



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ Y
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA EN EL PERIODO
DE ENERO 2020 – ABRIL 2021

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

PRESENTADA POR
KEVIN STEVEN RAMIREZ RISCO

ASESOR

DRA. PIERINA DANOS DIAZ

LIMA, PERÚ
2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ
Y HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA EN
EL PERIODO DE ENERO 2020 – ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
KEVIN STEVEN RAMIREZ RISCO**

**ASESORA
DRA. PIERINA DANOS DIAZ**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mag. María Isabel Mercado Herrera

Miembro: Mag. Karin Narda Gálvez Carrillo

Miembro: M.E. Zoila Roxana Villa Zapata

DEDICATORIA

Se dedica este trabajo de suficiencia profesional a mi padre Higuey Ramirez Carranza y mi madre Lourdes Risco Hidalgo, que ellos siempre están conmigo; motivándome y dándome salud para seguir adelante en la carrera profesional.

Kevin Steven Ramirez Risco

AGRADECIMIENTO

A dios por darme salud y fortalezas en mi carrera universitaria.

A mis padres que siempre están a mi lado, apoyándome y dándome cariño en todo momento, ellos siempre son mi motivación para seguir adelante.

A mis docentes por darme las enseñanzas suficientes para poder afrontar y emprender en mi carrera profesional.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Rotación de Pediatría	2
I.2 Rotación de Gineco obstetricia	4
I.3 Rotación de Medicina Interna	7
I.4 Rotación de Cirugía	10
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	14
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA	23
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28

RESUMEN

El internado médico es fundamental para integrar y consolidar los conocimientos que se adquirieron durante los ciclos previos. La importancia del internado es complementar y lograr competencias adquiridas durante su formación académica médica. Se realizó el internado en 2 sedes hospitalarias, el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé donde se llevó pediatría y gineco-obstetricia, y en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa donde se llevó medicina y cirugía. En los casos clínicos se tocaron faringoamigdalitis, crisis asmática, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragia postparto, pielonefritis, celulitis, apendicitis y heridas cortantes que son patologías frecuentes en estos dos hospitales del MINSA.

Objetivo: El enfoque del trabajo se basa en la descripción de la formación del interno de medicina y la situación de los hospitales nacionales en tiempos de pandemia COVID-19.

Metodología: Experiencias en las rotaciones del internado médico y aplicación profesional en los campos de práctica clínica en medicina.

Conclusiones: el internado médico 2020 no asegura un buen desempeño profesional en la carrera universitaria médica y los hospitales del MINSA no garantiza las medidas de bioseguridad frente a la pandemia. Se recomienda que las sedes hospitalarias en coordinación con instituciones universitarias deben respaldar la seguridad, el bienestar y la cobertura de salud para todos los estudiantes de medicina que empiezan su internado en este año 2021.

Palabras claves: Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina, Cirugía, Internado

ABSTRACT

The medical internship is essential to integrate and consolidate the knowledge acquired during the previous cycles. The importance of the internship is to complement and achieve competencies acquired during their medical academic training. The internship was carried out in 2 hospital sites, the National Mother Child San Bartolomé Teaching Hospital where pediatrics and obstetrics and gynecology were taken, and in the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital where medicine and surgery were taken. In clinical cases, pharyngotonsillitis, asthmatic crisis, pelvic inflammatory disease, postpartum hemorrhage, pyelonephritis, cellulitis, appendicitis and cutting wounds that are frequent pathologies in these two MINSA hospitals were involved.

Objective: The focus of the work is based on the description of the training of the medicine intern and the situation of the national hospitals in times of the COVID 19 pandemic.

Methodology: Experiences in the rotations of the medical internship and professional application in the fields of clinical practice in medicine.

Conclusions: the 2020 medical internship does not ensure good professional performance in the medical university career and the MINSA hospitals do not guarantee biosecurity measures against the pandemic. It is recommended that hospital sites in coordination with university institutions should support safety, well-being and health coverage for all medical students who begin their internship in this year 2021.

Keywords: Pediatrics, Gynecology-obstetric, Medicine, Surgery, Internship

INTRODUCCIÓN

Se realizó el internado en 2 sedes hospitalarias, el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé donde se llevó pediatría y gineco-obstetricia, y en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa donde se llevó medicina y cirugía.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé es un hospital del MINSA de categoría III-1 que se encuentra en Av. Alfonso Ugarte N° 825 – Cercado de Lima donde ofrecen atención en salud sexual y reproductiva de la mujer y atención completa al feto, neonato, lactante, niño y adolescente. Además, se consagra con un equipo de docencia e investigación que muestra participación activa en los planes y programas nacionales a parte de la atención a la comunidad ⁽¹⁾.

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU) es un hospital del MINSA categorizado como un hospital de emergencias médicas que se encuentra en la Av. Roosevelt N° 6355 – 6375 (Ex. Av. República de Panamá) en el distrito de Miraflores donde priorizan las situaciones de emergencia y urgencia con calidez, eficiencia y eficacia fomentando la docencia en salud. Promueven la docencia y la investigación, empleando la tecnología de innovadora y comprometida ⁽²⁾.

El enfoque del trabajo se basa en la descripción de la formación del interno de medicina y la situación de los hospitales nacionales en tiempos de pandemia COVID-19.

La emotiva elección del tema con respecto al internado médico se debe a la incrementada prevalencia de internos que no obtuvieron una buena formación académica durante las prácticas preprofesionales. El internado hospitalario se

convierte importante en la adquisición de habilidades y destrezas del futuro profesional médico y así también en la consolidación de conocimientos.

La situación nacional durante la rotación inicial que se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé fue un periodo donde se llegaba a complementar los aprendizajes que han recibido en los primeros seis años de pregrado, además adquirir capacidades para la formación académica del interno de medicina. Antes que llegara la nueva enfermedad al Perú, el Hospital San Bartolomé tenía conocimiento de la nueva cepa que estaba propagándose en la región de China, por ello el Hospital tomó varias decisiones con respecto a la nueva convivencia que íbamos a tener con el nuevo virus; por ejemplo: Informar a todo el personal de salud pertenecientes a la sede hospitalaria, separar ambientes para los pacientes con COVID-19, requerimiento de los Equipos de protección personal (EPP), organizar eventos de vacunación contra el neumococo y la influenza.

