



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN
DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN. 2020 – 2021**

**PRESENTADO POR
SANDRA LUCÍA AZABACHE LOPEZ**

**ASESOR
JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE**

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

**LIMA- PERÚ
2022**



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

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

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN
DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN. 2020 – 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

PRESENTADO POR

SANDRA LUCÍA AZABACHE LOPEZ

ASESOR:

Mg. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ

2022

JURADO:

Presidente: Dr. Victor Hinostraza Barrionuevo

Miembro: Dr. Jorge Carlos Vela Rodriguez

Miembro: Dr. Kattia Arribasplata Purizaca

DEDICATORIA

A Zhang Zhehan que siempre transmitió mensajes positivos recordándome como ser una mejor versión de mí misma.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por el esfuerzo y apoyo que me han brindado a lo largo de mis años de estudio, animándome a su manera para convertirme en la profesional que aspiro ser desde que inicie la carrera y espero poder retribuirles de alguna manera.

A mis amigos que me animaron, inspiraron y brindaron la contención emocional que necesitaba para seguir adelante.

A todos aquellos doctores y maestros que fueron parte de mi formación, se convirtieron en una guía y referencia, un modelo a seguir, para saber en qué tipo de profesional me quería convertir.

INDICE

PORTADA.....	i
JURADO:.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
INDICE.....	v
RESUMEN.....	vii
Objetivo:	vii
Metodología:.....	vii
Conclusiones:	vii
Palabras clave:.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
Medicina interna.....	3
Caso 1.....	3
Caso 2.....	4
Ginecología y Obstetricia.....	5
Caso 1.....	5
Caso 2.....	6
Cirugía General.....	7
Caso 1.....	7
Caso 2.....	8
Pediatría.....	9
Caso 1.....	9
Caso 2.....	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	11

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	11
Hospital de baja complejidad de Ate Vitarte	11
Centro de Salud Moyopampa	12
Situación nacional del internado durante pandemia	13
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
Medicina Interna	15
Caso 1	15
Caso 2	16
Ginecología y Obstetricia.....	18
Caso 1	18
Caso 2	19
Cirugía General	20
Caso 1	20
Caso 2	22
Pediatría	23
Caso 1	23
Caso 2	24
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	26
Experiencia en las diferentes rotaciones durante el internado médico:	28
Medicina interna	28
Cirugía General	29
Pediatría	29
Ginecología y obstetricia	30
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES.....	34
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	35

RESUMEN

Este trabajo de suficiencia profesional se realizó a base de la experiencia adquirida en los diferentes niveles de atención del sector salud durante el tiempo de duración del internado médico. Se relatarán diferentes casos que corresponden a las cuatro rotaciones por las que todo estudiante debe pasar durante su último año de prácticas, analizándolos y dándoles una mirada crítica que refleje la adquisición de los conocimientos y habilidades adquiridas en el internado.

Objetivo: Revisar la experiencia adquirida durante el internado médico en los diferentes niveles de atención en el periodo 2020 – 2021.

Metodología: Recopilación de la información sobre casos clínicos, usando medicina basada en evidencia y la experiencia adquirida durante el internado médico.

Conclusiones: El internado médico es una etapa crucial, que permite que los estudiantes sienten las bases del conocimiento adquirido con la experiencia al tratar directamente con el paciente. El internado se vio interrumpido por la pandemia COVID-19 lo que supuso un reto en la formación, pero a la vez una nueva experiencia en diferentes establecimientos de salud, en los diferentes niveles de atención, abarcando toda la pirámide asistencial.

Palabras clave: Internado médico, experiencia médica, medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia

ABSTRACT

This work of professional sufficiency was carried out based on the experience acquired in the different levels of health care during the duration of the medical internship. Different cases will be related that correspond to the four rotations that every student must go through during their last year of internship, analysing them and giving them a critical look that reflects the acquisition of the knowledge and skills acquired in the last year of studies.

Objective: Review of the experience acquired during the medical internship at the different levels of health care in the period 2020 - 2021.

Methodology: Compilation of information on clinical cases, using evidence-based medicine and the experience acquired during the medical internship.

Conclusions: The medical internship is a crucial stage, which allows students to lay the foundations of the knowledge acquired with the experience when dealing directly with the patient, this was interrupted by the COVID-19 pandemic, which was a challenge in training, but at the same time a new experience managing to carry out this internship in different health establishments at different levels of care, encompassing the entire healthcare pyramid.

Keywords: Medical internship, medical experience, medicine, general surgery, pediatrics, gynecology and obstetric

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de suficiencia profesional presenta las experiencias vividas en los diferentes establecimientos de salud durante el internado médico, que

tradicionalmente era dividido en cuatro rotaciones básicas que los alumnos deben conocer y que era realizado en un nivel de atención especializado. Pero, debido a la pandemia por la COVID 19, tuvo que suspenderse y reiniciarse luego de meses en el primer nivel de atención, lo que significaba un desafío, por las condiciones propias de la pandemia que limitaron el aprendizaje y las ya existentes precariedades del sistema de salud, que terminó ocasionando que una etapa esencial en la formación de los profesionales médicos se realizara en circunstancias especiales, especialmente en el último año de estudios conocido como “Internado”¹.

Los internos de ciencias de la salud fueron retirados de sus establecimientos correspondientes desde el 16 de marzo del 2020, siendo un día antes la conferencia de prensa donde se declaró la emergencia sanitaria a nivel nacional en el Perú, que consistía en una cuarentena social obligatoria y restricciones de actividades de toda índole, incluidas las académicas para prevenir la propagación de la COVID-19². Debido a ello, todos los internos se vieron impedidos de seguir con las actividades formativas correspondientes al internado médico para acatar la cuarentena establecida por el Estado.

La cuarentena terminó extendiéndose durante varias semanas, debido al aumento significativo de casos y el colapso de los sistemas de salud, que no asegurarían que se pudieran realizar actividades académicas y poniendo en riesgo la salud de los internos, donde muchos aun estudiantes, no contaban con las condiciones laborales básicas, como remuneración mensual y seguro de salud por su condición de estudiantes y no de trabajadores remunerados.³

Después de meses de incertidumbre donde no se sabía cómo y cuándo se retornarían las prácticas hospitalarias se publicaron los “Lineamientos de reincorporación al internado de ciencias de la salud” y su documento técnico, que sentaban los requerimientos mínimos para que los estudiantes de las diferentes carreras de ciencias de la salud pudieran retomar sus prácticas pre profesionales de una manera que asegurara su seguridad, así como la del paciente para disminuir la infección por la covid-19^{4,5}. La experiencia sería totalmente diferente, por muchos motivos entre ellos, la limitación de personal en diferentes áreas de los establecimientos de salud, limitación de

procedimientos y atención y no manejo de patologías respiratorias, o su disminución debido a la existencia del triaje diferenciado⁶, todo esto dificultaba el trabajo y lo hacía diferente. Por todos estos motivos, es que se enfocó un internado desde el primer nivel de atención⁵, cambiando totalmente las características de este, además de que muchas universidades optaron por cursos en línea complementarios para la formación de los profesionales.

Como se conoce, el primer nivel es diferente al tercer nivel de atención, incluso los mismos médicos están entrenados para actividades distintas, los profesionales en el primer nivel están enfocados a las actividades de prevención y promoción de la salud⁷. El reto no solo fue para los internos de las carreras de la salud para adaptarse a la situación, sino para todo el personal de salud que se tuvo que adaptar para la realización de las actividades académicas, y atender la demanda en relación a la pandemia, donde los casos estaban en aumento día a día, además de patologías no COVID, que no debían ser desatendidas, siendo en su mayoría enfermedades crónicas degenerativas.

El establecimiento de salud donde se inició su internado fue el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, establecimiento III-1 que se encuentra ubicado en la región Callao, y se completó en el Centro de salud Moyopampa, un centro I-3 ubicado en la localidad de Moyopampa, distrito de Lurigancho-Chosica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado es una etapa muy importante para el desarrollo del futuro profesional médico, es el último paso antes de terminar la carrera, donde se pueden adquirir las destrezas prácticas necesarias y básicas para poder ejercer la profesión médica. Su importancia radica en la preparación que ofrece para la formación de los médicos⁸, que luego irán a servir en el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS), lugar donde se pone en práctica los conocimientos adquiridos durante toda la formación de pregrado.

Debido al contexto de la pandemia y como ha repercutido en el país, el internado médico se convirtió en una preocupación para muchos, empezando por los estudiantes que ya sentían que la situación antes de la pandemia no era adecuada por diferentes causas como: exceso de horas de trabajo, papeleo administrativo que tenía que hacerse, por consiguiente, repercutía en menos oportunidades de realizar procedimientos o en la limitación de ellos.⁸

La preocupación partía desde una posible disminución de horas y la limitación del campo clínico que significaría probablemente muchas menores oportunidades de realizar procedimientos básicos y necesarios. También se tenía que plantear una forma adecuada de no perder las oportunidades para adquirir las habilidades requeridas, así como por la salud de los estudiantes, ya que las restricciones que se proponían en los lineamientos de reincorporación al internado en ciencias de la salud reducían la práctica clínica en los diferentes establecimientos de salud, así como el que la mayoría de internos comenzarían a rotar en centros de menores niveles resolutivos⁵.

Para todos los internos de medicina era importante poder adquirir las destrezas mínimas y necesarias, que consistían en poder realizar actividades clínicas en hospitales de mayor complejidad. También se organizaban actividades académicas de parte de los diferentes tutores de la universidad, asistentes y médicos residentes del servicio en el que se estaba realizando la rotación. Bajo la guía de estos profesionales se podía abordar a los pacientes y enfocarse en su tratamiento individualizado.

