



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021 – 2022 EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL “CORONEL LUIS ARIAS
SCHREIBER” Y EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA**

**PRESENTADO POR
MARÍA CRISTINA VÁSQUEZ CABRERA**

**ASESOR
LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

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

**LIMA– PERÚ
2022**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021 – 2022 EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL “CORONEL LUIS ARIAS
SCHREIBER” Y EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARÍA CRISTINA VÁSQUEZ CABRERA

ASESOR

LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Carlos Morales Paitan

Miembro: Graciela Pilares Barco

DEDICATORIA

A mi mamá y mi hermana, por brindarme siempre su apoyo en todo momento, por siempre haber sido mi respaldo en los momentos buenos y malos durante estos siete años de esta hermosa carrera.

A mi alma máter, la Universidad San Martín de Porres, por su ardua e incansable formación para cumplir mi sueño de ser médica.

A los médicos del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” quienes afrontaron las olas de la pandemia por el SARS CoV-2, fueron también parte de mi formación como profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi madre, por ser la primera persona que confió en mí cuando decidí estudiar medicina humana.

A los médicos asistentes, médicos residentes, enfermeros, técnicos de enfermería del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” de los cuales recogí muchas enseñanzas, tanto para ejercer mi profesión como para la vida.

ÍNDICE	
Portada	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
Planteamiento del problema	ix
Objetivos	x
Alcance	x
Limitaciones	xi
Justificación	xi
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
Casos clínicos más relevantes en la experiencia de la autora	1
1. Cirugía general	
a. Caso clínico 1.1	2
b. Caso clínico 1.2	3
2. Ginecología y obstetricia	
a. Caso clínico 2.1	4
b. Caso clínico 2.2	5
3. Medicina interna	
a. Caso clínico 3.1	7
b. Caso clínico 3.2	8

4. Pediatría y neonatología	
a. Caso clínico 4.1	8
b. Caso clínico 4.2	9
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	14
1. Cirugía general	
a. Caso clínico 1.1	14
b. Caso clínico 1.2	15
2. Ginecología y obstetricia	
a. Caso clínico 2.1	16
b. Caso clínico 2.2	16
3. Medicina interna	
a. Caso clínico 3.1	18
b. Caso clínico 3.2	18
4. Pediatría y neonatología	
a. Caso clínico 4.1	20
b. Caso clínico 4.2	20
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	21
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	26

RESUMEN

El internado médico es la etapa trascendental en la que el estudiante consolida todo lo aprendido en seis años de carrera, conocimientos de ciencias básicas y de ciencias clínicas. Consta de cuatro rotaciones: ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna. La pandemia ha generado cambios en todos los campos, y el internado médico no ha sido la excepción.

En el presente trabajo se exponen ocho casos clínicos, dos por cada servicio donde se realizaron las rotaciones. Cabe precisar que los casos clínicos fueron seleccionados por conveniencia de la autora, posteriormente se comentan los manejos y se discuten.

Objetivo: Describir la experiencia por la autora, y competencias adquiridas durante el internado médico en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, en el contexto de la pandemia por el SARS COV-2, en el período de julio del 2021 hasta febrero del 2022.

Metodología: Se describieron las experiencias de las actividades que realizó el autor durante el internado en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”. Además, se emplearon las historias clínicas de los pacientes para completar información sobre los casos clínicos.

Conclusión: La pandemia ha planteado nuevos retos a la educación médica en pregrado y post grado a nivel mundial, el internado médico también se vio afectado, motivo por el cual es importante que el personal de internos, y los catedráticos tengan cercanía a la tecnología, y puedan manejarla, con el objetivo sea posible realizar discusiones de casos clínicos, y así complementar las enseñanzas para el futuro profesional médico.

ABSTRACT

The medical internship is the year where the medical student consolidates everything learned in six years of career, knowledge of basic sciences and clinical sciences. This consists of four rotations: gynecology and obstetrics, pediatrics, general surgery, and internal medicine. Due to the SARS-CoV-2 pandemic, changes have been seen and the field of medical internship was not going to be the exception.

In the present work eight clinical cases are exposed, two for each service where the rotations were carried out; It should be noted that the clinical cases were selected for the convenience of the author; Subsequently, the managements are commented, and these are discussed.

Objective: To describe the author's experience and skills acquired during the medical internship at the "Coronel Luis Arias Schreiber" Central Military Hospital in the context of the SARS COV-2 pandemic, from July 2021 to February 2022.

Methodology: The experiences of the activities carried out by the author during the internship at the "Coronel Luis Arias Schreiber" Central Military Hospital were described, in addition, the clinical histories of the patients were used to complement information on the clinical cases.

Conclusion: The pandemic has posed new challenges to undergraduate and postgraduate medical education worldwide, the medical internship was also affected, which is why it is important that interns and medical professors have closeness to technology and handle it. with the objective of being able to carry out discussions of clinical cases and thus complement the teachings for the future medical professional.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” ubicado en el distrito de Jesús María, fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958 y posteriormente, remodelado y ampliado en 1974. Cuenta con completas unidades de atención y equipamiento de alta tecnología, siendo catalogado como un hospital de categoría III-1 (Nivel de complejidad III y Nivel 1 de atención) (1).

Este centro sanitario se encuentra no sólo destinado a atender a los miembros del personal militar y sus familiares, sino también brinda sus servicios a casos de la comunidad a través de un Programa de Acción Cívica, con sensibilidad social. Asimismo, brinda atención las 24 horas en especialidades como Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Pediatría y Gineco Obstetricia (2).

En el último año de carrera, los estudiantes culminan su formación en centros de salud y/u hospitales, con la finalidad de completar y consolidar el aprendizaje teórico respecto a diferentes casos, y llevarlo a la práctica. De la misma forma, el estudiante va desarrollando sus capacidades sociales que implican la relación médico – paciente, o el contacto con sus familiares (3).

Sin embargo, durante la pandemia ocasionada por el SARS COV-2, el 15 de marzo de 2020 se estableció el Estado de Emergencia Sanitaria (4) y con el posterior comunicado de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) en respuesta a la Resolución Viceministerial N°081-2020- MINEDU (5), se estableció la suspensión momentánea de las actividades de internado.

