



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO 2020-2021 EN LIMA:
DEL TERCER AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ODETH OLINDA JULIANNE BALDEON CHAVEZ

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA

**LIMA, PERÚ
2021**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO 2020-2021 EN LIMA:
DEL TERCER AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ODETH OLINDA JULIANNE BALDEON CHAVEZ**

**ASESOR
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoya Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico en primer lugar a mis padres, por formarme con valores y convertirme en la persona que soy ahora, por su sacrificio para velar por mi bienestar, por enseñarme a ser perseverante, a afrontar las adversidades con buen humor y a dar lo mejor de mi cada día.

A mis hermanos, por cuidarme y quererme como si fuera su hija; a mis sobrinos, quienes me enseñan cada día lo maravilloso que es el mundo desde los ojos de un niño; a mi abuela, por recordarme que los pesares no duran cien años.

Y a mi abuelo, que a pesar de no estar físicamente conmigo, estoy segura de que se alegra de verme lograr una de mis más ansiadas metas.

Odeth Olinda Julianne Baldeon Chavez

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Pediatría	3
1.2. Cirugía	6
1.3. Medicina Interna	8
1.4. Ginecología – Obstetricia	9
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	12
2.1. Establecimientos asignados para la práctica clínica	12
2.2. Internado Médico antes y durante la pandemia	13
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	18
3.1. Pediatría	18
3.2. Cirugía	19
3.3. Medicina	21
3.4. Ginecología y Obstetricia	23
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACION	34
ANEXOS	37
1. Resolución Ministerial 622-2020/MINSA	38
2. Guía de Manejo de Tetralogía de Fallot - INSN	39
3. Escala de apendicitis pediátrica	40

RESUMEN

El Internado Médico constituye la última etapa de formación para el estudiante de medicina. En él se consolidan conocimientos, mientras se realiza la preparación para el examen nacional de medicina (ENAM) y la realización del servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS). A pesar de ser un año en el que se prestan servicios al sistema de salud, el Internado Médico aún no tiene leyes que lo regulen o establezcan derechos y deberes del interno. Con el inicio del Estado de Emergencia Sanitaria debido a la pandemia por COVID-19, el Internado Médico se vio suspendido ocasionando meses de incertidumbre en el alumnado. Pasaron unos meses para que se retornen las actividades de Internado Médico, con lo cual surgieron normas que regularizarían de manera temporal este último año de formación, así como la oportunidad de ejercer las labores en el primer nivel de atención. Es necesario formular leyes definitivas que rijan de manera uniforme el Internado Médico, para que así tanto el alumno como su familia no perciban dificultades en el año de su realización.

Palabras clave: Internado Médico, COVID – 19, Ley de internado médico, Cirugía general, Medicina interna, Pediatría, Ginecología y obstetricia.

ABSTRACT

The medical internship is the last stage of training for medical students. It consolidates knowledge while prepares the intern for the national medical examination (ENAM) and the rural and urban marginal health service (SERUMS). Despite being a year in which services are provided to the health system, the medical internship still does not have laws that regulate it or establish the rights and duties of the intern. With the beginning of the State of Health Emergency due to the COVID-19 pandemic, the medical internship was suspended, causing months of uncertainty among the student body. It took a few months for the medical internship activities to be resumed, which resulted in regulations that would temporarily regularize this last year of training, as well as the opportunity to work at the first level of health care. It is necessary the formulation of definitive laws that uphold in a uniform way the medical internship, so both the student and his family do not perceive difficulties in the year of its realization.

Keywords: Medical Internship, COVID – 19, medical internship law, General surgery, Internal medicine, Pediatrics, Obstetrics and gynaecology.

INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana en el Perú dura 7 años, siendo el último año el desarrollo del Internado Médico, el cual se realiza en establecimientos de salud correspondientes al tercer nivel de atención. Durante el internado el alumno debe asistir al establecimiento de salud durante los 365 días del año, además de cumplir guardias tanto diurnas como nocturnas.

El Internado Médico 2020 inició el 1 de enero del 2020 en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú (PNP) “Luis N. Sáenz”, de la Sanidad de la PNP, un establecimiento de salud nivel 3, que cuenta con especialidades y subespecialidades, iniciando el año de internado con la especialidad de Pediatría.

Ya que el internado se inicia el primer día del año, la inducción para la realización de este se desarrolla el último mes del año previo y se realiza en la Dirección Sanidad Policial. En ella se indican las labores que debe cumplir todo interno de medicina, además de sus derechos. Asimismo, se establece el orden en el que se rotará por las 4 especialidades del internado: pediatría, cirugía general, ginecología-obstetricia y medicina interna. Los internos de medicina cuentan con tutores de rotación propios de la universidad, más los médicos asistentes y residentes quienes cumplen como mentores para ellos. Cada interno tiene a su cargo un número de camas tanto en hospitalización como en emergencia, lo que

significa que debe conocer a su paciente: sus patologías, su historia clínica, el ámbito sicosocial y entablar una buena relación médico – paciente.

Debido a la responsabilidad que adquiere el estudiante en este último año de la carrera, el Internado Médico constituye la etapa más importante para su formación, ya que se encuentra inmerso en el ámbito asistencial no solo como un observador pasivo sino como activo. En este año el interno tiene la oportunidad de aplicar de manera constante todos los conocimientos y habilidades adquiridas en los 6 años previos de carrera bajo la supervisión del médico residente o asistente y así lograr consolidarlos.

Esta etapa sirve también para preparar al alumno con los conocimientos generales que todo médico general debe saber para su posterior aplicación en la vida profesional y sobre todo en el período en el que realizará el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), en donde como médicos recién egresados deberán realizar procedimientos médicos sin apoyo.

Sin embargo, el día 6 de marzo del 2020 el expresidente del Perú, Martín Vizcarra, anunciaba que se había confirmado en Lima el primer caso de COVID-19, una enfermedad respiratoria causada por el *severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2 SARS-CoV-2*, el cual alertó a la población. Nueve días después, el 15 de marzo del 2020, se dictaba el inicio del Estado de Emergencia y el inicio de la cuarentena nacional obligatoria. Inicialmente esta cuarentena duraría 15 días, no obstante, ante el ascenso de los casos debido a esta enfermedad se extendió por más tiempo, finalizando el 30 de junio del 2020. Durante el período de cuarentena las actividades de Internado Médico fueron suspendidas, a fin de disminuir el riesgo de contagio en los estudiantes y futuros médicos del Perú.

El 3 de agosto, el Ministerio de Salud promulga el Decreto de Urgencia N° 090-2020(1) que establece medidas excepcionales que coadyuven a cerrar las brechas de recursos humanos frente a la pandemia por COVID-19; en el cual se mencionan los lineamientos para el retorno progresivo de los estudiantes al Internado Médico. Adicionalmente, se garantiza la distribución de Equipos de

Protección Personal (EPP), remuneración mínima vital mientras dure la Emergencia Sanitaria, seguro de salud y seguro de vida. Se menciona también que el retorno debe ser al establecimiento de salud más cercano, de preferencia en el primer nivel de atención a fin de evitar que el estudiante se movilice en distancias muy largas y cumpliendo un régimen de 15 días de asistencia continua, seguidos de 15 días de descanso en áreas no-COVID.

Por tanto, durante la pandemia y hasta abril del 2021 el internado se viene realizando en el Centro de Salud “Santa Clara”, un establecimiento I-3, ubicado en el distrito de Ate. El cual cuenta con el servicio de medicina, nutrición, obstetricia, psicología, entre otros.

CAPÍTULO I : TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana en el Perú tiene una duración de 7 años que se dividen en 3 etapas. La primera etapa o Ciencias Básicas, es cuando el estudiante adquiere los conocimientos base para la carrera, y engloba cursos desde matemática y química hasta fisiología y fisiopatología humana, siendo estas últimas las materias clave para la siguiente etapa. La segunda etapa es la Clínica, en ésta el estudiante se encuentra más inmerso en las actividades asistenciales, ya que además de llevar cursos en la facultad se llevan prácticas en diversos hospitales de la ciudad a manera de observador pasivo. Ahí es capaz de rotar por diversas especialidades como endocrinología, cardiología, pediatría, entre otras. La última etapa y una de las más importantes es el Internado Médico, la cual dura los 365 días del último año, en esta etapa el estudiante tiene la oportunidad de poner en práctica todo lo aprendido en los primeros 6 años de la carrera, bajo la tutela de un médico residente o asistente en diversas especialidades.

