



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2020-2021 EN EL
CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

MARIANA SOFIA DEL ROSARIO CHANG PINO
CAMILA VEGA AVILES

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2020-2021 EN EL
CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TAVARA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARIANA SOFIA DEL ROSARIO CHANG PINO

CAMILA VEGA AVILES

ASESORA

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Me. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: Mc. Mario Heins León Florián

Miembro: Mg. Yanire Paty Macedo Alfaro

DEDICATORIA

Dedicado de manera especial a todo el personal de salud del Centro Médico Naval "CMST" que laboró durante esta pandemia, por su sacrificio y esfuerzo. Un reconocimiento personal a todos los médicos que fallecieron a causa del COVID-19 ejerciendo valientemente sus labores.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, a mi hermana y a mis mascotas por ser los principales promotores de apoyo durante esta larga carrera de medicina.

A mi mamá, por su apoyo incondicional y compañía durante esta travesía, a mis tíos por otorgar su amor y confianza y a mis abuelitos por impulsar en mí el sueño de ser médico.

Agradecemos a nuestros docentes del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra maravillosa profesión.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina Interna	2
1.2 Cirugía General	9
1.3 Ginecología – Obstetricia	18
1.4 Pediatría	22
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	27
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	29
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	31
CONCLUSIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	37

RESUMEN

El internado médico del 2020 empezó de una forma convencional, sin embargo, el mensaje a la nación del 15 de marzo del 2020, anunciando el inicio del estado de emergencia nacional a causa de la pandemia por COVID-19, cambió el desarrollo de este año, trayendo con él nuevos obstáculos y conflictos a espera de ser superados.

El presente informe de suficiencia profesional tiene como finalidad retratar la experiencia del internado médico del año 2020 llevado a cabo desde finales de diciembre del 2019 hasta abril del 2021; el cual, a causa de la pandemia por COVID-19, fue suspendido por un tiempo prolongado. Mediante propias experiencias y percepción de la nueva realidad adaptada a la pandemia actual, se busca, con este informe desarrollado por dos internas de medicina del Centro Médico Naval, relatar la importancia del último año de prácticas preprofesionales, hacer un juicio de los logros y destrezas adquiridas en la correspondiente sede hospitalaria, así como el desenvolvimiento entre las distintas rotaciones del año de internado médico, los obstáculos presentados y soluciones a estos que han llevado a concluir satisfactoriamente el último año de la carrera de Medicina Humana. Se concluye que el desarrollo del internado médico durante la pandemia por COVID-19 significó para los internos de medicina un año de toma de decisiones y adaptaciones no solo con el objetivo de culminar la carrera profesional sino de preservar la propia salud y de sus seres queridos. De igual forma, se concluye que a pesar de las dificultades tanto a nivel académico como personal, esta etapa ha brindado una oportunidad para fortalecer los conocimientos y aptitudes adquiridas en los primeros años de la carrera y, de esta forma, utilizarlos eficientemente para el desarrollo y aprovechamiento del año de internado médico.

ABSTRACT

The 2020 medical internship started in a conventional way, however, a national address on March 15, announcing the beginning of a national state of emergency due to COVID-19 pandemic, changed the development of this year, bringing new obstacles and conflicts to overcome.

The purpose of this professional sufficiency report is to portray the experience of the 2020 medical internship, developed from December 2019 to April 2021 which, due to COVID-19 pandemic, was suspended for a long period. Through own experiences and perceptions of this new reality adapted to the current pandemic, this report, developed by two medical interns of the Naval Medical Center, seeks to describe the importance of the last year of pre-professional practices, to judge the achievements and skills acquired at the hospital, as well as the progress through the clinical rotations on this year, the obstacles given and its own solutions that have led to a satisfactory conclusion of the last year of medical school. As a conclusion, the development of the medical internship during COVID-19 pandemic meant, for most medical interns, a year of decisions and adaptations, not only with the motivation of concluding their career but to preserve their own and their beloved ones' health. Likewise, despite the strains both at an academic and personal measure, this stage has provided an opportunity to strengthen the knowledge and skills acquired in the first years of medical school and to use then efficiently for the development and avail of the medical internship year.

INTRODUCCIÓN

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” es una institución prestadora de servicios de salud de nivel de complejidad III-1, su inauguración se realizó el 4 de Julio de 1956 gracias a la Resolución Ministerial del 12 de Marzo de 1952, durante la gestión del ministro de salud pública y presidente del consejo de ministros Vicealmirante Roque Augusto Saldías Marinat. Pertenece a la Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú, quienes se encargan de la planeación, organización, estructura y control de la sanidad de todo el personal perteneciente a la Marina de Guerra del Perú y sus derechohabientes (1).

El Hospital Naval presta servicios de salud en atención primaria, atención especializada y con sus actividades permanentes. El nivel de atención primaria es el portal de entrada al sistema de salud, se encarga principalmente de actividades de prevención y promoción de la salud, asimismo, de diagnóstico precoz de enfermedad y tratamiento oportuno de estas. Es de baja complejidad y gran oferta, su importancia radica en las necesidades de salud de la comunidad. El nivel de atención especializada en cuanto a recursos humanos y recursos tecnológicos es el de mayor nivel de complejidad y mayor capacidad de resolución, aquí se refieren a pacientes de instituciones prestadoras de servicio de menor complejidad de la Dirección de Sanidad de la Marina (DISAMAR) que precisan una mayor cantidad de recursos. Adicionalmente, se realizan actividades permanentes donde se coordinan jornadas de apoyo por parte de la Marina de Guerra del Perú en beneficencia de poblaciones de escasos recursos en diferentes localidades del país o en respuesta a desastres naturales o estados de emergencia nacionales (2).

El Centro Médico Naval es parte de la Dirección Regional de Salud Callao, ubicándose en el distrito de Bellavista. Según el Análisis de Situación de Salud de la DIRESA Callao, el Hospital Naval posee 481 camas de hospitalización, 13 camas en UCI, 11 camas en salas de observación y una unidad shock-trauma, asumiendo un total de 506 camas en la institución, por lo cual representa el 24% de camas en la DIRESA Callao (3).

El internado médico en el Centro Médico Naval traspasó su inicio el 31 de diciembre del año 2019 con un total de 80 internos de diversas universidades privadas y nacionales. En un contexto donde únicamente se conocían noticias del país de China sobre la epidemia del SARS-CoV-2, información que constataba de una infección respiratoria alta muy similar a un resfrío común. Inició el internado en un contexto habitual, equivalente al ya conocido en años anteriores. El trabajo de un interno de medicina humana es primordial en el nexo entre el paciente y el médico. Es el periodo donde se integran y consolidan los conocimientos que ha ido cimentando un estudiante de medicina durante los primeros seis años de la carrera médica.

El Centro Médico Naval es bien conocido por su tradición docente, nivel de complejidad y su gran capacidad resolutive, razón por la cual fue elegido como la sede de internado para la elaboración de este informe de suficiencia profesional. En este centro hospitalario se realizan, además de las respectivas funciones del interno de medicina humana, actividades de docencia de alto nivel entre las cuales se incluyen exposiciones, reportes de caso, conferencias y seminarios. Además, al ser uno de los hospitales referentes de las Fuerzas Armadas del Perú, hay un gran conjunto de especialidades y subespecialidades médicas, razón por la cual la cantidad de pacientes y sus enfermedades es bastante rica y considerable.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico constituye la finalización del plan de estudio que se desarrolla a lo largo de la carrera de Medicina Humana. Este, por lo tanto, es un año obligatorio en el que los estudiantes de último año de Medicina se desempeñan y capacitan en hospitales generales y en los distintos niveles de atención para lograr el objetivo de convertirse en profesionales de la salud.

Desde finales del siglo XIX, en Europa, cuando se instauró la reglamentación de la docencia en hospitales, la enseñanza de medicina en pregrado ha ido evolucionando para, de esta forma, consolidar los conocimientos teóricos adquiridos durante los primeros años de la carrera en Medicina Humana y potenciarlos con la realidad de los problemas de salud tanto en un sentido clínico como humanista (4).

En Perú, la formación de profesionales médicos siempre ha sido de gran relevancia, en especial, al ser parte de América Latina, donde la necesidad en salud es evidente. Esta importancia hacia la formación en medicina se puede ver reflejada en las cátedras impartidas desde los inicios del establecimiento de la Real Universidad de San Marcos de Lima 1551.

Entre los siglos XVII y XVIII, para compensar la carencia de un centro de preparación profesional en Medicina Humana, fueron creadas las Escuelas Prácticas de Medicina y Cirugía que abrieron las puertas para la creación del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando a partir de 1808. Estas prácticas fueron desarrolladas en los Hospitales Mayores de Lima y se llevaron a cabo durante tres años como mínimo para completar las exigencias

de la Real Universidad. A finales del siglo XVIII, las Escuelas Prácticas de Medicina y Cirugía fueron decayendo, siendo en parte reemplazadas por nuevos centros de aprendizaje en medicina como Anfiteatros Anatómicos y el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando. Posteriormente, se organizan los sistemas de prácticas asistenciales en los hospitales de Lima mediante los Reglamentos Generales de Sanidad y de Hospitales a finales del siglo XIX donde se establecen las reglas de prácticas hospitalarias y del internado médico (5).