Cinco meses después, con la promulgación el Decreto de Urgencia N° 090- 2020 (6), se establecieron las pautas a seguir para el retorno gradual de los internos del área de salud a sus labores presenciales, coordinando con los establecimientos de salud que permitieran esta reincorporación, y sumando ahora la participación de los establecimientos de primer nivel de atención regidos por el Ministerio de Salud, mediante contratos para el personal de internos,

además de establecer un cambio en el horario, labores y beneficios, los cuales son parcialmente cumplidos hasta la actualidad (7).

En el presente trabajo se narra la experiencia del internado médico en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” en el contexto de la pandemia por el SARS COV-2, de julio del 2021 hasta febrero del 2022.

Planteamiento del Problema

La pandemia por el SARS COV-2 ha significado una modificación del estilo de vida y el ámbito médico no ha sido ajeno a esto (8). En el Perú, cuando se presenta el primer caso confirmado de COVID 19 el 6 de marzo del 2020, significó la suspensión de actividades académicas presenciales, pérdida de rotaciones en nosocomios, menor exposición a pacientes, ya que el riesgo de contagio era alto, y trajo consigo una adaptación a “nueva normalidad” en línea para poder capacitar al personal de internos de medicina, y se cumplan los objetivos establecidos (9).

A mitad de la segunda ola de la COVID-19, el Ministerio de Salud emitió la Circular N°068-2021-DG-DIGEP/MINSA, con el objetivo de garantizar la continuidad del proceso de articulación docente asistencial. Los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales se pusieron a disposición para el desarrollo de las actividades del internado en ciencias de la salud a partir de mayo del 2021 (10).

Pese a esto, aun siendo futuro personal de salud, próximo a trabajar en nosocomios, no tomaron en cuenta al personal de internos como prioridad para la vacunación de estos, motivo por el cual la Asociación Peruana de Facultades de Medicina emite el Oficio Múltiple N°118-ASPEFAM-VIRTUAL-2021 (11), indicando que su preocupación ya que el Ministerio de Salud no contemplaba la vacunación de los internos que estaban próximos a realizar el internado el 01 de mayo el 2021, ni tampoco un marco normativo que garantice equipos de protección personal de salud (EPPs), seguros de vida y de salud, ni estipendio (11).

No fue hasta el 29 de abril del 2021, luego de una presión mediática, que el Ministerio de Salud a través del Oficio Circular N°121-2021-DG-DIGEP/MINSA aprueba el Documento Técnico: “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria”; por solicitud de la Dirección Ejecutiva de Inmunizaciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA, que remitieron a los Directores Regionales de Salud el comunicado oficial para la vacunación a los internos de ciencias de la salud en cada una de sus jurisdicciones, durante el viernes 30 de abril al miércoles 5 de mayo de 2021, a nivel nacional (12).

Objetivos

Describir la experiencia por el autor y competencias adquiridas durante el internado médico en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” en el contexto de la pandemia por el SARS COV-2, en el período de julio del 2021 hasta febrero del 2022.

Alcance

El presente informe permitirá a los futuros internos de medicina que deseen adjudicar a una plaza en la sede hospitalaria – docente Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”, al describir las labores del interno en los diferentes servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía general y Medicina interna.

Limitaciones

- Dificultad de seguimiento específico de los pacientes debido a cambios de rotaciones correspondientes
- Dificultad de acceso a historias clínicas antiguas para complementar información de respecto a los pacientes.

Justificación

El presente trabajo es relevante ya que se dará a conocer una perspectiva del internado médico en un hospital III-1, posterior a dos olas por la COVID-19 y la tercera ola que se vivió durante el internado médico, además de las acciones que se tomaron durante ese tiempo. Asimismo, servirá como referencia para futuras promociones que tengan en cuenta a este nosocomio como sede para desempeñar su internado médico, y conocer las medidas de protección que se tomaron para evitar el contagio.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es la etapa final de la formación universitaria en la carrera de medicina humana, forma parte de la mayoría de los planes de estudios de las facultades de medicina (13). Antes de la pandemia solía durar doce meses, actualmente dura diez. Se desarrolla en las instituciones de salud aprobadas por la propia universidad con carácter rotatorio. Las áreas básicas obligatorias son Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, cada una dura dos meses y dos semanas (14).

Durante esta etapa, el interno puede ir proyectando lo que será su vida como profesional de salud, y a la par va adquiriendo y consolidando conocimientos teóricos para aplicarlos durante su ejercicio (13).

El internado médico se inició el 01 de julio del año 2021 en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” para las facultades pertenecientes a ASPEFAM, entre ellas nuestra casa de estudios. Al nosocomio adjudicaron 104 internos del área de salud, entre personal remunerado y no remunerado, de los cuales 101 eran internos de la carrera de medicina humana. Días antes del inicio del internado, se realizó una inducción en la que se establecieron los reglamentos del hospital y de cada servicio, además se informó el orden de rotación de las especialidades dispuestas para el desarrollo del internado: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia. Respecto a las dos últimas, debido a la baja concurrencia de pacientes, se permitió al interno realizar rotaciones externas en otros establecimientos, previa coordinación con los mismos.

A continuación, se expondrán diferentes casos clínicos vistos, pertenecientes a las diferentes especialidades, relatando como fue su ingreso, evolución de la enfermedad, y las limitaciones del personal de salud.

CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico 1.1

Paciente varón de 19 años acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 8 horas, el cuadro clínico se caracterizó por cefalea, malestar general, sensación de alza térmica. 3 horas después del inicio del cuadro, presentó dolor abdominal tipo cólico de intensidad 8/10, asociado a náuseas que no cedía con ninguna posición, motivo por el que acude a la emergencia.