Por lo tanto, se podría decir que el Internado Médico es el año más crucial de toda la carrera, pues en esta etapa el interno de medicina no es más un estudiante propiamente dicho, pero tampoco es médico. El estudiante participa activamente en las rondas médicas y ayuda a emitir un diagnóstico mientras va

aprendiendo a desenvolverse con más fluidez en el ámbito asistencial. Durante este último año de la carrera, el interno deberá rotar por las cuatro especialidades principales de la medicina: pediatría, cirugía general, ginecología-obstetricia y medicina interna. Además de las especialidades mencionadas, el interno puede tener la oportunidad de rotar en subespecialidades como son: cardiología pediátrica, neonatología, entre otros.

Las rotaciones a su vez engloban diversas áreas medicas: hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, consultorio externo, etc., en las cuales el interno deberá cumplir un determinado horario entre guardias diurnas, guardias nocturnas y turnos de mañana o tarde. El interno durante la mañana desarrolla la evolución de pacientes hospitalizados; en cambio, por la tarde solicita resultados de laboratorio, y en las noches está atento a cualquier paciente que acuda al servicio de emergencia. Además de las actividades asistenciales el interno participa en conversatorios médicos, discusiones de casos y diversas actividades preventivo - promocionales que el establecimiento en el que se encuentre pueda realizar

Por otra parte, ante un nuevo paciente, el interno se encarga de obtener datos para la historia clínica, sabiendo discernir los que son más relevantes para la patología que estuviera presentando, para así llegar a un diagnóstico certero y, posteriormente, a la terapéutica adecuada, integrando así todos los conocimientos aprendidos a lo largo de los 6 primeros años. Al ser el último año de formación es en esta etapa en la que se debe lograr disipar la mayor cantidad de dudas que pudiera haber respecto a conocimientos de prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las diversas patologías existentes, así como hacer diferentes procedimientos médicos que, si bien fueron realizados durante la carrera, en este último año se podrán hacer repetidamente para así consolidar los conocimientos y lograr aplicarlos en el futuro profesional.

En el Reglamento para el Internado Médico, elaborado por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, se señala que cada rotación hospitalaria en las cuatro especialidades mencionadas anteriormente

dura 3 meses, conformando así un año de internado. En el cual el interno debe participar activamente en las actividades asistenciales, actividades de ayuda diagnóstica y demás, así como acompañar al paciente a los diversos procedimientos que podría realizarse a fin de adquirir más conocimientos necesarios para su formación como médico.

En tal sentido, durante el primer trimestre del Internado Médico 2020, al iniciar la rotación de pediatría en el Hospital Central de la PNP, se pudo adquirir conocimientos nuevos en base a patologías pediátricas no frecuentes, y se consolidaron conocimientos de las patologías frecuentes de la población pediátrica como enfermedades diarreicas, respiratorias, entre otras. Por otro lado, en el servicio de emergencia, los pacientes pediátricos se encuentran nerviosos y muchas veces temerosos de los médicos, sin embargo, estos pacientes pueden depositar un cierto grado de confianza en los internos y así hacer más llevadera la estancia en emergencia u hospitalización.

Por tanto, durante enero a marzo del 2020, al rotar por la especialidad de pediatría, se lograron cumplir con muchos de los acápite que se nombran en el Reglamento del Internado Médico mencionado anteriormente. Sin embargo, debido al inicio de la cuarentena nacional obligatoria esta experiencia académica se puso en pausa.

1.1. Pediatría

Es la especialidad en donde la medicina integral es aplicada al período comprendido entre el nacimiento hasta el fin de la adolescencia, siendo importante no solo las patologías que se puedan presentar sino también entender que el ámbito sicosocial es parte crucial de este tipo de pacientes.

Caso 1:

Se describe una paciente femenina de 8 años que ingresa a la emergencia traída por su madre y abuela, quienes describen cianosis peri oral que calma al ponerse en posición de cuclillas, además de agitarse luego de caminar ciertas distancias. Los familiares refieren que un médico de la familia diagnosticó un soplo cardíaco

hace un par de años. La paciente no se encontraba tomando ningún medicamento ni había sido sometida a intervenciones quirúrgicas.

Al examen la paciente se encontraba con cianosis perioral, frecuencia cardíaca: 80 latidos por minuto, presión arterial: 100/70 mmHg, saturación de oxígeno: 87% en aire ambiental, peso y talla adecuados para su edad. La evaluación cardiológica encontró un soplo holosistólico en foco pulmonar, y no se evidenciaron signos de visceromegalia o edemas.

Se administro oxígeno a 2 litros por minuto mediante cánula binasal y se solicitaron exámenes auxiliares: radiografía de tórax, hemograma completo y examen de orina. De los cuales, tanto el hemograma como el examen de orina no mostraron alteraciones significativas, mientras que la radiografía de tórax evidenciaba un aumento de la silueta cardíaca. Debido a que la saturación de oxígeno permanecía baja y la paciente ameritaba mayores estudios se decide la hospitalización.

Durante la estancia hospitalaria se solicita ecocardiograma, en donde se evidencia estenosis del infundíbulo de la arteria pulmonar, ventrículo derecho dilatado, aorta desplazada a la derecha y una comunicación entre ambos ventrículos, configurando así el diagnóstico de Tetralogía de Fallot.

La paciente se encontraba estable durante la estancia en hospitalización, solo necesitando apoyo ventilatorio mediante cánula binasal a 2 litros por minuto, con la que lograba saturación de oxígeno de 95%. Sin embargo, la paciente habría logrado encontrarse estable incluso con su saturación habitual que era de 88 – 90%.

Se decidió referir a la paciente al Instituto Nacional de Salud del Niño para que pudiera someterse a cirugía, pero debido al inicio de la pandemia esta tuvo que posponerse.

Caso 2:

Acude al servicio de emergencia una paciente femenina de 10 años acompañada de su madre, quien refiere que desde el día anterior no tiene apetito.

Posteriormente se agrega palidez, sudoración, dolor abdominal y deposiciones tipo melena.

Al examen la paciente lucía deshidratada y pálida, con frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 24 por minuto, presión arterial: 100/70 mmHg y saturación de oxígeno: 98%. A la evaluación abdominal, se auscultaron ruidos hidroaéreos presentes, era blando, depresible y no se apreciaba dolor a la palpación.

En el hemograma se muestra: hemoglobina, 9.1 g/dL; leucocitos, 8500/ μ L; plaquetas, 220×10^3 / μ L; proteína C reactiva, 0.55 mg/dL. No hubo alteración en los factores de coagulación, glucosa, urea, creatinina o perfil hepático.

Se ingresa a la paciente al servicio de hospitalización bajo el diagnóstico de hemorragia digestiva alta. Durante la hospitalización la paciente es indicada de permanecer en NPO, hidratación parenteral, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas y la indicación de transfundir paquetes globulares si la hemoglobina cae a 8 g/dL.

En su día hospitalario número 2, la paciente se presentó con hemoglobina 7.8 g/dL, por lo que se transfunde paquetes globulares y se aprecia un aumento de hemoglobina a 9.2 g/dL.

Se solicita endoscopia digestiva alta, la cual evidenció gastritis superficial y nodular, además de una úlcera duodenal con Forrest Ib, por lo que se administra durante el procedimiento endoscópico adrenalina 4ml y endoclips. Además, se extrajo una muestra de la úlcera para enviar al servicio de patología y realizar una biopsia.

En los días posteriores la paciente logra realizar deposiciones sin melena, iniciándose tolerancia oral, a la cual la paciente responde adecuadamente. Los resultados de la biopsia no mostraron ningún resultado anormal. Debido a la evolución favorable que presentaba la paciente es dada de alta, y se va a casa con el tratamiento de omeprazol diario y posteriores controles por consultorio externo.

1.2. Cirugía

Esta especialidad de la medicina se basa en el conocimiento a nivel preoperatorio, el acto operatorio propiamente dicho y el manejo post operatorio de los pacientes que acuden a los servicios de emergencia o consultorio externo, que requieren someterse a un acto quirúrgico ya sea de manera electiva o de carácter urgente para poder resolver la patología que los aqueja.

Caso 1:

Acude un paciente masculino de 7 años al servicio de emergencia, traído por su padre, quien refiere que desde hace aproximadamente 16 horas su hijo se queja de dolor abdominal general que luego se localizaría en fosa iliaca derecha, náuseas y pérdida del apetito; posteriormente, se agrega fiebre que cede parcialmente a antipiréticos. Asimismo, no se reportaron vómitos, melena o alergias. El padre niega historia de viajes previos o familiares enfermos.