La experiencia que se adquiriría en un internado antes de pandemia era considerada una forma única que preparaba a los estudiantes tanto como para el Examen nacional de medicina, de forma práctica, como para la atención que se daría una vez los estudiantes se graduaran, que es la labor de médico general y su aplicación en el ámbito de la atención primaria, que era complementada con la experiencia de los médicos residentes, que eran los que habían realizado el SERUM hace pocos años, y podían relatar sus experiencias y cómo realizar procedimientos específicos para atenciones en esas circunstancias.

Estas actividades académicas muchas veces consistían en una doble exposición, primero por parte de el interno sobre lo básico que todo médico general tiene que saber y evidencia científica que respalde la exposición que realizaba; después el residente completaba la exposición con información de especialidad o con un caso clínico de revista, luego de ello se realizaba una discusión con los asistentes y todos los presentes, de manera que hubiera una retroalimentación, y para contrastar con otras bibliografías disponibles.

El estudiar y analizar casos con patologías complejas, que son de especialidad, para conocer que hacer primero como médico general, ya que generalmente es donde primero van los pacientes a buscar atención, y si bien la diferencia radicaba en los niveles, ya que el tercer nivel de atención no se centra en la prevención desde la comunidad, sino en atender personas individualizando casos y patologías asociadas a ello, era igual de importante, ya que los asistentes brindaban sus conocimientos e instruían formas prácticas de poder reconocer y atender desde el primer nivel estas patologías complejas antes de referirlas al nivel correspondiente, que es donde reciben la atención especializada.

La atención en el primer nivel, como ya se mencionó, es desde un punto de vista distinto y centrado en actividades preventivo promocionales de la salud a nivel de la comunidad con una infraestructura diferente donde se manejan patologías, dependiendo la capacidad resolutive del establecimiento dentro de ese nivel, que van desde el I-1 al I-47, por lo que el cambio puede verse de forma beneficiosa al acercar más a los estudiantes a ese espacio,

especialmente en universidades que no contaban con externados en el primer nivel, permitiéndoles conocer qué tipo de actividades serían las que realizarían.

Según los sílabos de la universidad San Martín de Porres^{10, 11, 12, 13}, se puede apreciar que el pase desde un tercer nivel de atención a un primer nivel, ha sido posible porque se ha podido centrar en las actividades prácticas que se encontrarían en la comunidad y que reflejaban la realidad de lo que un médico general encontraría una vez graduado, tanto para conocer cómo funcionan los distintos niveles de atención y el tipo de patologías que cada uno de estos niveles puede atender antes derivar al paciente a un nivel mayor mediante una referencia o cuando puede regresar a ser atendido a un nivel menor con una contrarreferencia. Reconocer la importancia del manejo de los diferentes niveles de atención y sus capacidades resolutivas correspondientes fue una de las ventajas de este tipo de experiencia de este internado médico.

Además, se pudieron gestionar rotaciones complementarias en un segundo nivel de atención para reforzar los conocimientos en otro nivel con diferente capacidad resolutiva.

A continuación, se relatarán algunos casos observados en las cuatro rotaciones básicas por la que todo interno debe pasar, que tienen una importancia adicional, especialmente porque permitieron ver más allá de lo que es la enfermedad, y reflexionar sobre el trato holístico que debería tener cada paciente.

Medicina interna

Caso 1

Una paciente mujer de 20 años de edad acude al establecimiento de salud por la mañana totalmente alterada y preocupada, refiriendo palpitaciones, cefalea de moderada intensidad que no remite con las horas, epigastralgia, vómitos (hasta en 4 oportunidades) y no haber podido dormir la noche anterior con un tiempo de enfermedad de 14 horas antes de acercarse al establecimiento.

Al momento de la anamnesis, refiere que toda la sintomatología empezó luego de recibir “una mala noticia” alrededor de las cinco de la tarde del día anterior.

Las palpitations aparecieron inmediatamente después de recibir aquella mala noticia, la epigastralgia refiere que comenzó después, y la cefalea aparece nueve horas antes acudir al centro, siendo esta la que no le dejó dormir toda la noche, junto a una sensación de desesperación.

Al momento de la toma de los signos vitales se evidencia una taquicardia (135 lpm) con el resto de constantes vitales dentro del rango normal, por lo que se le indica que se quede en observación por unos momentos antes de ser atendida por el consultorio de medicina, taquicardia que a los diez minutos se normaliza. Cuando se constata que está tranquila y ya sus constantes vitales se encontraban normales, la doctora encargada del consultorio la atiende. Al momento del examen físico, se encontró un leve dolor a la palpación profunda en epigastrio, resto de examen físico normal.

Con esta paciente al encontrar casi todo el examen físico normal, lo que se procedió a realizar fueron exámenes básicos de laboratorio, que también salieron normales, siendo una adulta joven sana, sin factores de riesgo ni antecedentes patológicos personales y familiares de importancia, al verificar que ya se encontraba estable en ese momento y que el cuadro se desencadenó luego de la “mala noticia” que recibió el día anterior, se consideró dar medicación analgésica para el dolor por vía intramuscular, un inhibidor de bomba de protones para la epigastralgia, y hablar con ella sobre lo importante de una consulta al servicio de psicología para que pudiera recibir la atención correspondiente.

Caso 2

Paciente mujer de 80 años, que ingresa a emergencia con el diagnóstico de tumoración en vías biliares, realizado en otro establecimiento de salud según los familiares, donde indican se realizó una tomografía. Ingresó en mal estado general y descompensada al momento de llegar a emergencia, una vez que es estabilizada pasa al servicio de hospitalización de mujeres de medicina interna para su manejo. Ahí se conversa con el familiar acompañante para poder elaborar su historia clínica de ingreso, la paciente tuvo una hospitalización anterior en otro establecimiento de salud, donde ingresó debido a dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos e ictericia de un mes de

evolución; también le realizaron un estudio de imágenes, donde se informa la existencia de una tumoración, localizada en vías biliares. Se le solicitó exámenes de laboratorio con los siguientes resultados:

Hemograma: Hemoglobina: 11 g/dL, leucocitos: 7000.

Urea: 49; creatinina: 1,1; glucosa: 89.

BT: 9; BD:6,2; FA: 1230; GGT:980; TGO:242; TGP: 257

Ecografía: Vías biliares intrahepáticas dilatadas > 6 mm

El familiar entregó las imágenes tomográficas al día siguiente del ingreso, con esas imágenes se decidió realizar una interconsulta a oncología, los cuales recomendaron una interconsulta a cirugía oncológica para una posible resección quirúrgica o cirugía paliativa, haciendo hincapié que la cirugía paliativa sería lo más probable a realizar, debido al mal estado de salud de la paciente.

El cirujano oncológico sugirió una colangiografía para evaluar posibilidad quirúrgica, donde se verificó la irresecabilidad del tumor además de observar la tomografía anterior, donde indicó la posibilidad de metástasis hepática que fue corroborada con una nueva tomografía, por lo que se sugirió empezar con cuidados paliativos.

Se realizó una interconsulta a cirugía general por sugerencia de uno de los asistentes, la cual los cirujanos sugieren realizar una derivación biliodigestiva paliativa, luego de escuchar las sugerencias de los diferentes especialistas se decidió conversar con los familiares sobre el diagnóstico y pronóstico de la paciente, así como lo que significa la cirugía propuesta por el servicio de cirugía y ante la duda de los familiares sobre qué pasaría si se la llevaban a casa, se les explicó en qué consiste el alta voluntaria, al final la paciente fue dada de alta, luego de que los familiares firmaron el alta voluntaria.

Ginecología y Obstetricia

Caso 1

Se presenta una gestante adolescente de 14 años al servicio de emergencia con 39 semanas de gestación por fecha de última regla, sin cartilla de control prenatal en físico y refiriendo haber tenido 4 controles prenatales en el centro

de salud de su jurisdicción, se realiza el examen ginecológico y se encuentra en una dilatación de 4 cm, incorporado en 50% y altura de presentación de -3, por lo que se decidió pasarla a sala de dilatación, donde se la monitorea su labor de parto, para luego realizarle una inducción del trabajo de parto con oxitocina. Luego de un par de horas en que la personal obstetriz la controla, se encontró una dilatación de 10 cm, con altura de presentación en 0 y se decidió pasarla a sala de parto, donde por su edad el médico le realizó una episiotomía media lateral para facilitar el trabajo de parto y evitar desgarros o complicaciones.

Durante todo el proceso la paciente estuvo ansiosa y asustada, después de una hora, que incluyó la fase del expulsivo, el alumbramiento dirigido y la episiorrafia. Posteriormente pasó a sala de observación por dos horas, como correspondía y luego de no que no presentó ninguna eventualidad, fue llevada a hospitalización junto al neonato.