A la exploración física, el paciente se encontraba con signos vitales dentro de los parámetros normales. Examen del aparato respiratorio y cardiovascular normales. Al examen del abdomen se encuentra: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha y Mc Burney (+). Ante el diagnóstico presuntivo de síndrome doloroso abdominal a descartar apendicitis aguda, se solicitó ecografía abdominal y exámenes prequirúrgicos: serológicos, hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, examen completo de orina y perfil de coagulación.

Después de dada la orden de las pruebas, se indica nada por vía por oral (NPO), hidratación EV y analgesia.

Resultados:

- Hemograma: Hb: 12, Hto: 38%, leucocitos: 15 000, plaquetas: 199 000, segmentados: 75%, linfocitos: 26%
- Glucosa: 88, Urea: 33, Cr: 0.9
- Examen de orina: dentro de los valores normales
- Serológicos: negativos
- Ecografía abdominal: no líquido libre en cavidad, diámetro transversal de apéndice 11 mm y se visualiza fecalito.

Caso clínico 1.2

Paciente mujer de 65 años procedente de Cañete, con antecedente de hipertensión arterial hace 10 años en tratamiento con Losartan 50 mg/día, diabética hace 7 años en tratamiento con Metformina/sitagliptina 850/50 mg/día; acude con tiempo de enfermedad de 7 días de inicio insidioso, refiere dolor opresivo de intensidad 9/10 en hipocondrio derecho, vómitos e hiporexia, acude a clínica donde le administran Diclofenaco IM, aliviando el dolor. Cursa un día sin dolor y 3 días antes de su ingreso al hospital el dolor reaparece en epigastrio de intensidad 9/10, asociado a náuseas y vómitos.

Se le realiza ecografía abdominal particular, donde se percibe colédoco dilatado, y hallazgos sugestivos de colecistitis aguda litiásica, niega fiebre. Dos días antes de su ingreso, su familiar refiere notar coloración amarillenta de piel y escleras que, sumado al dolor abdominal, motiva que acudan a emergencia.

Al examen físico: signos vitales dentro de los valores normales, escleras ictéricas, ictericia en piel ++/+++. Examen del aparato respiratorio y cardiovascular normales. Al examen del abdomen se encuentra: no distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. Murphy (+).

Ante el diagnóstico presuntivo de coledocolitiasis a descartar pancreatitis aguda, se solicitó colangio-resonancia y exámenes prequirúrgicos: serológicos, hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, examen completo de orina, amilasa, lipasa y perfil de coagulación.

Después de dada la orden de las pruebas, se indica nada por vía por oral (NPO), hidratación EV y analgesia.

Resultados:

- Hemograma: Hb: 13, Hto: 40%, leucocitos: 16 000, plaquetas: 210 000, segmentados: 70%, linfocitos: 33%
- Glucosa: 99, Urea: 34, Cr: 0.9

- Examen de orina: leucocitos 10-12 x campo
- Bilirrubina total: 10.64, bilirrubina directa: 8.54.
- TGO: 136, TGP: 130
- Amilasa: 63, lipasa: 78.
- Serológicos: negativo
- ColangioRM: colédoco dilatado de 9 mm, hallazgos sugestivos a colecistitis litiásica aguda y se observa cálculo comprimiendo conducto hepático común y conducto hepático derecho.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico 2.1

Acompañante de paciente de 19 años refiere que cuadro clínico se inició 5 días antes de su ingreso al hospital, caracterizado por náuseas y dolor abdominal, el cual persistió. El día de su llegada a la emergencia, a las 8 am, la paciente refiere dolor con tiempo de 8 horas a nivel de hipogastrio con intensidad 10/10, asociado a vómito de contenido alimenticio no calculable. Cinco horas después, presenta cuadro de lipotimia, por lo cual acuden a Policlínico del Rímac, donde es diagnosticada con gestación de 5 semanas y 4 días e hipotensión (80/50 mmHg), por lo que es referida a la emergencia del hospital.

Antecedentes:

- Personales: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAMS: no refiere.
- GO: no refiere.
- G1 P0000 → menarquia: 12 años. Pareja sexual: 1. FUR: 05/11/2021.
- Ritmo catamenial: irregular.
- IRS: 18 años.
- MAC: ampolla mensual.
- Ecografía del primer trimestre: G1 de 6 semanas y 2 días

Examen físico: paciente soporosa, LOTEP, ventilando espontáneamente, portadora de vía periférica, PA: 70/40 mmHg, FC: 120, FR: 19.

- Piel: fría, LLC > 2", palidez +++/+++
- CV: Ruidos cardíacos taquicárdicos de buena intensidad.
- Abdomen: plano, RHA (+), doloroso a la palpación profunda. Rebote (+).
- GU: diferido por paciente en shock.

Impresión diagnóstica: abdomen agudo quirúrgico a descartar embarazo ectópico roto. Se activa clave roja.

Caso clínico 2.2

Paciente mujer de 40 años acude a la emergencia, debido a toma de presión arterial de 147/90 en farmacia, percibe movimientos fetales, niega síntomas de irritación cortical, pérdida de líquido amniótico, y sangrado. Paciente refiere que 5 días antes de acudir a la emergencia, inició medicación con Metildopa 500 mg vía oral cada 8 horas, Nifedipino 10 mg cada 12 horas, y que el día que acudió a la emergencia no tomó medicación.

Antecedentes:

- Personales: niega
- Quirúrgicos: AMEU (2005)
- RAMS: no refiere.
- GO: no refiere.
- G3 P1011 → menarquia: 14 años. Pareja sexual: 3. FUR: 16/11/2021. FPP: 23/08/2022.
- Fecha de último parto: 11/06/2007. Mayor ponderado fetal: 3859 gr.
- Ritmo catamenial: irregular. IRS: 21 años.
- MAC: no refiere.
- Periodo intergenésico: 14 años

Examen físico: paciente LOTEPE, ventilando espontáneamente, PA: 150/90 mmHg, FC: 70, FR: 16, peso: 73 kg, talla: 163 cm, T: 37°C.

