



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA ENTORNO A LA PANDEMIA POR COVID-19  
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR**

**DIEGO ROLANDO CHAVEZ FERNANDEZ**

**ASESOR**

**DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**LIMA, PERÚ  
2021**



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA ENTORNO A LA PANDEMIA POR  
COVID-19 EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL  
PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
DIEGO ROLANDO CHAVEZ FERNANDEZ**

**ASESORA  
DRA. UBILLUS ARRIOLA GLORIA MARITZA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidenta:** Dra. María Santibáñez Gutiérrez

**Miembro:** Dr. Mario Heins León Florián

**Miembro:** Dra. Paty Macedo Alfaro

## DEDICATORIA

A mi hermano y a mis padres que estuvieron conmigo durante todo este trayecto.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los docentes, doctores, compañeros y personas que estuvieron conmigo en todo momento, resolviendo mis dudas y brindándome su apoyo incondicional.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	x
<b>INTRODUCCIÓN</b>	xii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Medicina general	3
1.2 Cirugía general	5
1.3 Pediatría y neonatología	8
1.4 Gineco-obstetricia	9
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	12
2.1 Hospital Militar Central	12
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	14
3.1 Medicina Interna	14
3.2 Cirugía general	15
3.3 Pediatría y neonatología	16
3.4 Gineco-obstetricia	17
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	18
<b>CONCLUSIONES</b>	21
<b>RECOMENDACIONES</b>	23

<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	24
<b>ANEXOS</b>	27
ANEXO N°1	28

## RESUMEN

El internado médico es el fin de la carrera de medicina humana, este consta de 1 año donde se rota por 4 especialidades: medicina interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia. Normalmente estos tienen una duración de 3 meses por cada una; sin embargo, finalizando la primera rotación, llegó la pandemia del

COVID-19 lo cual interrumpió por varios meses el internado, retomándose en Octubre del 2020.

El internado inició con medicina general en el hospital militar central. Aquí se destacó el manejo médico de los pacientes, sus evoluciones médica a detalle y el manejo de la polifarmacia; también se realizaron colocaciones de sondas Foley, sondas nasogástricas y sondas rectales; así como vías periféricas. A su vez, se asistió en paracentesis y colocación de CVC, así como realizar en varias ocasiones RCP y manejar un código rojo. Por otro lado, se tuvieron guardias en emergencia tanto en tópicos como en rotonda, que es el área de observación de hasta 72h de los pacientes de emergencia y los que tenían a cargo los casos de trauma shock que llegaban.

Fue una rotación productiva donde hubo varios casos, desde faringitis aguda hasta shocks sépticos e infartos de miocardio. También se caracterizó por las constantes exposiciones docentes que se hacían tanto en medicina como en emergencia.

A mitad de marzo inició la pandemia por el COVID-19 y con ella sus restricciones, donde la incertidumbre y ansiedad primó. En octubre del 2020 se retornó al internado médico en el hospital militar central con la rotación de cirugía general con nuevas medidas, donde se destacó no solo el uso de EPP y la necesidad de una prueba rápida negativa, sino que también las guardias se redujeron notoriamente y solo fueron diurnas. Por otro lado, solo se asistió 15 días en vez de los 30-31 que eran anteriormente.

En cirugía general se vieron solo casos de emergencia: apendicitis, colecistitis aguda o reagudizada, hernias a predominio inguinal y una que otra cirugía

programada. Si bien fue una rotación productiva, fue muy corta y no se pudo ver una amplia gama de patologías como solía ser; a su vez, solo se rotó por cirugía general, y ya no por traumatología, cirugía de tórax y cardiovascular y/o urología como sucedió en internados anteriores.

Posteriormente, se pasó a la rotación de pediatría donde los casos fueron mínimos, teniendo un promedio de 1-3 hospitalizaciones por mes y unas guardias donde asistían entre 0-5 pacientes por turno. Por otro lado, se vieron unas pocas cesáreas programadas donde se ingresó a sala de operaciones para recibir al recién nacido y darle sus cuidados necesarios según requerimiento.

Finalmente se terminó en gineco-obstetricia con un formato distinto, se rotaba interdiario pero 12 horas por 15 días. Aquí fue casi igual que en pediatría, con pocos casos de hospitalización, donde la mayoría era por cesáreas programadas y pocas roturas prematuras de membrana (RPMs). En esta rotación se aprendió el manejo de una cesárea así como de las RPMs. A su vez, se dieron exposiciones docentes donde se trataban temas tanto de ginecología como de obstetricia.

El internado médico, a pesar de todas las dificultades, tuvo algo que anteriormente no se hacía muy seguido: la investigación. En el hospital se realizó un concurso de investigación donde se participó con una investigación descriptiva sobre el COVID-19, el cual ganó el primer puesto. A su vez, dicha investigación se encuentra aprobada y a la espera de publicación en una revista nacional indexada.

Fue un internado distinto, con una parte teórica y práctica limitada; sin embargo, la parte social y humanitaria tuvo una parte notoria donde integró la formación de un buen profesional de la salud. Se aprovechó al máximo no solo la infraestructura y tecnología del hospital, sino también de sus recursos humanos los cuales demostraron ser personas con grandes valores, a las que le importa el sentido humanitario del trato, sobretodo en una pandemia de esta envergadura.

Valores, los cuales llegaron a transmitir en su totalidad.