Al examen físico el paciente presentó frecuencia cardiaca: 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 98% y temperatura: 38.1°C. En la exploración abdominal, el paciente presentaba dolor a la palpación del cuadrante inferior derecho, signos de defensa muscular.

Debido a la sospecha de Apendicitis Aguda se solicitaron exámenes de rutina y preoperatorios: hemograma completo, grupo y factor sanguíneo, perfil de coagulación, reactantes de inflamación aguda, examen completo de orina, reacción inflamatoria en heces, glucosa, urea, creatinina, ecografía abdominal. El paciente es puesto en NPO, hidratación parenteral y uso de medios físicos para aliviar la fiebre.

El hemograma mostraba leucocitos, $15.9 \times 10^9/L$, con 58% segmentados, 23% linfocitos y 4% monocitos. La ecografía abdominal reveló un apéndice cecal engrosado de 2 cm y presencia de líquido libre local, resto de examen aparentemente normal. No se evidenciaron alteraciones significativas en los demás exámenes.

Con clínica sugerente y estudios de imágenes compatibles con apendicitis aguda se decide intervención quirúrgica.

El paciente es sometido a apendicetomía laparoscópica, siendo el diagnóstico post operatorio: apendicitis aguda necrosada con peritonitis localizada. El paciente ya hospitalizado continúa con antibioticoterapia e inicio de tolerancia oral al segundo día post operatorio. Debido a la buena evolución, el paciente es dado de alta en el 4to día post operatorio, indicándose continuación de la terapia antibiótica vía oral y posteriores controles por consultorio externo.

Caso 2:

Un paciente de 14 años se presenta en el servicio de emergencia ya que desde hace 24 horas presenta dolor intenso en escroto izquierdo e inflamación de este. El dolor se acompaña de náuseas 16 horas antes del ingreso. No refirieron historia de trauma u otros síntomas. Los padres señalan que el paciente presentó un episodio similar que remitió espontáneamente meses atrás.

Al examen físico se evidenció gran aumento de volumen, presencia de eritema en el escroto izquierdo, sensibilidad aumentada a la palpación y signo de Prehn negativo. Ante la sospecha de torsión testicular, se solicita ecografía doppler escrotal, además de los exámenes de rutina, hemograma completo, examen de orina.

En la ecografía Doppler se evidencia el cordón espermático rotado, flujo vascular ausente, un testículo de estructura heterogénea e hidrocele. El hemograma mostró únicamente leucocitos en $16.3 \times 10^9/L$, resto de examen normal.

Debido a que se trataba del diagnóstico de torsión testicular con un testículo no viable se procedió a realizar orquiectomía izquierda y orquidopexia contralateral. El paciente toleró la cirugía, pasando a sala de recuperación y posteriormente a hospitalización. No se presentaron mayores complicaciones durante su estancia por lo que es dado de alta un día después de su intervención, con la indicación de llevar controles por consultorio externo.

1.3. Medicina Interna

Comprende la integración de los conocimientos en la atención médica integral del adulto, mediante la cual se llega a un diagnóstico y al tratamiento no quirúrgico de la patología que podría estar presentando, así como la prevención y recuperación de estas.

Caso 1

Se recibe un paciente de 24 años en la unidad de Programa de Control de la Tuberculosis, debido a que presentaba desde hace 10 días tos productiva, disnea, fiebre nocturna intermitente y sudoración profusa, que persistían a pesar de antibióticos automedicados.

Al examen los signos vitales fueron frecuencia cardíaca: 94 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 98% y temperatura 37.2 °C. En la exploración pulmonar se auscultó movilización de secreciones. Debido a la coyuntura nacional se solicitó test de antígeno para SARS-CoV-2, además de muestra de esputo para diagnóstico de tuberculosis (TB) pulmonar, se indicó además realizar la prueba *Mycroscopic Observatory Drug Susceptibility* (MODS) para detectar si hubiera resistencia a los fármacos antituberculosos.

La prueba de antígeno para SARS-CoV-2 resultó no reactiva, por lo que se descartó infección por COVID-19. Mientras que la baciloscopía directa en la muestra de esputo fue positiva, confirmándose entonces el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Ya que el paciente se encontraba con diagnóstico de TB pulmonar se procedió a iniciar el esquema de tratamiento para TB sensible mientras se esperaba por los resultados de la prueba de sensibilidad rápida MODS. El paciente acudió cada día para la administración de medicamentos.

Los resultados de la prueba MODS llegaron 7 días después del inicio de tratamiento, indicando que el paciente era resistente a isoniacida y rifampicina, configurándose así el diagnóstico de TB MDR. Debido a tratarse de un esquema diferente de tratamiento con otros medicamentos se procedió a comunicar a la

DIREMID la nueva posología y así lograr el abastecimiento de esta. Con la respuesta positiva de DIREMID se inició el esquema de tratamiento para TB MDR.

Actualmente el paciente evoluciona favorablemente, acudiendo al Establecimiento de Salud todos los días para la administración de su tratamiento. Se indicó controles mensuales hechos por el médico, baciloscopía y cultivo de esputo mensuales hasta el final del tratamiento.

Caso 2:

Se presenta a la urgencia una paciente femenina de 32 años quien refiere desde hace una semana debilidad súbita de la hemicara izquierda, cefalea, dificultad para cerrar el ojo izquierdo y problemas para la audición en oído del mismo lado. Niega fiebre o síntomas de infección respiratoria previa. Antecedente de varicela a los 5 años.

Al examen los signos vitales fueron frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 98%, presión arterial: 100/80 mmHg. La evaluación física mostró parálisis facial periférica, con escala de House – Brackmann grado IV. No se evidenciaron lesiones vesiculares en conducto auditivo, cavidad oral o tórax. La paciente movilizaba extremidades con fuerza y tono muscular conservados.

Habiéndose descartado el síndrome de Ramsay Hunt, la paciente fue diagnosticada con Parálisis de Bell, iniciándose tratamiento antiviral con aciclovir vía oral 5 veces al día, por 5 días, prednisona 1mg/kg cada 24 horas por 10 días y solución oftálmica de lágrimas artificiales, además de uso de parche ocular para dormir. La paciente fue referida al Hospital de Vitarte para inicio de terapia física y rehabilitación. Posteriormente, en su control mensual por consultorio externo de medicina la paciente mostró mejoría significativa de la debilidad muscular, aunque no en su totalidad.

1.4. Ginecología – Obstetricia

Esta rama de la medicina enfocada en la mujer a lo largo del ciclo vital que consiste en aplicar los conocimientos adquiridos de habilidades clínico-quirúrgicas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías que puedan afectar el sistema reproductor femenino y el manejo además del embarazo, parto y puerperio.

Caso 1:

Se presenta una paciente de 23 años en el consultorio externo de medicina. Acude el segundo día de su período refiriendo dolor leve tipo cólico menstrual. Historia de ciclos irregulares, oligomenorrea, amenorrea y dismenorrea ocasional. Menarquia a los 13 años. Negó inicio de relaciones sexuales. Niega antecedentes de importancia.

Los signos vitales fueron frecuencia cardiaca: 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 99%. Su estatura era de 1.65 metros y pesaba 75 kg, con un IMC de 27.6 kg/m². Presencia de caracteres sexuales secundarios. Al examen se apreció hirsutismo en cara y abdomen, además de lesiones compatibles con acné; zonas de acantosis nigricans en región cervical. No se evidenció galactorrea. Ante la sospecha de Síndrome de Ovario Poliquístico, se solicitó ecografía pélvica y se prescribió ibuprofeno para tratamiento del dolor.

La ecografía pélvica reveló un útero en anteverso flexión con un grosor endometrial de 10 mm. Los ovarios derecho e izquierdo tenían un volumen de 52 cm³ y 21 cm³, respectivamente. Ambos ovarios contenían folículos en su periferia, los cuales tenían un tamaño entre 5 mm y 9 mm.

Debido a la fuerte sospecha de diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico, la paciente es referida al Hospital de Vitarte, servicio de ginecología, para la realización de mayores estudios, control y tratamiento; se prescribe además ibuprofeno condicional a dolor.

Caso 2

Se recibe en el consultorio de medicina una gestante proveniente del servicio de obstetricia. Paciente de 28 años, gestante de 32 semanas G2P1001, sin antecedentes de importancia, hace una semana había acudido a su control prenatal presentando PA de 140/90, por lo que se solicitó proteinuria con tiras reactivas y se citó para reevaluación. Contaba con controles prenatales regulares y había estado tomando los suplementos indicados. Percibía movimientos fetales.