- Piel: tibia, hidratada, elástica, LLC < 2”.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad.
- Abdomen: plano, RHA (+), blando/ depresible, no doloroso a la palpación. Altura uterina: 30 cm, Latidos cardíacos fetales: 145 lpm. Feto único en situación longitudinal, posición derecha y presentación cefálica.
- Genitales externos y BUS: no sangrado.
- Vagina: elástica, cérvix cerrado largo y posterior, útero grávido y de tono conservado.

Impresión diagnóstica:

1. G3 de 33 semanas con días por fecha de última regla
2. No trabajo de parto
3. Descartar trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia vs hipertensión gestacional
4. Alto riesgo obstétrico: PIN largo, edad materna añosa, no controles prenatales.

Se solicita exámenes de laboratorio: set de preeclampsia, eco doppler.

MEDICINA INTERNA

Caso clínico 3.1

Paciente varón de 24 años procedente de Cusco, acude con tiempo de enfermedad de un mes, refiere lesión ulcerosa en región dorsal del miembro superior izquierdo, no dolorosa y pruriginosa, 3 días después de aparecer lesión ulcerosa en región malar derecha, pruriginosa pero no dolorosa. Dos días después, presentó dos lesiones ulcerosas no dolorosas en región poplíteica anterior de miembro inferior izquierdo, y en región dorsal del tercer dedo de la mano izquierda. Posteriormente, dos días después, presentó otra lesión ulcerosa no dolorosa en región radial anterior de miembro superior derecho, motivo por el cual lo evacúan al hospital.

Al examen físico: signos vitales dentro de los valores normales. Examen del aparato respiratorio y cardiovascular normales. Al examinar extremidades:

- Región malar derecha: lesión ulcerosa de 1x1.5 cm con ligera secreción serohemática
- Región malar izquierda: lesión ulcerosa con bordes eritematosos de 1x1 cm
- Brazo izquierdo: lesión seca en región dorsal de 2x2 cm, en cara ventral: lesión costrosa de 1x1 cm
- Brazo derecho: lesión ulcerosa de 5x5 cm en región radial anterior
- Mano izquierda: lesión ulcerosa en dorso de 5x5 cm con bordes definidos y ligera secreción serohemática.
- Mano derecha: lesión costrosa de 1x1 cm con bordes eritematosos en región cubital anterior, indolora.
- Región poplíteica izquierda: lesión ulcerosa con bordes eritematosos de 3x3 cm.

Paciente niega antecedentes patológicos, quirúrgicos, familiares y epidemiológicos. Debido a las características de las lesiones y epidemiología de Cusco se plantea como diagnóstico: Leishmaniasis cutánea. Se solicitan

hemograma, electrolitos, bioquímicos, perfil hepático, perfil lipídico, examen de orina y depuración de creatinina.

Caso clínico 3.2

Paciente varón de 62 años con tiempo de enfermedad de 5 días, acude a la emergencia del hospital por presentar malestar general, cefalea intensa y sensación de alza térmica que no cedían a medicación. Paciente con antecedente de hipertensión arterial desde hace un año en tratamiento con Valsartan.

Al examen físico: PA: 150/80, FC: 90, FR: 20, T: 37.1°C. Faringe congestiva.

- Examen respiratorio: murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax.
- Examen cardiovascular: normal.

Se indica hospitalización y:

1. Oxígeno por Cánula binasal
2. Paracetamol 1gr PRN T> 38°C
3. Captopril 25 mg SL PRN PA >= 150/90

Se solicitaron exámenes de hemograma, PCR, dímero D, AGA, electrolitos, glucosa, urea, creatinina, TEM de tórax y prueba antigénica de COVID 19.

PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Caso clínico 4.1

Recién nacido de parto vaginal, presentación cefálica, sin sufrimiento fetal en sala de parto, sin antecedente de ruptura prematura de membranas. Líquido amniótico normal, cordón umbilical con dos arterias y una vena, placenta normal. Peso: 3600 gramos, Talla: 53 cm, perímetro cefálico: 35 cm, perímetro torácico: 31 cm. Presenta APGAR de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Edad gestacional al Capurro: 38 semanas. Se procede al contacto piel a piel por una hora.

Pasada la hora se procede al examen físico, de aparente buen estado general, piel sonrosada, pabellones auriculares debidamente formados, leve deformidad en zona de vertex, blanda no limitada por suturas, frecuencia respiratoria de 45 ventilaciones por minuto; frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, soplos no audibles; abdomen ligeramente distendido, blando, depresible; genital masculino y ano permeables, moviliza las 4 extremidades simétricamente.

Al nacimiento con el diagnóstico de recién nacido a término de 38 semanas, adecuado para edad gestacional y caput succedaneum, pasa a alojamiento conjunto.

Durante la visita médica, neonato con tiempo de vida extrauterina de 14 horas, madre refiere que su hijo presenta una coloración amarillenta hasta región tóraca. Al examen físico con funciones vitales en valores normales:

- Piel y mucosas: piel tibia, elástica, hidratada, se evidencia ictericia en escleras y piel hasta región intermamilar.
- Examen respiratorio, cardiovascular, abdominal y genitourinario: sin alteraciones.
- Locomotor: Barlow y Ortolani: negativos.
- Neurológico: activo, reactivo, con reflejos conservados

Se solicitó exámenes de laboratorio: grupo y factor, hemograma completo, bilirrubinas y RPR, los cuales muestran que el RN es de grupo B-, siendo la madre O-, hemograma con hemoglobina de 13 mg/dl, hematocrito de 36%, resto de valores normales, Bilirrubina total: 18 mg/dl, Bilirrubina indirecta: 16 mg/dl RPR negativo.

Caso clínico 4.2

Paciente mujer de 10 años que acude al hospital acompañada de su mamá, ya que refiere que su hija tiene dos días presentando sensación de alza térmica y desde un día antes presenta tos no productiva, cefalea, dolor de garganta, rinorrea y una “tumoración” delimitada en región cervical.