**Objetivo:** Describir las competencias adquiridas en cada rotación del internado médico 2020 en el hospital militar central, en relación a la pandemia del COVID19

**Metodología:** Recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencias de manejo de la salud.

**Conclusiones:** El año de la pandemia por COVID-19 ha sido un reto para la formación de los internos de medicina, donde se tuvieron que poner en práctica destrezas relacionados a la bioseguridad así como no solo ver la parte médica, si no la parte humana y social. Se adquirieron y consolidaron a su vez, competencias en el área quirúrgica, médica, pediátrica y gineco-obstétrica.

**Palabras clave:** Internado médico, COVID-19

## ABSTRACT

The medical internship it's the last step of the medical career, it's about 1 year where you pass through different specialties: intern medicine, general surgery, pediatrics, and obstetrics and gynecology. Normally they have a duration of 3 months each; however, ending the first rotation the COVID-19 pandemic arrived, interrupting the internship for several months, returning on October 2020. The internship started with intern medicine at the central military hospital. Here was highlighted the management of the patients with their detailed medical evolution and the management of polypharmacy; the use of Foley probe, nasogastric probes and rectal probes. It was done as well CPR and it was managed the code red. On the other hand, it was done emergency shifts at topic and at "rotonda", where the patients that needed observation up to 72h were hospitalized and where the trauma shocks were treated.

At mid-march the COVID-19 pandemic started along with its restrictions, where anxiety primed. At October 2020 the medical internship was resumed starting with the general surgery rotation, with new measures, including the use of PPE and the covid-19 tests. The shifts were only at day, excluding the night shifts, and the assistance was only 15 days per month while before it was 30-31 days per month.

At general surgery the only cases attended were the ones that required emergency surgeries: appendicitis, cholecystitis, and some other surgeries if there was time and space.

After that came the pediatric rotation where the cases were minimum, having around 1-3 hospitalizations per month and 0-5 patients per shift. The caesareans operations where a few without any major complications.

Finally, the rotations ended with obstetrics and gynecology with a different format: rotations between everyday but for 12 hours. The hospitalizations where a few, where most of them were for programmed caesareans operations and a few prelabor rupture of membranes.

Even with all the difficulties, the medical internship had something that wasn't seen before: research. At the military hospital was done a research contest

related to COVID-19 where the first place was obtained with an investigation done at the ER service, investigation about to be posted at a national journal. It was a different internship, with a limited practice and theory but with a huge social and humanitarian part. It was taken advantage of the infrastructure and technology at the hospital, but also of the human resources which demonstrated to be great people with great values. Values that were transmitted in their totality.

**Objective:** Describe the acquired competencies at each rotation at the 2020 medical internship at the central military hospital, in relation with the COVID-19 pandemic.

**Methodology:** Collection of information according to base in evidence medicine and health management experience.

**Conclusions:** The COVID-19 pandemic has been a challenge for the formation of the medical interns, were not only the biosecurity skills and knowledge was put to test, but also the social and human part. The acquired competencies and consolidated were related to the surgical, medical, pediatric and Ob-Gyn area. **Keywords:** Medical internship, COVID-19

## INTRODUCCIÓN

El internado médico (IM) es la última etapa de la carrera universitaria de medicina humana donde se ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del currículum universitario. A su vez, esta etapa sirve al alumno interno para ser insertado en una comunidad laboral donde se aprovechen las capacidades científicas, tecnológicas y sociales que tengan las sedes hospitalarias.

La duración del IM es de 1 año calendario, dividida en 4 rotaciones de tres meses cada una. Las rotaciones son obligatorias y son las siguientes: Medicina general, Cirugía general, Gineco-obstetricia y Pediatría (1).

En el hospital militar central (HMC) el internado médico inició el 26 de diciembre del 2019 donde las actividades asistenciales comprendidas de lunes a domingo fueron: los servicios de hospitalización y servicios de emergencia (llámese guardias diurnas/nocturnas), donde las responsabilidades del interno médico eran las de evolucionar al paciente, dar indicaciones médicas (según la capacidad del interno y la complejidad del caso), solicitar exámenes auxiliares requeridos, verificar materiales y formularios necesarios según sea el caso del paciente, entre otras actividades.

El internado médico debería culminar el 25 de diciembre del 2020, sin embargo la aparición de la pandemia por el COVID-19 retrasó este proceso. El IM fue suspendido el 15 de marzo del 2020 por orden del ejecutivo bajo resolución viceministerial 081-2020-MINEDU, complementada con la resolución viceministerial 095-2020-MINEDU, y retomado a partir del 15 de

agosto según decreto de urgencia 090-2020 (2) con unos nuevos lineamientos donde se estipulaba, entre otros temas, que el interno rote 15 días presenciales en vez de todo el mes completo como era lo usual (3)

Se determinó que el IM finalice hasta el 30 de abril de 2021, según oficio circular 068-2021-DG-DIGEP/MINSA (4).

El internado 2020-2021 tuvo como protagonista al SARS-CoV-2. Los coronavirus (CoVs) son virus causante de diversas patologías, sobre todo respiratorias. Entre estas destacan los SARS-CoV donde en diciembre del 2019 surgió una nueva forma en Wuhan - China que posteriormente se le denominaría por la OMS SARS-CoV-2.

El SARS-CoV-2 es un nuevo coronavirus causante de la nueva enfermedad denominada COVID-19. Los síntomas son principalmente respiratorios; sin embargo, estos pueden presentar otros signos y síntomas como anosmia, cefalea, mialgias, náuseas, vómitos, diarreas, mareos, depresión, presentaciones cutáneas, entre otros (5).

El 11 de marzo de 2020 la OMS cataloga al COVID-19 como una pandemia (16)

El 6 de marzo del 2020 se confirma el primer caso por COVID-19 en el Perú (6) y el 15 de marzo aprueba el decreto supremo 044-2020-PCM donde se dictan las nuevas medidas por el COVID-19 donde destaca el aislamiento social obligatorio (7).