La situación nacional durante la pandemia se realizó el internado en el Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa, fue una etapa donde se limitaron muchas habilidades y destrezas en la formación del interno de medicina. El hospital Casimiro Ulloa al inicio de la pandemia no recibía internos por la gran carga viral que presentaba en sus ambientes, además los personales de salud de mayor edad tuvieron que retirarse por la alta vulnerabilidad y las comorbilidades que presentaban; hubo demasiada escasez de equipos de protección personal, balones de oxígeno, camas de unidad de cuidados intensivos (UCI) y pruebas moleculares para el personal de salud. Los pacientes no querían acudir a sus controles o sus citas por consultorio externo por el temor a contagiarse en medio de la pandemia, para ello el Ministerio de Salud (MINSA) recomendó a los hospitales nacionales optar por la Telemedicina y así evitar los contagios. Las medidas de prevención contra el COVID-19 que se tomaron en cuenta durante la pandemia es el uso de la mascarilla al salir a la calle, lavado de manos con más frecuencia, distanciamiento social a 1.5 metros de los demás, uso de protector facial en los lugares más cercanos.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es fundamental para integrar y consolidar los conocimientos que se adquirieron durante los ciclos previos. Se tiene la ocasión de estar en contacto permanente, lo que permite aplicar medidas preventivas de diagnóstico, terapéutico y rehabilitadora en los principales enfermedades de la salud con un sentido ético y humanista ⁽³⁾.

La importancia del internado es complementar y lograr competencias adquiridas durante su formación académica médica. El internado es una etapa donde el interno adquiere destrezas y habilidades en las practicas diarias hospitalarias, por lo cual conlleva a tener un buen desempeño en su profesión. Los sectores o servicios de las especialidades de medicina y el desempeño del interno de medicina cumplen una función muy importante para actuar como personal de salud e intervenir juntamente con otros especialistas para la prevención y la recuperación de la salud en el nivel individual y familiar. El internado médico se inspecciona por la institución formadora al garantizar un conjunto de actividades que le permitan cumplir con el perfil del egresado; teniendo en cuenta los accesos a campos de práctica clínica y la interacción del interno con el paciente.

Se esperaba recibir clases teórica o discusión de casos clínicos de las patologías que se presentaban en los pacientes hospitalizados, aprender hacer examen físico y hacer recetas médicas; realizar procedimientos básicos y saber que herramientas usar para las tomas de decisiones con respecto a su diagnóstico y tratamiento del paciente.

En la rotación de pediatría, se lograron obtener habilidades en hacer las evoluciones, el examen físico, hacer recetas médicas en las patologías del niño y adolescente; por ejemplo: neumonías típicas y atípicas, crisis

asmáticas, faringoamigdalitis, diarreas, epilepsias, herpangina, etc. En neonatología se logró aprender atención inmediata y examen físico del recién nacido y enseñar a las madres las técnicas de lactancia materna.

I.1 Rotación de Pediatría

Caso clínico N°1: Paciente mujer de 8 años con un tiempo de enfermedad de 1 semana. Hace 7 días presenta rinorrea que cede parcialmente con cetirizina 1 tableta por 2 días. Hace 6 días presenta tos sin movilización de secreciones esporádico a predominio nocturno y persisten rinorrea. Hace 3 días presenta sensación de alza térmica no cuantificada, sudoración. Hace 2 días presenta una respiración rápida y persisten secreciones y tos exigente. Decide acudir a emergencia.

Alergias: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes familiares:

- Madre: 40 años, asmática desde 2 años.
- Padre: 39 años, sin antecedentes
- Abuelo materno: asmático, usa inhalador.
- Abuela materna: asmático

Signos vitales: Portador de CBN a FIO₂: 28%, FC: 110 x min, FR: 23 X MIN, SatO₂: 94%

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- **Piel:** tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg.
- **TCSC:** No edemas
- **Ojos:** Pupilas reactivas a la luz y acomodación.
- **Oídos:** Conducto auditivo externa permeable.
- **Nariz:** Fosas nasales permeables. No secreciones.
- **Cuello.** Cilíndrico, móvil, no adenopatías.

- **Respiratorio:** No tirajes, Murmullo vesicular pasa disminuido en bases pulmonares. Sibilantes inspiratorios y espiratorios sin estetoscopio. Uso de músculos accesorios leve. P.S: 5
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.
- **Abdomen:** RHA (+), Blando, depresible, no dolor a la palpación.
- **G-U:** PPL (-), PRU (-)
- **Extremidades:** Moviliza cuatro extremidades, tono y fuerza muscular conservado.
- **SNC:** Despierto, LOTEP. EG: 15/15 puntos. No signos meníngeos. Babinsky ausente.

Impresión diagnóstica:

- Crisis asmática moderada en resolución
- d/c Neumonía atípica.

Panel de anticuerpos IgM de virus respiratorios:

- *Mycoplasma pneumoniae*: Negativo
- *Chlamydomphila pneumoniae*: Negativo
- *Legionella pneumophila sg1*: Negativo

Plan de trabajo:

- Vigilar patrón respiratorio
- Fisioterapia respiratoria
- Dieta blanda + LAV
- Nebulización con salbutamol 0.5% 10 gotas en 4 cc suero fisiológico cada 2 horas.
- Dexametasona 1.5 mg EV cada 8 horas
- Oxígeno PRN SatO₂ ≤ 94%
- Cabecera 30°
- CFV + BHE

Caso clínico N°2: Paciente varón de 5 años acude por fiebre de 38.5°C, inicio brusco de evolución de 24 horas asociado a odinofagia. Refiere un vómito aislado por la noche.

Antecedentes personales: esquemas de vacunas completas.

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Antecedentes patológicos: Niega

Signos vitales: T°: 38.5°C, FC: 90 x min, FR: 20 x min, SatO₂: 99%

Examen físico:

- **Piel:** tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg.
- **TCSC:** No edemas
- **Ojos:** Pupilas reactivas a la luz y acomodación.
- **Oídos:** Conducto auditivo externa permeable.
- **Orofaringe:** Faringe eritematosa, petequias en el paladar, aliento fétido. Presencia de adenopatías submaxilares dolorosas de 1x 1 cm.
- **Respiratorio:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados. No tirajes.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.
- **Abdomen:** RHA (+), Blando, depresible, no dolor a la palpación.
- **G-U:** PPL (-), PRU (-)
- **Extremidades:** Moviliza cuatro extremidades, tono y fuerza muscular conservado.
- **SNC:** Despierto, LOTEP. EG: 15/15 puntos. No signos meníngeos. Babinsky ausente.

Diagnóstico: Faringitis aguda

Tratamiento:

- Amoxicilina 50 mg/kg/día cada 12 horas por 10 días
- Paracetamol 15 mg/kg cada 8 horas por 3 días

I.2 Rotación de Gineco obstetricia

Caso clinico N°1: Paciente mujer de 47 años refiere que hace 2 días presente presentar malestar general, cefalea, diarrea, dolor abdominal intenso en fosa iliaca derecha y vómitos.