Al día siguiente durante el pase de visita, al médico a cargo le llamó la atención su edad, e intentó preguntar el motivo de no usar métodos anticonceptivos, y discutió cual puede ser el mejor método para ella por su edad. La paciente refirió que por la pérdida de su madre y la desatención de su padre es que se fue a vivir con su pareja, terminando embarazada. El médico decidió que un implante de duración de 3 años sería el mejor método para ella y le dió el alta, con el diagnóstico de puérpera de 24 horas. (Examen de orina: Negativo, Hemoglobina pre: 12 mg/dL; hemoglobina post: 11 mg/dL)

Caso 2

Mujer de 32 años acudió a consultorio de medicina general en el establecimiento de salud por presentar dolor en zona del hipogastrio de 3 días de evolución, presencia de flujo vaginal con mal olor, sensación de alza térmica no cuantificada y dispareunia. En la anamnesis refirió ser sexualmente activa y que es portadora de implante como método anticonceptivo, por lo que no utiliza métodos de barrera. PAP: Negó el haberse realizado este tipo de procedimiento. Inicio de relaciones sexuales: 14 años. Parejas sexuales: 4. Negó antecedentes personales y familiares patológicos de importancia. G2 P1102

Examen físico: Presencia de flujo vaginal con mal olor. Especuloscopia: Se observó flujo que provenía del orificio cervical externo y cuello friable. Dolor a la movilización de los anexos en el examen bimanual.

Se procedió a explicar a la paciente la patología sospechada, los cuidados que debe tener, así como la importancia del uso de preservativo no solo como método que previene un embarazo, sino como un método para prevenir enfermedades de transmisión sexual, que son y la importancia que tenía el que su pareja también asistiera para brindarle tratamiento, luego de preguntarle si era la única pareja con la que era sexualmente activa. Se le explicó el tratamiento que se le brindaría, y que debía regresar a los tres días para verificar cómo es la respuesta al tratamiento.

Cirugía General

Caso 1

Paciente varón de 22 años llegó al establecimiento con un tiempo de enfermedad de doce horas, su sintomatología empezó con un dolor en la zona del epigastrio de moderada intensidad que se intensificó con el pasar de las horas, la noche anterior el dolor se volvió más severo y también presentó pérdida de apetito y dos vómitos en la madrugada después de intentar ingerir alimentos. Negó sensación de alza térmica.

No refirió antecedentes personales y familiares patológicos de importancia, negó alergia a medicamentos e intervenciones quirúrgicas anteriores.

En el examen físico se encontró que estaba en regular estado general, frecuencia cardiaca elevada (130 latidos por minuto), temperatura de 37,3 ° C, y el resto de funciones dentro del rango de la normalidad. Al examinar el abdomen se encontró dolor intenso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo de McBurney y Rovsing positivos.

Se solicitaron todos los prequirúrgicos y una ecografía abdominal completa. También se pidió la prueba COVID serológica, según los criterios del establecimiento para decidir el área donde sería atendido. Con los exámenes de laboratorio y la clínica se sacó un score de Alvarado de 7 puntos. Se decide prepararlo para sala de operaciones. Todos los exámenes salen correctamente y la prueba COVID serológica solicitada dio un resultado IgG

positivo, para infección anterior de COVID, por lo que entra a sala de operaciones del área no COVID.

La intervención quirúrgica salió correctamente, se extrajo un apéndice flemonoso en posición paracecal, con base conservada. Intervención quirúrgica realizada: Apendicectomía laparoscópica a muñón libre. Pasó a hospitalización de cirugía general, donde se le brindó cuidados post operatorios, luego de dos días se le dió el alta con indicaciones y control por consultorio de cirugía general cuando cumpla una semana de su intervención quirúrgica.

Caso 2

Paciente mujer de 56 años que llegó a emergencia del servicio de traumatología refiriendo que dos días antes del ingreso se cayó por las escaleras de su domicilio y para evitar el impacto golpearse la cabeza, colocó sus manos al frente, cayendo sobre ellas. Informó que, desde ese momento, sintió un dolor fuerte en su muñeca derecha. Luego notó que se inflamó y que no podía moverla. Por ese motivo, al día siguiente la paciente refirió fue a un “huesero”, donde se le masajeó la muñeca y le indicaron fuera a una farmacia para que se compre analgésicos. Al percatarse que la inflamación continuaba y el dolor no cedía, la paciente decidió acercarse al establecimiento de salud.

Niega antecedentes patológicos de importancia y alergia a medicamentos. Al examen físico se observa la muñeca derecha aumentada de volumen y con bastante dolor. Hay impotencia funcional y deformidad. La muñeca estaba en la posición “dorso de tenedor”.

Se solicitó una radiografía de muñeca y en esta se observó el desplazamiento dorsal del fragmento roto del hueso radial, sin compromiso articular, que correspondía con una fractura de Colles, una de las más comunes que se da por un mecanismo donde la persona cae sobre sus manos con la muñeca en extensión.

Se realizó la reducción de la fractura y se colocó una férula. Además, se dieron las indicaciones del cuidado de la fractura, cómo debía tomar el tratamiento analgésico, y que debía regresar por consultorio externo en una semana para el primer control.

Pediatría

Caso 1

Paciente varón de 13 meses que es traído por su madre, la cual estaba muy preocupada, con un tiempo de enfermedad de tres días, refiriendo sensación de alza térmica, vómitos en 2 oportunidades que se presentaron el día anterior luego de intentar darle de lactar, falta de apetito y diarrea de hasta 6 cámaras desde hace un día.

Al examen físico se encontró una temperatura de 38° C, pulso de 120 latidos por minuto, el niño se encontraba en estado de alerta y respondía a estímulos. La madre refirió que lloraba de la nada y no podía estar tranquilo, además de tener sed ávida. No se evidencia signo del pliegue. El resto del examen físico se encontró normal.

Se procedió a activar el plan A de manejo de deshidratación en el establecimiento de salud luego de constatar que realmente no tenía signos de alerta de deshidratación, se le explicó a la madre sobre la patología y la importancia de evitar la deshidratación. También que el niño debía seguir lactando y recibiendo líquidos según su tolerancia oral, y se le educó sobre los cuidados de prevención para evitar futuros casos como estos.

Las indicaciones fueron utilizar primero medios físicos, luego de asegurarse de explicar los pasos que seguirá y verificar que la fiebre disminuyera, esta remitió luego de 30 minutos en el nuevo control, que se realizó en ese momento en el establecimiento de salud para verificar que el menor estuviera estable, se le brindó medicación condicional a temperatura mayor de 38° C y zinc, dándole las indicaciones de cómo debía tomarlo y que no era necesario por el momento el uso de antibióticos o algún otro medicamento.

Se le explicó los signos de alerta a la madre para que regrese al centro de salud en caso de cualquier eventualidad. Al cabo de cuatro horas, que era el tiempo de observación, ante mejoría del cuadro se le da el alta, recordándole todas las indicaciones anteriores luego de verificar que puede acceder y regresar al establecimiento, se terminó la atención ese día citándola para control en 48 horas.

Caso 2

Paciente mujer de 10 años que es traída por sus padres a emergencia, que refieren que hace 4 días cursó con un resfrío, tos seca, dolor de garganta, malestar general y sensación de alza térmica no cuantificada. Unas horas antes de ingreso presenta un vómito, aumento de la tos y sensación de falta de aire.

Antecedentes prenatales y desarrollo psicomotor normales, inmunizaciones completas para su edad. En la anamnesis los padres refieren que la niña es alérgica al naproxeno, refieren una hospitalización 3 años antes por un cuadro alérgico a medicamentos, y otra al año de vida por bronquiolitis.

Padres refieren que no salen innecesariamente y que siguen los protocolos de seguridad para evitar el contagio de COVID-19, y que la prueba que le sacaron en triaje salió negativo.

Al examen físico se encontró una frecuencia respiratoria de 26 con una saturación de 96%, disminución de amplexación en hemitórax derecho y en la auscultación, sibilantes difusos en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho.

Se solicitó un hemograma y una radiografía de tórax, para después volverla a evaluar. Con los resultados y ya estabilizada, se observó en la radiografía de tórax infiltrados difusos en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho, no se observó masas ni otras anormalidades.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Debido a La crisis sanitaria, se tuvo que hacer cambios para que los alumnos puedan continuar con sus prácticas de último año, prácticas que usualmente se realizaban en establecimientos nivel III, pero que por los lineamientos de reincorporación al internado de ciencias de la salud⁵ que fueron muy pocos los que lograron reincorporarse en los hospitales donde se encontraban realizando su internado antes de la pandemia, y por ello se optó por reincorporarlos en el primer nivel de atención, donde podrían desarrollar las actividades académicas y cumplir las horas necesarias para completar sus prácticas pre profesionales.

Por ello, el MINSA puso a disposición los diferentes establecimientos de primer nivel para que las universidades pudieran incorporar a sus estudiantes, y también se logró que algunos alumnos pudieran asistir a establecimientos del segundo nivel de atención para complementar las actividades curriculares.

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

El hospital regional Daniel Alcides Carrión es un establecimiento que pertenece a un nivel de atención III-1, que se encuentra ubicado en la avenida Guardia Chalaca 2176, distrito Bellavista de la región Callao. Al ser un hospital de tercer nivel¹⁴, cuenta con mayor nivel de complejidad y de capacidad resolutive para los problemas de salud que la población necesite, siendo este un hospital de referencia nacional.¹⁵

El establecimiento cuenta con diferentes servicios¹⁶, entre ellos las de cuatro especialidades básicas (Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y obstetricia y Pediatría), además de servicios especializados como Oncología, Medicina de Rehabilitación, Patología clínica y Anatomía patológica. Cuenta con una atención de emergencias y cuidados críticos (adultos, pediátrico y neonatología), al ser un hospital regional y de referencia, recibe toda la demanda de alta complejidad de toda la región Callao.