Desde ese entonces hasta la actualidad el Perú ha vivido una grave crisis social, sanitaria y económica, afectando a toda la población.

Adicionalmente, es sumamente importante la constante protección y uso de EPPs (equipo de protección personal), así como tamizajes rutinarios (ya que se sabe que existen casos asintomáticos donde se podrían contagiar a más personas). Es por ello que el HMC indicó la realización de pruebas COVID-19 como requerimiento para el retorno al IM en esta sede docente.

Debido a esta pandemia, el internado médico fue muy diverso a los anteriores. Se vivieron diversos cambios y una constante incertidumbre, donde en cualquier momento todo podía cambiar sin aviso alguno. Sin embargo, es un momento donde la salud y la medicina tienen un enfoque preferencial y por ende es muy importante para todos los médicos y futuro galenos, saber

adaptarse a estos cambios y estar en constante aprendizaje y actualización ante las nuevas variantes; aprender sobre las nuevas vacunas y el manejo ante este virus tan imprevisto; así como, poder educar a la sociedad y así poder evitar que esta pandemia siga avanzando.

En el presente informe se relatará la importancia del IM en la formación profesional y el cómo fue realizado en el hospital militar central. A su vez, se mencionarán las habilidades médicas y sociales adquiridas pre y post pandemia. Las experiencias en las diversas rotaciones y guardias realizadas, así como las oportunidades realizadas como la realización de una investigación relacionada al COVID-19.

Finalmente, también se relataran 2 casos clínicos por rotación, detallando la historia clínica de ingreso del paciente, sus antecedentes, su manejo y evolución dentro del HMC. Casos clínicos de importancia médica y de relevancia para un interno de medicina donde pone a prueba sus conocimientos adquiridos durante toda su carrera.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Todo estudiante pasa sus 6 años estudiando pensando en ese último año, el internado médico. Ese momento que estás a un paso de ser un médico profesional. Es esa etapa final de la carrera de medicina humana, la más emocionante y la que todo doctor alguna vez recuerda. Es ese momento en donde se aplican los conocimientos adquiridos, donde todo lo estudiado por fin toma sentido y uno se hace cara a cara contra la enfermedad.

El internado médico 2020 inició con varias expectativas y con un excelente inicio. Se inició en la rotación de medicina, donde se descubrió no solo la gran calidad de profesionales con los que cuenta el HMC, sino también la gran capacidad resolutiva e infraestructura del mismo.

La rotación de medicina se dio en el pabellón A31 que cuenta con un promedio de 20 habitaciones, dentro de las cuales una de estas es la denominada UTI para pacientes de cuidados intermedios, con 4 camas para estos. Cada día iniciaba a las 6:50am con la evolución de los pacientes asignados (los cuales variaban entre 3-6), una evolución minuciosa con el clásico SOAP: Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan. Posteriormente se hacían las indicaciones si el paciente no requería ningún cambio y no era un paciente crítico (posteriormente se verificaba o hacia algún cambio al pasar visita con el asistente de turno). Finalmente si había interconsultas, exámenes auxiliares o alguna variación, se hacía.

Cada interno estaba bajo la supervisión de la R1 de medicina interna, la cual no solo velaba por el cumplimiento de las tareas, sino también enseñaba en lo posible a cada uno.

Las interconsultas eran provechosas, ya que cada asistente y residentes de las diversas especialidades que venían a ver a los pacientes, aplicaban docencia explicando el porqué de sus indicaciones, hacían preguntas y hasta a veces invitaban a rotar en su servicio en los momentos libres.

Cada 3-4 días habían guardias en emergencia de 12h, sean diurnas como nocturnas. Aquí se dividieron en 2 áreas: tópico y rotonda, siendo tópico el lugar donde se atienden a todos los pacientes que acuden a emergencia de medicina y rotonda, el lugar donde permanecen algunos pacientes en observación hasta 72h; también el interno y grupo de rotonda eran responsables de atender todos los trauma shocks.

En estas guardias se aprendió el manejo a los pacientes por emergencias, desde manejos simples como una faringitis hasta trauma shock por infartos que requerirán reperfusión. A su vez, cada lunes se hacía una exposición en emergencia donde se trataban temas de esta especialidad.

Posteriormente, vino la pandemia a menos de 15 días de finalizar la primera rotación, interrumpiéndola.

En octubre se retornó al HMC y al internado médico, con diferentes lineamientos y menos tiempo en cada rotación.

En este mes, se retornó a cirugía general, donde por la emergencia sanitaria solo se atendían emergencias: colecistitis agudas o reagudizadas, apendicitis, algunas hernias y traumatismos. Algunos pacientes que tenían otras patologías que requerían cirugías programadas, fueron puestas en stand-by y operadas cuando se conseguía un espacio libre.

Finalizando cirugía se rotó por pediatría, rotación que se subdividió en neonatología y pediatría per se. A su vez, hubieron guardias pero cada vez más espaciadas.

Pediatría tuvo un promedio de 3-5 pacientes hospitalizados por mes y en las guardias se atendían entre 0-4 pacientes por turno. En neonatología el promedio por mes de neonatos fue de aproximadamente 4-10 la cual estancia hospitalaria era de normalmente 2 días pudiendo alargarse hasta 10 días en caso de ser requerido. Las patologías más frecuentes por las cuales se hospitalizaron los pacientes, fueron por crisis asmáticas.

La última rotación fue gineco-obstetricia donde el promedio de pacientes hospitalizadas por mes fue entre 5-12, siendo la gran mayoría gestantes con parto por cesárea programado. A su vez se vieron casos de RPM y placenta previa. Se realizaron varios exámenes, dentro de los cuales destacaron las ecografías TV y obstétricas, así como tactos rectales y test no estresantes y test estresantes.