Alergias: Niega

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Signos vitales: P.A: 110/80 mmHg, T°: 38 °C, FC: 70 x min, FR: 20 x min, SatO₂: 98%

Examen físico:

- **Piel:** Tibio, elástico, mucosas secas. Llenado capilar < 2 seg, No cianosis. No palidez.
- **Respiratorio:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- **Abdomen:** Blando, globuloso, doloroso a la palpación a predominio de fosa iliaca derecha.
- **Genitourinario:** No sangrado vaginal. Dolor a la movilización cervical. Se palpa masa dolorosa en anexo derecho.
- **SNC:** LOTEP. Sin signos meníngeos. Glasgow 15/15 puntos.

TEM abdominal y pélvico: Cavidad pélvica muestra marcados cambios inflamatorios en región para anexial derecha. Se sugiere correlacionar con Eco-transvaginal para mejor caracterización. Apéndice cecal de ubicación retrocecal sin cambios inflamatorios definidos por este método.

Ecografía transvaginal: Útero AVF: 65 X 32 X 41, endometrio 4mm. Hiperecogénica. Se evidencia en anexo derecho irregular y heterogénea cada 48 x 41 mm de bordes irregulares.

Laboratorio:

Leucocitos	29.18
Plaquetas	403.00
Hematocrito	38.10
Hemoglobina	12.70
Linfocitos	8%
Abastionados	7%
Segmentados	81%
Neutrófilos	88%

Diagnóstico:

- Enfermedad pélvica inflamatoria (Estadio III)
 - Absceso tubo ovárico

Tratamiento pre-operatorio:

- Laparotomía exploratoria + salpinguectomía derecha.

Tratamiento post operatorio:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc en I y II
- Clindamicina 900 mg ev cada 8 horas
- Gentamicina 80 mg ev cada 8 horas
- Metamizol 1 gr ev ev cada 8 horas
- Tramadol 100 mg ev cada 8 horas
- Metoclopramida 100 mg ev cada 8 horas.

Caso clínico N°2: Paciente mujer de 25 años, primigesta, en trabajo de parto, gestación de 37 semanas, refiriendo dolor abdominal tipo contracción uterina.

Funciones vitales: P.A: 100/60 mmHg, FC: 72 x min, FR: 20 x min, T° 37,2 °C.

Examen obstétrico: Abdomen con útero grávido, con feto en posición longitudinal cefálico izquierdo, altura uterina de 35 cm. FC: 140 x min, rítmicos. Peso ponderado fetal 3500 kg. Dinámica uterina 3/ 10 min (+++).

Tacto vaginal: dilatación 8 cm, Incorporación 80%, APF: -2, membranas amnióticas integra, pelvis ginecoide.

Tuvo parto vaginal obteniendo un recién nacido de 3700 gr, Apgar: 8 – 9. Se realizó alumbramiento dirigido. La paciente 30 minutos después se muestra impresionante palidez, sensación de vértigo, útero hipotónico; al examen bimanual se extraen abundantes coágulos sanguíneos y se palpa un útero blando y encima de la cicatriz umbilical.

Signos vitales: P.A: 90/60 mmHg, FC: 120 x min, FR: 25 x min

Al examen físico:

- **Piel:** Tibio, elástico, hidratado. Llenado capilar < 2 seg, No cianosis. Palidez (++/+++)
- **Respiratorio:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.

- **Examen vaginal:** Sangrado profuso del proveniente de la cavidad vaginal. No desgarros en cuello uterino.
- **SNC:** Desorientada. No signos meníngeos.

Diagnóstico:

- Hemorragia Posparto
 - Atonía Uterina

Terapéutica:

- Activar la clave roja
- Manejo bimanual enérgico
- Coloca catéter endovenoso (2 vías) de N°18.
- Fluidoterapia: NaCl 0.9% 1 a 2 litros a chorro /10 – 20 ml/kg/hora
- Oxitocina 10 - 40 UI EV
- Ergonometrina 0.2 mg IM
- Misoprostol 800 – 1000 ugr IR

I.3 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico N°1: Paciente varón de 36 años refiere que hace 4 días aproximadamente sufrió una caída, no recuerda la causa, luego observa heridas en pierna izquierda. Con el transcurso de los días eliminaba pus y luego observa aumento de volumen en pierna izquierda asociado a fiebre. Acude a emergencia con dolor, limitación funcional, aumento de volumen en pierna izquierda.

Alergia: Niega

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Signos vitales: P.A: 100/60 mmHg, T°: 37°C, FC: 90x min, FR: 16 x min, SatO₂: 99%

Examen físico: ABEG

- **Piel:** Eritema, tumefacción, aumento de volumen y calor en tercio medio anterior de la pierna y parte del tobillo y pie izquierdo. Lesiones costrosas con solución de continuidad.

- **Respiratorio:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- **Abdomen:** Bando, depresible. RHA (+). No impresiona dolor a la palpación profunda. No masas palpables. No visceromegalia.
- **SOMA:** Dolor y limitación funcional en pierna izquierda.
- **SNC:** LOTEP. No signos meníngeos. EG: 15/15 puntos.

Diagnóstico: Celulitis en pierna izquierda

Plan: Hospitalización, se solicitó hemograma, urea y creatinina.

Tratamiento:

- Dieta completa + LAV
- Oxacilina 2 gr EV cada 4h
- Clindamicina 600 mg EV cada 8h
- Metamizol 1 gr EV si T° ≥ 38°C o dolor
- CFV Y BHE

Laboratorio:

	05/04/21	08/04/21
Leucocitos	13.44	8.75
Plaquetas	268.00	355.00
Hematocrito	40.80	38.70
Hemoglobina	14.10	13.40
Linfocitos	11 %	19%
Abastionados	2	1%
Urea	30	
Creatinina	0.83	

Caso clinico N°2: Paciente mujer de 46 años refiere que hace 2 días empieza un cuadro abdominal en fosa iliaca derecha irradiado a región lumbar asociado a cefalea y malestar general.

Alergia: Niega

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Signos vitales: PA: 100/60 mmHg, T°: 37°C, FC: 100 x min, FR: 18 x min, Sat O₂: 98%

Examen físico: AREG, AREN, AREH

- **Piel:** Tibio, elástico, hidratado. Llenado capilar < 2 seg, No cianosis. No palidez.
- **Respiratorio:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- **Abdomen:** Blando, depresible. RHA (+). Dolor a la palpación en fosa iliaca derecha. No distensión abdominal.
- **Genito-urinario:** PPL (+) de lado derecho.
- **SNC:** LOTEP. No signos meníngeos. EG: 15/15 puntos. Moviliza las 4 extremidades.