Los signos vitales fueron frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 99%, presión arterial: 140/100 mmHg. A la evaluación física, presentaba una altura uterina de 30 cm; 142 latidos cardiacos fetales por minuto y no se apreciaban contracciones uterinas.

Se estableció el diagnóstico de preeclampsia sin criterios de severidad por lo que se hizo referencia al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vitarte, para su posterior control y manejo adecuado.

CAPÍTULO II : CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1. Establecimientos asignados para la práctica clínica

La primera rotación del Internado Médico 2020, se realizó en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N Sáenz”. Este hospital se ubica en la avenida Brasil cuadra 26, distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima. Se encuentra bajo la jurisdicción de la Dirección de la Sanidad Policial, perteneciente a las Fuerzas Armadas. El Hospital Central PNP, corresponde al tercer nivel de atención, es un centro de referencia y contrarreferencia, en especial para el segundo nivel. Tiene una cobertura poblacional de más de cien mil habitantes, los cuales son asegurados bajo las IAFAS de SALUDPOL. Cuenta con médicos generales, especialistas y subespecialistas; además de bioanalistas, enfermeras, técnicos y demás profesionales de la salud.

Respecto al servicio de hospitalización se cuenta con 507 camas, mientras que el servicio de emergencia cuenta con 27 camas; en su infraestructura destacan también 5 quirófanos y 1 helipuerto. Al ser un establecimiento de salud nivel 3, es aquí donde se refieren las patologías que no pudieron ser resueltas en los niveles inferiores; y si por el contrario se presenta un caso de patología que excede la capacidad resolutive de este hospital, deberá ser referido a los

establecimientos de mayor complejidad como es el Instituto Nacional de Salud del Niño, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, entre otros.(2)

Durante el estado de emergencia sanitaria del país, debido a la pandemia, el internado se reanuda en noviembre del 2020, extendiéndose hasta abril del 2021 en el centro de salud “Santa Clara”, un establecimiento de salud I-3, ubicado en la avenida Estrella s/n, distrito de ate, provincia y departamento de Lima. El centro de salud se encuentra bajo la jurisdicción de la RIS Huaycán, de la DIRIS Lima Este(3), contando con una cobertura poblacional de 63 mil habitantes(4), los cuales se encuentran asegurados por el SIS. El establecimiento cuenta con dos pisos, en donde se encuentran consultorios externos de medicina, psicología, obstetricia, odontología y nutrición, además del área COVID. Se cuenta con laboratorio y farmacia. El centro de salud “Santa Clara” brinda atención 12 horas al día, de lunes a sábado. En él se cumplen diversos programas sanitarios como son: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis; Programa contra el COVID – 19, en donde se brinda diagnóstico oportuno y tratamiento ambulatorio de infecciones por COVID – 19; Estrategia Sanitaria del Programa de Alimentación y Nutrición Saludable, para el diagnóstico oportuno y tratamiento de la anemia infantil. En caso de presentarse una patología que exceda la capacidad resolutive del centro de salud, esta deberá ser referida al Hospital Vitarte o al Hospital Nacional Hipólito Unanue, ambos a 10 minutos y 50 minutos de distancia respectivamente, quienes se encuentran disponibles las 24 horas; si se trata de patologías que afectan la salud mental, estas podrán referirse al Hospital Hermilio Valdizan o el Hospital de Huaycán, ambos a 35 minutos y 20 minutos de distancia, respectivamente.(5)

2.2. Internado Médico antes y durante la pandemia

El Internado Médico se describe como las prácticas hospitalarias diarias durante los 365 días del año en establecimientos de salud del tercer nivel como hospitales o clínicas privadas, las cuales pueden pertenecer a EsSalud, SIS, Fuerzas Armadas u otros. Esta etapa es de carácter obligatorio para la formación de todo médico, ya que se pueden consolidar los conocimientos adquiridos a lo largo de

los 6 primeros años de la carrera, y así lograr una buena preparación para la etapa profesional. Si bien el internado prepara al interno para el siguiente paso como médico peruano que es la realización del Servicio Rural Urbano y Marginal (SERUMS), es también una forma de preparación para afrontar el Examen Nacional de Medicina (ENAM), examen que debe aprobar todo estudiante de medicina en el Perú a fin de lograr la ansiada colegiatura médica.

En el Perú, los horarios a cumplir durante el Internado Médico siempre han sido un tema controversial, ya que las jornadas laborales que se mencionan en el Decreto Supremo N° 003 – 2008 – TR, que manifiesta que los internos están en el deber y derecho de cumplir 6 horas diarias, 36 horas semanales o 150 horas mensuales de actividades como máximo, incluidas guardias diurnas y nocturnas(6), normalmente no se respetan. Los establecimientos no tienen un horario de actividades uniforme, pues en su mayoría se deben a la disponibilidad del interno de permanecer más tiempo en el establecimiento donde laboran; o también de parte del médico tutor quienes elaboran un horario con mayor número de horas a fin de lograr un mayor aprendizaje. En muchas oportunidades es el interno quien opta por quedarse mayor tiempo del establecido, ya que así puede seguir la historia clínica de sus pacientes con mayor profundidad, exámenes de laboratorio, procedimientos quirúrgicos, referencias, contrarreferencias, etc.

Otra de las condiciones en las que se desarrolla el internado que rige desde el año 2002 es la remuneración mensual, “propina”, de 400.00 nuevos soles, además de aguinaldo en fiestas patrias y navidad. Sin embargo, esta tampoco se cumplía a totalidad, ya que existía un 40 % de internos que no recibía estipendio. Es por esto por lo que muchas veces al interno se le consideraba como “mano de obra”, un término que justificaba el trabajo médico arduo en relación con el aprendizaje logrado en las diversas rotaciones que se cumplían. Si bien los internos cumplían con labores asistenciales que ameritaban un estipendio, el hecho de no tener un pago nunca fue un obstáculo para realizar el Internado Médico.

Con el inicio de la pandemia por COVID - 19, y la posterior medida de cuarentena nacional obligatoria que se anunció el 15 de marzo del 2020, el Internado Médico se vio suspendido y los internos tuvieron que poner en pausa sus actividades académicas. Si bien la cuarentena tendría una duración inicial de 15 días, esta se fue extendiendo hasta terminar el 30 de junio del 2020.

Durante ese tiempo las actividades académicas de las diferentes carreras técnicas y profesionales (incluidas las facultades de medicina humana), así como de las diferentes de escuelas en el país pasaron de tener alumnos en aulas a tener estudiantes que llevaban clases virtuales desde sus casas. Las rotaciones médicas que en un inicio eran realizadas en el hospital con pacientes reales pasaron a ser casos clínicos vistos por computadora; en donde las evaluaciones físicas que normalmente requerían del tacto, vista y demás instrumentos del interno se convirtieron en datos plasmados en documentos de historias clínicas, convirtiéndose entonces en un Internado Médico virtual.

El 3 de agosto del 2020 y ante la falta de médicos asistenciales en los diversos establecimientos de salud, el estado peruano promulga el Decreto de Urgencia N° 090 – 2020, que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19, a fin de fortalecer las actividades de prevención, vigilancia y respuesta sanitaria necesaria para combatir la pandemia en la que nos encontramos. En tal decreto por tanto se menciona que los internos de ciencias de la salud como recursos humanos en carácter de formación pueden acudir a los establecimientos de salud, con el objetivo de contribuir a una mejor respuesta del sistema de salud frente a la Emergencia Sanitaria. El decreto mencionaba además que el retorno al Internado Médico en los diferentes establecimientos públicos debía ser progresivo y empezar el 15 de agosto del 2020.

Once días después, el 14 de agosto del 2020 mediante Resolución Ministerial 622-2020/MINSA, se aprueba el documento técnico que estipula los “Lineamientos para el retorno progresivo al internado en ciencias de la salud”(7)

(ver Anexo 1), en donde se menciona que a fin de evitar mayores contagios entre los internos de medicina, ahora considerados trabajadores públicos, estos debían realizar el Internado Médico voluntario de preferencia en los establecimientos de salud cercanos a su domicilio pertenecientes al primer nivel de atención, I – 3 y I – 4 , y en áreas no COVID -19. Esta fue la principal diferencia respecto a cómo se iban realizando las actividades de Internado Médico previo a la pandemia.