Durante el internado médico en el HMC surgió un concurso incentivando a la investigación en la cual se participó con una investigación descriptiva realizada en el área de emergencia titulada “Características epidemiológicas de los pacientes atendidos por COVID-19 en el servicio de emergencia del Hospital

Militar Central Luis Arias Schreiber” con la cual se obtuvo el primer puesto. A su vez, este mismo artículo se encuentra ya aprobado por su publicación en una revista nacional indexada.

## **1.1 Medicina general**

### **Caso clínico 1**

Paciente varón de 27 años con antecedente de tratamiento con inmunomoduladores por 3 meses por problema reumático en rodilla, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por tos seca, sudoración profusa, pérdida de peso de aproximadamente 5 kg en 1 mes y fiebre intensa a predominio vespertino. Niega contactos directos con personas enfermas. En emergencia, el paciente se encontró agitado, con disnea y fiebre de 38.9 °C, FC 110 x'. FR 25 X', SatO<sub>2</sub>: 97%, hepatoesplenomegalia. Al examen físico se le auscultó MV disminuido en AHT, con crepitantes a predominio del pulmón derecho. En radiografía no se evidenció alteración alguna. Se hospitalizó para estudio.

Al ingreso se solicitó hemograma donde se encontraron leucocitos 9500, hb 13.9, un PCR de 231.8 y un AGA con pH 7.541, pCO<sub>2</sub> 27.3 y HCO<sub>3</sub> en 26.4. TGO en 153.1, TGP en 140.5, FA en 193 y GGTP en 171. Resto no contributorio. A su vez se solicitó BK el cual salió negativo.

A los 2 días de hospitalización se solicitó BK en jugo gástrico, heces y orina los cuales salieron negativos. A su vez se le solicitó VIH negativo, Epstein Barr negativo.

Durante los días subsiguientes el paciente no mejoraba con tratamiento antibiótico y el sudor y la fiebre continuaba a predominio vespertino. A su vez, se le agrega taquicardia de 120 x' asintomático por lo cual cardiología indica un ecocardiograma, dando como resultado una insuficiencia mitral leve por el cual le indican tratamiento. A su vez, infectología solicitó ANA y ANCA el cual primero sale positivo. También solicita examen con GeneXpert para Mycobacterium el cual finalmente sale positivo, por el cual se inicia tratamiento anti TBC.

A los 5 días de hospitalizado paciente presenta rash pruriginoso en miembros superiores e inferiores por el cual se solicita interconsulta a dermatología, donde se le hace biopsia de piel del dorso de la mano dando como resultado pseudoangiomatosis eruptiva y dando como tratamiento corticoides sistémicos.

Durante las semanas siguientes, el paciente continuó con taquicardia y con fiebre continua a predominio vespertino, sin ceder ante antipiréticos, inclusive llegándose a dar 1gr de paracetamol M-T-N y naproxeno 550 mg VO entre dosis. A su vez, se solicita TEM de tórax la cual da como diagnóstico TBC miliar.

Posteriormente, el paciente presenta ligero sangrado al defecar por lo cual se hace interconsulta a gastroenterología diagnosticando hemorroides externas e internas grado II, por lo cual le dan manejo médico con baños de asiento y supositorio + diosmina por 14 días con lo cual mejoró.

El paciente permanece hospitalizado hasta marzo del 2020 por la fiebre que no cedía del todo, sin embargo es dado de alta con manejo anti-TBC coordinado con centro de salud cercano debido a la pandemia del COVID-19.

## **Caso clínico 2**

Paciente varón de 62 años de edad con antecedente de DM2, acude a emergencia del HMC por lesión ulcerosa en pie derecho a nivel plantar. Paciente refiere que lavándose en el baño noto herida la cual no recuerda

dónde podría habérsela hecho. Al examen paciente hemodinámicamente estable, afebril, con herida ulcerosa con secreciones en 1/3 inferior de planta del pie derecho, sensibilidad en pie conservada. Se le diagnostica pie diabético y es hospitalizado en el área de medicina interna.

En hospitalización, el paciente recibe manejo de la DM2 con insulina por parte de endocrinología, así como control con HGT cada 8h. Por otro lado, se le encuentra al paciente con presiones continuas de 150/90 y cefalea intensa por lo cual se le diagnostica hipertensión arterial y se le da tratamiento con el cual mejora el cuadro.

Durante su estancia hospitalaria, al paciente se le hace doppler arterial y venoso de MMII derecho donde se le encuentra compromiso venoso moderado. También, se le hace interconsulta a cirugía cardiovascular y de tórax, así como a traumatología donde sugieren amputación de miembro afectado; sugerencia que fue desestimada. Por otro lado, se hizo interconsulta a cirugía plástica los cuales sugirieron limpieza quirúrgica, sugerencia que fue desestimada. El paciente recibió manejo médico y limpiezas diarias de hasta 2 veces que consistía en limpieza con cloruro de sodio, infiltraciones con cloruro de sodio y sulfadiazina de plata y aplicación de trolamina en planta de pie; así como masajes en pierna de forma descendente para mejorar el drenaje linfático. El paciente estuvo hospitalizado 2 meses donde posteriormente fue dado de alta con el pie curado.