Diagnóstico: Síndrome Doloroso abdominal

- D/C apendicitis aguda
- D/C pielonefritis

Plan: Interconsulta a Cirugía, se solicita hemograma y examen de orina.

Cirugía: Se reevalúa al paciente. Paciente refiere persistencia de dolor en flanco derecho y FID. Examen de laboratorio: Leucocitos: 19020, abastionados: 2%, Hemoglobina: 14.4, Hto: 42.3. Examen de orina: leucocitos: 70 x C, Hematíes: 30 x C.

- **Al examen físico:** Abdomen globuloso, doloroso a la palpación en flanco derecho y fosa iliaca derecha. Mc Burney (+). G-U: PPL (+)
- **Diagnóstico:**
 - Síndrome doloroso abdominal
 - d/c pielonefritis
 - d/c apendicitis aguda.
- **Plan:** Se solicita TEM abdominal y ecografía abdominal

TEM abdominal (08/04/21): Hallazgos compatibles con pielonefritis derecha, litiasis renal izquierda no obstructiva.

Ecografía abdominal (08/04/21): No signos ecográficos de proceso apendicular, correlacionar con clínica y laboratorio.

Examen de laboratorio (08/04/21): Urea: 60, Cr: 1.22

Medicina: AREG, AREN, AREH

- **Piel:** Tibio, elástico, hidratado. Llenado capilar < 2 seg, No cianosis. No palidez.
- **Respiratorio:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- **Abdomen:** Blando, depresible. RHA (+). No distensión abdominal. No visceromegalia
- **Genito-urinario:** PPL (+) de lado derecho. PRU: (+) en lado derecho e izquierdo. PRU: (+) en lado derecho e izquierdo. Diuresis: 800 cc, flujo urinario: 0,95 cc/kg/12 horas. Depuración de Creatinina: 63
- **SNC:** LOTEP. No signos meníngeos. EG: 15/15 puntos. Moviliza las 4 extremidades.

Diagnóstico:

- Infección urinaria alta: Pielonefritis derecha por TEM
- Litiasis renal izquierda por TEM

Tratamiento:

- Dieta blanda + LAV
- NaCl 0.9% 1000 cc en I y II
- Ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas
- Tramadol 100 mg cada 8 horas EV
- Omeprazol 40 mg cada 24 horas EV
- Metamizol condicional a T°> 38°C
- CFV + BHE

I.4 Rotación de Cirugía

Caso clínico N°1: Paciente varón de 40 años, hace 28 horas refiere leve dolor abdominal tipo cólico en hemiabdomen inferior a predominio de fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos. Hoy acude por aumento de dolor que dificulta la deambulaci3n.

Alergias: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Antecedentes patológicos: Niega

Signos vitales: P.A: 100/60 mmHg, T° 36.9°C. FC: 80 x min, FR: 20 x min, SatO₂: 99%

Al examen físico: AREG, AREN, AREH

- **Piel:** Tibio, elástico, hidratado. Llenado capilar < 2 seg, No cianosis. No palidez.
- **Respiratorio:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- **Abdomen:** Blando, depresible. RHA (+), dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Mc. Burney (+), Blumberg (+).
- **SNC:** Despierto. LOTEP. No signos meníngeos. Moviliza las 4 extremidades.

Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina	15.30 gr/dl
Hematocrito	44.80 %
Leucocitos	25.67
Plaquetas	143.000
Linfocitos	4 %
Abastionados	12%
Segmentados	78 %
Neutrófilos	90 %

Examen de orina	
Aspecto	Ligero turbio
Densidad	1032
PH	5.5
Cuerpos cetónicos	Negativo
Glucosa	Negativo
Nitritos	Negativo
Sangre	Negativo
Celulas epiteliales	Escasos

Leucocitos	0 – 1 x campo
Hematíes	0 – 1 x campo
Cristales	Negativo
Cilindros	Negativo

Ecografía abdominal: Proceso inflamatorio agudo apendicular, a correlacionar con resto de exámenes auxiliares. Resto de exámenes conservados.

Diagnóstico: Apendicitis aguda

Reporte operatorio: Apéndice cecal plastronada por epiplón e intestino delgado, necrosada en toda su extensión, perforada cerca a la base, con líquido purulento aproximadamente 200 cc en FID con base indemne.

Diagnóstico post operatorio: PO de apendicetomía laparoscópica por peritonitis localizada y apendicitis aguda complicada.

Tratamiento:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc I y II
- Ceftriaxona 2 gr ev cada 24 horas
- Metronidazol 500 mg ev cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg ev cada 24 horas
- Metamizol 1.5gr ev cada 8 horas
- CFV + BHE

Caso clínico N°2: Paciente varón de 54 años refiere que hace 30 min cayó al suelo cuando estaba pintando el techo de su casa produciéndose con una lata un corte de aproximadamente 20 cm de longitud en la pierna izquierda. Refiere dolor intenso y sangrado activo en zona afectada. No náuseas ni vómitos.

Alergia: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Antecedentes patológicos: Niega

Signos vitales: P.A: 120/80 mmHg, FC: 95 x min, FR: 20 x min, SatO₂: 97%
T: 37°C

Examen físico: AREN, AREG, AREH

- **Piel:** Solución de continuidad de aproximadamente 20 cm con bordes regulares y sangrado activo en la región anterior de la pierna izquierda.
- **Respiratorio:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- **Abdomen:** Blando, depresible. RHA (+). No dolor a la palpación. No distensión abdominal.
- **SNC:** LOTEP. No signos meníngeos. No déficit motor.
- **SOMA:** moviliza dedos del pie izquierdo, sensibilidad conservada.

Diagnóstico: Herida cortante en pierna izquierda.

Plan:

- Curación de la herida
- Sutura de la herida (Nylon 3/0)
- Vacuna antitetánica

Tratamiento:

- Paracetamol 1gr cada 8 horas por 3 días.
- Amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 7 días.

En gineco-obstetricia se aprende atender un parto, alumbramiento y episiorrafia. En medicina se aprende a tomar análisis de gases arteriales, electrocardiogramas, identificar los patrones de la ventilación mecánica. En cirugía se aprende a curar heridas operatorias, sacar puntos de suturas, suturas en primer plano y en segundo plano, manejo de mordeduras de perros, manejo de quemaduras, retirar drenajes laminares y tubulares, vendajes, colocar yeso, colocación de férulas y retirar yeso.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital San Bartolomé muestra su cartera de servicios entre ellas: Gineco-obstetricia, medicina especializada, cirugía pediátrica, pediatría, emergencia y cuidados críticos, patología clínica – laboratorio, anatomía patológica, odontología, expedición de certificados médicos, unidad de transporte asistido, enfermería, anestesiología y centro quirúrgico. Entre las subespecialidades pediátricas del hospital presenta gastroenterología pediátrica, endocrinología pediátrica, neurología pediátrica, infectología pediátrica, neumología pediátrica y nefrología pediátrica ⁽⁴⁾.