Hospital de baja complejidad de Ate Vitarte

El Hospital de Vitarte es un establecimiento II-1 que pertenece a la DIRIS Lima Este, ubicado en la Carretera central N° 506 en el distrito de Ate, Lima, en su

cartera cuenta con brindar los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia de las cuatro especialidades básicas, las cuales son: Medicina, Ginecología y obstetricia, Cirugía, y Pediatría, además de brindar consulta externa en Anestesiología, Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y traumatología, Neurología, Cardiología, neumología, Gastroenterología, Reumatología, Psiquiatría, Oftalmología, dermatología, cirugía plástica y cirugía pediátrica.

En los servicios de emergencia, además de los nombrados también se da atención a traumatología y ortopedia, tiene una unidad de shock trauma y reanimación, el establecimiento cuenta con dos salas de intervenciones quirúrgicas y brinda atención de diagnóstico por imágenes. Se puede encontrar también que brinda los servicios de Telesalud (Telemedicina, Telecapacitación, Telegestión y TeleIEC).¹⁷

El hospital brinda servicios hasta donde le permite su nivel de complejidad, resolviendo patologías intermedias, con el uso de la telemedicina puede hacer consultas a especialistas que se encuentran en establecimientos de mayor nivel de complejidad, y cuando es necesario se realizará una referencia al hospital que corresponde, Hospital Nacional Hipólito Unanue de categoría III-1, ubicado en el distrito del Agustino, así como realizar contrarreferencias para los pacientes que deben ser dados de alta y pueden ser manejados en los establecimientos de salud correspondientes.

Centro de Salud Moyopampa

El centro de salud se encuentra en la Av. Independencia s/n Cdra. 5 de la localidad de Moyopampa, distrito de Lurigancho – Chosica, región Lima. Pertenece a Está categorizado en un nivel I-3 y cuenta con los servicios de Medicina general, Obstetricia, Odontología, Crecimiento y Desarrollo, Nutrición y Psicología, y desde el mes de diciembre es uno de los establecimientos descentralizados para pacientes que reciben TAR.¹⁸ También posee un área de triaje diferenciado para patologías respiratorias, donde se hacen pruebas antigénicas y moleculares de COVID-19 a la población con sintomatología concordante a la patología.¹⁹

Atiende la demanda de la localidad de Moyopampa, en un horario de seis horas al día. de lunes a sábado de 8:00 am a 2:00 pm, con dos consultorios de medicina general y teniendo como referencia al Hospital “José Agurto Tello” para patologías más complejas, que no pueden ser resueltas porque requieren de mayor nivel de complejidad.

Situación nacional del internado durante pandemia

La pandemia puso a prueba el sistema de salud del Perú, con muchas deficiencias y debilidades, nada desconocidas para todos los profesionales de la salud, mientras se prepararon como estudiantes, como residentes y como especialistas, y a pesar de ello siempre se intentó brindar la mejor calidad de servicio con los recursos que se tenían disponibles. Existen falencias en los diferentes niveles de atención, en los que siempre se estuvo trabajando, que la crisis sanitaria hizo más evidentes: la falta de camas tanto de hospitalización como de cuidados intensivos, oxígeno, el déficit de recurso humano y los equipos de protección personal para el personal de salud.²⁰

Esto afectó de diferentes formas el trabajo en el internado, teniendo que cambiar la manera en cómo se desarrollaban las actividades necesarias para adquirir las habilidades básicas idóneas que todo médico general debe conocer.

El hecho de que se reanudaran nuevamente las actividades del internado, seis meses después de haberse interrumpido, con restricciones en diferentes procedimientos o áreas, como limitar el manejo de patologías respiratorias debido al área de triaje diferenciado o llamada área COVID, donde se indicaba que los internos no debían realizar labores en estas áreas⁵. Un ejemplo de cómo se llevaba a cabo el triaje diferenciado, era que toda persona con sintomatología respiratoria se tenía que atender en el triaje diferenciado⁶, donde se le atendería dependiendo la atención que necesitara. Aquellos pacientes no podían pasar al área no COVID, hasta que tuvieran una prueba molecular negativa, no permitiendo que el interno tuviera contacto con pacientes que tuvieran sintomatología respiratoria.

Además, se generó un menor contacto con el paciente, limitándose el examen físico exhaustivo y bien detallado como era conocido a solo realizar un

examen físico dirigido, también se aminoraron los tiempos de consulta, para que hubiera menos exposición, los internos aun así muchas veces realizaron estos trabajos con ansias de aprender y aprovechar la oportunidad ante el limitado horario que se había establecido, aun con el riesgo de infectarse, porque siempre existió para cualquier trabajador de salud que estuviera en contacto con los pacientes asintomáticos, siendo este un riesgo también para sus familiares.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Medicina Interna

Caso 1

Una paciente joven sin antecedentes patológicos de importancia (físicos o psiquiátricos) y que acude por sintomatología que aparenta ser una crisis ansiosa que sucedió el día anterior. La paciente continuaba con parte de la sintomatología descrita, especialmente un moderado dolor abdominal tipo quemazón en el epigastrio, dolor de cabeza tipo tensional y la sensación de palpitations en el pecho, además de estar claramente ansiosa y preocupada.

Al momento de llegar al establecimiento de salud, no solo por su estado de salud, sino por el problema que describió fue el que originó su cuadro. Una vez que se la examinó y no se encontró evidencia física de alguna anomalía en el examen físico, solo un dolor a la palpación profunda en el epigastrio, y además negó haber consumido sustancias en los días previos.

Al momento de la consulta, ya se encontró a la paciente tranquila con frecuencia cardíaca ya normalizada (72 latidos por minuto), la doctora a cargo habló con ella y le indicó la importancia de mantener hábitos saludables, tanto en alimentación y sueño, además de conversar sobre algunas cuestiones que preocupaban a la paciente (familiares enfermos y temas económicos), se le dio medicación para el dolor: paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días y omeprazol 20 mg cada 24 horas en ayunas por una semana. Se le solicitó un hemograma, para tener un control basal de la paciente, el cual salió normal y se le indicó que regresara en una semana para una consulta control.

Es importante poder reconocer que la actual pandemia ha venido con un gran componente en cuanto a salud mental, se han reportado aumentos de la incidencia de problemas mentales²¹ en la población debido al COVID-19 y los efectos que traería la pandemia. El estrés no es un componente que determina un problema mental, pero si puede ocasionar problemas mentales en personas susceptibles, se encontró en diferentes estudios realizados en otros países que el ser mujer y joven predisponía a tener niveles más altos de estrés²², y los niveles altos de estrés pueden hacer que la población vulnerable genere problemas en su salud mental, ansiedad o depresión.²³

Cuando el estrés intenso genera sintomatología es importante dar la atención necesaria. Esto pudo ser debido a la compleja situación de la pandemia y los estragos que ya ocasionan en la salud mental²⁴ más el factor indicado por la paciente. Se sabe que el confinamiento obligatorio causó estrés de diferentes maneras en cada individuo, desde la limitación de interacciones sociales, hasta preocupaciones por temas económicos²⁴. La paciente fue derivada al servicio de psicología del centro de salud, para el tamizaje correspondiente a patología mental.

Todos los profesionales de salud deberían estar capacitados para reconocer patologías de índole mental. Debido al déficit de profesionales de salud mental que existen en el país, especialmente en muchas zonas no descentralizadas, educar a la población sobre estos problemas es importante, cuando buscar atención, y dentro del contexto de la pandemia²⁵, existen una serie de herramientas digitales para poder acceder a los pacientes y la atención brindada por los centros de salud comunitarios a los cuales la población pudo asistir²⁶, por lo que la manera de actuar en este caso es llevar al paciente a un profesional de salud mental como un psicólogo o médico psiquiatra, que son los encargados de brindar el tratamiento ideal, así como terminar de evaluar a la paciente para determinar un tratamiento farmacológico y sesiones de psicoterapia.

Caso 2

La paciente ingresó con diagnóstico de tumoración de vías biliares de otro establecimiento de salud donde anteriormente estuvo hospitalizada un mes antes del ingreso, en emergencia se le diagnóstico un cuadro obstructivo colestásico por tumoración en las vías biliares, cuando se estabilizó a la paciente fue pasada a sala de hospitalización de mujeres donde el oncólogo al examinar a la paciente y su historia, diagnosticó un colangiocarcinoma avanzado y que se debía realizar una interconsulta al cirujano oncólogo para posibilidad de resección quirúrgica.

Cuando se solicitó interconsulta con el cirujano oncólogo, luego de revisar la tomografía indicó que el cáncer era muy avanzado (metástasis a otros sistemas) y que la paciente se encontraba en mal estado general y nutricional,

por lo que una intervención quirúrgica para extraer el tumor no era el tratamiento actual, y que debería ser tratada por medicamento ya que no era candidata a cirugía.

Este tipo de tumoraciones producen una sintomatología como con la que llegó y además se pueden diferenciar clínicamente, dependiendo si es un colangiocarcinoma intrahepático o extrahepático. En el caso de la paciente cuando se le realizó su historia clínica, ya había tenido cuadros anteriores de obstrucción biliar, como ictericia, prurito, además de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho y pérdida de peso en los últimos 5 meses, lo cual se correlaciona con un colangiocarcinoma extrahepático²⁷.

Para pacientes con sospecha de colangiocarcinoma se tiene que dosar marcados tumorales (Ca 19-9, CEA, AFP y Ca 125)^{27, 28}. El diagnóstico por imágenes, primero se realiza una ecografía para ver las vías biliares y su dilatación, dependiendo a esto se puede inferir si donde se encuentra la tumoración.