Tradicionalmente, el internado médico en Perú se realiza en un periodo de 12 meses dividido en cuatro rotaciones obligatorias, cada cual con una duración de 3 meses: Medicina General, Cirugía General, Obstetricia y Ginecología y Pediatría (6). Sin embargo, por motivos del contexto actual de pandemia, los tiempos y distribución de las rotaciones se vieron obligados a sufrir algunos cambios para preservar los objetivos del internado médico desarrollados en cada segmento.

1.1 MEDICINA INTERNA

La rotación de medicina general tiene como objetivo instruir a los estudiantes en el campo de la medicina interna y el enfoque general que se confiere al gran abanico de patologías en pacientes adultos con respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de estas. Siguiendo los principios de la medicina moderna, la medicina interna depende en gran medida en la toma de decisiones en base a la evidencia científica, método que es expuesto ante los estudiantes día a día durante esta rotación.

El servicio de medicina interna del Centro Médico Naval tiene a su cargo un promedio de 30 pacientes entre hombres y mujeres, sin incluir emergencias ni interconsultas de otros servicios. En esta rotación los médicos se preocupan en gran medida en instruir a los internos en las enfermedades más frecuentes que presenciarán sobre todo en atención primaria, tales como infecciones de tracto urinario, infecciones respiratorias altas y bajas, hemorragias digestivas altas y bajas, diabetes mellitus con sus complicaciones más frecuentes,

detectar insuficiencias respiratorias e injuria renal, insuficiencia cardiaca, angina de pecho, neoplasias malignas, fibrilación auricular y accidente cerebrovascular. Asimismo, es un periodo de capacitación en técnicas y procedimientos intrahospitalarios desde los más básicos como curaciones de pie diabético hasta los más complejos como colocación de catéter venoso central o paracentesis.

Uno de los pacientes con patologías de gran interés académico es el paciente con las siglas ERB, varón de 84 años de edad, técnico superior en estado de retiro de la marina de guerra, quien llega al servicio de emergencia del Centro Médico Naval por sintomatología urinaria y respiratoria. Durante la Anamnesis del paciente se constata que tiene una variedad florida de antecedentes, entre estas se encuentra diabetes mellitus tipo II no controlada, claudicación intermitente, accidente cerebro vascular en el 2017, angina crónica estable. Asimismo, el antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica en el año 2015, intervención que fue realizada en el Centro Médico Naval. Se decide investigarlo laboratorialmente para determinar la gravedad de su cuadro. Entre los resultados se aprecia a un paciente no controlado por las patologías subyacentes y en aparente estado de abandono, se presenta con anemia moderada, hipoalbuminemia leve, hiperglucemia mayor a 180 mg/dl, sedimento urinario con un resultado de más de 100 leucocitos por campo y más de 50 hematíes por campo. Las funciones vitales del paciente señalan que se encuentra hemodinámicamente estable, sin embargo, se halla taquicardia y condición febril con una temperatura mayor a 39° C. Al examen físico se encuentra puño percusión lumbar y punto renoureteral positivos bilaterales, se evidencia que ambos miembros inferiores presentan cambios de coloración en piernas concordantes con insuficiencia arterial, razón por la cual se le solicita que se retire zapatos y medias y se constata pie diabético Wagner V en pie derecho y Wagner IV en pie izquierdo. Por tal motivo, se decide hospitalizar al paciente en el pabellón de medicina hombres para continuar estudios, control y tratamiento.

En los primeros días de su estancia hospitalaria se decide un manejo conjunto y multidisciplinario con endocrinología, cardiología, urología, cirugía

cardiovascular, medicina interna, traumatología y psicología. Se le solicita hemograma, análisis de gases arteriales, glucosa, urea, creatinina, proteínas totales y fraccionadas, perfil de coagulación. A su vez, se indica ecografía doppler de miembros inferiores, ecografía renoureteral y radiografía de tórax. En la misma instancia se inicia el tratamiento antibiótico para la infección de tracto urinario complicada especulando una pielonefritis y el control de glucemia con insulina R por indicaciones de endocrinología.

Entre los hallazgos más pertinentes se informa una insuficiencia arterial bilateral de arteria tibial anterior y asociado al diagnóstico previo de pie diabético de peor pronóstico en miembro inferior derecho, el servicio de traumatología decide programar una amputación ya que, además de la infección por punto de partida urinario, no se descarta la asociación con una infección ósea o partes blandas debido a la gravedad de la patología de miembros inferiores. Se realiza una amputación supracondilea de miembro inferior derecho y se confirma la adición del diagnóstico de Osteomielitis.

Luego de dos semanas de hospitalización, el paciente aborda sintomatología respiratoria y continúa con cuadro febril, sin mejoría a pesar del uso antipirético. Se le solicita hemocultivos, cultivo de esputo y cultivo de secreción bronquial. Los resultados de estos arrojan el aislamiento de *Klebsiella* sp y *Acinetobacter* spp con un antibiograma que señala resistencia a todos los antibióticos investigados. Además, se solicita una resonancia magnética de pie izquierdo para verificar estado de la lesión. Se inicia tratamiento antibiótico con polimixina, con el cual no demostró mejoría clínica. Entonces, se tiene un paciente con los diagnósticos de sepsis por neumonía intrahospitalaria, insuficiencia cardíaca congestiva, post operado de amputación supracondílea en miembro inferior derecho por osteomielitis, pie diabético izquierdo wagner IV, insuficiencia arterial bilateral de arteria tibial anterior, diabetes mellitus tipo II descompensada, hipoalbuminemia, anemia moderada, hiperplasia benigna de próstata, trastorno hidroelectrolítico y problema social ya que se encuentra en estado de abandono. Se decide la amputación supracondílea del miembro inferior izquierdo.

Después de dos semanas de tratamiento antibiótico se aprecia mejoría clínica del paciente. Servicios sociales contacta a familiares del paciente para posibilidad de alta y compromiso de atenciones domiciliarias por parte de los hijos. Finalmente, luego de la normalización de laboratorios clínicos, se decide el alta del paciente y controles periódicos y monitoreo por el servicio de geriatría.

Otro caso de relevancia clínica durante la rotación es el del paciente con las siglas PVM, varón de 63 años de edad procedente de San Borja, acude a emergencia de Centro Médico Naval por cuadro de sintomatología respiratoria donde se incluye tos productiva con expectoración verdosa, con tiempo de enfermedad de un mes. Paciente refiere que desde hace un mes antes de su ingreso presenta tos seca que fue progresando a expectoración hialina y luego a purulenta, además de fiebre intermitente, donde la mayor temperatura reportada con termómetro de mercurio fue de 38.9°C. Los últimos días antes del ingreso percibe una intensificación del cuadro, razón por la cual, acude a emergencia de adultos del Centro Médico Naval. Presenta como antecedentes de importancia diabetes mellitus tipo II con mal apego al tratamiento, enfermedad renal crónica y fibrilación auricular con respuesta ventricular alta controlada.

Durante anamnesis refiere haber perdido cinco kilogramos de peso en los últimos dos meses. Al examen físico se aprecia que presenta aumento de volumen en zonas de párpados inferiores y miembro superior derecho con crépitos. Se ausculta torax y pulmones encontrándose un murmullo vesicular abolido en campo pulmonar izquierdo predominantemente en la base, al mismo tiempo, crépitos en ambos campos pulmonares. Se piensa en una múltiple variedad de diagnósticos diferenciales por lo que un buen punto de partida para ir descartando patologías fue de una radiografía de tórax anteroposterior y lateral, donde se identifica un campo pulmonar izquierdo completamente tomado y radiolúcido, en el informe radiográfico, profesional informa además la presencia de hidroneumotórax. Entonces, se decide internamiento en pabellón de medicina hombres y además se le hospitaliza en un cubículo de aislamiento debido a los diagnósticos diferenciales de su

condición. Se le realiza una serie de exámenes laboratoriales y de imágenes, donde se encuentra anemia leve, hipoalbuminemia, hipercreatinemia e hiperglucemia. Dada la correlación clínica e imagenológica se plantean los diagnósticos de neumonía necrotizante versus aspergilosis y tuberculosis pulmonar, hidroneumotórax, enfisema, fibrilación auricular de respuesta ventricular alta controlada, diabetes mellitus II descompensada, enfermedad renal crónica y anemia leve, se empieza por un tratamiento para controlar la patología endocrinológica con insulina rápida combinada con insulina glargina y control periódico de glucosa. Asimismo, antibioticoterapia empírica con vancomicina, imipenem y clindamicina.

El manejo fue conjunto con cirugía de tórax, ingresaron al paciente a centro quirúrgico para la colocación de un dren torácico izquierdo por el hallazgo clínico-radiológico de hidroneumotórax, el cual drena un aproximado de 200 cc por día. Se realizan múltiples laboratorios serológicos para descartar cualquier otra causa infecciosa, cuyos resultados fueron negativos. Otro de los exámenes que se solicitó fue de galactomanano que se realiza mediante un lavado broncoalveolar, el cual es un componente de la pared de *Aspergillus*, esta prueba fue igualmente negativa, por lo que se descarta el diagnóstico de aspergilosis.

Dada la condición de tuberculosis como otro diagnóstico diferencial, se pide BK en esputo por tres muestras, además de que el paciente niega contactos y cercanía epidemiológica, las tres muestras de esputo fueron negativas. Concluyendo el diagnóstico de neumonía necrotizante y a la espera del resultado de cultivo de muestra realizada durante la broncofibroscopía.