## **1.2 Cirugía general**

### **Caso clínico 1**

Paciente varón de 46 años, procedente de Huancayo, militar, sin antecedentes de importancia, niega RAMs. Presenta un tiempo de enfermedad de 9 días por presencia de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, asociado a comidas copiosas, náuseas y fiebre de 38.1 °C. Cuadro persiste sin manejo y 1 d.a.i. presenta vómitos de contenido alimentario en 1 ocasión, motivo por el cual acude a centro de salud del lugar donde se le diagnostica colecistitis aguda, se le da sintomáticos y se le ordena evacuar a la ciudad de Lima al hospital militar central donde es traído vía aérea.

Al ingreso paciente presenta PA 110/80, FC 78 x', FR 16 x', SatO2: 98%, fiebre de 37.9 °C, dolor en HCD tipo cólico 6/10 sin irradiación, Murphy +, sin náuseas ni vómitos. Resto no contributorio.

Se le solicita al paciente hemograma, examen de orina, PCR, y todos los prequirúrgicos; así como una ecografía, la cual da como resultado una vesícula de 9 x 3.5 cm con una pared de 5 mm. A su vez, se le encuentran múltiples imágenes litiásicas y barro biliar. Se diagnostica como colecistitis crónica calculosa reagudizada y se hospitaliza al paciente.

Durante su hospitalización se le hidrata al paciente con ClNa 0.9%, se le da ceftriaxona por 7 días y paracetamol PRN fiebre y/o dolor. A su vez, durante todo este transcurso se le busca espacio en SOP para una colelap; sin embargo, esto demora por restricciones en área quirúrgica por el COVID-19 donde se realizan entre 2-3 cirugías diarias de todas las especialidades, dándole prioridad a las emergencias y por la demora de material quirúrgico.

A los 9 días de hospitalizado se sube al paciente a SOP para una colelap.

Cabe resaltar que el paciente, durante estos días, se encontraba asintomático.

La cirugía demoró 1h30min aproximadamente donde se le encontró una vesícula de difícil manejo, a su vez se encontró una variante anatómica a la hora de ubicar el triángulo de Calot donde se hallaron 2 conductos císticos.

Durante la cirugía, a la hora de agarrar la vesícula con las pinzas, esta se rompió en 2 ocasiones vertiendo contenido purulento de regular cantidad el cual fue succionado inmediatamente.

La cirugía finalizó con un diagnóstico de picrolecisto y el paciente fue trasladado a recuperación de cirugía, bajando a piso de hospitalización 8h después.

Al PO2 el paciente fue dado de alta al no presentar molestias, llevándose indicaciones de dieta baja en grasas, ketorolaco x 3 días más y de ahí PRN al dolor; metronidazol y ciprofloxacino c/ 12h x 5 días y retiro de puntos y control en 7 días.

## **Caso clínico 2**

Paciente varón de 79 años de edad con antecedentes de arritmia cardiaca, HTA, HBP y laparotomía por peritonitis hace 50 años. RAMs: Niega

Paciente refiere haberse realizado 14 meses antes del ingreso una endoscopia alta por presentar dolor en hemiabdomen izquierdo y estreñimiento donde se le diagnóstico h. pylori y fue tratado completamente. Sin embargo, desde ese entonces el dolor y el estreñimiento persistieron y 1 mes antes del ingreso presentó sangrado rectal hasta en 3 oportunidades asociado a defecación, así como baja de peso de 7 kg, motivo por el cual acude a emergencia del HMC donde se realiza TR e indica una TEM abdominal y torácica, y una colonoscopia la cual realiza de manera particular. Paciente acude a emergencia del HMC para valoración con resultados. Al examen físico, presentaba leve dolor en HCI, resto no contributorio.

En la colonoscopia se evidenció proceso mitótico infiltrativo y ulcerado de colon izquierdo, en la biopsia se reportó como un adenocarcinoma medianamente diferenciado, ulcerado e infiltrante. En la TEM de abdomen se reporta una masa de aspecto neofornativo en segmento 6 hepático, sugestivo de metástasis. A la TEM de tórax los hallazgos no fueron contributorios.

Finalmente el diagnóstico fue de NM colon izquierdo y se hospitaliza en cirugía para manejo quirúrgico. A su vez, se le solicita todos los pre-quirúrgicos.

Durante su hospitalización se le maneja con dieta líquida amplia + LAV, tratamiento crónico con candesartán, metoprolol y tamsulosina. También se le maneja con polietilenglicol previo SOP.

1 día antes de SOP se le realiza colonoscopia donde se le realiza marcaje con azul de metileno en la lesión proliferativa a 30 cm de margen anal.

Paciente entra a SOP con cirugía oncológica en su día hospitalario 23 con una ASA II. El marcaje con azul de metileno no fue hallado, probablemente por un marcaje defectuoso.

La cirugía tuvo una duración de 2 horas, donde se inició con una laparoscopia exploratoria y posteriormente se hizo una laparotomía donde se realizó una sigmoidectomía izquierda + anastomosis colorrectal. La muestra (que tenía 10 cm de margen por lado) fue remitida a patología. Durante el proceso se le administró ceftriaxona y metronidazol. La cirugía no tuvo complicaciones mayores con un sangrado aproximado de 100 cc según lo reportado. El diagnóstico pre y post operatorio fue cáncer de colon sigmoides.

Paciente retornó a hospitalización 12h después, donde se mantuvo estable.

### **1.3 Pediatría y neonatología**

#### **Caso clínico 1**

Paciente varón de 10 años, sin antecedentes reportados, con un tiempo de enfermedad de 3 días, con forma de inicio insidioso, curso progresivo. La madre refiere que su hijo presentó 3 d.a.i leve dificultad respiratoria, siendo tratada de forma particular con amoxicilina c/8h, prednisona c/ 12h y salbutamol 2 puffs M-T-N sin mejoría.