La tomografía y la resonancia magnética ayudan a tener diagnóstico diferencial de tumoraciones hepáticas, además de que la tomografía ayuda a ver metástasis. La prueba de oro para el diagnóstico es la colangiopancreatografía por resonancia magnética. En el caso de tumores extrahepáticos, la tomografía en fases con contraste, resonancia magnética y colangiopancreatografía por resonancia magnética son pruebas de elección.^{27,28}.

Para los pacientes que tienen sospecha de colangiocarcinoma extrahepático, el manejo inicial es pedir exámenes de laboratorio (hemograma, perfil de coagulación y perfil hepático)²⁸.

El tratamiento depende de si el tumor es resecable o no es resecable. En el caso de la paciente, que presenta una tumoración no resecable con metástasis, el tratamiento consiste en quimio radiación, según la evidencia científica²⁸, hay que tomar en consideración factores como la edad de la paciente y el pronóstico.

El diagnóstico fue tardío, la paciente se encontraba en una etapa avanzada, comprometiendo su estado. La paciente tendría aproximadamente 3.9 meses de vida²⁸, por lo que la familia decidió retirarla con una alta voluntaria, debido a su deterioro, ya que ellos decían que preferían que se quede en casa y no en un hospital.

Ginecología y Obstetricia

Caso 1

El embarazo adolescente es una situación especial durante el cual tiene que tomarse en cuenta la necesidad de poder realizar los controles prenatales, que deben ser siete mínimos en este tipo de grupo etario²⁹. Si bien hay algunos estudios donde no se han encontrado relación entre la edad como un factor de riesgo, existen otros donde se ha encontrado relación entre la edad y determinadas patologías que pueden poner en riesgo la vida de la madre y el feto, como enfermedades hipertensivas del embarazo, corioamnionitis y parto pretérmino³⁰.

En el caso presentado, la paciente no contaba con los controles prenatales mínimos que debería haber tenido, tampoco con su cartilla de los que se había realizado.

Ante la situación, se optó por solicitarle los exámenes de laboratorio básicos y necesarios, así como una prueba no estresante para ver el bienestar fetal, al momento del examen físico ya se encontraba con dilatación de 4 cm, motivo suficiente para pasarla a sala de dilatación y empezar el partograma, donde el personal de obstetricia la estuvo controlando y el médico se encargaba de realizar los tactos vaginales para evaluar la progresión de la dinámica uterina.

Es importante recordar que en un trabajo de parto normal se debe evitar realizar más de cuatro tactos vaginales, ruptura artificial de membrana, rutinas innecesarias como rasurar, uso de enema evacuante³¹. El periodo de dilatación de esta paciente duró 2 horas, pero presentó dificultades para entender como debía pujar, siendo ayudada por personal de obstetricia.

Cuando completó los 10 cm de dilatación fue pasada a sala de expulsivo. En el caso de esta paciente, al ser adolescente, delgada y pequeña, el médico residente optó por realizarle una episiotomía medio lateral para evitar el riesgo

de un desgarro perineal, aunque existen estudios que mencionan que no existe más riesgo de desgarros de alto grado en adolescente sin diferencia significativa, y otros mencionan que pueden encontrarse desgarros más prevalentes en las adolescentes, también se encontró que los bebés tienen menor peso comparado a mujeres adultas. Se puede decir que el criterio para la realización de la episiotomía en adolescente dependerá del médico a cargo del parto³².

Lo ideal siempre es lograr un parto natural espontáneo. Se ha demostrado que la episiotomía es una indicación relativa y no debe ser siempre usada, si se quiere evitar los desgarros existe una maniobra muy usada en la práctica que es la maniobra de Ritgen, también están los masajes perineales y la aplicación de compresas calientes, con la que se ha visto una reducción de las suturas y en los grados de los desgarros³³.

Se le realizó la sutura correspondiente a la paciente y pasó a puerperio inmediato donde fue controlada durante dos horas sin encontrarle signos de alarma y estable, posteriormente pasó a hospitalización. En hospitalización estuvo durante un día, se le realizó consejería sobre métodos anticonceptivos, siendo elegido el implante en su caso, además de la correspondiente interconsulta a psicología para que observe su caso y vea su entorno familiar, como menciona la guía técnica de embarazo de la adolescente el manejo debe ser multidisciplinario³⁴. A las 24 horas se le dio de alta con su bebé sin presentar mayores complicaciones, y entregándole una contrarreferencia, para que la entregue en su establecimiento de salud de primer nivel, y pedir una referencia para ser atendida a la semana de su primer control de puerpera.

Caso 2

Las enfermedades de transmisión son una de las patologías ginecológicas que se pueden comúnmente en la consulta externa del primer nivel de atención. Existe una norma técnica que permite realizar un tratamiento de forma sindrómica. En el caso de la paciente, ella relata un tiempo de enfermedad de tres días, y síntomas de dolor abdominal bajo, sensación de alza térmica y flujo vaginal.

El síndrome de dolor abdominal pélvico, se realiza mediante un diagnóstico clínico luego de haber descartado patologías quirúrgicas abdominales como embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico y abscesos^{35, 36}. Una vez descartadas estas patologías se puede plantear la sospecha diagnóstica de una enfermedad pélvica inflamatoria. En esta patología también se toma en cuenta los factores de riesgo: vida sexual activa con varias parejas sexuales, o una pareja sexual que tenga varias parejas y el no uso de métodos de barrera^{36, 37} como es el caso de la paciente.

Al examen físico, esta paciente se encontró signos que orientaban a la sospecha de una enfermedad inflamatoria pélvica como dolor a la movilización de los anexos en el examen bimanual, presencia de flujo a la especuloscopia y fiebre³⁵.

El tratamiento es empírico para los patógenos más comúnmente relacionados, como la *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y otros organismos de la flora vaginal^{35, 37}, y la decisión de si el manejo es ambulatorio o se requiere hospitalización dependen de criterios como enfermedad grave, intolerancia a la vía oral, absceso pélvico, posibilidad de otra patología, no respuesta al tratamiento, embarazo³⁸.

A la paciente se le brindó el tratamiento empírico ambulatorio según la norma técnica del manejo sindrómico: Ciprofloxacino 500 mg vía oral (única dosis) + Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días + Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días³⁵. Además, se le pidió que regresara en tres días para ver respuesta al tratamiento.

Como parte de la consulta se le brindó información sobre lo que es el uso de métodos de barrera y enfermedades de transmisión sexual y el VIH, y también se le solicitó regresar con su pareja para poder evaluarlo y darle tratamiento^{35,38}.

Cirugía General

Caso 1

La evaluación de un paciente con sospecha de apendicitis se realiza mediante el score de Alvarado, con este tendremos una aproximación si se trata de apendicitis o alguna otra patología, si el puntaje es bajo. Existe un algoritmo³⁹

que puede orientar el manejo dependiendo si el puntaje es menor o mayor a cuatro puntos. Cuando el puntaje es menor de 4 puntos no se puede descartar que la causa se deba a cualquier otra patología abdominal, se tendrá que observar al paciente durante 12 horas y reevaluarlo³⁹.

En el caso del paciente del ya contaba con un tiempo de enfermedad de doce horas y con una historia de dolor que migraba de la zona epigástrica hacia el cuadrante inferior derecho, anorexia y vómitos, por lo que se decidió tomarle exámenes de laboratorio básicos, mientras se le examinaba (hemograma completo y pcr)³⁹. en los cuales se encontró pcr elevado y desviación a la izquierda.

Se obtuvo un score de Alvarado de 7 puntos y se le solicitó una ecografía abdominal y los prequirúrgicos completos, además de una prueba COVID que salió negativa. La ecografía salió sugestiva de apendicitis y se procedió a prepararlo para sala de operaciones.

Cuando el Alvarado tiene un score mayor de cuatro puntos, el algoritmo recomienda tomar una tomografía, la cual es un recurso que no se tenía en el establecimiento de salud, por lo que se solicitó la ecografía con la cual se confirmó el diagnóstico de apendicitis no complicada y se decidió empezar el manejo de la patología³⁹.

El manejo de esta patología es la apendicectomía por laparoscopia, la intervención quirúrgica se realizó sin complicaciones, duró 40 minutos y el reporte operatorio fue: Apendicectomía laparoscópica a muñón libre, extrayéndose un apéndice flemonoso de posición paracecal y con base conservada. Hay evidencia que sugiere el uso de una dosis de antibióticos una hora antes de la incisión quirúrgica, se prefiere dar cefoxitina 2 gramos intravenoso⁴⁰.

El paciente pasó a sala de recuperación post anestésica, donde despertó sin presentar molestias, posterior a ello fue llevado a sala de hospitalización, donde se le dio tolerancia oral, empezando por una dieta líquida clara hasta la incorporación de alimentos.

Los antibióticos no son necesarios en el post operatorio de un paciente joven con apendicitis no complicada⁴⁰, fue dado de alta al segundo día postoperatorio, donde se le dio una contrarreferencia para que regrese por consultorio de cirugía general en 5 días para control y retiro de puntos.

Caso 2

Las fracturas de radio distal son comunes especialmente en mujeres mayores con osteoporosis, su mecanismo de injuria es generalmente caídas de bajo impacto⁴¹. La paciente que llega a emergencia con dos días de enfermedad muestra una deformidad específica, con deformación y mucho dolor, con la historia de haberse caído de las escaleras sobre su muñeca. El mecanismo de lesión más común es caer sobre las manos en hiperextensión. Cuando este mecanismo produce una fractura específica donde la línea de fractura es transversal del radio, extra articular y el fragmento distal realiza un desplazamiento dorsal tiene un epónimo, que es llamado fractura de Colles⁴².