Posteriormente, se reciben resultados del cultivo donde se informa la presencia de *Staphylococcus Aureus* Vancomicin Resistente. Se convoca a junta médica con los servicios de medicina interna, neumología, endocrinología y nefrología. Se concluye que empiece tratamiento con Linezolid y esperar mejoría, caso contrario pase a Unidad de Cuidados Intensivos.

Durante la rotación de medicina, los internos tienen la posibilidad de conocer casos manejados por diferentes especialidades, entre ellas, la especialidad de cardiología.

El siguiente caso se trata de una paciente de 70 años de iniciales RSA que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 16 horas caracterizado por taquicardia. La paciente refiere haber tenido neumonía COVID-19 por lo que constantemente, aun tras la resolución del cuadro neumónico, evalúa su frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno en casa. Es en una de estas evaluaciones que encuentra su frecuencia cardiaca elevada, en 145 sin asociarse a dolor precordial ni otro síntoma. Entre sus antecedentes patológicos resaltan: hipertensión arterial en tratamiento diagnosticada hace 20 años, arritmia cardiaca diagnosticada 1 mes antes del actual ingreso a emergencia y neumonía por SARS-COV-2 en febrero del 2021. Además, la paciente refiere estar siendo tratada con ciprofloxacino y flavoxato por una infección del tracto urinario diagnosticada días antes del ingreso. Entre sus antecedentes quirúrgicos encontramos: cirugía por comunicación interauricular a los 15 años de edad, colecistectomía e histerectomía. El control de funciones vitales de la paciente confirma el aumento en la frecuencia cardiaca, encontrándose en 142 latidos por minutos, así mismo, la presión arterial se encuentra en 152/97 mmHg. Cabe resaltar, como paciente post COVID-19, que la saturación de oxígeno se encontraba en niveles adecuados, entre 97 y 98%. Al examen físico se encuentran ruidos cardiacos aumentados en frecuencia mas no en intensidad, tampoco se evidencia la presencia de soplos. Posterior al examen físico, se solicita un examen de enzimas cardiacas, el cual sale dentro de rangos normales junto con un electrocardiograma que muestra un ritmo indicativo de flutter auricular. Al aplicar el score CHA2DS2-VASC, se obtiene un puntaje de 3 por lo que se decide iniciar tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, además de bisoprolol como antiarrítmico para controlar la frecuencia cardiaca. La paciente pasa a sala de hospitalización con el diagnóstico de taquicardia supraventricular. El día posterior a su hospitalización y una vez a cargo del departamento de cardiología, se indica un control estricto de la frecuencia cardiaca y presión arterial, además, de iniciar tratamiento con amiodarona

para control del ritmo cardiaco. La paciente evoluciona favorablemente, tanto la frecuencia cardiaca como la presión arterial se estabilizan, sin embargo, al realizar exámenes de laboratorio de rutina, se encuentran leucocitos y marcadores inflamatorios elevados, el primero, indicando la persistencia del cuadro infeccioso del tracto urinario y el segundo, posiblemente atribuido a la infección por SARS-COV-2 por lo que se decide continuar con la hospitalización. Posteriormente, al coordinar interconsultas con infectología y hematología, la paciente recibe el alta epidemiológica de COVID-19 y hematología decide el cambio hacia anticoagulación vía oral, por lo tanto, al persistir la evolución favorable y el ritmo y frecuencia cardiaca controlada, se programa el alta próxima de la paciente para continuar tratamiento en casa con antiarrítmicos y anticoagulación vía oral.

Por último, presentamos el caso del paciente de iniciales FJO, varón de 72 años que acude a emergencia por presentar “heces negras” de 3 días de evolución, asociado a debilidad general, dolor epigástric y dificultad respiratoria. Refiere que el dolor mejora con la ingesta de comidas y reposo. Entre sus antecedentes patológicos se encuentra: hipertensión arterial controlada desde 2012. Durante la anamnesis el paciente refiere que utiliza aspirina desde hace más de un año, sin indicación médica. Entre sus funciones vitales, se encuentra una presión arterial de 100/70, frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno al 98%. Al examen físico abdominal se encuentra dolor de leve intensidad a la palpación profunda en epigastrio y presencia de restos de heces color negro petróleo al tacto rectal, indicativo de melena.

Se solicitan exámenes de laboratorio los cuales arrojan un nivel de hemoglobina de 5.6 g/dL por lo que se decide transfundir dos paquetes globulares. El paciente es tratado con fluidos intravenosos y se suspende el uso de aspirina. Se programa una endoscopia digestiva alta que fue realizada dentro de las siguientes 24 horas, entre los hallazgos tenemos: presencia de dos úlceras gástricas a nivel del antro, clasificación Forrest III. No se encontró sangrado activo. Se inicio tratamiento con omeprazol vía oral y se coordinó una interconsulta con hematología para la valoración del uso de aspirina. Días

después, un nuevo examen de laboratorio indica mejoría de los niveles de hemoglobina, encontrándose en 8.7 g/dL y viéndose reflejado en el estado general del paciente, por lo que se indica el alta próxima en los siguientes días.

1.2 CIRUGÍA GENERAL

La rotación de cirugía general muestra el proceso de evaluación y manejo de enfermedades y lesiones que necesitan un tratamiento quirúrgico para su resolución o mejoría clínica. Del mismo modo, esta especialidad requiere un equipo multidisciplinario para funcionar adecuadamente, entre ellos, los mismos cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y en general, el equipo de sala de operaciones.

El departamento de Cirugía General del Centro Médico Naval no solo se destaca por sus impecables estrategias de trabajo en equipo, sino también por el uso de tecnología sofisticada para la realización de procedimientos quirúrgicos que sean a tanto eficaces como eficientes para el tratamiento de las diversas patologías que aquejan a los pacientes. Del mismo modo, esta tecnología sirve como capacitación y actualización para los médicos cirujanos, usuarios principales de estas herramientas y quienes, transmiten sus conocimientos hacia residentes, internos y estudiantes.

En esta rotación el máximo de pacientes hospitalizados en un día fue de 18 pacientes, especificando siempre que este número de hospitalizaciones es un número aproximado que se vió durante las restricciones por el estado de emergencia. La especialidad quirúrgica se plantea netamente entre un complemento del diagnóstico clínico e imagenológico para el diagnóstico precoz de las patologías principales. El centro quirúrgico disfruta de 9 salas de operaciones y una sala de recuperación post anestésica, donde se realizan intervenciones quirúrgicas según los días operatorios de cada especialidad, además de las cirugías de emergencias, para las cuales perennemente hay una sala de operaciones disponible.

Los días de rotación por el departamento de cirugía del Centro Médico Naval se distribuyen entre las salas de hospitalización de cirugía general y las salas de especialidades quirúrgicas como traumatología y urología.

La travesía académica del interno en la rotación de cirugía general abarca varios aspectos, entre ellos y uno de los más importantes es aprender a realizar un diagnóstico precoz de patologías que requieran un tratamiento quirúrgico electivo o de emergencia, sea el caso de un abdomen quirúrgico por apendicitis, colecistitis, pancreatitis, entre otras de las patologías más frecuentemente vistas en nuestro medio; así como el diagnóstico diferencial de trastornos que, por otro lado, requieren manejo médico. Otro aspecto primordial en la formación del interno de medicina es la realización de procedimientos quirúrgicos menores como la sutura de lesiones cutáneas, drenaje de abscesos, punción lumbar y otros procedimientos enfocados en especialidades como traumatología y urología como la colocación de yesos y colocación de sonda foley, respectivamente. La importancia de rotar por las especialidades quirúrgicas mencionadas promueven en el interno la capacidad para realizar una evaluación y examen físico más detallado, adquiriendo aptitudes que permitan describir de forma adecuada cada sistema evaluado para posteriormente llegar a un diagnóstico certero y tratamiento oportuno.

Tal como fue mencionado, el objetivo principal de la rotación de cirugía por el Centro Médico Naval, es instruir a los internos en el reconocimiento de patologías quirúrgicas frecuentemente vistas, sin embargo, al ser un hospital de alta complejidad, no está absuelto de casos peculiares que resultan de gran interés para todo el equipo médico y estudiantes.

Entre estos, encontramos el caso del paciente de iniciales FLI, varón de 70 años que acude a la emergencia del Centro Médico Naval por presentar un cuadro de ictericia de larga data, aproximadamente 11 meses. El paciente, conocido por el servicio de gastroenterología, había recibido tratamiento invasivo por estenosis y engrosamiento de la vía biliar en dos oportunidades: en primera instancia, la colocación de un catéter biliar y posteriormente la

colocación de un stent biliar y drenaje biliar externo. Sin embargo, a pesar de los procedimientos, el cuadro de ictericia y dolor en hipocondrio derecho no remitió. Un mes previo al último ingreso a emergencia, acude con la misma sintomatología, sin embargo, en esta oportunidad asociada a alza térmica e intensificación de los síntomas. Tras los exámenes correspondientes, es diagnosticado con colangitis aguda y recibe tratamiento. En su último ingreso a emergencia, en el mes de octubre del 2020, el paciente refiere haber disminuido considerablemente de peso, siendo esta pérdida, atribuida por el paciente, al constante estrés de atravesar tratamientos y procedimientos quirúrgicos en los últimos meses. En el examen físico se evidencia ictericia a nivel de escleras, presencia de drenaje biliar externo en hipocondrio derecho y dolor de leve intensidad a nivel de epigastrio. Con estos datos el paciente pasa a ser hospitalizado para un posible manejo quirúrgico.