En la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en las primeras 12 semanas del año 2021 en Hospital San Bartolomé se registraron 441 casos entre los que se encuentran episodios de IRA no neumonía (284 casos), Neumonía (17 casos) y neumonía grave (93 casos) y SOB /Asma (47 casos); de los cuales el 19.27% de los casos reside en el distrito de Lima cercado (85 casos), el 12.24% en San Juan de Lurigancho, el 11.79% en el Rímac, y también fueron atendidos de otras jurisdicción el 6.12%. La tendencia de los casos de IRA no neumonía en los últimos 03 años (2019-2021), en la cual muestra una disminución en los casos de IRA en el año 2021. En la semana 12 del año 2021 se reportaron 377 episodios de enfermedades diarreicas agudas y fueron notificados 240 episodio de febriles. Además, se han reportado 9 defunciones, de los cuales 5 son fetales y 4 son neonatos con una razón fetal/neonatal de 1.3 ⁽⁵⁾.

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se refieren a los pacientes que tuvieran que realizarse algún examen especial (por ejemplo, resonancia magnética, gammagrafía, etc.), además algunos servicios que no

tiene el hospital y necesita una evaluación por un especialista y por último cuando no se realizan manejos terapéuticos o cuando no hay disponibilidad de alguna cama en sala de hospitalización. Estos pacientes son referidos a hospitales de alta complejidad como Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa presenta servicios de Anestesiología, Cirugía, Diagnóstico por imágenes, Enfermería, Farmacia, Medicina, Neurocirugía, Patología clínica, traumatología y Nutrición. Además presenta oficina de apoyo a la docencia e investigación, oficina de epidemiología y salud ambiental, y oficina de gestión de calidad ⁽⁶⁾.

En el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa se registraron 33,399 atenciones por emergencia o urgencia, de las cuales los motivos fueron enfermedad súbita (53.9%), accidente casual (13.4%), Descarte de COVID-19 (5.1%), Accidente de tránsito (1.6%), restos de motivos (21.8%) en el año 2020. Los motivos de atención por enfermedad súbita fueron por dolores abdominales (10.2%), gastroenteritis y colitis de origen infeccioso (4.8%), faringitis aguda no especificada (4.5%) e infección de vías urinarias (3.2%). Los motivos de atención por accidente casual fueron por traumatismos superficiales múltiples (8.1%), esguinces y torceduras del tobillo (5.9%), herida de dedos de la mano sin daño de las uñas (4.4%), traumatismo intracraneal (4.2%), heridas de otras partes de la cabeza (4%) ⁽⁷⁾.

En el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa se refieren los pacientes que necesitaban de algún especialista que no había en el hospital para su manejo terapéutico, además en pacientes que necesitaban de una cama UCI o de un estudio de imagen para el diagnóstico. Se refieren los pacientes al Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional María Auxiliadora, y además de los Hospitales de EsSalud como El Hospital Edgardo Rebagliati Martins cuando el paciente presentaba su seguro. La situación antes de la pandemia en el Hospital San Bartolomé, el interno podía asistir en las salas de parto sin ninguna dificultad, podía examinar pacientes que presentaban cuadros respiratorios.

Desde el comienzo de la pandemia en el Perú, los reportes de casos han incrementado. El primer caso atendido en el Hospital San Bartolomé fue el 12

de abril. El COVID – 19 y la gestación es una nueva interurrencia, se realizó un estudio observacional de corte transversal en los meses de abril a julio del año 2020, que se incluyeron gestantes en la cual se le realizó inmunocromatografía para IgM/ IgG en la cual concluyeron en que 100% de las gestantes fueron asintomática y solo 0,2% tuvo complicaciones respiratorias. Hubo mayor reporte de óbitos fetales en el mes de Julio y escaso número de neonatos con hisopado positivo ⁽⁸⁾.

La situación durante la pandemia en el Hospital Casimiro Ulloa, los pacientes no acudían al centro hospitalario por el temor a contagiarse y esto ha conllevado a que los internos no tengan mucha práctica profesional con el paciente. Además, la sala de operaciones no estaba permitido el ingreso de los internos por la alta carga viral y el riesgo de contagio. La oficina de docencia programó a los internos para su rotación cirugía en algunos servicios como Hospitalización de cirugía, Tópico de cirugía y Traumatología ya que los servicios de Neurocirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular y Anestesiología se negaron recibir internos por parte de la jefatura. En la rotación de medicina y de cirugía no se permitió el ingreso de internos a emergencias por motivo de la alta carga viral, esto llevó a que los internos no tengan las capacidades necesarias para poder diagnosticar un paciente agudo y por ello no saber cómo reconocer y diferenciar patologías agudas y, además, que tipo de exámenes de laboratorio y estudio de imagen debemos pedir para llegar al diagnóstico, eso es lo más importante del internado antes de entrar al servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS).

Menos de la mitad de los internos medicos está de acuerdo con regresar al internado si no se aseguran las precauciones de bioseguridad. Esta percepción aumenta cuando se aseguran las precauciones de bioseguridad y termina la cuarentena. A parte existe una gran incertidumbre sobre las fechas de reincorporación y finalización del internado. Además, la mayoría de los internos de medicina invierte su tiempo en prepararse para rendir el examen nacional de Medicina (ENAM). Los internos de medicina del 2020 desempeñaron sus actividades durante más de dos meses y observaron dificultades en los sistemas de salud. Por ello se siente una gran incertidumbre sobre la disponibilidad de materiales de bioseguridad y no están de acuerdo de retornar sus actividades si no se garantiza su protección personal. Las

sedes hospitalarias, en coordinación con las universidades deberían garantizar la seguridad, el bienestar y la cobertura de salud de los internos de medicina es que se propone el reinicio de sus actividades en los centros hospitalarios ⁽⁹⁾.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En crisis asmática: El manejo según el MINSA

En caso de una exacerbación de asma, el paciente se le debe clasificar según la severidad de la crisis asmática para ello se utilizará los criterios clínicos de Pulmonary Score. Para la crisis asmática leve o moderado se iniciará el tratamiento con salbutamol, un corticoide sistémico y en caso lo requiera oxigenoterapia. Se reevaluará en una hora, en caso de mejoría evaluar la posibilidad de alta con indicaciones, en caso de no mejoría, hospitalizar al paciente y descartar patología asociada mediante exámenes auxiliares continuando con el manejo con salbutamol y el corticoide sistémico. En caso de empeorar el cuadro se debe considerar el manejo de crisis asmática severa. Para la crisis asmática severa se debe hospitalizar al paciente, utilizar salbutamol nebulizado, bromuro de ipratropio, corticoide sistémico endovenoso, oxigenoterapia e hidratación y reevaluar al paciente en una hora, de mejorar seguir el tratamiento como una crisis asmática leve o moderada. De no mejorar el cuadro clínico se hospitalizará un Unidad de Cuidados Intensivos, se descartará patología asociada, se le realizará exámenes pertinentes, y en caso de no respuesta al tratamiento se empleado se utilizará el sulfato de magnesio con monitoreo estricto.