Antecedentes:

- Prenatales: primera gestación. Intercurrencias: ninguna. Gestación a término.
- Natales: parto eutócico, APGAR 9 al minuto, 10 a los 5 minutos, PN: 3450. Talla: 50 cm, perímetro cefálico: 34 cm, perímetro torácico: 30 cm. Edad gestacional: 39 semanas.
- Post natales: desarrollo psicomotriz, desarrollo del lenguaje y desarrollo social dentro de los parámetros normales.
- Inmunizaciones completas.
- Niega antecedentes patológicos.
- Niega reacciones alérgicas a medicamentos o alimentos.

Al examen físico: FC 100x', FR 24x', PA 100/60, T°: 38°C.

- Piel y mucosas: caliente, elástica, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos. Se palpa adenopatía dolorosa en región cervical de 1cm x 1cm; mucosas húmedas, placas exudativas y congestivas en faringe.
- Examen respiratorio, cardiovascular, abdominal: sin alteraciones.
- Examen genitourinario: diferido.
- Aparato locomotor: moviliza 4 extremidades.
- Neurológico: Glasgow 15/15, lúcido, orientado en tiempo y persona, pupilas isocóricas y foto reactivas a la luz.

Se solicita una radiografía de tórax y un hemograma completo para su posterior reevaluación.

- Radiografía de tórax: no se observa compromiso alveolar o algún patrón patológico
- Hemograma: leucocitosis, no abastados, resto de examen normal.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico se inició el 1 de julio del año 2021 en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”, ubicado en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, distrito de Jesús María, en Lima.

Este hospital fue inaugurado el día 1 de diciembre de año 1958, durante el gobierno del presidente Manuel Prado (1). Es considerado un establecimiento III-1, cuenta con más de 20 especialidades dedicadas a brindar atención médica integral tanto al personal militar, a sus familiares y personal con derecho en el ejército, además de proporcionar atención médica de emergencia a pacientes de cualquier procedencia dispuesta por ley (2).

Sin embargo, por la crisis sanitaria, se han cerrado los consultorios externos de varias especialidades como Endocrinología, Reumatología, Dermatología, entre otras, y atienden por tele consulta. En el hospital sólo se atienden casos de emergencia COVID y emergencia NO COVID, además se cuenta con el servicio de hospitalización. Cabe resaltar que dispone de su propio tomógrafo y resonador. Durante varios meses, no se contó con exámenes de laboratorio básicos como hemograma, urea, creatinina, perfil de coagulación o exámenes complementarios como examen para VIH, detección de virus de hepatitis B, virus de hepatitis C o sífilis, siendo importantes estos últimos para su diagnóstico, y también como exámenes que se solicitan previos a una cirugía.

La primera rotación fue en el servicio de Cirugía General a cargo de la médico y Comandante del ejército Giovanna Aguilar, que cuenta con médicos especialistas civiles y militares, 6 médicos residentes y personal de enfermería.

Las cirugías de emergencia eran prioridad, motivo por el que se dirigían a sala de operaciones debidamente preparados y a la brevedad posible, con todos los estudios de laboratorio y de imágenes pertinentes, además de la evaluación de los riesgos quirúrgicos evaluados por las especialidades de neumología y cardiología.

En esta rotación, el interno tuvo la oportunidad de rotar en los servicios de Traumatología, Anestesiología, Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía de tórax y cardiovascular. Durante el acto quirúrgico, bajo la guía del médico asistente o médico residente, el interno tiene la oportunidad de asistir durante la cirugía, y realizar el seguimiento correspondiente de los pacientes en los días posteriores a sus cirugías.

La segunda rotación fue en el servicio de Ginecología y Obstetricia, a cargo del Dr. Talavera, comandante asimilado del ejército, el que cuenta con 6 médicos especialistas, dos médicos residentes, personal de enfermería y obstetricia. En su mayoría, las hospitalizaciones eran ginecológicas y en caso de los partos, mayormente se atendían cesáreas. Es importante mencionar que el hospital no cuenta con UCI neonatal, razón por la que toda paciente considerada de alto riesgo obstétrico era referida a un establecimiento de mayor complejidad, frecuentemente al Instituto Nacional Materno Perinatal.

La segunda mitad de la rotación de ginecología y obstetricia se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal, antes Hospital Maternidad de Lima, que pasó a ser Instituto en 1992, y en 2006 fue considerado como Establecimiento de Salud III-2, el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno-perinatal en el país.

En promedio al año, en el INMP se registran unos 22 000 nacimientos y al día se producen unos 60 nacimientos, entre partos normales y cesáreas (15). La rotación se realizó en servicios de hospitalización y centro obstétrico. La institución cuenta con 5 servicios de hospitalización, de los cuales los internos pueden rotar en cuatro, ya que el D es destinado al COVID.

El servicio A es dirigido a madres adolescentes, mientras que el B a la atención de hemorragias obstétricas, ruptura prematura de membranas, y casos de hiperémesis gravídica.

El C atiende de estados hipertensivos del embarazo, y el E se ocupa de la estancia de púerperas sin complicaciones, tanto de parto vaginal, quienes eran

dadas de alta un día posterior a su parto y post operadas de cesáreas, quienes eran dadas de alta a los dos días posteriores a su cirugía.

Cabe resaltar que luego de dar a luz a sus hijos, siempre las obstetrices ofrecen y explican de los métodos anticonceptivos a las puérperas, con el objetivo de que ellas hagan la elección del método con el cual cuidarse. El interno tiene la oportunidad de colocar métodos de anticoncepción como T de cobre o implantes subdérmicos, bajo la supervisión del médico residente o de la obstetra.

La tercera rotación se realizó en el servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Central, a cargo de la Dra. Victoria Chávez, comandante del ejército, cuenta con cuatro pisos de hospitalización, cada uno con su médico asistente y médico residente encargados. En esta rotación, el interno logró capacitarse de manera satisfactoria en la evaluación, diagnóstico y manejo de las enfermedades más frecuentes que pueden llegar a la consulta externa de los establecimientos del primer nivel de atención: diabetes mellitus, hipertensión arterial, anemias, y como son prevalentes las evacuaciones de la sierra y selva de nuestro país, también logró capacitarse en el manejo de leishmaniasis, malaria y dengue.