Se le solicitó una radiografía anteroposterior y lateral de la muñeca derecha⁴¹, donde se evidenció que el fragmento distal del hueso radial se encontraba desplazado hacia el dorso, y que efectivamente no contaba con compromiso articular.

El manejo de este tipo de fractura es ortopédico, ya que no tenía ninguno de los criterios de manejo quirúrgico como el ser una fractura abierta, tener compromiso vascular o nervioso, ser una fractura inestable o tener compromiso articular⁴¹. Se realizó una reducción e inmovilización donde se usó anestesia local en la paciente, la colocación de la férula es con el codo flexionado en 90° y el brazo en posición neutra (no supinación ni pronación, ni flexión o extensión de muñeca)⁴¹. Luego se solicitó tomarse la radiografía control, se evidenció la reducción exitosa de la fractura.

Se le recetó inyectables para el dolor: dexametasona de 4gr + diclofenaco de 75 mg (intramuscular) por 3 días, luego analgésicos: naproxeno 500 mg cada 12 horas por 5 días, se le dio de alta del servicio de emergencia y se le solicitó regresar en 7 días al consultorio de traumatología para evaluación. Aunque algunos autores sugieren el uso de opioides⁴¹, los médicos tratantes en

emergencia no suelen usarlos en adultos mayores por las complicaciones que estos generan.

Pediatría

Caso 1

La enfermedad diarreica en los niños es un problema de salud pública a nivel nacional, por eso es importante el reconocimiento y tratamiento de esta patología. Al momento del examen físico se tiene que evaluar el estado de deshidratación presente, porque dependiendo a ello se usará un plan de acción diferente, según la guía de práctica clínica de enfermedad diarreica aguda en el niño y la niña⁴³.

Se empezó evaluando los signos de deshidratación en el paciente, como el estado de consciencia si está despierto y alerta, intranquilo o letárgico, si los ojos se encuentran hundidos o no, como se encuentra la mucosa oral (seca o húmeda), si hay llanto con presencia de lágrimas o no y la sed del pequeño. A la vez se explorará la presencia del signo del pliegue y estos signos determinarán el estado de hidratación. Poder evaluar esto es importante, porque es ahí donde se encuentra la importancia del tratamiento para evitar la deshidratación severa y las complicaciones que vienen asociadas a ello^{43,44}.

El paciente se encontró alerta e irritable, presencia de lágrimas durante el llanto, con una sed ávida y no se evidenció signo del pliegue, diagnosticándose una diarrea aguda sin signos de deshidratación, que tiene como tratamiento el plan A, que es un plan que consiste en prevenir la deshidratación⁴³. Los niños que presentan diarrea sin signos de deshidratación se estiman han perdido <5% del volumen de líquido corporal, y se considera que no necesitan ser hospitalizados. Pueden seguir un tratamiento ambulatorio después de observarlos por un tiempo en el establecimiento de salud⁴⁴.

Según la guía del MINSA, el plan A del tratamiento puede realizarse desde casa a través de 5 reglas que se tienen que explicar a los padres o tutores: 1. Aumentando ingesta de líquidos, 2. Continuando la alimentación, 3. Reconocer signos de alerta de deshidratación y en qué momento regresar al establecimiento de salud, 4. Prevención de futuros episodios, y 5.

Administración de suplemento (Zinc)⁴³. El paciente en este caso se le evaluó y observó en el establecimiento de salud, porque la madre indicó vivía en una zona con dificultad para acceder, que tardaba en llegar al centro de salud.

Se le suministró sales de rehidratación oral, ya que tiene menos de dos años se le dio 100 ml de la SRO preparada después de cada evacuación⁴³. Luego de dos horas en observación en el centro de salud, hidratado, con buena tolerancia y con la fiebre que disminuyó con medios físicos, se le indicó continuar el tratamiento en su hogar y se le brindó las medidas de cuidado y prevención para evitar futuros episodios, así como los signos de alarma para que regrese al establecimiento de salud y como la guía menciona, se programó una visita domiciliaria a las 72 horas para verificar cumpla con las medidas brindadas, así como el suplemento de zinc indicado que es de 20 mg de zinc elemental al día por diez días.

Caso 2

La paciente contaba con un tiempo de enfermedad de cuatro días y con un inicio de síntomas respiratorios como tos no productiva, fiebre, malestar general y como los padres pensaron que probablemente tenía COVID-19 es que la llevaron al establecimiento de salud, donde la prueba salió negativa, los síntomas concuerdan con un cuadro respiratorio, así que se procedió a realizar la evaluación física, se evidenció signos de neumonía atípica como disminución de la amplexación de uno de los hemitórax, y se encontró a la auscultación sibilantes difusos en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho.

Al descartarse el diagnóstico de COVID-19 debido a la situación epidemiológica del país y según su grupo etario el microorganismo que más comúnmente causa neumonía atípica, por los síntomas y signos descritos es el *Mycoplasma pneumoniae*^{45, 46, 47}. La saturación estaba dentro de lo aceptable y no se evidenció signos de gravedad, por lo que se decidió el manejo ambulatorio.

Los exámenes de laboratorio de rutina, así como la radiografía de tórax en menores de doce años con sospecha de neumonía no son de uso rutinario⁴⁷, se solicitan a criterio del médico tratante, en el caso de la paciente como entro

por emergencia es que se le solicitaron los exámenes, que solo terminaron confirmando el diagnóstico ya establecido con la anamnesis y el examen físico.

El tratamiento empírico de la neumonía atípica es con macrólidos^{47, 48}, en el caso de la paciente se le dio azitromicina 10 mg/kg cada 24 horas por 5 días⁴⁷, mientras que para la fiebre se le recomendó a la madre el uso de medios físicos, ya que la temperatura no era muy alta. Se conversó con la madre y se le recordó los cuidados que debía tener y la importancia de no automedicación ya que no se recomienda el uso de antitusígenos, antihistamínicos, expectorantes, broncodilatadores orales y mucolíticos⁴⁷.

Se la citó para una reevaluación en 48 horas, para ver respuesta y adherencia al tratamiento, a los dos días la paciente asistió con su madre, y había mejoría clínica, al completar el tratamiento a los cinco días se le dio el alta.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado es una etapa importante por las destrezas prácticas que el alumno adquiere, que genera expectativas de parte del estudiante. Muchas veces dependiendo lo que tenga como área de interés o tenga decidido especializarse pueden ser más amplias o no, por ejemplo, un interno que espere hacer su especialidad en algún área quirúrgica, esperará poder realizar su rotación de cirugía general, donde podrá estar cerca de los casos que le interesan ver y tener la oportunidad de entrar a intervenciones quirúrgicas a aprender más directamente, así como un interno que le interesa la ginecología y obstetricia querrá poder atender partos y esperará ver patología ginecológica.

Aunque muchas veces estas expectativas- no solo en el área de interés del alumno sino también, para adquirir las habilidades básicas y necesarias con la que todo médico general necesita salir para poder decir que ha tenido una buena educación y docencia- se ve obstruida por el abundante exceso de carga laboral y papeleo⁸ que se tiene que realizar en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, trabajo que es dejado al interno de medicina.

La noticia sobre reincorporación al internado médico, luego de meses de estar en un limbo del cual no se tuvieron noticias para continuar con las actividades académicas, se publicó los lineamientos de reincorporación al internado de ciencias de la salud⁵, que mencionó realizar una inducción sobre COVID-19 que debía ser brindada por la universidad. Adicionalmente se recibió una inducción a la atención del primer nivel organizada por la DIRIS, la cual fue muy importante para los alumnos de universidades que no tenían cursos de rotación comunitaria, ya que les permitió poder ubicarse en un contexto el cuál es más cercano al trabajo realizado en el SERUMS, e igualmente ayudó a

poder ver como este tipo de atención se había adaptado a las necesidades de la pandemia que se estaba viviendo.

Los lineamientos de reincorporación⁵, brindados por el Ministerio de Salud, de difícil aplicación, por las ya existentes y conocidas deficiencias en el sistema de salud que los mismos estudiantes enfrentaron como la falta de equipos de protección personal (EPPs) que debían ser brindados por parte de los establecimientos de salud, al ser el alumno como un personal de salud más del lugar, la falta de toma de pruebas periódicas como se había establecido, la falta del seguro de salud y de vida que se comprometieron y el estar expuestos al gran flujo de pacientes sospechosos de COVID-19 en áreas no que se suponían sería no COVID⁴⁹; pero que si se piensa detenidamente sobre ese concepto, no existiría el concepto de área COVID y no COVID, sino de área con menor y mayor riesgo de exposición a COVID. Todos los trabajadores de salud están incluidos dentro del grupo de riesgo alto y muy alto de exposición a COVID⁵⁰.

La preocupación que muchos estudiantes tuvieron que pasar por miedo a que puedan ser los responsables de que contagiaron a sus familias obligó a muchos el tener que mudarse lejos de sus familias y cerca a los establecimientos de salud donde se encontraban realizando sus prácticas, lo cual fue de la mano con problemas económicos que la misma pandemia trajo y la demora en los sueldos que se acordaron afectaron también a los internos ya que generaba una preocupación adicional para ellos⁴⁹, la experiencia fue distinta de muchas maneras, desde el tener que adecuarse a un nuevo ambiente, el cambio de nivel y procedimientos diferentes a realizar, el enfoque que había que tener y lo último pero no menos importante, el lado mental sobre la preocupación que tenían al contagiarse y a la vez, contagiar a sus familias⁵¹.