El día del ingreso, en la tarde, presentó fiebre por lo cual se le dio paracetamol 500mg con el cual la temperatura cedió. La dificultad respiratoria se incrementa motivo por el cual trae a su hijo a emergencia del HMC. En emergencia presentaba malestar general y disnea con una saturación de 90-92%, temperatura de 36.3° C. FC 127 x', FR 28 x', peso de 46 kg. Se le diagnostica como una crisis asmática por el cual se decide su hospitalización. Al examen físico en piso, el mismo día, se le encuentra con palidez +/-+++; en aparato respiratorio, se evidencia taquipnea, no tirajes, se percute mate y se auscultan MV disminuido en AHT y sibilantes difusos a predominio espiratorio. Resto no contributorio.

Al hemograma se encuentran leucocitos en 19800, Hb 13.0, Plaquetas 379000. Abastionados 4%. Ferritina en 61.38 ng/ml, PCR en 26.7 mg/L, Dimer D 0.34 ug/ml. En la radiografía se aprecia reforzamiento hilar bilateral + cisuritis + atelectasia laminar.

Al paciente se le indica dieta blanda hipoalergénica hiperproteica + LAV. Se le administra oxígeno complementario con CBN a 4L, llegando a saturar 94%; a su vez se le administra salbutamol y bromuro de Ipratropio 4 puffs c/ 2h. Adicionalmente se le administra Salmeterol + fluticasona 2 puff M/N. Se maneja, a su vez, con Metilprednisolona 60 mg EV lento diluido c/ 6h y con Ranitidina EV lenta diluida c/ 8h. Se cubre al paciente con ceftriaxona 1.5gr EV lento diluido c/12h y Azitromicina 500mg 1 tab VO después del almuerzo. El paciente al segundo día hospitalario mejora, disminuyendo los sibilantes auscultados.

## **Caso clínico 2**

Paciente RN mujer que nace a las 38 semanas 6/7 por cesárea programada. Madre cesareada anterior 2 veces. En la ecografía anterior presentaba doble circular de cordón, al test estresante DIP 3.

Al nacimiento, la RN nace con un APGAR de 5, por el cual se le realizó succión, masajes y RCP neonatal. A los 5 minutos presentaba APGAR 9 con un llanto fuerte pasando al área de neonatología en incubadora.

La paciente no presentó dificultades ni interurrencias a las 2 y 4h de nacida.

Al primer día hospitalario se le colocó su vacuna contra la hepatitis B y BCG. Las indicaciones fueron lactancia materna exclusiva y control de signos vitales, así como antibioticoterapia parenteral.

A las 48h de nacida la paciente no presentó ninguna interurrencia y fue dada de alta por el servicio de neonatología pasando con su madre al servicio de gineco-obstetricia para posterior alta conjunta.

## **1.4 Gineco-obstetricia**

### **Caso clínico 1**

Paciente mujer de 30 años de edad, sin trabajo de parto, con fórmula obstétrica G3P2002 y un tiempo de gestación de 38 semanas y 4/7 según primera ecografía; con antecedente de 2 partos por cesárea: uno por macrosomía y otro por presentación podálica, acude a emergencia del hospital militar central para programar para cesárea por tercer embarazo.

Al ingreso paciente con PA 125/80, FC 76 x', FR 15 x', SatO<sub>2</sub>: 98%

Temperatura 36.7 °C. Al examen físico resalta útero grávido con altura uterina de 36 cm, resto no contributorio. Posición fetal: longitudinal podálico izquierdo. Paciente con 7 controles prenatales sin interurrencias, se le hace ecografía obstétrica con doppler donde resalta gestación única activa y presencia de doble circular de cordón. LCF en 152 x'.

Paciente acude con todos los pre-quirúrgicos, por lo cual se le solicita una nueva prueba antigénica COVID-19 la cual sale negativa y se decide su hospitalización para programar para cesárea.

Durante la hospitalización, la paciente no presentó interurrencias y se le programó una cesárea segmentaria transversa iterativa para los 2 días

posteriores donde entraron a la sala de operaciones dos doctores asistenciales, el residente de primer año y el interno. La intervención duró 20 minutos donde se encontró placenta previa, doble circular de cordón y un producto mujer con APGAR 5', la cual fue recibida por neonatología para manejo. A los 6 minutos se presentó el recién nacido a la madre, mientras se expulsaba la placenta la cual no tuvo ninguna dificultad y fue mandada a patología. A su vez, se realizó doble ligaduras de trompas debido al deseo escrito de la madre y del padre de no querer volver a gestar. La intervención total tuvo una duración aproximada de 1 hora.

Posteriormente la madre fue dada de alta de recuperación a las 8 horas y pasó a amamantar al bebe sin problemas. Madre fue dada de alta por el servicio a las 48h con indicaciones para la casa.

### **Caso clínico 2**

Paciente mujer de 22 años, gestante de 21 semanas 2/7 por FUR, con fórmula obstétrica G4P2012 con antecedente de G1: Cesárea por presentación podálica, G2: aborto en primer trimestre y G3: Parto eutócico. Acude a emergencia por presentar pérdida de líquido transparente de regular cantidad y ligero sangrado de 8h de evolución. Niega fiebre y otras interurrencias.

Al ingreso presenta PA 130/80, FC 71 x', FR 14 x', SatO2: 97%, Temperatura 37.0 C. Al examen físico resalta presencia de cicatriz umbilical y altura uterina de 18 cm. Se le solicita un examen de orina donde resulta ser patológico con leucocitos 8-10 x campo y también se realiza ecografía donde resalta un ILA de 4 cm por lo cual se decide su hospitalización por ruptura prematura de membrana.