La cuarta rotación, que se llevó a cabo en el servicio de pediatría, pese a la poca casuística, el interno logró capacitarse en las patologías más comunes en esta población, tales como infecciones de tracto respiratorio alto, enfermedades diarreicas agudas, evaluar el control - desarrollo del niño y esquema de vacunación.

Durante la tercera de COVID 19, llegaron cantidad de pacientes al nosocomio para sacarse pruebas antigénicas para la detección del virus. Por otra parte, había pacientes que acudían con sintomatología compatible y pasaban directo a tópico de medicina, aludiendo no tener COVID-19, y se rehusaban a realizarse la prueba. En este período, varios médicos asistentes, médicos residentes, internos de las diversas facultades e incluso la autora, se contagiaron.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

A continuación, se discutirán los casos clínicos presentados anteriormente en el capítulo I:

Caso clínico 1.1

Una vez confirmado el diagnóstico, y empleando la Escala de Alvarado, se obtiene un puntaje de 9 puntos, que es indicativo a cirugía (16), y por el tiempo de enfermedad que refiere el paciente y las horas que han transcurrido, se podría inferir que aún no se ha perforado el apéndice. Sin embargo, esto no se puede confirmar al momento que se haga la exploración del apéndice.

Se realizó una apendicectomía laparoscópica + lavado de cavidad + colocación de dren tubular, debido a apendicitis aguda complicada con peritonitis generalizada. Se encontró un apéndice de 10 x 1.8 cm perforado en su tercio distal, y gangrenado en toda su extensión. Además, se halló líquido purulento de 100 cc, aproximadamente en espacio recto vesical, 50 cc en espacio parieto-cólico derecho, 50 cc en espacio parieto-cólico izquierdo y 50 cc a nivel de espacio subhepático.

Al día siguiente post cirugía, se examinó al paciente, el cual refiere leve disuria, los puntos de los abordajes laparoscópicos se encontraban bien afrontados, tenían buena cicatrización, no signos de flogosis. El dren tubular que salía por fosa iliaca derecha se encontraba funcional, con secreción serohemática de aproximadamente 80 cc.

El paciente recibió tratamiento antibiótico con Meropenem y Metronidazol por 10 días, se retiró el dren tubular a los 7 días, debido a la continua disminución hasta llegar a ausencia de salida de secreción, además se manejó el dolor con Paracetamol condicional. Posteriormente, el paciente fue dado de alta con indicaciones médicas y retiro de puntos en una semana, en un centro de salud cercano a su domicilio.

Caso clínico 1.2

Una vez teniendo el diagnóstico definitivo de Colecistitis Aguda, bajo los criterios diagnósticos de la guía de Tokio 2018 (17) y confirmación de síndrome de Mirizi, se pudo realizar la cirugía prevista. Se realizó una colecistectomía laparoscópica + colocación de dren kher + colocación de dren tubular + exploración de vía biliar.

Los hallazgos quirúrgicos fueron una vesícula biliar de 8x3x3 cm con paredes engrosadas, conducto cístico dilatados con cálculos enclavados a nivel de colédoco de 1 cm, múltiples adherencias de epiplón y duodeno a vesícula; además de múltiples adherencias firmes de pared a epiplón.

Un día después de la cirugía, se examinó a la paciente, la cual no manifestó molestia. Al examen físico dirigido: el abdomen se encuentra no distendido, los puntos de los abordajes laparoscópicos se encontraban bien afrontados, tenían buena cicatrización, no signos de flogosis, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial en sitio operatorio.

El dren kher presentaba secreción serohemática biliosa de 200 cc, dren tubular que sale por hipocondrio derecho presentaba secreción serohemática de 50 cc.

La enferma recibió tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Metronidazol por 10 días, se retiró el dren tubular a los 7 días, debido a la continua disminución hasta llegar a ausencia de salida de secreción, además se aplicó manejo con Ketoprofeno de 100 mg cada 8 horas, Tramadol condicional a dolor intenso. Se empleó inspirómetro de incentivo, y se prescribió la medicación habitual para la diabetes e hipertensión que la paciente tenía como antecedentes. Posteriormente, fue dada de alta con indicaciones médicas y retiro de puntos en diez días en un centro de salud cercano a su domicilio.

Caso clínico 2.1

Una vez activada la clave roja, la paciente sube a sala de operaciones para realizarse una laparotomía exploratoria + salpinguectomía segmentaria itsmica derecha + lavado peritoneal. Se encontró una hemorragia intracavitaria de 2000 ml, trompa derecha entallada en segmento itsmico, sin presencia de saco ni tejido trofoblástico macroscópicamente. Ovarios, útero y trompa uterina izquierda en condiciones normales. Diagnóstico post operatorio: embarazo ectópico complicado tubárico derecho.

Al día siguiente post cirugía, se examinó a la paciente, la cual refiere dolor abdominal difuso de intensidad 4/10 que se exacerba con el movimiento. Al examen físico dirigido: el abdomen se encuentra no distendido, herida quirúrgica mediana infraumbilical se encontraba cubierta con apósito seco, presentaba buena cicatrización, no signos de flogosis, ruidos hidroaéreos presentes, blando / depresible, dolor a la palpación profunda en hipogastrio y flancos. Se solicitó un control de bHCG cuantitativo a los 3 días post operatorios el cual fue de 130, hubiera sido ideal un control de bHCG cuantitativo previo. Sin embargo, no contaba con este previo a su llegada al hospital.

La mujer recibió tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 10 días, se manejó con Ketoprofeno de 100 mg cada 8 horas, Tramadol condicional a dolor intenso. Posteriormente, fue dada de alta con indicaciones médicas, y retiro de puntos en diez días en un centro de salud cercano a su domicilio.