Entre los exámenes auxiliares solicitados se encuentra una tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste donde se evidencia una leve dilatación de vías biliares intrahepáticas con drenaje biliar externo y stent biliar. Otros hallazgos de este mismo estudio evidencian: lesión pulmonar de aspecto secuelar a nivel apical derecho, litiasis renal bilateral, hipertrofia prostática y hernia femoral derecha.

Tras los hallazgos del estudio tomográfico, se decide realizar una colangiorresonancia magnética sin contraste, encontrándose un engrosamiento mural y estenosis de la vía biliar por debajo de la confluencia de los conductos hepáticos, asociado a dilatación e irregularidad de las paredes de la vía biliar intrahepática, además de hallazgos sugestivos de un proceso inflamatorio de la vía biliar, signos de absceso hepático colangítico y litiasis vesicular. Por estos hallazgos se toma en consideración la presencia de un proceso neofornativo de las vías biliares. Estos resultados se relacionan con los hallados en los exámenes de laboratorio, donde los niveles de bilirrubina y enzimas hepáticas se encuentran elevados, el tiempo de protrombina aumentado, los niveles de proteínas totales y fraccionadas disminuidos y PCR alto.

Asociando la clínica del paciente, la presentación del cuadro y los hallazgos de los distintos exámenes realizados, se concluye como principal sospecha diagnóstica que se trata de un caso de colangiocarcinoma, entre ellos, el tumor de Klatskin o colangiocarcinoma hiliar. Por este motivo, se indica la realización de una biopsia y estudio anatómico-patológico que finalmente confirma el diagnóstico pasando a ser manejado conjuntamente con el departamento de oncología.

Otro caso resaltante, donde se demuestra la importancia del trabajo multidisciplinario es el caso de la paciente de iniciales BAE de 84 años quien ingresó a emergencia del Centro Médico Naval en enero del 2021 con un tiempo de enfermedad de 26 días caracterizado por dolor abdominal, vómitos, constipación y presencia de una masa en fosa iliaca derecha a la palpación. Al realizar la anamnesis, el familiar de la paciente refiere que tres días antes del ingreso actual, acudieron a emergencia por presentar el mismo cuadro, fue tratada con un enema evacuante el cual mejoró los síntomas, sin embargo, no volvió a realizar deposiciones desde ese día y posteriormente, los síntomas se intensificaron, por lo que deciden regresar a la emergencia del Centro Médico Naval. Además del cuadro actual, la paciente contaba con importantes antecedentes quirúrgicos y patológicos, además del antecedente fisiológico de ser adulta mayor. Entre sus antecedentes patológicos, resaltamos: hipertensión arterial, obesidad y un cuadro de obstrucción intestinal asociado a peritonitis en el año 2002 el cual fue manejado con una colostomía y restitución intestinal posterior. Al examen físico abdominal se evidencia un abdomen batraciano con una masa protruyente a nivel de fosa iliaca derecha de aproximadamente 20 x 30 cm, blanda y depresible que no reduce a la digito presión. Presenta ruidos hidroaéreos y se encuentra timpánico a la percusión. En cuanto a la evaluación neurológica, la paciente se encontró alerta, localizada en tiempo, espacio y persona con una escala de glasgow de 15 sobre 15. La paciente es hospitalizada para estudios con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, a descartar obstrucción intestinal y como segundo diagnóstico, eventración abdominal. Los exámenes de laboratorio iniciales muestran una hemoglobina de 13.8 g/dL, plaquetas en 203×10^3 mm³, leucocitos totales en 13.93×10^3 x mm³ con un 3% de abastionados y

86% de segmentados, con estos resultados se concluye que presenta una desviación izquierda en la medición leucocitaria. La paciente es programada para una laparotomía exploratoria. Los hallazgos operatorios demuestran la presencia de múltiples bridas y adherencias en colon transverso, yeyuno distal, íleon y ciego, así como dos sacos eventrógenos de 10 x 5 cm y 7 x 7 cm. Finalmente, la operación efectuada constó de una laparotomía exploratoria, liberación de bridas y adherencias, eventrorrafia y colocación de dos drenajes Penrose.

Los días posteriores a la cirugía, la paciente presenta picos febriles a diario que no remiten a pesar de ser tratada con antibióticos. Posteriormente, presenta dificultad respiratoria y al examen físico se evidencia crépitos en ambas bases pulmonares. Por este motivo, al no notar mejoría clínica, el equipo de cirugía decide trabajar conjuntamente con el departamento de geriatría quienes emiten opiniones sobre el manejo médico de la paciente con respecto al cuadro actual y sus antecedentes. Una semana después de la cirugía, durante el examen físico abdominal se encuentran ruidos hidroaéreos con tono metálico, timpánico a la percusión y tenso a la palpación. Se solicita una tomografía abdominal donde se evidencia una estenosis del sigmoides y enfermedad diverticular. La evolución de la paciente continúa desfavorable, agregándose intolerancia a los alimentos por vía oral, náuseas y ausencia de eliminación de flatos y deposiciones. Se indica un nuevo ingreso a sala de operaciones donde se realiza una colostomía transversa por obstrucción intestinal. Así como el estado general de la paciente va decayendo, el estado neurológico sigue el mismo camino, encontrando a la paciente somnolienta y poco reactiva a los estímulos verbales con un puntaje en la escala de Glasgow de 8 sobre 15. Un nuevo examen de laboratorio muestra una disminución de las proteínas totales a predominio de albúmina sérica lo cual se correlaciona con la presencia de edemas tanto en miembros inferiores como superiores y la dehiscencia de la sutura de la herida operatoria por lo que geriatría recomienda el inicio de nutrición enteral. Al encontrarse lejos de una posible recuperación y con los nuevos diagnósticos de: tromboembolismo pulmonar, derrame pleural bilateral, infección de sitio operatorio, deshidratación moderada, acidosis respiratoria y desnutrición proteica, el equipo de cirugía y

geriatría coordinan junto con la familia de la paciente y toman la decisión de realizar el pase al departamento de geriatría para, de esta forma, llevar manejo en cuidados paliativos.

Otro caso del que fuimos parte es de la hospitalización de la paciente con siglas SCLM, paciente mujer de 34 años de edad con tiempo de enfermedad de diez días antes del ingreso. Se presenta paciente en el servicio de emergencia de adultos refiriendo que observa un aumento de volumen, sensación de tumoración y dolor pulsátil de intensidad seis de diez en la región perianal derecha. Razón por la cual se aplica belladona por diez días, al no presentar mejoría, decide acudir a clínica privada donde se le realiza drenaje de absceso perianal con todos los análisis preoperatorios previos, intervienen con un corte de aproximadamente 3 a 4 cm. Le dan de alta el mismo día con tratamiento antibiótico con levofloxacino vía oral por 20 días y baños de asiento. Una semana posterior al procedimiento quirúrgico, la paciente presenta persistencia del aumento de volumen, dolor y sangrado, por tal motivo acude a Centro Médico Naval por emergencia.

Entre los antecedentes patológicos la paciente niega hipertensión arterial y diabetes mellitus, refiere que padece de asma bronquial desde corta edad por la cual se medica con broncodilatador de acción corta como salbutamol y acetilcisteína en procesos gripales, además de broncodilatador de acción larga como salmeterol y corticoides, en este caso fluticasona, también menciona el antecedente de cáncer de mama izquierda con metástasis ganglionar a los 28 años y osteomielitis maxilar izquierda. Dado el diagnóstico de neoplasia maligna de mama se le realiza una mastectomía radical izquierda asociado a vaciamiento axilar. Adicionalmente, tiene el antecedente quirúrgico de histerectomía abdominal total a causa de miomatosis uterina, intervención por fractura de clavícula derecha con reducción abierta y fijación interna hace 16 años y por último cesárea de emergencia debido a macrosomía fetal y doble circular de cordón umbilical.

Al examen físico presenta funciones vitales dentro de los rangos normales, hemodinámicamente estable, afebril, sobrepeso. Se evidencia cicatriz

diagonal de aproximadamente 7 cm en región de clavícula derecha, la piel es tibia, hidratada y elástica con un llenado capilar menor a 2 segundos. En tórax el murmullo vesicular se ausculta adecuadamente en ambos campos pulmonares y no hay evidencia de ruidos patológicos agregados, los ruidos cardiacos son rítmicos y regulares de buena intensidad, no presenta ingurgitación yugular y los pulsos periféricos se encuentran presentes en cuatro extremidades. Se confirma la retracción de tejido de mama izquierda con una cicatriz diagonal hacia la región axilar de aproximadamente 5 cm. El abdomen es blando y depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, con evidencia de cicatriz tipo Pfannensteil de aproximadamente 10 cm. Se palpa en región inguinal derecha ganglio de un diámetro cercano a 2 cm. En región perianal se evidencia tumoración flogótica no delimitada de 10 cm de longitud y 3 cm de ancho, ubicado a 2 cm de del margen anal, ademas de plicomas en borde anal y doloroso a la palpación de intensidad seis de diez. Al tacto rectal no se palpan hemorroides y esfínter interno es normotónico.

Entre los exámenes auxiliares se solicita una ecografía de partes blandas donde se observa una imagen tubular hipoecogénica que se localiza en la región perianal derecha a las 3 horas de grosor de 8 x 6 mm que se inicia a 10 cm de profundidad y se extiende a 1 cm del margen anal. Se comunica con colección anecogénica de 20 x 8 x 10 mm, concluyéndose una imagen compatible con fístula perianal asociada a pequeña colección anecogénica.