Los pacientes vistos en el tercer nivel de atención son muy diferentes a los que se ven en el primer nivel. Además, al ser el tercer nivel, el nivel más alto, estos establecimientos cuentan con la adecuada infraestructura para tener servicios de hospitalización, unidad de cuidados intensivos, imágenes y demás; servicios que no se ven en el primer nivel de atención por lo que la capacidad resolutive es menor. Los conocimientos que se adquieren por tanto tampoco serían los mismos que los vistos en establecimientos de salud nivel tres, sin embargo al ser el primer nivel, la entrada al sistema de salud, resulta provechoso que los internos por primera vez puedan rotar en establecimientos como estos, ya que así este nivel de atención se ve fortalecido y al ser este el nivel de los establecimientos en los que se encontraran realizando actividades durante el SERUMS, la preparación para el mismo podría mejorar, respecto a internos de años anteriores.

Sin embargo, esa no fue la única diferencia entre el Internado Médico en pandemia y el anterior, los “Lineamientos” además establecían que los internos deberían cumplir un horario de 15 días de trabajo y 15 días de no asistencia al centro de salud, a fin de disminuir la exposición ante posibles casos de infección por covid-19. Otra medida descrita en el documento para evitar los contagios dictaba que los internos que retornen debían ser provistos de equipos de protección personal (EPP), que incluían mandilones, mascarillas N95, gorros y botas descartables.

Se establece además que el interno debía de contar con un estipendio mensual mínimo vital, mientras dure el Estado de Emergencia Sanitaria, lo que suspendía entonces el Decreto de Urgencia previo, que indicaba que solo se accedía a una remuneración mensual de 400.00 nuevos soles.

Las condiciones presentadas anteriormente muestran que el Internado Médico durante la pandemia no es nada parecido al internado que se solía realizar.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Pediatría

Caso 1:

La tetralogía de Fallot es una de las cardiopatías congénitas cianóticas más frecuentes. Esta patología recibe su nombre debido a las cuatro características que configuran esta enfermedad: estenosis de la arteria pulmonar, comunicación interventricular, cabalgamiento de la aorta e hipertrofia del ventrículo derecho. Tiene dos variedades clínicas principales de presentación, la primera o también llamada Fallot rosado, propio de los niños menores de 1 año, recibe ese nombre porque los pacientes no desarrollan la cianosis característica. Luego del año de vida, la segunda o también llamada Fallot clásico, es cuando se presenta la crisis de hipoxia, y el paciente viene al servicio de emergencia con cianosis. Debido a que los pacientes que padecen de esta enfermedad acostumbran a ser sintomáticos, se acercan a los departamentos de emergencia a temprana edad, lo que resulta en cirugía correctiva precoz.

Tanto las características clínicas como las de imágenes de esta paciente coincidían con el diagnóstico de Tetralogía de Fallot. La guía de manejo(8) del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), señala que si la anatomía es

favorable, la paciente puede ser sometida a cirugía correctiva. Siendo este el caso de la paciente se refirió con éxito al INSN, sin embargo, el inicio de la cuarentena obligatoria puso en pausa las cirugías electivas, incluyendo la de esta paciente. (ver Anexo 2)

Caso 2:

La hemorragia digestiva alta, está asociada a ulcera péptica o varices esofágicas. Esta patología se presenta clínicamente con melena o hematemesis(9), siendo la primera la principal molestia de esta paciente. De acuerdo con la Asociación Española de Pediatría, se debe evaluar el estado hemodinámico siempre que acude una paciente con estas características clínicas, iniciando hidratación activa si es que lo amerite. Los exámenes de laboratorio no se indican para la confirmación del cuadro, sino para evaluar la complicación más frecuente que es la anemia, o para descartar otras patologías.

En este caso, la paciente no se encontraba hemodinámicamente inestable, pero sí presentaba anemia. Una de las primeras medidas farmacológicas en estos pacientes es inhibir la secreción ácida, por lo que fue bien manejada con inhibidores de bomba de protones como es el omeprazol. Los protocolos para iniciar transfusiones en niños(10) señalan que esta debe ser indicada si la hemoglobina cae a menos de 6 g/dL o valores menores de 8g/dL con la presencia de síntomas de anemia. Debido a que la paciente acudió con valores de hemoglobina aceptables, no se transfundieron paquetes globulares inicialmente, sin embargo, debido al descenso posterior de hemoglobina y síntomas de anemia la transfusión fue necesaria. Como lo menciona la guía también fue sometida a endoscopia(11) a fin de ubicar el punto de sangrado y proceder con la terapéutica. No obstante, es recomendable que esta se realice dentro de las 24 horas del sangrado, puesto que la paciente acudió un día después del inicio del cuadro, esta se retrasó.

3.2. Cirugía

Caso 1:

La apendicitis aguda en un paciente pediátrico difiere de la del adulto, no solo en la fisiopatología o la presentación clínica sino también en los diversos exámenes de ayuda diagnóstica. Mientras que para el diagnóstico de apendicitis aguda en adultos se usa el score de Alvarado, para los pacientes pediátricos esto no sería lo más adecuado(12). Para ellos se cuenta con la escala de apendicitis pediátrica (PAS), en donde uno de los criterios es el dolor abdominal al saltar, toser o caminar. (Ver Anexo 3)

Al ingreso el paciente lograba 4 puntos en el PAS, sin embargo, a la evaluación física el dolor en fosa iliaca derecha logro 6 puntos, convirtiéndose en paciente de riesgo moderado de apendicitis. Por tanto, se piden exámenes de laboratorio y de imágenes para confirmar el diagnóstico. La tomografía abdominal no sería lo adecuado para estos pacientes, a diferencia de los pacientes adultos; la literatura menciona que los ultrasonidos son de elección(13) y que incluso con un primer ultrasonido no concluyente, este puede repetirse. Ya que la ecografía reveló imágenes compatibles con apendicitis aguda, el paciente se sometió a intervención quirúrgica. La antibioticoterapia endovenosa post cirugía se recomienda hasta que el paciente este afebril y en condiciones de ser dado de alta. Si bien el paciente fue dado de alta debido a la evolución favorable y con terapia antibiótica oral hasta completar una semana de tratamiento, la Asociación Americana de Cirugía Pediátrica (14) menciona que es necesario un mínimo de cinco días de terapia endovenosa, aunque diversos estudios han demostrado buenos resultados en pacientes con terapia endovenosa menor a cinco días.

Caso 2:

La torsión testicular pertenece al grupo de patologías causantes de Escroto Agudo, esta podría ocurrir en cualquier edad. Sin embargo, tiene dos picos principales; durante el periodo neonatal y, entre los 12 a 18 años. Normalmente se asocia a “testículo en ascensor”, el cual se define como aquel testículo que se encuentra en conducto inguinal y podría descender al escroto(15), lo que condiciona a varios episodios de dolor escrotal que podrían remitir espontáneamente.

Este paciente se encontraba dentro del rango de edad mencionado, y se presentaba con dolor escrotal, edema, eritema, por lo que la sospecha para torsión testicular era alta. Muchas veces el diagnóstico es clínico, sin embargo, las imágenes son pertinentes para descartar otras patologías que podrían estar acompañando este diagnóstico, por lo que se solicitó ecografía doppler en este paciente(16). La cirugía debe ser inmediata y se considera que durante las seis primeras horas esta podría evitar la orquitectomía. UpToDate menciona que sin importar el tiempo de duración del cuadro y por ende la viabilidad o no del testículo, el paciente debe ser sometido a cirugía(17). En este caso, el paciente acudió con un cuadro de 24 horas, por lo que el testículo era prácticamente inviable, lo que se correlaciona con intervención quirúrgica para la extracción de este, y a fin de evitar una torsión del testículo contralateral este debe ser fijado mediante orquidopexia.

3.3. Medicina

Caso 1

La tuberculosis es una enfermedad endémica en nuestro país, por lo que es parte de las estrategias sanitarias el contar con programas de prevención y diagnóstico de tuberculosis para toda la población. Esta enfermedad, es causada con mayor frecuencia por el *mycobacterium tuberculosis*, y tiene como órgano diana preferido a los pulmones(18). Dentro de los signos y síntomas clínicos se encuentran fiebre, tos productiva o seca, sudoración vespertina y anorexia, siendo esta última característica en fases avanzadas.

De acuerdo con la Norma Técnica (NT) para el control de la Tuberculosis, se considera como sintomático respiratorio a aquel paciente que presenta más de 15 días tos productiva y fiebre. Si bien el paciente solo tenía diez días de tiempo de enfermedad, los síntomas eran muy sugestivos por lo que se procedió a solicitar muestras de esputo. La NT también menciona que debe descartarse resistencia a los fármacos de primera línea mediante pruebas moleculares o fenotípicas, mismas que se realizaron en el paciente.