El manejo del paciente del caso clínico N°1, primero clasifican el grado de la crisis asmática según el examen físico y luego toman decisiones con respecto a su tratamiento en la cual siguen las indicaciones que dice en la guía práctica clínica del MINSA. En el Hospital San Bartolomé los pacientes con crisis asmática eran manejados en emergencia o eran hospitalizados en el servicio de pediatría, depende de su cuadro clínico. Eran manejados con

nebulizaciones en la gran mayoría de pediátricos en la cual tenían una buena respuesta al manejo médico.

En la faringitis, la penicilina es el tratamiento de elección para el *Estreptococo del grupo A*. Para la gran mayoría de los pacientes pediátricos se usa penicilina V 500 mg vía oral (2 o 3 veces al día) o amoxicilina 500 mg vía oral (2 veces al día) durante 10 días. A menudo se prefiere la amoxicilina para los niños pequeños porque el sabor de la suspensión de amoxicilina es más agradable que el de la penicilina. La amoxicilina se puede administrar una vez al día, ya sea de liberación inmediata o como una tableta de liberación prolongada. La duración del tratamiento es de 10 días. Una alternativa para los pacientes alérgicos a la penicilina son las cefalosporinas (cefalexina, cefuroxima), clindamicina y macrólidos (azitromicina, claritromicina) ⁽¹⁰⁾. En el Hospital San Bartolomé eran evaluados con un examen físico completo, los pacientes con faringitis eran dados de alta con su tratamiento antibiótico explicando a los padres de familia la manera de cómo tiene que dar los medicamentos a sus hijos.

En el caso de una enfermedad pélvica inflamatoria: Es causada hasta en 85% de los casos por agentes patógenos de transmisión sexual, principalmente *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, y por lo general es polimicrobiano. Infección que afecta el tracto genital superior de la mujer; es decir útero, ovarios y trompas de Falopio e incluso órganos adyacentes ⁽¹¹⁾. Se hospitalizan las pacientes que presenten una clínica grave o cuando se complica con un absceso tubo ovárico. El ministerio de Salud provee el siguiente esquema de tratamiento: ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única + doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días + metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días. Para el manejo hospitalario: cefoxitina 2 gr endovenosa cada 6 horas+ doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas. O también clindamicina 900 mg vía endovenosa cada 8 horas + gentamicina 2mg/kg de peso como dosis de carga y luego 1,5 mg/kg cada 8 horas ⁽¹²⁾.

Seguimiento: Las mujeres que reciban tratamiento ambulatorio deben ser reevaluadas dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento. Se trata por un total de 14 días, es una duración estándar. Si no hubiera mejoría deberán ser referidas para su hospitalización, para confirmar el diagnóstico y recibir

tratamiento endovenoso. En el Hospital San Bartolomé son manejados de manera quirúrgica o médico dependiendo del cuadro clínico que presenta la paciente, en la cual los mejoraban su condición clínica y son dados de alta con manejo antibiótico. En sus indicaciones se debe aconsejar que se abstengan a la actividad sexual hasta que hayan completado el tratamiento.

En caso de una Hemorragia Post parto (HPP): La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda administrar agentes uterotónicos durante el alumbramiento para la prevención de la HPP. Se recomienda administrar oxitocina IM/IV (10 UI) como uterotónico preferido. Se recomiendan otros agentes uterotónicos inyectables (ergometrina/metilergometrina o la combinación farmacológica de oxitocina y ergonometrina) y misoprostol de 600 ug como alternativas en el caso no haya disponibilidad de oxitocina. Se recomienda la evaluación abdominal posparto del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina para todas las mujeres y el uso de cristaloides para la reanimación con líquidos intravenosos además el uso de ácido tranexámico en el caso si la oxitocina y otros uterotónicos no logran detener el sangrado. Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la HPP. Si no responden al tratamiento con agentes uterotónicos, se recomienda el uso de taponamiento con balón intrauterino. Si ha fracasado las otras medidas se recomienda el uso de embolización de la arteria uterina.

En el Hospital San Bartolomé el manejo era conjunto (asistentes, residentes, enfermeras, técnicas e internos), se detecta cuando la paciente presenta taquicardia e hipotensión leve postparto y se actúa de manera inmediata informando a todos los médicos que están en piso, colocándole vía periférica y administrándole cristaloides fármacos endovenosa (oxitocina) acompañado del masaje uterino. Siempre monitoreando los signos vitales y cuantificando la pérdida de sangre ⁽¹³⁾.

En una pielonefritis, las indicaciones para el tratamiento hospitalario incluyen fiebre alta persistente (>38.4°C) o dolor, debilidad marcada o incapacidad para mantener la hidratación oral o tomar medicamentos orales. Como terapia empírica se empieza con ceftriaxona 1 gr IV una vez al día o Piperacilina – tazobactam 3,375 g iv cada 6 horas; y como alternativas levofloxacino 750 mg iv o vo al día, ciprofloxacino 400 mg iv dos veces al día. En pacientes con enfermedad crítica y que requiera cuidados intensivos se trata con

vancomicina 15 a 20 mg/kg IV cada 8 a 12 horas y carbapenem antipseudomónico (imipenem 500 mg iv cada 6 horas o meropenem 1gr iv cada 8 horas) ⁽¹⁴⁾. En el Hospital Casimiro Ulloa los pacientes con pielonefritis se daban de alta cuando presentaba una mejoría clínica en el aspecto de la diuresis y su sintomatología; dándole indicaciones del tratamiento y los signos de alarma.