Previo al plan quirúrgico se programa el riesgo quirúrgico cardiológico el cual arrojó un estadio II, así como un bajo riesgo de complicaciones operatorias neumológicas. Entre hallazgos laboratoriales se encuentra una hemoglobina y hematocrito normal, leucocitos en 6.62 g/dl, plaquetas en 196000, tiempo de coagulación en 5.00 min, tiempo de sangría de 2.15, sedimento urinario no alterado, glucosa en 103 mg/dl, urea en 64 mg/dl, creatinina en 0.89 mg/dl, serología para VIH, sífilis y hepatitis B negativos.

Consecutivamente, se programa a paciente para intervención quirúrgica por el servicio de cirugía general. Se realiza drenaje de absceso y fistulotomía

asociada. Se indica además analgesia y antibioticoterapia intravenosa. A los cuatro días posteriores al procedimiento paciente es dada de alta sin complicaciones y con indicaciones de control por consultorio externo.

Por último, un caso típico de colecistitis es la historia clínica de la paciente de siglas CSMP que ingresa en enero del presente año por emergencia de adultos del Centro Médico Naval. Se presenta con un tiempo de enfermedad de 6 meses de inicio insidioso y curso progresivo. Tenemos a una paciente mujer de 53 años de edad que desde 6 meses antes del ingreso refiere dolor de intensidad seis de diez en hipocondrio derecho, se intensifica con la ingesta copiosa de alimentos ricos en grasas y carbohidratos, niega náuseas y vómitos. Se asocia a que un mes antes del ingreso se realiza una ecografía abdominal donde se evidencia cálculos vesiculares y barro biliar. Además, desde una semana anterior el dolor aumenta a una intensidad siete de diez y niega fiebre.

Durante el relato niega reacciones alérgicas medicamentosas previas, niega hipertensión arterial, asma, infección previa a Sars-Cov-2 y antecedente o contactos epidemiológicos de tuberculosis, sin embargo, resalta la resistencia a la insulina por lo cual es tratada con metformina. Entre los antecedentes quirúrgicos indica cesáreas en dos ocasiones, la primera en 1990 y la segunda en 1993, refiere una mamoplastía en 1998, histerectomía radical en 2008, dermolipectomía y labioplastía vaginal en el año 2019. Todas estas intervenciones sin complicaciones ni riesgos asociados.

Continuando con el examen físico, se le toman las funciones vitales, las cuales se encuentran normales, hemodinámicamente estable, afebril y ventilando espontáneamente sin apoyo ventilatorio. El único hallazgo importante es el de obesidad grado II con un IMC de 35. La piel al tacto es tibia, hidratada y elástica con un llenado capilar de menos de 2 segundos, sin edemas aparentes. A la auscultación de tórax y pulmones el murmullo vesicular es audible normalmente sin ruidos patológicos agregados además de vibraciones vocales conservadas. Los ruidos cardiacos son rítmicos y regulares de buena intensidad, sin soplos audibles con estetoscopio, no presenta ingurgitación

yugular y los pulsos en miembros superiores e inferiores están presentes y rítmicos. En la palpación de región abdominal impresiona un abdomen blando, depresible con ruidos hidroaéreos respectivos presentes en una frecuencia de tres ruidos por minuto, exhibe dolor a la palpación superficial y profunda en región hipocondrial derecha de intensidad cuatro de diez, signo de arresto inspiratorio o Murphy es negativo. La puño percusión lumbar y punto renoureteral son negativos de forma bilateral.

Consecuentemente, se ingresa a hospitalización en clínica de oficiales a la paciente para programación de intervención quirúrgica. Razón por la cual se le realizan exámenes auxiliares incluyéndose una ecografía abdominal de control, donde médico radiólogo informa un hígado de ecogenicidad incrementada y tamaño conservado de 141 mm, sin dilatación de vías biliares intrahepáticas. La vena porta presenta un diámetro de 10 mm, conducto colédoco de 4 mm sin presencia de litiasis, la vesícula biliar es de aspecto piriforme y mide 41 x 31 mm con litiasis en su interior donde el cálculo biliar de mayor tamaño corresponde a un máximo de 21 mm. Contamos con los diagnósticos de Colecistitis crónica calculosa, obesidad grado II y esteatosis hepática moderada según ecografía abdominal.

Previo a la programación de sala de operaciones para procedimiento se le realizan los preoperatorios correspondientes. La interconsulta al servicio de cardiología arroja un riesgo cardiológico II y el servicio de neumología la cataloga con riesgo bajo a complicaciones postoperatorias. La hemoglobina y hematocrito se encuentran en valores normales, leucocitos elevados con 12.53, plaquetas en 360000, tiempo de coagulación en 7.00 y tiempo de sangría en 2.10, los serológicos a VIH, sífilis, VHB son no reactivos. Bilirrubina total en 0.89, fosfatasa alcalina en 62, transaminasa oxalacética en 46 y transaminasa pirúvica en 146.

Siendo todos los resultados prequirúrgicos adecuados para la intervención, se programa procedimiento de colecistectomía laparoscópica en 3D por colecistitis crónica calculosa. Posterior a extirpación de vesícula biliar, paciente es llevada a recuperación postanestésica y finalmente vuelve a sala

de hospitalización, donde es dada de alta dos días después a la intervención sin evidencia de complicaciones y sobre todo alivio del cuadro crónico.

1.3 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La rotación en ginecología y obstetricia está compuesta de dos especialidades que se complementan entre sí. La obstetricia se enfoca en proveer los cuidados y atención necesaria durante el embarazo, parto y puerperio, mientras que la ginecología presenta un enfoque más general hacia la atención médica y quirúrgica relacionada al sistema reproductor femenino.

En el CEMENA, la localización principal del departamento de ginecología y obstetricia se encuentra en el quinto piso del hospital, junto al departamento de neonatología. Es allí donde se encuentran hospitalizadas la mayoría de pacientes tratadas por este servicio, sin embargo, podemos encontrar pacientes distribuidas en otras salas del hospital. Junto al área de hospitalización del quinto piso, se encuentra el centro obstétrico que cuenta con dos salas de parto, una sala de dilatación, habitaciones de cuidados intermedios, un tóxico y sala de ecografía. En estas salas se atienden principalmente a gestantes que acuden por presentar pródromos de trabajo de parto, sin embargo, también es aquí donde se atienden las emergencias ginecológicas como el siguiente caso, tratándose de un embarazo ectópico roto.

La paciente de iniciales KRR de 35 años, acude a emergencia por presentar dolor en hemiabdomen inferior de intensidad 8/10 de 12 horas de evolución, asociado a sangrado vaginal y debilidad generalizada. Entre los antecedentes gineco-obstétricos encontramos: menarquia a los 13 años, ciclos regulares, régimen catamenial de 4 x 30 días, inicio de vida sexual a los 19 años, fecha de última regla 19/01/21, con fórmula obstétrica: G2P1011. Presentó un aborto por gestación anembrionada 2 años antes del ingreso a emergencia.

En la emergencia se le indica un examen de cuantificación de BHCG que arroja como resultado 3725 mUI/mL, compatible con una gestación de

aproximadamente 6 semanas. Paralelamente, el médico gineco-obstetra realiza una ecografía con hallazgos de útero en antroversoflexión con dimensiones de 73 x 43x 49 mm, se observa adicionalmente, un plastrón en anexo derecho con una imagen anecoica compatible con una gestación de 7 semanas. Previamente a la exploración física de la paciente, se encuentran los siguientes valores de signos vitales: presión arterial de 81/40 mmHg, frecuencia cardiaca de 121 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto y temperatura de 36.5 grados centígrados. La paciente se encuentra con palidez marcada en piel y mucosas, en posición antálgica, en el examen físico abdominal se encuentra dolor intenso a la palpación superficial en fosa iliaca derecha. Al tacto vaginal, se hallan restos ovulares en el canal vaginal y el cérvix se encuentra permeable y doloroso a la movilización. Los exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina de 5.1, hematocrito de 16, plaquetas en 213×10^3 mm³ y leucocitos en 16×10^3 mm³. Se decide, el ingreso a sala de operaciones de urgencia. En monitorización de sala de operaciones, la paciente se encuentra somnolienta, con una presión arterial de 73/40 mmHg y frecuencia cardiaca de 125 latidos por minuto. Se procede a realizar una laparotomía exploratoria, hallándose un hemoperitoneo de aproximadamente 3000cc y ruptura de la trompa de falopio derecha. Después del respectivo lavado de cavidad, revisión de hemostasia y cierre abdominal, se realiza un curetaje obteniendo tejido endouterino escaso, terminando de esta forma la cirugía.

En sala de recuperación, se indica reposición de volumen y hemotransfusión para mantener una integridad cardiovascular adecuada. Tras una evolución favorable en sala de recuperación, la paciente pasa a hospitalización y a los cinco días tras la cirugía, es dada de alta con una hemoglobina de 8.6 gr/dL y evidente mejoría clínica. Cabe resaltar la confirmación del diagnóstico de embarazo ectópico mediante el reporte de anatomía patológica, encontrándose decidua sin formación de vellosidades coriales (fenómeno de Arias Stella).

Diariamente el Centro Obstétrico del Centro Médico Naval es escenario del inicio de nuevas vidas y los momentos de felicidad que este conlleva, sin

embargo, no es ajeno a casos que, lamentablemente, no llegan a tener el final esperado.