Ante un caso nuevo de tuberculosis, el tratamiento debe ser inmediato con el esquema 1 para TB sensible, ya que las pruebas para detectar resistencia demoran alrededor de una semana. Al llegar los resultados que indicaron que el paciente era portador de TB multidrogorresistente (MDR), es decir resistente a los medicamentos bases del tratamiento (isoniacida y rifampicina), se cambió a un esquema empírico para TB resistente, en el cual se usan medicamentos de primera y segunda línea: etambutol (E), pirazinamida (Z), levofloxacino (Lfx), kanamicina (Km), etionamida (Eto) y cicloserina (Cs); con una duración entre 18 a 24 meses: 6 - 8 (EZLfxKmEtoCs) / 12 - 16 (EZLfxEtoCs). De acuerdo con lo establecido en la NT, son necesarios también controles mensuales, con estudios de imágenes, laboratorio, evaluaciones por el médico tratante y consultor, así como el paso por los servicios de salud mental.(19)

Caso 2:

Cuando el séptimo par craneal o nervio facial se ve afectado pueden ocurrir dos tipos de parálisis: central o periférica. La periférica es aquella que afecta una hemicara debido a la afectación del nervio facial entre el núcleo motor y las ramas terminales. Una de las formas más frecuentes de presentación de la parálisis facial periférica es la idiopática o también llamada parálisis de Bell. Es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial de Síndrome de Ramsay Hunt, que además de parálisis facial periférica se presenta con lesiones vesiculares en la piel.(20)

De acuerdo con la guía de práctica clínica del INR(21), el cuadro clínico es característico: debilidad muscular e imposibilidad de arrugar la frente en la hemicara afectada, ausencia de surco nasogeniano del mismo, comisura labial desviada hacia el lado sano, dificultad para cerrar el ojo y poca secreción lagrimal en el lado comprometido. Su clasificación se basa en la escala de House – Brackman, que establece 6 grados; siendo el grado I, sin parálisis y función normal y el grado VI, parálisis total sin movimiento. Los exámenes auxiliares suelen ser normales, y no son necesarios los estudios de imágenes para

confirmar el diagnóstico, siendo solicitados solo en el contexto de sospecha de enfermedad maligna como son las patologías centrales.

La paciente de este caso era joven, no mostraba antecedentes de otras patologías, y al presentar muchos de los síntomas mencionados, sin lesiones vesiculares, fue diagnosticada con Parálisis de Bell. El manejo mencionado en la guía es de tres tipos: no farmacológico, que incluye protección ocular con parches o lentes; fisioterapéutico, con ejercicios que fortalezcan los músculos faciales y farmacológico, que incluye corticoides y antivirales como aciclovir. En este caso, a la paciente se le brindó tratamiento no farmacológico y farmacológico, siendo referida a un establecimiento de mayor nivel para lograr la rehabilitación física adecuada(21).

Se menciona que la reevaluación debe ser luego de 7 a 10 días, sin embargo, al estar recibiendo tratamiento en el establecimiento de referencia, recién pudo acudir a la siguiente cita luego de 4 semanas, aunque con notoria mejoría.

3.4. Ginecología y Obstetricia

Caso 1

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) no tiene etiología definida, sin embargo, se evidencia un constante hiperandrogenismo en su fisiopatología. Se mencionan tres alteraciones típicas de este síndrome: disfunción neuroendocrina, con alteración de la relación LH/FSH; insulinorresistencia, estimulando la producción de andrógenos; disfunción de la esteroidogénesis y foliculogénesis ovárica, resultando en oligoanovulación.

Los tres mecanismos resultan en la clínica vista en pacientes que presentan este síndrome, condensándose en los criterios de Rotterdam: oligo/anovulación, hiperandrogenismo clínico o bioquímico y ovarios poliquísticos por ecografía. Es importante recalcar que antes de concluir el diagnóstico se deben excluir otras causas, como síndrome de Cushing, hiperplasia suprarrenal, hiperprolactinemia, etc. (22). El primer manejo es no farmacológico que consiste en cambios en el estilo de vida y el manejo farmacológico. Este último dependerá el deseo de

gestar, pudiendo necesitar inductores de la ovulación si se desea lograr gestación o anticonceptivos orales si es lo opuesto. Es necesario también intervenir en la salud mental de la paciente, puesto que este síndrome repercute en la vida diaria.

La paciente se presentó con clínica muy semejante a la mencionada anteriormente, cumpliéndose los dos primeros criterios de Rotterdam, solicitándose estudios de imágenes que ayudarían a cumplir el tercer criterio. Si bien la paciente acudió con imágenes sugestivas de ovarios poliquísticos, la Guía Internacional de Manejo de SOP, menciona que es necesario primero descartar otras patologías endocrinas que pudieran estar causando este cuadro(23), por lo que al necesitarse estudios hormonales (TSH, FSH, prolactina), la paciente fue referida al tercer nivel, en donde también recibirá manejo por parte de la especialidad.

Caso 2:

La preeclampsia pertenece al grupo de las patologías hipertensivas del embarazo. Se define como aquella hipertensión presente en dos tomas, que ocurre luego de las 20 semanas; con presencia de proteinuria, o en ausencia de esta con trombocitopenia, hepatopatía, edema pulmonar, daño renal, daño neurológico o coagulación vascular intradiseeminada. Es importante estar atento a aquellas gestantes con factores de riesgo para poder ofrecer un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno(24). La fisiopatología se apoya en el desarrollo anormal de la placenta debido a un mal remodelamiento de las arterias espirales, con la consecuente isquemia e hipoxia placentaria que resulta en vasoconstricción del endotelio y el posterior ascenso de la presión arterial.

Si bien la proteinuria es parte de esta patología, no es recomendable realizar el descarte de esta en cada control prenatal a las pacientes que no presentan hipertensión, tal como lo dice la FIGO en su guía para la predicción de la preeclampsia(25). Al no presentar factores de riesgo, tampoco se realizó flujometría doppler de arteria uterina que es un estudio de imágenes que evalúa el flujo placentario y con esto, el indicio de una futura preeclampsia.

En el Perú, la preeclampsia es una de las causas más frecuentes de mortalidad materna directa, es por tal que la guía de Manejo de la Preeclampsia del Instituto Materno Perinatal (INMP), menciona que es necesario brindar suplemento de calcio desde la semana 14 de gestación, medicamento que estaba tomando la paciente. Al encontrarse en el primer nivel de atención, era necesaria la referencia a un establecimiento de mayor nivel para su manejo especializado, además de un adecuado monitoreo. El manejo en esta paciente es expectante debido a que su edad gestacional se encuentra entre las 24 y 33 6/7, además de no presentar criterios de severidad(24).

En caso la paciente hubiera presentado preeclampsia con criterios de severidad, la Guía establece la necesidad de brindarle sulfato de magnesio endovenoso durante el transcurso al hospital de referencia.(24)

CAPÍTULO IV : REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Cursar el Internado Médico es el sueño de todo estudiante de medicina. Es el paso previo a convertirse en médico, luego de tantos años de estudio y dedicación.

Comenzar el internado en el emblemático hospital central de la PNP fue el primer paso, donde el interno ya no era un estudiante, sino alguien con capacidad de ayudar a los pacientes a calmar sus aflicciones participando en su recuperación y no solo mediante un rol pasivo. Empezar con la rotación de pediatría, significó un reto, puesto que, si bien es una especialidad que se lleva como un curso independiente, la carrera está mayormente enfocada en tratar a pacientes de edades mayores como son los jóvenes o adultos. Los pacientes pediátricos no son adultos pequeños, son mundos completamente diferentes y, por tanto, la prevención de patologías, diagnóstico y tratamiento es distinto en este grupo etario. Con la ayuda de los médicos asistentes y residentes, así como de los enfermeros y técnicos, la estancia durante esta rotación se hizo más llevadera, y se logró adquirir conocimientos fundamentales de la especialidad.

Por otro lado, al rotar por el servicio de emergencia de pediatría los internos son la primera persona que ve el padre de familia preocupado por su hijo, por tanto,

el aprendizaje también se da en un nivel humanitario, en tener la capacidad de aliviar el paciente no solo con la terapéutica sino también con palabras de confortación. Como médicos no hay nada más satisfactorio que ver a algún paciente salir del cuadro que lo aquejaba, de disfrutar de un plato de comida luego de pasar por cirugía y con los pacientes pediátricos esta felicidad se intensifica. Si bien algunos de ellos no pueden pronunciar palabras elaboradas, es suficiente ver sus sonrisas o su gran actividad para entender que ellos también se sienten aliviados. Por eso al ser interno de medicina, la dicha por ayudar a un paciente desde su ingreso al servicio de emergencia, llegando a su correcto diagnóstico hasta que se encuentra recuperado de su dolencia y es dado de alta, es mayor a la satisfacción de cuando se es solo un estudiante.

