento informado, un horario de 7 am a 1pm, 2 guardias diurnas de 12 horas en total por cada especialidad y rotación cuya duración era 3 meses se redujo a un mes, con 15 días de descanso para los internos que se alternaban en 2 grupos para disminuir las probabilidades de contagio, una remuneración de 930.00 nuevos soles y el reparto de equipo de protección personal por parte del establecimiento de salud durante el estado de

emergencia. Debido a todo lo anterior el aprendizaje para los internos se vio muy afectado

En HSEB todas las especialidades fueron afectadas, pero la principal fue la especialidad de medicina, en un principio se iba a rotar por las diversas especialidades mencionadas anteriormente. Sin embargo, se redujo a 2: Neumología y gastroenterología. También cabe mencionar que los pacientes de cada especialidad se redujeron considerablemente a menos de la mitad, por ejemplo, si en cada especialidad había 60 pacientes hospitalizados, ahora por la pandemia habían 30 o incluso menos; esto fue debido a que los consultorios externos fueron cerrados y solo se atendía pacientes por emergencia.

Cabe destacar que incluso con los EPP (equipos de protección personal) entregados a los internos por la cada sede respectiva, hubo contagios entre ellos. Algunos presentaban síntomas leves y tuvieron un descanso médico de 15 días, otros con síntomas graves estuvieron hospitalizados en UCI y otros lamentablemente fallecieron. Todo lo anterior mencionado genero ansiedad entre los mismos internos.

Cabe destacar un dato muy importante, en el cual se ha propuesto la iniciativa para que las siguientes promociones de internos hagan su respectiva rotación en centros de salud y no en hospitales

CONCLUSIONES

El internado médico es la etapa fundamental de todo estudiante de medicina que se realiza en el último año de su carrera, el interno integra todos los conocimientos teóricos obtenidos en los años anteriores de su casa de estudios para ponerlo a prueba en un ambiente totalmente práctico que servirá como entrenamiento y preparación para los futuros casos clínicos que deberá solucionar con profesional médico.

Sin embargo, el internado médico realizado en el hospital Sergio E. Bernal se ha llevado satisfactoriamente, debido a que el interno ha aprendido lo básico de cada especialidad que serán de gran importancia en su práctica como futuro profesional de salud, a pesar de las adversidades y limitaciones producto de esta pandemia.

RECOMENDACIONES

Con respecto a las siguientes promociones de internos médicos se debería incentivar a realizar guardias diurnas o nocturnas voluntarias, debido que en la guardia en donde más se aprende.

También que los internos de medicina deben realizar sus prácticas pre-profesionales en hospitales y no en centros de salud, porque en un hospital tienen la oportunidad de participar en procedimientos más complejos y diversos.

De ahora en adelante los internos deberán tomar con mayor importancia el uso de EPP y las medidas de prevención para evitar una infección del SARS Cov 2.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nieto Gutierrez W, Taipe Rondan A. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014 [Internet]. Scielo Perú. 2016 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000200003&script=sci_arttext
2. Categorías de establecimientos del sector salud. [Internet]. Resolución ministerial N° 546-2011/MINSA. 2011. [citado 24 abril 2021]. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf
3. Ministerio de salud del Hospital Sergio E. Bernales. [Internet]. Resolución directorial. 2019. [citado 27 abril 2021]. Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-portal-transparencia/planeamiento-y-organizacion/POA-2019.pdf>
4. Arturo Cortés Telles, Laura Graciela Gochicoa Rangel, Rogelio Pérez Padilla, Luis Torre Bouscoulet. Gasometría arterial ambulatoria. recomendaciones y procedimiento. [Internet]. Revista de Neumología y cirugía de Tórax. 2017. [citado 27 abril 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2017/nt171h.pdf>
5. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica [Internet]. Revista de la facultad de medicina de la UNAM.

- 2018 [citado 24 abril 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400035#:~:text=La%20colecistitis%20cr%C3%B3nica%20es%20la,como%20edema%20y%20engrosamiento1
6. Serrano de la Cruz Fernández J. Fracturas distales de radio. Clasificación. Tratamiento conservador. [Internet]. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. 2008 [citado 24 abril 2021]. Disponible en: http://www.cirugia-ostearticular.org/adaptingsystem/intercambio/revistas/articulos/1855_141.pdf
 7. Jorge A. Carvajal C., Costanza Ralph T. Manual Obstetricia y Ginecología. [Internet]. Pontificia universidad Católica de Chile. 2017. [citado 30 abril 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
 8. Cano M, Martínez Moya M, Campos Pereiro S, Salcedo Mariña Ángel, Pérez Medina T. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina [Internet]. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2018 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf
 9. Pimiento Infante LM, Beltrán Avendaño MA. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo [Internet]. Revista chilena obstétrica ginecológica. 2015 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf>
 10. Quesada Guillén RR, Pozo Abreu SMPA, Martínez Larrarte osé PML. Derrames pleurales trasudados y exudados: clasificación [Internet]. Scielo. 2018 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962018000300008

11. La hemorragia digestiva aguda [Internet]. Revista de medicina integral. 2001 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-10021655>
12. Carlos López Candiani. Cuidados del recién nacido saludable. [Internet]. Acta pediátrica de Mexico. 2014. [citado 30 abril 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm146j.pdf>
13. Velásquez Vásquez C. Sífilis congénita [Internet]. Revista peruana de investigación materna perinatal. 2013 [citado 24 abril 2021]. Disponible en: <http://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/21/6/+&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>