En una celulitis se caracteriza por dolor, eritema, inflamación y calor circunscritos. Puede ser causada por la flora que coloniza la piel y los anexos, por ejemplo *S. aureus* y *S. pyogenes*. Las bacterias pueden tener acceso a la epidermis a través de grietas en la piel, abrasiones, cortes, quemaduras, picaduras de insectos, incisiones quirúrgicas y catéteres intravenosos. La decisión de administrar la terapia antimicrobiana de forma parenteral debe individualizarse en función de la presentación clínica y las características del paciente. Cinco días de terapia antibiótica son generalmente suficientes; se puede extender hasta 14 días cuando la respuesta es lenta al tratamiento. La dosis intravenosa de antibióticos: cefazolina 1 a 2 gr iv cada 8 horas, ceftriaxona 1 a 2 gr iv cada 24 horas, ciprofloxacino 400 mg iv cada 12 horas, clindamicina 600 o 900 mg iv cada 8 horas, oxacilina 2 gr iv cada 4 horas ⁽¹⁵⁾. En el hospital Casimiro Ulloa los pacientes con celulitis eran dados de alta a los 5 días de su hospitalización con buena respuesta con el tratamiento antibioterapia (oxacilina), se daban de alta con su manejo terapéutico por vía oral.

En una apendicitis aguda complicada se caracteriza por una masa palpable en el cuadrante inferior derecho en la exploración física. La elección de antibióticos varía según la situación clínica. La apendicectomía inmediata debe realizarse dentro de las 12 horas posteriores, excepto en caso de un paciente inestable o séptico en presencia de perforación libre o perforación generalizada, en la cual la cirugía se realiza de manera urgente. Los antibióticos empíricos en el caso de apendicitis se da de manera monoterapia (Ertapenem 1 gr una vez al día o piperacilina – tazobactam 3.375 gr iv cada 6 horas) o terapia combinada, en este caso ceftriaxona 2 gr iv una vez al día o ciprofloxacino 400mg iv cada 12 horas o cefuroxima 1,5 gr iv cada 8 horas más metronidazol 500mg iv cada 8 horas ⁽¹⁶⁾. En el Hospital Casimiro Ulloa los pacientes con post operados de apendicitis se les hospitaliza y queda en

observación. Todos los días son evaluados por los internos, preguntándole si tenía apetito, realizó deposiciones, elimino flatos o si presentaba alguna molestia; dependiendo de su mejora de salud se iban de alta con sus antibióticos y su cita control por tópico de cirugía para el retiro de puntos.

En casos de heridas cortantes se recomienda los antibióticos tópicos y apósitos como la aplicación de una pomada antibiótica tópica como bacitracina de zinc tópica o una pomada combinada que contenga sulfato de neomicina, bacitracina de zinc y sulfato de polimixina B. Los que tiene sensibilidad a la neomicina se sugiere vendar la herida sin antibióticos previos. Además, se recomienda baño con agua y jabón suave 24 horas después del cierre para evitar la formación de costras sobre los nudos de la sutura; para pacientes con laceraciones cerradas con una sutura no absorbible. Profilaxis antitetánica deben proporcionarse para todas las heridas y antibióticos profilácticos para prevenir la infección de la herida después de suturar la herida simple. Se retira la sutura en casos de extremidades inferiores a los 8 o 10 días de la sutura ⁽¹⁷⁾. En el Hospital Casimiro Ulloa a los pacientes se le da las indicaciones al terminar el procedimiento, indicándole en su receta médica analgésicos, antibióticos y retiro de puntos en su centro de salud.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El internado se inició el primero de enero del año 2020 en el Hospital San Bartolomé, en el servicio de Hospitalización de Pediatría, donde el interno llegaba temprano antes de las 6:30 am para la evolución de los 5 pacientes que había en la sala de hospitalización, debe examinar al paciente, hacer su balance hidrico, recoger algunos exámenes de laboratorio que faltaba imprimir, etc. El interno debía tener listo las historias clínicas con sus respectivas evoluciones antes de la visita médica, donde lo cual interno presentaba los casos de los pacientes y el residente complementaba alguna información que faltaba. Durante la visita se discutían los casos con el asistente, eran académicos donde el interno aprendía sobre las patologías más frecuentes que presentaba el hospital. En emergencias el interno tenía que hacer la historia clínica del paciente preguntando a los padres de familia, no había limitaciones en examinar, el interno adquiere las habilidades necesarias para poder evaluar a un paciente pediátrico. En neonatología, el interno hacía la atención inmediata con su equipo de protección personal para poder ingresar a sala de parto y recibir el recién nacido; además las técnicas de lactancia materna en aislamiento conjunto verificando e informando a la madre aprenda dar a lactar y evitar las complicaciones del recién nacido. El estado de emergencia se dio un 16 de abril del año 2020 en la cual las universidades tomaron una decisión urgente de retirar a los internos de los establecimientos de salud y estar en cuarentena. Es así como el interno no culminó su primera rotación dejando una rotación incompleta, algunas prácticas que el interno no llegó a aprenderlas, conllevando una rotación insuficiente. Después del primer caso confirmado de COVID-19, los internos de medicina se preocuparon con respecto al internado, dejando dudas con

respecto al retorno del internado; se especulaban mucho el tema del internado virtual, que la gran mayoría no estuvo de acuerdo con la propuesta por las universidades ya que el internado es estar en contacto permanente con el paciente y la práctica hospitalaria diaria. Se llevaron clases virtuales teóricas durante la pandemia, complementando lo que habíamos aprendido en el internado, pero no era suficiente para el conocimiento preprofesional de estudiante de medicina.

Ante estas dificultades, los internos de medicina han elevado su voz de protesta, llegando incluso a realizar interrupciones agrupadas de su actividad laboral, como huelgas. En varios países de Latinoamérica se obtiene información sobre huelgas de internos como Chile, Honduras, Costa Rica. Estas huelgas conllevan como consecuencia una carencia de personal médico que desfavorece la atención de los pacientes. Y además de las actividades académicas del interno afectando su preparación en su carrera ⁽¹⁸⁾.

En México, los internos de medicina sin factores de riesgo de enfermarse con COVID-19 deberán incorporarse a sus labores y será ubicado en hospitales Híbridos y unidades en donde no se atiendan pacientes con COVID-19. Los internos que se reintegren se les dará protección personal correspondiente al servicio donde rotará, además tener acceso a los servicios del Seguro Social así lleguen requerirlos o presenten sintomatología asociado al coronavirus ⁽¹⁹⁾. El Gobierno del Perú decretó un estado de emergencia nacional y estableció un el aislamiento social obligatorio para reducir la transmisión y el número de casos por la COVID-19, lo cual ha beneficiado la respuesta del sistema sanitario. El uso de la tecnología podría ser útil como herramienta educativa en tiempos de pandemia y reduciría la enfermedad a través de la educación virtual. Estas clases o cursos lo realizan las universidades o las instituciones universitarias para los profesionales de la salud ⁽²⁰⁾.