Caso clínico 2.2

Con los diagnósticos planteados anteriormente, se instaura hidratación 500 cc a chorro luego 45 gotas por minutos, maduración pulmonar con Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas hasta completar 2 dosis y control de presión arterial con Nifedipino 10 mg vía oral condicional a presión arterial \geq 160/110 mmHg. Se recibe set de preeclampsia a los días de hospitalización con una Hb: 9.7 gr/dl, Plaquetas: 153 000, Fibrinógeno: 392 mg/dl, tiempo de protrombina: 12", tiempo parcial de tromboplastina: 23". Urea: 22 mg/dl, Creatinina: 9.76 mg/dl,

bilirrubina total: 0.2 mg/dl, bilirrubina directa: 0.1 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0.1 mg/dl, TGO: 25 UI/L, TGP: 27 UI/L, proteinuria en 24 horas: 330 mg/24 hr. Eco doppler: feto con RCIU (Percentil 11, resistencia aumentada de arterias uterinas). Planteándose diagnósticos:

G3 de 33 semanas 5 días por FUR

1. No trabajo de parto
2. Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia sin signos de severidad.
3. Anemia moderada
4. Feto con RCIU
5. Alto riesgo obstétrico: edad materna añosa, periodo intergenésico largo
6. Paridad satisfecha

Se dispuso un plan de control de laboratorio estricto cada 12 horas, monitoreo de presión arterial cada 4 horas de forma estricta y antihipertensivos. Al octavo día de hospitalizada, la paciente presenta dos días con picos de presión arterial de 150/110 y 160/110, además se contó con hemograma donde el recuento de plaquetas estaba en 140 000, por lo cual se diagnostica preeclampsia con signos de severidad por disfunción hematológica, por lo que se aplica el protocolo con sulfato de magnesio, y se indica cesárea de emergencia + bloqueo tubárico bilateral.

Diagnóstico post operatorios:

1. Post operada de cesárea segmentaria transversa por preeclampsia severa
2. Déficit de crecimiento fetal (RCIU)
3. Anemia moderada
4. No trabajo de parto
5. G03 34 semanas

La mujer pasa a sala de recuperación, y posteriormente a piso para hidratación, manejo con uterotónicos, sulfato de magnesio al 20%, analgésicos y antihipertensivos.

Caso clínico 3.1

Se obtiene resultados de exámenes de laboratorio:

Hb: 13.9, hematocrito: 44%, plaquetas: 290 000, abastionados: 0%, glucosa: 103, urea: 56 mg/dl, Creatinina: 1.6 mg/dl, serológicos negativos. El paciente permanece hospitalizado. Se realizó interconsulta al servicio de infectología quienes indicaron estudio de frotis de sangre periférica donde se encontraron amastigotes de Leishmania, por lo que le indicaron tratamiento con estibogluconato de sodio, pero debido a la falta de este medicamento, recién lo inició una semana después del inicio de su hospitalización, mientras empleó Paracetamol condicional a la fiebre. Una semana después se dispuso tratamiento con estibogluconato por 20 días. La evaluación de las lesiones y sintomatología del paciente era constante por parte de los médicos internistas del servicio, el servicio de infectología y del interno a cargo. Al no ver mejoría total de las lesiones, 2 aún se encontraban ligeramente eritematosas, se decide extender el tratamiento con estibogluconato por 30 días, con lo que se obtuvo mejoría clínica, y se le dio de alta una semana después de finalizado el tratamiento.

Caso clínico 3.2

Al recibir exámenes de laboratorio se obtiene: Ph: 7.4, PCO₂: 36.5, PO₂: 70, PAFI: 200, glucosa: 98, Urea: 16.8, Creatinina: 0.46, dímero D: 5.01, prueba antigénica a COVID: positiva. Adicionalmente, al ampliar antecedentes, paciente refiere no tener ninguna vacuna contra la COVID 19; motivo por el que ingresa a hospitalización COVID, sin embargo, la función respiratoria no mejora, y a los 7 días de su ingreso a hospitalización pasa a unidad de cuidados intensivos COVID para oxigenación asistida con cánula de alto flujo, catalogándolo como IRA tipo I con Cánula de alto flujo y neumonía por SARS-CoV-2. Al quinto día de hospitalización, tiene 2 días de picos febriles y hemograma con leucocitosis, por lo que se le aplica antibioticoterapia con Levofloxacino. Nueve días después, pasa a unidades de cuidados intensivos polivalente, con prueba antigénica negativa, para destete de cánula de alto flujo.

Dos días después, presenta mejora en patrón oxigenatorio con cánula binasal (CBN), pasa a piso medicina interna para completar tratamiento antibiótico con Levofloxacino y destete de oxigenación asistida con CBN. La evaluación del examen físico al ingreso a medicina interna: paciente por cánula binasal a 2 litros, manejando saturación de oxígeno de 93%.

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", mucosas normohidratadas y normocrómicas.
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: globuloso por tejido celular subcutáneo abundante, ruidos hidroaéreos presentes, blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: micción espontánea, PPL (-), PRU (-)
- Locomotor: moviliza cuatro extremidades, tono y sensibilidad conservados.
- Sistema nervioso: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow: 15/15, no signos meníngeos, no signos de rigidez de nuca.

La paciente completó 10 días de antibioticoterapia con Levofloxacino, además la interna se encargaba de supervisar, y ver que la paciente realizara adecuadamente sus ejercicios respiratorios y el uso de espirómetro de incentivo. El oxígeno se fue disminuyendo progresivamente, un día antes de completar su tratamiento antibiótico se le retiró por completo, saturando 95-96%. Al completar tratamiento antibiótico, se solicitó hemograma control con hemoglobina, hematocrito, leucocitos, linfocitos, plaquetas dentro de los valores normales. Fue dada de alta al día siguiente.

Caso clínico 4.1

Con los exámenes de laboratorio y el examen físico se plantean los siguientes diagnósticos:

- Ictericia neonatal por incompatibilidad de grupo
- Recién nacido masculino a término, adecuado para edad gestacional
- Caput succedaneum

En el manejo el recién nacido pasa a fototerapia, se le recetan lentes, se le indica una hidratación constante y adecuada, además se le recalcó a la madre la importancia de continuar con lactancia materna. La paciente presentó una evolución.