El internado muchas veces se ve como un trabajo, sin embargo, es importante destacar que más que un trabajo es una convivencia diaria con los demás profesionales que se encuentran en el hospital. Durante el internado, se pueden formar lazos de amistad, que duran por mucho tiempo. Rotar por el servicio de pediatría no fue la excepción, todo el personal de salud está dispuesto a ayudar al interno, ya sea con problemas para la realización de procedimientos médicos, administrativos y en ocasiones incluso con conflictos personales.

El inicio de la pandemia y la posterior cuarentena no fue una noticia agradable de recibir, no solo por el hecho que nos encontraríamos separados de nuestros familiares sino porque la vida hospitalaria que se había ya convertido en una rutina de cada día se tuvo que poner en pausa y junto con ella también el Internado Médico. Fueron más de tres meses de aislamiento en el que si bien las actividades académicas a distancia ya eran una realidad, la incertidumbre de cuándo sería el retorno al internado era el tema de más preocupación de los internos.

Por ello, con la promulgación del Decreto de Urgencia (DU) el pasado 3 de agosto, los internos finalmente pudieron tener la esperanza de volver a las actividades que habían sido pausadas. Con este DU vendrían beneficios para los internos: remuneración mínima vital, equipos de protección personal, y un

establecimiento de trabajo cercano a su domicilio. Sin embargo, una nueva condición vendría con el decreto, la opción de laborar en el primer nivel de atención.

No es algo desconocido que en el Perú los profesionales de la salud aspiran a trabajar en los establecimientos de salud nivel 3, es ahí donde se encuentran los hospitales nacionales y regionales, y el internado es ese primer paso al ambiente hospitalario. Empero, a muchos de los profesionales de la salud se les olvida que, a fin de lograr un mejor sistema sanitario, es el primer nivel de atención el que debería ser fortalecido, para poder satisfacer mejor las demandas de la población y no saturar el tan ansiado tercer nivel.

El primer nivel de atención dista mucho del tercero, debido a la clara diferencia de infraestructura, prestaciones de salud y falta de especialidades acostumbradas a ver en los hospitales. No obstante, al ser este el nivel el mismo a realizar durante el SERUMS, existían también ciertos beneficios: la posibilidad de conocer la realidad de las personas que no acceden fácilmente al tercer nivel; de adecuarse a trabajar con recursos de primer nivel, logrando satisfacer las demandas de la población; y entender que el sistema de salud no es solo el tercer nivel de atención.

Durante las rotaciones en el centro de salud (CS) "Santa Clara", se logró aprender lo mencionado líneas arriba. El inicio fue dificultoso ya que, si bien el DU mencionaba que este debía ser un centro cercano al domicilio, este en realidad se encontraba a 60 minutos de distancia. Paralelamente, debido a la falta de recursos del CS era necesario elaborar referencias para que el manejo sea en otro establecimiento, mientras que en el Hospital PNP se solicitaban los exámenes necesarios para llegar a un diagnóstico certero. A diferencia de los hospitales, en el CS sólo se atendían consultorios externos y servicio de urgencias, al que llegaban desde síndromes febriles hasta heridas que necesitaban suturar. Gracias a la rotación en pediatría en el periodo prepandemia, los pacientes pediátricos que acudían a consultorio externo o servicio de urgencias eran conocidos por el interno, y esto resultaba en una

buena relación médico-paciente. Si bien no se cuentan con especialidades como cirugía general o gineco-obstetricia, en el CS los tutores dan la oportunidad a los internos de participar realizando suturas, siempre bajo la vigilancia del médico asistente, y la posibilidad de rotar por el servicio de obstetricia, a fin de compensar la falta de especialidades. Con el pasar de los días, se estableció una nueva rutina y el CS se convirtió en la nueva familia.

Parte de las funciones del CS, es actuar a través de diferentes programas sanitarios por el bien de la población. Se tuvo la oportunidad de trabajar con pacientes pediátricos para la detección y tratamiento de la anemia, así como participar en campañas de vacunación de jóvenes y adultos mayores. Es importante, ya que en el SERUMS estas actividades son también prioritarias.

CONCLUSIONES

El Internado Médico constituye una parte crucial en la formación de todo médico, es por esto que acostumbra aplicarse en establecimientos de alto nivel de complejidad, con la finalidad de adquirir el mayor número de conocimientos para brindar la mejor atención a los pacientes, rendir un buen ENAM y de afrontar con seguridad el próximo desafío, que es el SERUMS.

A causa de la pandemia por COVID – 19 se interrumpieron las actividades académicas, y con esto el internado de ciencias de la salud, hecho que provocó incertidumbre sobre el retorno a las actividades por parte de los internos de medicina. Con la virtualización de las actividades académicas los alumnos aún tenían contacto con diferentes casos clínicos, sin embargo, parecía no ser suficiente.

Debido a la emergencia sanitaria, y la falta de personal médico, la continuación del internado, incluso en establecimientos de primer nivel, era necesaria, no sin antes garantizar las medidas de bioseguridad, bienestar y cobertura de seguros de salud en los internos que voluntariamente retornarían a las actividades.

Es importante reconocer que, si bien el primer nivel de atención tiene diferencias claras con el tercer nivel, es considerado como la entrada del usuario al sistema

sanitario. Por tanto, el hecho que finalmente los internos puedan rotar en estos establecimientos y conocer a fondo la realidad de las diferentes poblaciones, influye de manera positiva en su formación.

El Internado Médico 2020 fue, sin ninguna duda, una situación extraordinaria, pero, es parte de los alumnos y tutores adaptarse a las nuevas circunstancias y sacar el máximo provecho.

RECOMENDACIONES

Si bien durante el Estado de Emergencia Sanitaria, los internos cuentan con seguros de vida, EPPs y remuneración es necesario formular una ley que defina las condiciones en las que se realizará el Internado Médico, considerando los derechos y obligaciones de los internos de medicina y de otras carreras sanitarias. Estas además deben velar por que este último año de estudio sea de calidad, digno y confiera al alumno las herramientas necesarias para su formación médica.

Desafortunadamente una cantidad considerable de internos de medicina, e inclusive sus familiares y/o amigos, se han visto perjudicados por la propagación de este virus, por lo que es necesario realizar intervenciones para cuidar la salud mental a través de programas o canales de soporte, especialmente en los casos de pérdida familiar o pariente cercano.

Es necesario también mencionar que muchos de ellos, se han convertido en el sustento de sus familias, por lo que se debe garantizar un pago justo, tal como sucede en las carreras ajenas al sistema de salud.

La virtualización de las actividades académicas son también una oportunidad para mantener al alumno enfocado en la resolución de problemas clínicos

semejantes a los que se ven en la vida diaria. Se incita a fortalecer las plataformas virtuales, crear nuevas herramientas de evaluación y asegurar un seguimiento continuo de la evolución del alumno.

Durante este Internado Médico, las rotaciones han sido tanto en hospitales como en centros de salud, ambas necesarias para una adecuada formación. Es por ello que para las nuevas generaciones de médicos se podría proponer la posibilidad de realizar las rotaciones en establecimientos del tercer nivel, a fin de familiarizarse con el ámbito hospitalario, junto con las patologías complejas que aquí se ven; y participar también en establecimientos del primer nivel para mejorar las competencias del futuro médico en la atención primaria en salud, teniendo en cuenta que puedan realizar rotaciones en las cuatro especialidades principales.

Se exhorta a las autoridades competentes la necesidad de la vacunación contra la COVID – 19 a los próximos internos de ciencias de la salud, a fin de evitar contagios y posterior desarrollo de la enfermedad.