Durante su hospitalización se le indica dieta líquida amplia + líquidos a voluntad, a su vez se le hidrata con cloruro de sodio 0.9% y se le indica ceftriaxona 1g c/ 12h por 7 días. También se le indica reposo absoluto y se le prohíben los tactos vaginales.

En los días subsiguientes paciente refiere seguir perdiendo líquido pero en menor cantidad, latidos cardiacos fetales presentes que oscilaban entre 130-140 x'. A su vez, se le solicita test de lecho, sin embargo se pierde la muestra en laboratorio y no se vuelve a realizar el test. También se le comenta a la

paciente lo riesgoso de su diagnóstico y que se haría lo posible para prolongar su embarazo, pero que si llegase a existir alguna complicación no quedaría ninguna otra alternativa que terminar el embarazo.

Durante este periodo de hospitalización, se mantiene control estricto en la paciente así como se busca transferir a la paciente al Instituto Nacional Materno Perinatal o al hospital nacional Arzobispo Loayza para manejar recién nacidos prematuros de aproximadamente 24 semanas, sin embargo no hubo respuesta alguna.

Durante las 2 semanas de rotación la paciente permaneció en cama sin interurrencias mayores donde se le llegó a indicar dieta completa y líquidos a voluntad, mínimo 2 litros diarios, retirándose la vía y cualquier otro manejo médico. Las restricciones permanecieron.

Al retornar en el segundo mes de rotación de gineco-obstetricia al hospital, la paciente se encontraba estable, aunque refirió haber presentado en las semanas anteriores un ligero sangrado que cesó al día siguiente. No se presentaron otras interurrencias.

En esa semana la paciente continuó con controles y con interconsulta a terapia física y rehabilitación debido a dolor en región lumbar, según refiere por estar tanto tiempo en cama. A la respuesta de la interconsulta, al movimiento la paciente pierde pequeña cantidad de líquido amniótico por lo cual se suspende terapia, dejándole indicado relajantes musculares.

En los subsiguientes días la paciente no presenta interurrencias, se le realiza una nueva ecografía obstétrica donde el ILA estaba en 6 cm. Los latidos cardiacos fetales oscilaban entre 130-135, reactivos al estímulo.

A los días de retorno a la rotación, la paciente es trasladada hemodinámicamente estable, afebril, sin pérdida de líquido y con latidos cardiacos fetales de 136 x' al Instituto Nacional Materno Perinatal para manejo posterior con una gestación de 23 semanas 3/7.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

### **2.1 Hospital Militar Central**

El hospital militar central (HMC) es un hospital de categoría III-1, denominado Coronel Luis Arias Schreiber, inaugurado el 1 de diciembre de 1958 y ubicado en el distrito de Jesús María.

La atención del HMC es principalmente para todo personal militar y sus familiares pero a su vez ante emergencias recibe pacientes sin distinguir su origen. El HMC cuenta modernos equipos e instalaciones y brinda servicios para el cuidado y tratamiento de sus pacientes.

El HMC se subdivide en diversas direcciones, teniendo a la cabeza la dirección general y como direcciones principales la dirección administrativa y la médica. (Ver Anexo N° 1)

El hospital cuenta con unidades de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y cuidado de paciente post operatorio; así como unidad de cuidados intensivos polivalentes y coronarias (8). A su vez, recientemente se ha inaugurado una unidad de cuidados intermedios.

En este hospital se reciben a todos los pacientes del ejército del Perú y otras fuerzas armadas, evacuados de los diversos centros de salud en el país para su atención inmediata.

Las referencias a otros hospitales se hacen ante pedido escrito del paciente y autorización de ese centro; así como cuando el hospital militar central no pueda cubrir la demanda y/o necesidades del paciente. Por ejemplo, al no contar con UCI neonatal, toda paciente que tenga un embarazo riesgoso es

derivada con tiempo a otro nosocomio, previa coordinación, para una mejor atención posterior.

La pandemia por COVID-19 afectó notoriamente el hospital militar central, donde se tuvieron que dividir las emergencias en COVID (la que existía pasó a tomar esta denominación) y se tuvo que implementar una nueva emergencia NO-COVID. A su vez, toda atención por consultorio fue suspendida y toda cirugía que no eran emergencias fueron canceladas o postergadas.

Durante esta pandemia, todo paciente crónico no pudo atenderse en el HMC; sin embargo, se les suministraba de manera mensual o trimestral sus medicamentos. Todo paciente que era admitido a hospitalización no covid tenía que tener un resultado negativo de la prueba antigénica, sin embargo no siempre se contó con prueba covid en emergencia por lo cual algunos pacientes fueron hospitalizados sin prueba alguna.

Con respecto a los equipos de protección personal, teniendo respaldo del ejecutivo a que estos sean repartidos para todo personal de salud periódicamente, estos no fueron suministrados ni a galenos ni a internos en áreas no covid por lo cual los mismos tuvieron que ser adquiridos por propios medios, como sucedió en varias partes del país.

Teniendo los casos reducidos a solo emergencias, sumándole el miedo social a acudir a un hospital en época de pandemia. Adicionando que la mayoría de los doctores docentes dejaron de ir al hospital por ser población de riesgo, dificultó la realización de un internado completo y provechoso. Las horas hospitalarias se redujeron a la mitad, ya que de una asistencia continua, que incluía sábados y domingos, pasó a ser cada 15 días y con varias restricciones. A su vez, se cancelaron las guardias nocturnas y las diurnas fueron cada vez más espaciadas. Sin embargo, a pesar de todo se pudo aprovechar todos los casos posibles, así como poder realizar más investigación.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Los diversos casos que se vieron durante el internado médico en el hospital militar central fueron resueltos según las guías del MINSA, así como la experiencia de los doctores y artículos publicados en revistas indexadas que sugerían algunos manejos a diversas patologías.