Durante la pandemia, los hospitales del MINSA ya no querían recibir internos por el alto número de contagio con el COVID-19. Para finales del año 2020 en el mes de octubre, algunos hospitales aceptaron internos para su rotación, pero pedían una serie de requisitos como seguro de vida, declaración jurada y consentimiento informado y resolución de contrato. Las rotaciones se han tenido que dividir en dos grandes grupos y reducir el tiempo de prácticas hasta

finales de abril del año 2021, en lo cual un grupo rotaba los primeros 15 días y el otro grupo rotaba los 15 días siguientes por cada mes; además el cambio de horario fue de 7 am hasta la 1:00 pm de lunes a sábados y se establecieron 2 guardias diurnas por cada quincena de 7:00 am hasta las 7:00 pm. El Hospital San Bartolomé era muy estricto en la documentación, el interno no podía empezar el internado sino tenía la documentación obligatoria que pedía; lamentablemente hubo retrasos en la publicación de las resoluciones de contrato por parte de MINSA; en este caso se emitió en el mes de diciembre para los internos de medicina que rotaban en el Hospital San Bartolomé. Al retornar a la sede hospitalaria hubo mucha escasez de equipos de protección personal; por ejemplo, no había mascarillas N95, no había gorras quirúrgicas, botas, mandiles, guantes quirúrgicas y clínicas, etc. La rotación de gineco-obstetricia en el Hospital San Bartolomé tenía algunas restricciones para el interno; el interno no podía evolucionar, examinar al paciente; solamente se encargaba de tomar las funciones vitales. En centro obstétrico no podía atender un parto por la falta de equipos de protección personal; el interno tenía que comprar por su parte los equipos de protección. No se cumplía la toma de pruebas rápidas quincenales que estaba establecido en la resolución del MINSA por la deficiencia de pruebas rápidas que tenía el hospital.

En el Hospital Casimiro Ulloa brindaba equipos de protección personal y pruebas rápidas o moleculares para su personal de salud; en la rotación de medicina, se elaboraba en hospitalización y en UCI, pero no en el área de emergencia ya que era una zona de alta carga viral y de contagio. El interno evolucionaba y examinaba a los pacientes que estaban hospitalizados en áreas no Covid, sin embargo, a veces por falta de pruebas rápidas o moleculares no se sabía si el paciente era Covid o no.

En la rotación de cirugía se estableció que el interno no debe ingresar a sala de operaciones, además no rotar por los servicios de neurocirugía, cirugía de tórax cardiovascular, anestesiología y emergencias. La falta de rotación por estos servicios ha conllevado a que el interno tenga dudas en el examen físico y dificultades para comprender los procedimientos que realizaban en el servicio.

CONCLUSIONES

El internado significa aplicar los valores como ser empático, solidario, proactivo frente al paciente y además el deseo de aprender de los especialistas profesionales para mejorar las habilidades y destrezas en el ámbito hospitalario.

La práctica hospitalaria en tiempos de pandemia ha contribuido en fortalecer la formación del interno de medicina y complementar los conocimientos adquiridos en pregrado del estudiante de medicina.

El internado médico 2020 no asegura un buen desempeño profesional en la carrera universitaria médica y los hospitales del MINSA no garantiza las medidas de bioseguridad frente a la pandemia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que las instituciones universitarias, la asociación peruana de facultades de medicina Humana (ASPEFAM) capaciten de forma virtual y presencial enfocándose al SERUMS 2021 y la resolución de problemas clínicos y quirúrgicos de las diversas patologías que abarca en el primer nivel de atención a los próximos internos de medicina que saldrán en este año 2021 como médicos generales.

Por otro lado, se recomienda que las sedes hospitalarias en coordinación con instituciones universitarias deben respaldar la seguridad, el bienestar y la cobertura de salud para todos los estudiantes de medicina que empiezan su internado en este año 2021.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - HONADOMANI SB [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hospital-nacional-docente-madre-nino-san-bartolome>
2. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - HEJCU [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hospital-de-emergencias-jose-casimiro-ulloa>
3. Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña-Sánchez ER, Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. *Investig En Educ Médica*. marzo de 2017;6(21):65-6.
4. Nuestros Servicios [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/carera-de-servicios/nuestros-servicios>
5. SALA SITUACIONAL COVID SEMANA 12.pdf [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/documentos/epidemiologia/2021/SALA%20SITUACIONAL%20COVID%20SEMANA%2012.pdf>
6. Inicio [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/>
7. User S. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Información Registrada [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/estadistica/informacion-registrada>
8. Vera Loyola EM, Montenegro Cruz I, Cruzate Cabrejos V, Marcelo Pacheco H, Arce Benitez M, Pelaez Chomba M. Gestación en tiempos de pandemia COVID-19. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. julio de 2020

- [citado 15 de abril de 2021];66(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322020000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcón-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2020;37(3):504-9.
 10. Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children?search=faringoamigdalitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=5#H1615325577
 11. Alarcón-Villaverde J, Ramos-Castillo J. Infecciones en ginecología y obstetricia: producción científica de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en sus setenta años de vida institucional. *Rev Peru Ginecol Obstet*. julio de 2017;63(3):429-47.
 12. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents - UpToDate [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 13. Crespo Antepara D, Mendieta Toledo LB, Crespo Antepara D, Mendieta Toledo LB. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1812-95282019000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es. *Mem Inst Investig En Cienc Salud*. diciembre de 2019;17(3):5-9.
 14. Empiric antimicrobial agent selection for acute complicated UTI - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F131022&topicKey=ID%2F16109&search=pielonefritis&rank=1~150&source=see_link
 15. Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

16. Regímenes de antibióticos para infecciones intraabdominales de bajo riesgo - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F106948&topicKey=SURG%2F1383&search=apendicitis&source=outline_link&selectedTitle=1~150
17. Vínculos de las guías de la sociedad: Manejo de heridas menores - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/society-guideline-links-minor-wound-management?search=heridas%20cortantes&topicRef=6328&source=related_link#H2851977371
18. Nieto-Gutiérrez W, Bendezú-Quispe G, Taype-Rondan Á. ¿Por qué hacen huelga los internos de Medicina en Perú? Rev Médica Chile. abril de 2016;144(4):538-9.
19. Infobae. Se reincorporarán 7,000 médicos internos al IMSS: no atenderán pacientes de Covid - 19 [Internet]- Lima. Infobae; 2020 [citado el 18 de abril de 2021]: Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/27se-reincorporaran-7000-medicos-internos-al-imss-no-atenderan-pacientes-de-covid-19/>
20. Quijano-Escate R, Rebatta-Acuña A, Garayar-Peceros H, Gutierrez-Flores KE, Bendezu-Quispe G. Aprendizaje en tiempos de aislamiento social: cursos masivos abiertos en línea sobre la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 24 de abril de 2020;37(2):375-7.