FUENTES DE INFORMACION

1. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19-DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
2. Álamo SV. INTERVENCIÓN DE LA SANIDAD PNP ANTE DESASTRE DE GRAN MAGNITUD”. :50.
3. programacioncitaslima.pdf [Internet]. [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://www.minsa.gob.pe/programacioncitaslima.pdf>
4. boletin_estadistico_n_01_2011.pdf [Internet]. [cited 2021 Apr 14]. Available from: http://www.muniate.gob.pe/ate/files/documentoEstadistica/2011/boletin_estadistico_n_01_2011.pdf
5. Clara AS. Dr. Orlando Ganoza Solano o Coord.Aención Integral Dra. Carmen Huayamares Rodríguez o Cood. Etapa Niño Enfer. Carmen Espinoza Córdova o Coord. Adulto :Lic. María Barrantes Bringas o Responsable de Estadística e Inf. :Sr. Rafael Cuellar. 2005;15.
6. Medical internship during the COVID-19 pandemic: the problem of pre-professional medical practitioners in the face of Peruvian legislation | ACTA

- MEDICA PERUANA [Internet]. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1852>
7. Lineamientos para el retorno al internado medico.pdf.
 8. Zopfi Rubio Antonio Ricardo. Guia de Practica Clinica de Tetralogia de Fallot. Instituto Nacional de Salud del Nino; 2019.
 9. Acute upper gastrointestinal bleeding in childhood: development of the Sheffield scoring system to predict need for endoscopic therapy - PubMed [Internet]. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25539193/>
 10. Universidad Simón Bolívar, Ayala Vilorio AJ, González Torres HJ, Universidad Simón Bolívar, David Tarud GJ, Clínica de la Costa. Transfusions in paediatrics. Salud Uninorte. 2017 Apr 15;33(2):187–201.
 11. Sánchez MC, Martín PP, Gurruchaga FR. Hemorragia digestiva alta en el niño. :12.
 12. Hatcher-Ross K. Sensitivity and specificity of the Pediatric Appendicitis Score. J Pediatr. 2009 Feb;154(2):308.
 13. Schuh S, Chan K, Langer JC, Kulik D, Preto-Zamperlini M, Aswad NA, et al. Properties of serial ultrasound clinical diagnostic pathway in suspected appendicitis and related computed tomography use. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2015 Apr;22(4):406–14.
 14. Antibiotics and appendicitis in the pediatric population: an American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee systematic review - PubMed [Internet]. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21034941/>
 15. Testículo retráctil - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/retractile-testicle/symptoms-causes/syc-20377197>
 16. Testicular torsion with preserved flow: key sonographic features and value-added approach to diagnosis [Internet]. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5895684/>
 17. Laher A, Ragavan S, Mehta P, Adam A. Testicular Torsion in the Emergency Room: A Review of Detection and Management Strategies. Open Access Emerg Med OAEM. 2020 Oct 12;12:237–46.
 18. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis en la Región de las Américas, Informe Regional 2014 [Internet]. 2016. Available from:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=29808&lang=es

19. NORMA TECNICA DE TUBERCULOSIS [Internet]. Ministerio de Salud; 2014. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
20. Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu Á, Arístegui M, Batuecas Á, et al. Parálisis facial: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL. *Acta Otorrinolaringológica Esp.* 2020 Mar 1;71(2):99–118.
21. Ministerio de Salud. Guia de Practica Clinica para el manejo de la Paralisis facial periferica de Bell para profesionales del INR [Internet]. Available from: <https://www.inr.gob.pe/transparencia/transparencia%20inr/resoluciones/2012/RD%20253-2012-SA-DG-INR%20Facial.pdf>
22. Actualización del manejo de síndrome de ovario poliquístico | Revista Medica Sinergia [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/322>
23. PCWHF. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018 [Internet]. Primary Care Women's Health Forum. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://pcwhf.co.uk/resources/international-evidence-based-guideline-for-the-assessment-and-management-of-polycystic-ovary-syndrome-2018-2/>
24. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280849-guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-manejo-de-preeclampsia-y-eclampsia>
25. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;145(S1):1–33.

ANEXOS



S. YANCOURT



L. SCOPPA



P. ESPINO



L. CUEVA



B. DÍAZOS I.



M. GARCÍA



L. HUARÁN A.



M. GONZALEZ

Resolución Ministerial

Lima, 14 de Agosto del 2020

De conformidad con lo previsto en el Decreto Legislativo N° 1161 y modificatorias, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Decreto de Urgencia N° 090-2020, que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en Salud para afrontar la pandemia por la COVID-19, y el Decreto Supremo N° 008-2017-SA y modificatorias, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud,

SE RESUELVE:

Artículo 1. Aprobar el Documento Técnico: "Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020", que en adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2. Encargar a la Dirección General de Personal de la Salud, las acciones de implementación, seguimiento y monitoreo del presente Documento Técnico.

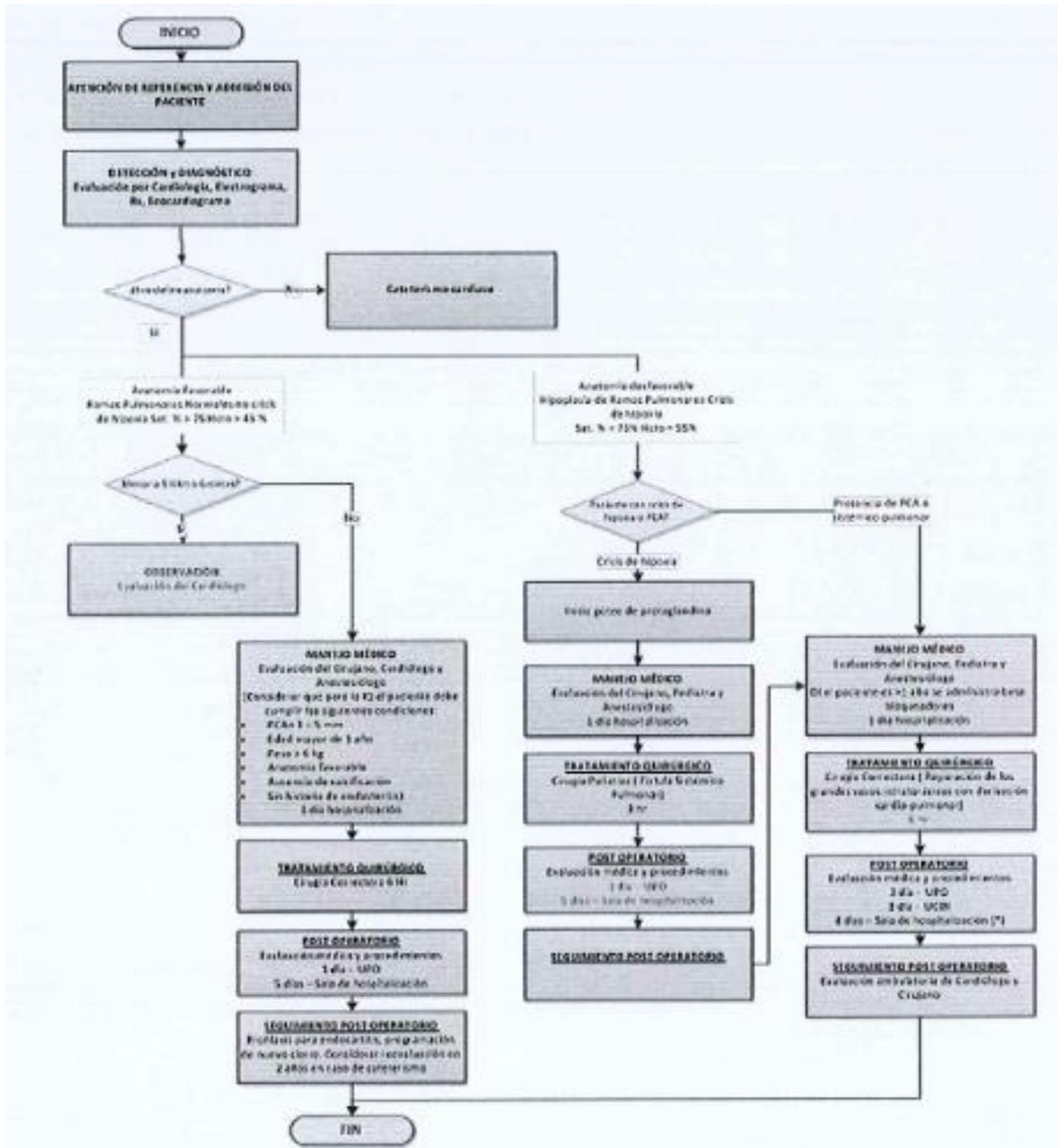
Artículo 3. Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General, la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

ANEXO N°2

ALGORITMO DEL MANEJO DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



ANEXO N°3

The Pediatric Appendicitis Score

Item	Score (point)
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Migration of pain	1
Fever >38°C (100.5°F)	1
Pain with cough, percussion or hopping	2
Right lower quadrant tenderness	2
White blood cell count >10,000 cells/microl	1
Neutrophils plus band forms >7500 cells/microl	1
Total	10 points

C: Centigrade; F: Fahrenheit.

Data from: Samuel, M. Pediatric appendicitis score. *J Pediatr Surg* 2002; 37:877.

Graphic 62136 Version 2.0

© 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.