Caso clínico 4.2

Impresión diagnóstica: Faringoamigdalitis aguda

En esta patología es relevante determinar el agente etiológico, ya que el más frecuente es la faringoamigdalitis estreptocócica. Previo a iniciar antibioticoterapia, se debería de analizar los criterios de Centor modificados por Isaac: temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ (1 punto), exudado amigdalar (1 punto), tos (0 puntos.), adenopatías cervicales dolorosas (1 punto), paciente de 10 años (1 punto).

Ante el puntaje de 4, se recomienda el inicio de antibioticoterapia. Según la guía del MINSA pone como medicamento de primera línea penicilina G-Benzatínica 1.200.000 UI vía intramuscular en dosis única. En este caso, se le receta Amoxicilina 50 mg/kg/día vía oral por 10 días, y Paracetamol 250 mg cada 6 horas (1/2 tableta).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico, último año de la formación profesional del alumno de medicina humana es una etapa relevante para consolidar el conocimiento teórico y práctico aprendido durante los años de ciencias básicas y ciencias clínicas para poder aplicarlos durante todo ese periodo.

El aprendizaje que se reciba suele ser proporcional al número de pacientes que el interno tenga a cargo, haga revisión de los respectivos casos y aplique sus conocimientos a estos. Para completar estas enseñanzas, los médicos asistentes y residentes de los respectivos servicios tienen la función de ser guías durante el establecimiento de terapéutica de pacientes en hospitalización, el manejo en emergencia, durante procedimientos que permitan realizar al interno, además de desarrollar breves reuniones académicas.

El contexto donde se ha desarrollado este internado médico ha sido en medio de una pandemia que ha afectado a muchas personas, entre éstas el personal médico, enfermeros, técnicos de enfermería, personal administrativo, y cabe precisar, que los internos no hemos sido la excepción. En este escenario, hemos debido adecuarnos a nuevos retos, y limitaciones presentadas en las prácticas profesionales, incluso, exponiéndonos a la posibilidad del contagio de esta enfermedad.

Además, es de mencionar, que los internos con los adecuados conocimientos, guías y entrenamiento pueden aportar a llegar al diagnóstico de una patología con su anamnesis bien descrita y una exploración física minuciosa, e incluso llegar a hacer sugerencias de exámenes de laboratorio, de imágenes o de manejo de la enfermedad durante la visita médica o durante su turno de guardia en la emergencia, motivo por el que se considerarían una pieza importante para el adecuado funcionamiento y manejo de los servicios a los que pertenecen.

CONCLUSIONES

Posterior a relatar las experiencias durante el internado médico 2021 en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”, se puede concluir lo siguiente:

- El hospital cuenta con una categorización, según normativa vigente, de un Hospital III-1, y pese a tener ciertas ventajas como las que son tener su propio tomógrafo y su propio resonador, sería importante que cuente con reactivos para realizar exámenes de laboratorios elementales como hemogramas completos, grupo y factor sanguíneo, perfiles de coagulación, entre otros.
- El personal de internado, al tener cierta cercanía a la tecnología y manejarla, ha resultado beneficioso para poder realizar discusiones de casos clínicos con médicos asistentes que son tutores a la vez, y de esta manera completar las enseñanzas ya brindadas durante la visita médica.
- Durante este último año, a pesar de contar con un reglamento brindado por el Ministerio de Salud a las entidades hospitalarias, que tiene el objetivo de velar por los internos de medicina humana, este no se ha visto cumplido en su totalidad, debido a que no se brindaba equipos de protección personal de salud (EPPs) en su totalidad a los internos, los cuales se quedaban horas extras para cumplir con indicaciones de sus pacientes, entre otras situaciones.
- El hospital suele contar con materiales disponibles para entrar a sala de operaciones de emergencia si algún caso lo requiere, y tiene a la disponibilidad médicos capacitados para atender cualquier emergencia quirúrgica las 24 horas.

RECOMENDACIONES

- En estos tiempos, es importante capacitar a los catedráticos para poder aplicar una adecuada enseñanza en línea, y de esta manera desarrollar discusiones de casos clínicos, realizar exposiciones virtuales, simulaciones, hacer repasos de tópicos relevantes, teniendo a un médico como instructor, para así poder llenar vacíos académicos causados por la pandemia en el sector de educación.
- La entrega de EPPs y un seguro de vida a los internos de medicina en su totalidad es algo vital, que no se ha llevado a cabo en todas las instituciones. Esto debería mejorar para las futuras promociones, que los EPPs no sean sólo para los internos que entran de guardia, si no también para los que están en hospitalización.
- Los estudiantes de medicina desde cuarto año de la carrera, que es cuando empiezan a participar activamente y rotar por diferentes hospitales, pueden empezar a realizar trabajos de suficiencia profesional por cada año de rotación, para así poder llegar al internado con la experiencia necesaria para obtener su título bajo esta modalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Historia - HMC [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: http://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
2. Campañas de Salud - HMC [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: http://hmc.ejercito.mil.pe/campa_salud
3. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19 [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300504
4. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM - Gobierno del Perú [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>
5. Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU - Gobierno del Perú [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/459958-081-2020-minedu>
6. Decreto de Urgencia N° 090-2020 - Gobierno del Perú [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/es/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>
7. Aprueban 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”-RESOLUCION MINISTERIAL-N° 622-2020/MINSA [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-documento-tecnico-lineamientos-para-el-inicio-o-la-resolucion-ministerial-no-622-2020minsa-1877740-1/>

8. Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>
9. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes pre profesionales de medicina ante la legislación peruana [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400562
10. OFICIO CIRCULAR N° 068-2021-DG-DIGEP-MINSA.pdf [Internet]. Ministerio de Salud. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://drive.minsa.gob.pe/s/SyFP7bW6M347wgd>
11. ASPEFAM: Comunicados | Covid-19 [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.aspefam.org.pe/covid19_comunicados.htm
12. Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>
13. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosipi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. ACTA MEDICA Peru. 30 de agosto de 2016;33(2):105-105.
14. SciELO - Salud Pública - Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19 Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19 [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n3/504-509/>

15. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
16. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco | Horizonte Médico (Lima) [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/827>
17. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004