La experiencia vivida fue única a su manera por el contexto dado, a diferencia del internado durante años anteriores, donde la carga era más laboral y de papeleo; la cuestión en el último año que se vivió es por una adaptación total a lo que es tanto laboralmente y de forma educacional al intentar adquirir las habilidades mínimas que se necesitaban aprender en la etapa llamada

internado, que muchas veces vino de simulaciones e educación a distancia, mediante sesiones virtuales para poder complementar la enseñanza recibida en los establecimientos.

Experiencia en las diferentes rotaciones durante el internado médico:

Medicina interna

La primera rotación correspondió a la especialidad de medicina interna, que duró los tres primeros meses del año 2020, fue la rotación pre pandemia donde la carga y el internado fueron lo esperable para lo que normalmente era; la carga era como habitualmente es conocida en la especialidad, con mucha carga laboral y actividades variadas desde atención al paciente, administrativas, por la cantidad de documentos que la burocracia del sistema de salud pide por paciente, actividades académicas de la universidad y/o docentes del hospital, además de la preparación para el examen que siempre se realiza durante el último año de la carrera (ENAM); que los alumnos se acostumbren al ritmo de ir todos los días al hospital, ser de los primeros en llegar y casi los últimos en irse, donde el flujo de pacientes era muy alto por la demanda que tenía el hospital donde se realizó la rotación, donde además las pocas horas de sueño por la pesada carga laboral pero que permitía tener todo el contacto que se necesitaba con el paciente por especialidad, por lo que conversar con los co-internos de otras universidades, distribuirse las tareas para poder conocer a todos los pacientes cumplir con las responsabilidades que se tenían con ellos, fue una buena manera de aminorar las cargas, con el trabajo en equipo, como debe ser, se apoyaba además a quien estaba post-guardia o a quién tenía actividades académicas de preparación en su universidad.

Fue una experiencia que permitió el aprendizaje de una manera ordenada y cumplir con las actividades con responsabilidad. De esa forma se podía estar atento a las necesidades de los pacientes en la sala de hospitalización, con las horas de estudio, las guardias y actividades académicas del hospital.

Cirugía General

La rotación de cirugía se desarrolló en el Hospital de Vitarte, un hospital del segundo nivel de atención que cuenta con salas de operaciones y una emergencia de la especialidad,

El trabajo en este tipo de hospital fue principalmente poder atender las patologías básicas quirúrgicas y reconocerlas de manera que se pueda dar el tratamiento quirúrgico oportuno para evitar las complicaciones de ellas; el horario de trabajo para poder acercarse a cumplir las competencias fue organizado por los residentes a cargo.

Fue una rotación sin muchas dificultades gracias a la organización y disposición de enseñanza de los asistentes y médicos residentes tanto en emergencia como en hospitalización. Uno de los problemas pudo ser el hecho de limitar el acceso a sala de operaciones por el mismo contexto de pandemia que se estaba viviendo, donde no permitían que los alumnos ingresaran y las horas usadas fueron invertidas principalmente en el servicio de emergencia, donde se podía hacer suturas, curaciones de heridas y reconocimiento de patologías que requieran intervenciones de emergencia junto a los médicos a cargo.

Por otro lado, mientras se estuvo rotando en el primer nivel de atención, también se realizaron actividades como sutura de heridas y curaciones de mordeduras de perro, que correspondían a la capacidad resolutoria de ese nivel de atención, que cuando no podían ser atendidas debían ser referidas a un mayor nivel de atención para el manejo de especialidad, Generalmente los pacientes regresaban con una contrarreferencia para que el hospital con mayor nivel resolutorio pudiera continuar su atención.

Pediatría

Esta rotación pone como reto el tener empatía al máximo y a la vez controlar las emociones, se consideró como desafío el poder manejar las emociones para evitar sentir empatía extrema o “pena” por los pacientes. El tratar con pacientes pediátricos, es también tratar a los padres, familiares o tutores de ellos como si fueran un paciente. Muchas veces vienen preocupados y asustados de la condición del niño, aprender a llegar a ellos, y a la vez hacer

la conexión con el paciente es lo que facilitó una buena relación médico-paciente. Aprender a tener paciencia y organizarse para darle el tiempo de explicar al padre, muchas veces calmarlos o hacer que entiendan las indicaciones para que el niño se recupere, retos a superar. Nuevamente el trabajo en equipo y la comunicación constante para con los apoderados del paciente fueron clave para poder lidiar con las dificultades que se presentaron.

Otra experiencia fue que muchas veces los padres son de la misma edad del interno, ganarse la confianza con empatía, generándoles confianza puede ser un desafío, que se realizó con la constante interacción, en la formación de habilidades blandas que ayuden a generar la confianza que ellos necesitan. Muchas veces es necesario orientarlos, ya que muchos padres son primerizos, y esperan que los médicos puedan resolver sus dudas, recomendarles una buena crianza. Esa confianza generada puede lograr una buena adherencia a los tratamientos.

Ginecología y obstetricia

La rotación de ginecología y obstetricia se puede dividir en dos partes, la primera relacionada a la mujer y las patologías que puede presentar en cualquiera de las etapas de su vida, desde que es adolescente hasta la llegada de la menopausia y la otra tiene que ver con la mujer en su etapa de gestante.

En el primer nivel de atención como medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevención de cáncer de cuello uterino, así como el control prenatal, se realizan intervenciones en las cuales el médico tiene que ser proactivo para poder llegar a la población, explicarles este tipo de patologías y estados, brindar charlas de educación, practicar las recomendaciones y que puedan regresar al centro de salud ante cualquier duda o problema de salud ginecológica es un reto lograr alcanzar la confianza de la población.

Muchas veces al estar en un entorno comunitario, se tiene que tener en cuenta muchos factores para lograr que la población comprenda y pueda tener la disposición de preocuparse de su salud y confiar en el personal del centro. El

trabajo en equipo con otros profesionales es clave para poder lograr el objetivo en el primer nivel, en este caso junto a la licenciada de enfermería u obstetricia, con quienes se trabajará para poder llegar a la población, y atender sus necesidades de salud.

En general, en cada una de las especialidades donde se realizan las rotaciones del internado, cada alumno se enfrentará a un desafío diferente. Ser médico requiere de una mezcla de habilidades, no solamente prácticas y de conocimientos, sino de empatía y valores para poder ejercer la profesión. Los valores y la empatía son características que muchos pacientes aprecian y que mencionan ya no encuentran en muchos especialistas o profesionales de la salud.

Algo que puede llamar la atención sería el cambio en la forma habitual de atención al paciente, para adecuarse a las nuevas normas por el coronavirus, lo cual llevó a una especie de percepción de alejamiento por parte del médico al paciente, donde se le pide mantenerse a cierta distancia y muchas veces separados por un plástico, donde por diferentes experiencias es difícil hablar con el paciente. Se debe tomar en cuenta también la carga mental adicional con la que acude a los establecimientos de salud, donde existe una alta incidencia de ansiedad y depresión⁵².

Por ello, los estudiantes deben siempre recordar que no solo se está tratando a una enfermedad, sino a un paciente de manera holística, prestando atención a la carga mental con la que puede presentarse el paciente y tener la empatía suficiente para que confíe en el profesional y en el tratamiento que se le va brindar. Una observación interesante es la falta de habilidades blandas en el currículo de las diferentes universidades. Resulta imprescindible poder formar a los estudiantes que aún no poseen un entrenamiento en esta área y reforzar a los que han estado asistiendo a ese tipo de talleres de manera personal, además de capacitaciones sobre salud mental para poder manejar al paciente e identificar los diferentes problemas para que pueda ir al especialista indicado en el momento que lo requiera.

El paciente es un ser humano con emociones y circunstancias que afectaran su salud no solo físicamente sino también mental, queda reflexionar y

encontrar medidas que reflejen a nuestra población para poder brindar una atención de calidad, centrada en cada uno como individuo, no solo solucionando el tema físico que aqueja al paciente, además poder dar una atención más completa a otro ser humano.

Por último, aunque el internado no sea la misma experiencia con respecto a años anteriores, por la compleja situación en la que se encuentra no solo el país sino todo el mundo, se pueden seguir adquiriendo las habilidades básicas de diferentes maneras, desde rotaciones a diferentes niveles de complejidad, en el primero, segundo o tercer nivel de atención. Lo importante es aprovechar y adquirir conocimientos para poder brindar una atención adecuada con conocimientos y preocupándose por los pacientes. Se puede reenfocar la mirada desde un lado de salud centrada más en actividades preventivo promocionales en el primer nivel, que es la puerta que se ha abierto para todos los estudiantes, ya que el siguiente paso de la formación del profesional es brindar atención como médico generalista. antes de poder realizar una especialidad en el país. Y es importante llegar a esa etapa bien capacitados y entrenados en los problemas de salud que se pueden encontrar en la comunidad.