Un caso resaltante es el de la paciente de iniciales ELL, paciente de 41 años de edad con fórmula obstétrica: G3 P1011, con antecedente ginecológico de aborto por gestación anembrionada en el 2018, sin otros antecedentes de importancia. Durante una ecografía realizada en la semana 18 de embarazo se detecta: feto único vivo con labio paladar hendido y artrogriposis de ambas manos. La paciente fue informada del alto riesgo de anomalía cromosómica y se decide realizar un estudio citogenético teniendo como resultado la presencia de trisomía 18. A las 28 semanas de embarazo, la paciente acude por presentar contracciones de leve intensidad cada 10 minutos, por lo que se decide su hospitalización para estudio y monitoreo materno fetal. Durante las primeras horas de estancia hospitalaria, se constata la presencia de contracciones cada 15 minutos y latidos cardiacos fetales presentes. Posteriormente, las contracciones aumentan en frecuencia e intensidad, encontrándose a la paciente en fase activa de trabajo de parto. Minutos después, se recibe un recién nacido de sexo masculino de 2150 gramos y Apgar 3 por lo que pasa a recibir resucitación neonatal, sin embargo, se confirma el desceso pocos minutos después. La paciente es manejada por el servicio de ginecología y obstetricia los días posteriores al parto, dándose de alta cuatro días después.

El caso de la paciente de siglas OMD es el caso típico de una gestación normal y sin complicaciones. Se trata de una paciente natural de Lima, procedente de San Juan de Lurigancho, quien acude al servicio de emergencia de adultos del Centro Médico Naval. Paciente ingresa con dolor pélvico y contracciones uterinas de moderada intensidad y frecuencia. Refiere que desde un día anterior al ingreso presenta dolor pélvico y contracciones uterinas de moderada intensidad, además, percibe movimientos fetales y niega sangrado asociado a pérdida de líquido, motivo por el cual acude a hospital.

Entre los antecedentes de relevancia clínica refiere infecciones de tracto urinario a repetición durante el embarazo, se le trató médicamente con

antibioticoterapia. Su fórmula obstétrica es G2P1001, la primera gestación se trató de un parto por cesárea debido a oligohidramnios en el año 2017, el producto fue un recién nacido vivo a término, varón y con un peso de 2800 g.

Al examen físico, el abdomen es grávido, presenta una altura uterina de 36 cm con dinámica uterina positiva en una frecuencia de tres contracciones cada diez minutos. Durante el tacto vaginal, dilatación en 0 cm e incorporación en 70%. El resto del examen cursa sin alteraciones y los latidos cardiacos fetales tienen un promedio de 144 latidos por minuto.

La paciente es hospitalizada con el diagnóstico de secundigesta de 37 semanas y 5 días por fecha de última regla. Se interna y se programa sala de operaciones para posterior cesárea debido a riesgos obstétricos. Se realiza intervención de cesárea segmentaria transversa iterativa y se recibe producto recién nacido vivo de sexo masculino con un peso de 3620 gramos, talla de 57 cm, perímetro cefálico de 34 cm, perímetro torácico de 35 cm, perímetro abdominal de 35 cm y apgar en 9-9 al minuto y a los cinco minutos.

Posterior a la cesárea, se lleva a paciente a recuperación postanestésica donde cursa con funciones vitales normales y hemodinámicamente estable. Luego de dos horas es llevada a su habitación para continuar con internamiento y posterior alta. Tres días después es dada de alta con indicaciones debido a que cursa con evolución favorable al igual que recién nacido.

Además de la parte obstétrica que es gran parte de la jornada laboral, tenemos un caso ginecológico clínicamente atractivo. La paciente de siglas DBM, paciente de 51 años de edad, natural de Lima y procedente de San Juan de Miraflores. Acude a piso de hospitalización con la referencia de doctor que la controla por consultorio externo. Refiere que desde junio del año anterior presenta ginecorragia diaria tipo spotting asociado a dolor tipo cólicos interdiarios, es tratada médicamente y las molestias no remiten, por tal motivo se decide hospitalizar para intervención quirúrgica.

Como antecedentes de importancia, refiere hipotiroidismo diagnosticado hace cinco años y en tratamiento con levotiroxina de 50 mg todos los días. Niega antecedentes quirúrgicos y hospitalizaciones previas excepto durante periodos de partos. Su fórmula obstétrica es G5P4014, las cuatro gestaciones fueron partos eutócicos con productos vivos a término, refiere que tercera gestación fue de un aborto. La primera menstruación fue a los 11 años de edad. Además, refiere que menstruó normalmente hasta marzo del año anterior.

Al examen físico útero se palpa de aproximadamente 8 cm, anexos no dolorosos y no dolor a la movilización de cérvix, que a su vez cursa con sangrado por orificio cervical externo, el resto del examen físico sin alteraciones. Se hospitaliza para programación de histerectomía por el diagnóstico de miomatosis uterina sintomática.

Una vez hospitalizada, se consulta al servicio de endocrinología para control y seguimiento de hipotiroidismo, el cual concluye que la patología está controlada según hormonas tiroideas en sangre e indica suspender levotiroxina en el perioperatorio. Una vez en sala de operaciones se le halla un útero de 9 x 7 cm de aspecto adenomiósico, anexos izquierdo y derecho conservados y un sangrado intraoperatorio de 500cc, se le realiza histerectomía abdominal total. Recuperación post anestésica cursa sin alteraciones ni interurrencias.

Se solicita exámenes auxiliares de control a las 6 horas posteriores al procedimiento, donde reportan hemoglobina de 12.9 g/dl y hematocrito de 39%. Siendo estos valores entre los rangos normales, la paciente es dada de alta luego de dos días de post operada.

1.4 PEDIATRÍA

La rotación en pediatría se encarga de dar a conocer el manejo de pacientes desde su nacimiento hasta la juventud, enfocado en cuidados preventivos y

tratamiento de patologías frecuentes en los niños así como condiciones agudas o crónicas que puedan presentar.

El Centro Médico Naval cuenta con una área de emergencia pediátrica donde se recibe aproximadamente 25 pacientes por día. Entre las patologías más frecuentemente vistas se encuentran la enfermedad diarreica aguda, síndrome de obstrucción bronquial aguda, intoxicaciones alimentarias y casos quirúrgicos como apendicitis y politraumatizados.

La rotación de pediatría fue llevada a cabo a inicios del 2020 por lo que resultó siendo la de mayor duración, esto permitió realizar un mejor seguimiento de los pacientes y conocer más casos de patologías pediátricas.

Uno de los primeros casos fue el de la paciente de iniciales AGQ de 11 años de edad sin antecedentes de importancia. Acude a emergencia del CEMENA con un tiempo de enfermedad de 14 horas caracterizado por dolor tipo cólico a nivel de mesogastrio asociado a náuseas y vómitos. Una hora antes del ingreso presenta alza térmica de 38.3 grados centígrados y ante la persistencia del dolor deciden acudir a emergencia. Al examen físico, se encuentra un abdomen plano, blando y depresible, a la palpación se encuentra una masa a nivel de fosa iliaca derecha dolorosa a la palpación profunda. No presenta signos de irritación peritoneal. Se realiza exámenes de laboratorio que arrojan como resultados: Leucocitos en 9.800/mm³ y PCR en 0.4mg/dL. Es ingresada a hospitalización donde se sugiere realizar una ecografía abdominal que muestra: apéndice cecal engrosado de 1cm, presencia de líquido libre y adenopatías mesentéricas. Se plantea como diagnóstico: Apendicitis aguda por lo que se programa para cirugía e inicio de antibioticoterapia. El reporte post operatorio describe una masa de consistencia semi sólida, móvil e irregular a nivel del ciego compatible con una acumulación estercorácea y la presencia de un apéndice cecal congestivo sin necrosis ni fibrosis. Como diagnóstico post operatorio: Apendicitis aguda y fecaloma cecal. A las 48 horas después de la cirugía, la paciente es dada de alta con una evolución favorable.

Tenemos a su vez el caso del paciente de siglas OTV, varón de 2 años de edad, natural de Lima y procedente de Ventanilla. Es llevado al servicio de emergencias pediátricas por su madre, quien refiere que desde hace aproximadamente 4 días el paciente comienza con deposiciones líquidas de regular cantidad de color amarillenta y de una frecuencia de 7 cámaras al día, se asocia también a hiporexia, náuseas y rechazo de todos los alimentos. El día del ingreso se muestra irritable y quejumbroso motivo por el cual la madre lo lleva a emergencias. Durante anamnesis se concluye además que la diuresis se encuentra disminuida y el color es más oscuro que lo habitual. Entre los antecedentes de importancia, la madre relata que el parto fue por cesárea en el Centro Médico Naval, refiere vacunación completa y desarrollo psicomotor adecuado. Al examen físico, la frecuencia cardíaca se encuentra en 110 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria en 24 por minuto y la temperatura al momento de la evaluación es de 37° C. Continuando con el examen regional, los conductos auditivos externos se encuentran permeables al igual que las fosas nasales, ganglios no se palpan, en el aparato respiratorio el murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax sin ruidos agregados, el aparato cardiovascular cursa también sin alteraciones, el abdomen del paciente es blando, depresible y se auscultan ruidos hidroaéreos en regular frecuencia, siendo no doloroso a la palpación. Se le solicita un hemograma que no tiene valores alterados exceptuando leucocitosis de 20000, la reacción inflamatoria en heces fue negativa y el sedimento urinario patológico encontrándose más de 50 leucocitos por campo. Por tal motivo, es ingresado a hospitalización para tratamiento por el diagnóstico de infección del tracto urinario.