CONCLUSIONES

- El internado médico es una etapa muy importante para terminar la formación del estudiante, donde se adquiere las destrezas y habilidades necesarias para ejercer su carrera profesional, es el periodo donde existe más contacto con el paciente y se puede experimentar más profundamente en qué consiste la relación médico-paciente.
- La pandemia ha demostrado ser un reto para los estudiantes en el último año de la carrera médica, por lo que se ha tenido que adaptarse a la situación, la educación a distancia se aplicó como parte complementaria a las actividades ya realizadas en la práctica profesional, lo cual sirvió para que los alumnos pudieran cumplir los requerimientos básicos que se necesitan en la profesión.
- La formación holística que recibe el alumno durante el pregrado es muy importante para poder lograr la comprensión del paciente más que la enfermedad, y ver a una persona con dolencias que se comportan de manera particular en cada uno de ellas, especialmente en el contexto que se vivió después de la primera ola y la pandemia, donde se vio la carga mental que tenía el paciente, y como esta podía afectar las dolencias pre existentes.
- Las limitaciones existentes en la aplicación de la enseñanza pudieron solventarse con actividades no presenciales, tipo discusiones con especialistas de cada una de las diferentes rotaciones, llevando con éxito el cumplimiento de la currícula, lo que demostró que la educación a distancia es una herramienta fundamental en el contexto actual.

RECOMENDACIONES

- La preparación a nivel hospitalario es la ideal, pero para el primer nivel de atención aún no es lo suficiente. Se debería tratar de capacitar más al alumno en el primer nivel de atención, donde las actividades a realizar son preventivo promocionales, donde es generalmente el encargado de la comunidad.
- A pesar de la capacitación brindada por parte de la casa de estudio en cuanto a ver al paciente de forma holística, sería ideal que se refuerce de forma práctica también de tal forma que el alumno no se olvide de ver al paciente como otro ser humano, a pesar de toda su carga laboral.
- Si bien la educación a distancia es una forma nueva de poder llegar a los alumnos durante la época vivida, hay que tomar en cuenta la capacitación del docente. Muchas veces estos cuentan solo con los conocimientos básicos en el uso de tecnología, por lo que se dificulta la realización de actividades de manera algo más didácticas e incluso durante momentos donde existen fallas técnicas y solo queda esperar al encargado de servicio técnico.
- La formación en cuanto a reconocimiento y manejo de la patología mental es muy importante en la carrera, pero ha cobrado más importancia como consecuencia de la pandemia. Por ello es necesario que los alumnos puedan tener la capacidad de comprender la carga mental del paciente y sus familiares, saber responder a las necesidades que necesiten sin importar el nivel de atención en el que se encuentren.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Aucaruri E. Percepción de violencia laboral en internos de medicina de una universidad pública. Lima-2016 [Internet]. 2017. [citado el 26 de junio de 2021]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5855/Aucaruri_ph.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Presidencia del consejo de ministros. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. El Peruano; 2020.
3. Arroyo-Ramirez Fitzgerald A., Rojas-Bolivar Daniel. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta méd. Peru [Internet]. 2020 [citado el 26 de junio de 2021]; 37(4): 562-564. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400562&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.374.185>
4. MINSA. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA que aprueba documento técnico N° 090-2020-MINSA.
5. MINSA. Documento Técnico: “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020”.
6. MINSA. Resolución ministerial N°290-2020 que aprueba el documento técnico: “Lineamientos Técnicos generales de expansión de la capacidad de atención clínica ante el estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del brote el covid-19.

7. MINSA. Norma técnica N° 113-2015-MINSA “Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
8. Taype-Rondán Álvaro, Tataje Rengifo Gustavo, Arizabal Angela, Alegría Hernández Sacla. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An. Fac. med. [Internet]. 2016 [citado el 17 de julio de 2021]; 77(1): 31-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000100006&lng=es <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i1.11550>.
9. Facultad de Medicina Humana – Universidad San Martín de Porres. Plan de Estudios de Pregrado. 2020
10. Facultad de Medicina Humana – Universidad San Martín de Porres. Sílabo Medicina Interna. 2020
11. Facultad de Medicina Humana – Universidad San Martín de Porres. Sílabo Ginecología y obstetricia. 2020
12. Facultad de Medicina Humana – Universidad San Martín de Porres. Sílabo Cirugía general. 2020
13. Facultad de Medicina Humana – Universidad San Martín de Porres. Sílabo Pediatría. 2020
14. Ministerio de Salud. Categorías de establecimientos del sector salud [Internet]. 2011. [citado el 18 de julio de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf
15. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrón – Historia [Internet]. Gob.pe. [citado el 18 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/acerca-de-nosotros/historia.html>
16. Organigrama estructural del hospital nacional Daniel Alcides Carrion [citado el 18 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.hndac.gob.pe/organigrama/index.htm>
17. Dirección de redes integradas de Salud Lima Este. Resolución Directorial N° 117-2019-DG- DMGS-OAJ-DIRIS LE/MINSA. Cartera de Servicios del Hospital Vitarte. 2019. [citado el 19 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.dirislimaeste.gob.pe/virtual2/Publicaciones/CarteraServiciosSalud/CarteraServiciosSalud_HospVitarte_2019.PDF

18. Centros de salud del primer nivel de atención brindan tratamiento antirretroviral para VIH [Internet]. [citado el 19 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/318701-centros-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion-brindan-tratamiento-antirretroviral-para-vih>
19. Minsa: 25 centros de salud de Lima Este realizan pruebas moleculares para diagnóstico oportuno de COVID-19 [Internet]. [citado el 19 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/323519-minsa-25-centros-de-salud-de-lima-este-realizan-pruebas-moleculares-para-diagnostico-oportuno-de-covid-19ANEXOS>
20. Espinoza C. Coronavirus en Perú: La crisis sanitaria que la pandemia “desnudó” en el país [Internet]. RPP. 2021 [citado el 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/actualidad/coronavirus-en-peru-la-crisis-sanitaria-que-la-pandemia-desnudo-en-el-pais-noticia-1325538>
21. MINSA. Salud mental: El 52.2% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia [Internet]. [citado el 19 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/newsletter/2021/edicion-72/nota4/index.html>
22. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr.* 2020;33(2): e100213.
23. Hernández Rodríguez José. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2020 [citado el 20 de julio del 2021]; 24(3):578-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es. Epub 01-Jul-2020.
24. Díaz HQ, Lesmes LL. Estrés y ansiedad como respuestas a la cuarentena en época de coronavirus. *Revista Neuronum.* 2020;6(4):442–52.
25. Huarcaya-Victoria Jeff. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2020 [citado el 20 de julio de 2021]; 37(2):327-334. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.
26. Opciones de atención para la salud mental frente al COVID-19 [Internet]. [citado el 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/11834-opciones-de-atencion-para-la-salud-mental-frente-al-covid-19>

27. R. Lowe, C. Anderson, K. Kowdley. Clinical manifestations and diagnosis of cholangiocarcinoma. UptoDate. 2020. [citado el 23 de julio de 2021]
28. D'Alaimo Brenes N, D'Avanzo Zúñiga D, Mora Membreño KV. Abordaje del colangiocarcinoma. Rev Medica Sinerg. 2020;5(6): e515.
29. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología – Control Prenatal en adolescentes. 2018. [citado el 23 de julio de 2021]
30. Ortiz Martínez Roberth Alirio, Otalora Perdomo Mayra Fernanda, Delgado Ana Bolena Muriel, Luna Solarte Diego Andrés. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018. [citado el 23 de julio de 2021]; 83(5): 478-486. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500478>.
31. MINSA. Norma Técnica N° 105 “Salud para la atención integral de Salud Materna”. 2013.
32. Torres I, Aguilar CE, Flores EJ, López OJ, Flores I, Discua A, et al. Teenage pregnancy, obstetric risks through labor and immediate puerperium at Leonardo Martínez Valenzuela Hospital [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 23 de julio de 2021]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2015/vre152e.pdf>
33. Gabriel R, Bonneau S, Raimond E. Protección del periné durante el parto. EMC - Ginecología-Obstetricia 2020;56(1):1-16
34. MINSA. Norma Técnica de Salud, atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. 2019.
35. MINSA. Norma Técnica de Salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú. 2013.
36. J. Ross, M. Chacko. Pelvic Inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2021
37. J. Ross. Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors. UpToDate. 2020.
38. H. Wiesenfeld. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. UptoDate. 2021.
39. R. Martin, S. Kang. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation. UptoDate. 2021

40. D. Smink, D. Soybel. Management of acute appendicitis in adults. UpToDate. 2021.
41. D. Petron. Distal radius fractures in adults. UpToDate. 2021.
42. Lira FG. Clasificación y métodos diagnósticos de las fracturas de muñeca [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 24 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2011/ot111d.pdf>
43. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. 2017.
44. J. Harris, M. Pietroni. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries. UpToDate. 2019.
45. W. Barson. Pneumonia in children: Epidemiology, pathogenesis, and etiology. UpToDate. 2020.
46. J. Vallejo. Mycoplasma pneumoniae infection in children. UpToDate. 2020.
47. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños. 2019.
48. W. Barson. Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment. UpToDate. 2021.
49. Pareja S. Sin seguro médico ni vacunas: los futuros doctores del Perú están en riesgo [Internet]. Saludconlupa.com. 2021 [citado el 25 de julio de 2021]. Disponible en: <https://saludconlupa.com/entrevistas/sin-seguro-medico-ni-vacunas-los-futuros-doctores-del-peru-estan-en-riesgo/>
50. COVID-19 - Hazard Recognition [Internet]. Osha.gov. [citado el 25 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.osha.gov/coronavirus/hazards>
51. Morote P., Sandoval K., Moreno M., Taype-Rondan Á. Mental health studies in medical students in the context of COVID-19. Rev Colomb Psiquiatr (Engl). 2020;49(4):223–4.
52. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. Colomb J Anesthesiol [Internet]. 2020;48(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5554/22562087.e930>