Un caso clínico de mucha relevancia es el del varón de siglas AVC de 4 años de edad natural del Callao procedente de Comas. El paciente es evaluado por consultorio pediátrico traído por su madre debido a una historia crónica de aproximadamente 2 años de evolución de constipación y distensión abdominal que ha ido empeorando progresivamente. La madre refiere el uso de enemas casi semanales para que paciente pueda defecar. Es hospitalizado como emergencia médica y cursa con todos los prequirúrgicos para intervención con laparotomía exploratoria debido al examen físico tan nefasto presentado,

donde el paciente cursa con mal estado general, gran distensión abdominal, dolor a la palpación profunda difuso en todo el abdomen y ruidos hidroaéreos aumentados. Durante laparotomía exploratoria, servicio de cirugía pediátrica realiza una colectomía parcial izquierda de colon sigmoides asociado a colostomía, además, incidentalmente se evidencia apendicitis en fase flemonosa, razón por la cual se realiza adicionalmente una apendicectomía. En el hallazgo anatomopatológico de muestra se concluye enfermedad de Hirschsprung. Posteriormente, acuden para control y cierre de colostomía con cirugía de restitución intestinal, la cual es llevada a cabo satisfactoriamente y se da de alta al paciente sin ninguna complicación postoperatoria.

Para concluir, un preescolar masculino de siglas CVA de 2 años de edad, quien acude a emergencias pediátricas debido a sintomatología respiratoria. La madre refiere que 10 días antes del ingreso paciente presenta rinorrea hialina sin ningún otro síntoma asociado, dos días después se exagera con hipertermia cuantificada en 38°C que disminuye con la medicación correspondiente con paracetamol a dosis terapéutica, concomitante tos seca no cianotizante. En vista de no mejoría clínica, la madre acude a Centro Médico Naval, donde paciente es evaluado por pediatra de guardia quien diagnosticó infección respiratoria baja dado que examen clínico correspondiente presentaba crepitantes en hemitorax izquierdo, es dado de alta con dosis de cefixime 8 mg/kg/día y paracetamol 15 mg/kg/día. Madre refiere que a pesar de cumplir con la medicación, el preescolar no presenta mejoría. Tres días después de primer ingreso, paciente acude nuevamente a emergencias pediátricas en compañía de su madre, en esta oportunidad se puede evidenciar dificultad respiratoria a la ectoscopia. Debido a radiografía de tórax y examen físico patológicos, se hospitaliza al paciente con el diagnóstico de neumonía bilateral, recibiendo tratamiento de antibioticoterapia con cefalosporina de tercera generación y clindamicina. Al examen de laboratorio se muestra leucocitosis con 42500, neutrófilos 97%, hemoglobina de 8 g/dl y hematocrito de 14,6%. En la radiografía de tórax de control, médico reporta imagen homogénea en lóbulo superior y medio derecho, con leve derrame paraneumónico pleural bilateral. Ante estos hallazgos el diagnóstico cambia a neumonía necrotizante bilateral asociado a derrame pleural. Se

agrega a los medicamentos vancomicina para cubrir staphylococcus aureus metilino resistente, además se transfunde paquete globular debido a valores en hemograma de anemia microcítica hipocrómica. En tomografía de tórax se evidencia una imagen de bordes regulares homogénea en el lóbulo superior izquierdo además de broncograma aéreo y cavidades en lóbulo superior y medio derecho. El paciente continúa con antibioticoterapia cumpliendo 21 días, donde se evidencia finalmente mejoría clínica y evolución favorable por lo que es egresado de hospitalización con control por consultorio pediátrico a los siete días del alta.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La Dirección de Sanidad de la Marina de Guerra del Perú (DISAMAR) comprende la asociación de toda una gama de establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad, los cuales son netamente de uso para asegurados de la Marina, entre ellos se encuentran 3 grupos de asegurados. El grupo 1 comprende a los oficiales, técnicos supervisores, técnicos y oficiales de mar en situación de actividad, disponibilidad o retiro con derecho a pensión. En el grupo 2 se encuentran los cadetes y alumnos de los centros de formación de la Marina de Guerra del Perú. En el grupo 3 se aseguran los derechohabientes que se encuentren debidamente registrados en la base de datos de la dirección de personal de la Marina, aquí podemos asegurar al cónyuge, hijos o hijastros hasta la mayoría de edad o hasta la edad de 28 siempre y cuando mantengan condición de soltero, sin hijos y puedan acreditar situación de estudios sin ejercer actividad profesional o económica, también se ubican aquí a los viudos con derechos a pensión o familiares que hayan heredado dicha pensión (7).

La Dirección de Sanidad de la Marina tiene como principal establecimiento de salud al Centro Médico Naval "CMST". Este complejo se ubica en la Av. República de Venezuela s/n en el distrito de Bellavista en la provincia constitucional del Callao. Nos encontramos frente a un centro de salud de nivel de complejidad III-1, es decir, es un establecimiento responsable de las referencias de centros de menor nivel de complejidad, se encarga de servir atención ambulatoria, hospitalaria e integral con alto grado de especialización. Gran énfasis en la recuperación y rehabilitación del paciente así como

actividades de prevención y promoción para la población afiliada. Tiene profesionales en especialidades médicas y subespecialidades, además de cargos administrativos, estadísticos, economistas y contaduría (8).

El Centro Médico Naval se encarga de brindar atención en salud a los pacientes afiliados en el seguro para la Marina de Guerra y sus derechohabientes ya consignados en los párrafos anteriores. El complejo se extiende por toda el área de la cuadra 34 de la Av. República de Venezuela, colindando con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

La institución recibe los casos referidos de los otros establecimientos de salud asociados a la Marina. Entre estos se encuentran el Hospital de la Base Naval del Callao "PMUM", Policlínico Naval San Borja, Policlínico Naval de Ancón, Clínica Naval de Iquitos, Posta Naval de Ventanilla, Sanidad de la Comandancia de la Cuarta Zona Naval, Sanidad de la Comandancia de la Tercera Zona Naval, Policlínico de la Capitanía del Puerto Puno, Estación Naval de Pichari, Enfermería del Centro de Instrucción Técnica y Entrenamiento Naval y Comandancia de la Primera Zona Naval.

El establecimiento gozaba de gran cantidad de ingresos diarios de pacientes antes del inicio de la pandemia COVID-19. Además, el área de consultorios externos realizaba citas diarias en todas las especialidades y recibía un aproximado de 10 pacientes al día por cada consultorio. Una vez iniciada la Ley de Emergencia Sanitaria todas las atenciones por consultorios externos fueron cerradas hasta previo aviso, el número de atenciones diarias por emergencias pediátricas y de adultos se redujo notablemente, además, se suspendió el internado de medicina humana, enfermería, nutrición, odontología y farmacia.

Durante este periodo de emergencia sanitaria, el hospital habilitó pabellones para el uso exclusivo para pacientes con la infección Sars-CoV-2. Asimismo, se capacitaron hospitales de campaña en el área de estacionamiento del Centro Médico debido a la alta demanda de hospitalizaciones que hasta el día de hoy están en pleno funcionamiento.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

La formación del interno durante el periodo 2020 ha sido bastante trunca, la aplicación y conjunción de bases clínicas junto con ciencias básicas y medicina basada en evidencias fue bastante armoniosa durante el primer trimestre de tal año. El iniciar en un servicio tan organizado y estructurado como es pediatría, permitió a los internos la ejecución de prácticamente todo el proceso de múltiples casos clínicos en una rotación donde hay la rica cultura de docencia. Poniendo siempre en primer lugar al paciente y con la confianza de los médicos residentes y asistentes fuimos capaces de realizar múltiples procedimientos. Además, existe la tradición de convocar reportes de casos para los pacientes con patologías más atractivas desde el punto de vista académico y exposiciones para las patologías más frecuentemente vistas en el servicio, que en este caso son las infecciones de vía aérea superior.

Las principales habilidades alcanzadas por parte del interno de medicina humana en este centro de salud fueron el desarrollo de las evoluciones diarias de todos los pacientes, proceso sumamente importante para el continuo monitoreo de la salud bio-psico-social de cada paciente. Además de este tipo de actividades diarias, los internos presencian gran cantidad de procedimientos en los pabellones de hospitalización e incluso desempeñar algunos de ellos como aplicación de sondas tipo foley, curaciones de heridas, suturas de heridas, retiros de puntos, retiros de dren penrose o dren tubular, cambio de bolsas de ostomías, retiro de catéter venoso central, entre otros. Asimismo, los internos son parte esencial de la asistencia a los cirujanos durante las intervenciones quirúrgicas, han sido testigos de gran cantidad de

operaciones, desde las más comunes como apendicectomías laparoscópicas hasta las más complejas como colocación de válvula mitral protésica.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La experiencia del internado médico en el Centro Médico Naval inició semanas antes de la fecha oficial, 31 de diciembre del 2019, con charlas de inducción y presentación de los doctores jefes del servicio y tutores quienes, solícitamente, recibieron a la nueva promoción de internos y dieron a conocer los principios de la profesión médica tanto a nivel nacional como institucional. La noche del 31 de diciembre del 2019 inició oficialmente el internado médico 2020 con los primeros grupos de guardia en cada rotación.

La rotación por la cual inició el internado fue por el servicio de pediatría, este departamento divide a los internos en tres funciones las cuales se desempeñan cada mes, estas son la sala de hospitalización, emergencias pediátricas y neonatología. Entre las funciones del interno en la sala de hospitalización pediátrica está el cargo de las evoluciones diarias de los pacientes, verificar los exámenes de laboratorio del día, transportar a los pacientes siempre que tengan alguna cita imagenológica, realizar curaciones de heridas si así lo requieren, entre otros.

En sala de emergencias pediátricas, los internos están a cargo del triaje, examen físico y coordinaciones entre otras especialidades para atender precozmente la emergencia del paciente. Es en este segmento donde los internos desarrollan habilidades para realizar procedimientos menores y manejo de las patologías agudas más frecuentemente vistas en la emergencias de la población pediátrica, tales como curaciones de heridas, nebulizaciones, manejo de deshidratación por diarrea aguda, entre otros.

El segmento de neonatología tiene como objetivo principal educar a los internos en la atención inmediata del recién nacido, desde cómo recibirlo de

manos del gineco-obstetra hasta las acciones a tomar en caso de presentar algún inconveniente en la adaptación del bebé. Al igual que en los demás segmentos, aquí se desarrolla la capacidad del interno para discernir entre situaciones patológicas de aquellas fisiológicas en el recién nacido, tal es el caso de las ictericias, cambios en las deposiciones y en el sueño.

En los meses previos al inicio de la pandemia por el SARS-COV-2, cada interno debía cumplir con 2 guardias semanales las cuales se llevaban a cabo tanto en el área de emergencias pediátricas como en neonatología donde el interno, en coordinación con los compañeros de ginecología, debía estar al tanto de cualquier parto o cesárea.

Una vez instaurado el estado de emergencia, el 11 de marzo del 2020, el internado fue puesto en pausa aún sin haber culminado la primera rotación. Las salas del Centro Médico Naval fueron cerrando una por una para convertirse en “salas COVID-19” a consecuencia del gran número de pacientes con esta patología que acudían al hospital. En los primeros quince días del estado de emergencia, aún prevalecía entre los internos de medicina a nivel nacional, la esperanza de regresar a las sedes hospitalarias, sin embargo, fueron pocos los hospitales que aceptaron su retorno, entre ellos, el Centro Médico Naval.

El internado se reinició en octubre del 2020 con un nuevo reglamento y disposiciones que debían cumplir tanto las universidades como las sedes hospitalarias. Los horarios y rotaciones cambiaron para adaptarse a esta nueva normativa, acortando el tiempo de rotación por cada segmento y el número de internos por grupo. Existió también un grupo de internos que voluntariamente desistieron de retornar al hospital por diferentes motivos como, presencia de comorbilidades o el hecho de vivir con personas vulnerables.

Un estudio realizado por Albitres, et al. donde se describe la percepción de los internos en cuanto a la suspensión del internado médico durante la cuarentena por COVID-19, demuestra que la mayoría de internos estuvo de acuerdo con

la suspensión de las actividades en las sedes hospitalarias, en principal medida, porque los hospitales no garantizaban las medidas de bioseguridad recomendadas o, como fue mencionado, por el temor de poner en riesgo a personas vulnerables cercanas a ellos (9).

Retornar al internado en época de pandemia fue, para muchos, como iniciar desde cero. Esto es, no por los largos meses de ausencia de los internos en los pabellones del hospital, sino por la nueva forma de desarrollo de las actividades, nuevas prácticas y cuidados a tener en cuenta.

La primera rotación en este segundo periodo de internado médico fue la rotación de cirugía general la cual constó de 15 días en piso de hospitalización y guardias de 12 horas en el área de emergencia. Entre las situaciones que sufrieron cambios durante los tiempos de pandemia, se encuentran las programaciones de cirugías. Las cirugías electivas fueron canceladas, realizándose exclusivamente cirugías de emergencia, esto es, por la poca disponibilidad de personal médico por cada servicio pues, al iniciar las jornadas contra el COVID-19, muchos médicos de distintos servicios fueron reclutados para realizar guardias en los hospitales de campaña y salas de hospitalización para pacientes COVID-19. A pesar de esto, aún se mantuvo la posibilidad para los internos de ingresar a las cirugías en calidad de asistentes u observadores. Independientemente de esta situación, tanto las evoluciones como visitas en los pisos de hospitalización siguieron su camino habitual, haciendo hincapié en los cuidados adicionales al momento de interactuar con el paciente, uso de mascarilla, careta facial, lavado de manos y principalmente, manteniendo la distancia cada vez que sea posible.

Entre los meses de octubre y diciembre del 2020, se realizaron guardias de 12 horas en el servicio de emergencia, sin embargo, con la llegada de la nueva ola y el poco abastecimiento de las carpas de triaje para pacientes sospechosos de infección por SARS-COV-2, el riesgo de contagio fue aumentado, por lo que se decidió excluir a los internos de las guardias en emergencia, manteniendo sus actividades diarias sólo en los pisos de hospitalización.

El desarrollo de la rotación de medicina interna desde octubre del 2020 se llevó de forma similar, pues, de igual forma, los internos realizaban guardias en emergencia que posteriormente fueron canceladas al instaurarse la segunda ola. Un detalle importante a resaltar en este segundo periodo de internado en medicina interna, es la cantidad de pacientes con secuelas de neumonía COVID-19 que los internos tuvieron la oportunidad de conocer, examinar y manejar. Desde casos leves de disnea por afectación muscular y episodios de cefalea como casos más severos de fibrosis pulmonar y afecciones neurológicas como síndrome de Guillain-Barré.

Finalmente, la rotación por ginecología y obstetricia, al igual que lo sucedido con las demás rotaciones, fue acortada a periodos de dos semanas. En estas dos semanas los internos cumplen con guardias diurnas y nocturnas en las cuales se atienden a las pacientes hospitalizadas en el servicio y emergencias ginecoobstétricas que se puedan presentar. Cada guardia consiste en un periodo de 12 horas de trabajo, en el que se ha podido llegar a atender hasta 5 partos entre eutócicos y cesáreas por jornada.

CONCLUSIONES

El año del internado de medicina humana es uno de los periodos más importantes en la carrera médica, debido a la pandemia por COVID-19, este año ha sido truncado para los internos de todas las especialidades en ciencias de la salud en todas las universidades del Perú. Razón por la cual, las rotaciones por los servicios correspondientes se redujeron a una tercera parte de lo que se realizaba normalmente.

Como internos de medicina, el caso relatado en las páginas anteriores fue una oportunidad para afianzar y fortalecer nuestros conocimientos cimentados con una gran base en ciencias básicas y clínicas en los anteriores seis años de carrera en pregrado. Dicho esto, no se puede pensar en este año como una debilidad en comparación con los internados de años anteriores, sino como una oportunidad de establecer los parámetros y consecuencias de un año de práctica preprofesional regular comparado con el año que se ha relatado en párrafos anteriores. Sin embargo, las autoras de este trabajo de suficiencia profesional tuvieron la satisfacción de continuar el internado en la misma institución a la comenzada, es por tal motivo que no es posible relatar disgusto o debilidades, ya que a diferencia de muchos internos de la región, el Centro Médico Naval abrió con gusto las puertas a sus internos luego de la primera ola de la pandemia.

El tipo de internado descrito fue una constante evaluación diagnóstica y formativa de competencias clínicas, quirúrgicas y sociales, del cual las expectativas al iniciar en el año 2019 fueron de gran índole académico y a pesar de las restricciones ya conocidas, nunca se redujo la calidad de

enseñanza ni se dejó de lado el intervencionismo practicado con el paciente por parte del interno de medicina.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. La Marina de Guerra del Perú. Dirección de Salud del Centro Médico Naval. 2021. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
2. La Marina de Guerra del Perú. Centro Médico Naval "CMST". 2021. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
3. Dirección Regional de Salud del Callao. Análisis de Situación de Salud Región Callao. Noviembre del 2017. Disponible en: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/asis/FILE0000262020.pdf>.
4. Tapia Villanueva Rosa M, Núñez Tapia Rosa M, Syr Salas Perea Ramón, Rodríguez-Orozco Alain R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super [Internet]. 2007 Dic [citado 2021 Abr 14]; 21(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es.
5. Miguel Rabí. La formación de médicos y cirujanos durante los siglos XVI a XIX: Las Escuelas Prácticas de Medicina y Cirugía en el Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2006 Jun [citado 2021 Abr 14]; 67(2): 173-183. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200011&lng=es.

6. Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Reglamento de Internado Médico. 07 de Marzo de 2017. http://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/departamentos/internado/REGLAMENTO_DE_INTERNADO_2017_2.PDF.
7. Normas Legales. Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas. 7 de Diciembre del 2013. 508616 – 508619. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200307/197036_DL1173.pdf20180926-32492-up22yc.pdf.
8. NT N° 021 – MINSA / DGSP V.01. Norma Técnica Categorías de Establecimiento del Sector Salud. Mayo del 2005. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf
9. Albitres-Flores Leonardo, Pisfil-Farroñay Yhojar A., Guillen-Macedo Karla, Niño-García Roberto, Alarcon-Ruiz Christopher A. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev. perú. med. exp. salud pública. 2020 Jul; 37(3): 504-509. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342020000300504&lng=es.