A su vez, se usó la aplicación de UpToDate para corroborar información y manejo, así como de Medscape.

Algunos doctores indicaban según su experiencia y se guiaban por ella, mientras que otros, en su mayoría residentes, usaban los últimos scores y sugerencias terapéuticas de las diversas aplicaciones citadas anteriormente.

### **3.1 Medicina Interna**

En la rotación de medicina interna la mayoría de casos se resolvían según la guía técnica del MINSA para las diversas patologías donde cada doctor de las diversas especialidades conocía y aplicaba. Sobre todo los doctores de medicina interna, neumología, gastroenterología e infectología manejaban bien estas guías técnicas, mientras que algunos doctores como cardiología y endocrinología se guiaban en la experiencia y literatura extranjera. En esta rotación se plasmó lo aprendido durante toda la carrera, así como aplicar lo aprendido en maquetas como hacer un electrocardiograma, como manejar un código rojo, aplicar RCP intrahospitalario, canalizar a los pacientes, curar heridas como por ejemplo pies diabéticos, poner sondas nasogástricas, sondas Foley y sondas rectales, entre otros.

En el caso de tuberculosis, se siguió el manejo como dicta la norma técnica del MINSA, iniciando con pruebas de BK y tratamiento con esquema 1:

2HREZ/10H3R3 ya que el paciente fue diagnosticado con una TB miliar (9). Con respecto al caso de pie diabético, el paciente recibió un cuidado por medicina interna en vez de una unidad especializada o endocrinología como sugiere el MINSA (10). A su vez, el tratamiento fue basado en la experiencia médica de los doctores tanto de medicina interna como de infectología, con el apoyo de interconsultas rutinarias de endocrinología y cirugía plástica. En emergencia muchos doctores aplicaban diversos scores, donde salía a relucir el SOFA o el q-SOFA. A su vez, se compartían diversos puntos de vista y diversos artículos publicados donde al final el doctor asistencial, en base a su experiencia, decidía al final las indicaciones. En estas guardias se consolidó el manejo de pacientes ambulatorios de patologías comunes como faringitis aguda o el síndrome doloroso abdominal, entre otros. Por otro lado, en rotonda se aprendió como es el manejo de un trauma shock y vivirlo en carne propia. La diferencia entre diversos dispositivos de oxígeno, así como el uso de ventilación mecánica y ventilación no invasiva. También se participó en la colocación de CVC y una paracentesis.

### **3.2 Cirugía general**

En la rotación de cirugía general para adelante se rotó bajo la pandemia por el COVID-19 por el cual las actividades estuvieron reducidas notoriamente. Los doctores, excelentes cirujanos donde su experiencia y destreza llegaba a incluso superar a las guías técnicas nacionales. En esta rotación se aprendió el manejo de un paciente quirúrgico, cuales son todos los exámenes que solicitar para una cirugía, así como el manejo pre, intra y post operatorio de los pacientes. Se conoció y manejó (según la posibilidad) la cirugía laparoscópica, así como se conoció algunos casos de estenosis traqueal post intubación mecánica manejados por cirugía cardiovascular y cirugías de cáncer manejados por cirugía oncológica.

A su vez, se participó en toma de muestras de ganglios los cuales fueron enviados a patología para descartar linfoma. Una rotación donde pese a las dificultades, se aprendió mucho de varias patologías y manejos que solo se estudiaron en libro una o dos veces. Donde la práctica tuvo protagonismo y fue sumamente provechosa.

En el caso de colecistitis crónica reagudizada, el paciente recibió tratamiento antibiótico, así como una colelap como tratamiento definitivo. El diagnóstico se hizo con los criterios de Tokyo del 2018 y posteriormente ante sospecha de coledocolitiasis se hizo una colangiografía como sugieren diversas guías.

EsSalud sugiere manejar este tipo de pacientes al igual que en el HMC (11). Por otro lado, en el caso de cáncer de colon, fue un caso interesante de ver. Donde su manejo se hizo con sigmoidectomía derecha + anastomosis. El cáncer de colon se caracteriza según su ubicación: si es izquierda es más sangrante y anemizante; mientras que la derecha hace clínica obstructiva, esta clínica es notoria solo cuando la neoplasia obstruye, antes que eso es asintomática. El paciente durante su estadía fue asintomático con antecedente de pérdida de peso y cambios en el hábito intestinal. Se le realizó una colonoscopia en 2 ocasiones donde la última fue para marcaje. El manejo fue similar al recomendado por el INEN. (12)

### **3.3 Pediatría y neonatología**

En pediatría los casos fueron pobres, una rotación con mucha calidad docente pero casos casi nulos para plasmarla. Durante toda la rotación se vio un caso de hospitalización y se atendió unos cuantos partos por cesárea. Sin embargo, durante el tiempo en el hospital las doctoras dedicaban un tiempo a exposiciones que se hacían de las patologías más comunes, así como de discusión sobre estos casos y el manejo que se podría hacer en el SERUM. En el caso de asma pediátrico, se le dio un coctel de fármacos los cuales funcionaron, sin embargo el manejo pudo haber sido con menos medicamentos, siendo escalonado, como indica el GINA en su última actualización en el 2020 (13).

En neonatología se pudo aprender el manejo a un recién nacido, incluso con un APGAR bajo donde se requería RCP neonatal. Se plasmó el score de APGAR, así como de Capurro. Por otro lado, se aprendió a hacer un examen físico a un recién nacido y también su evolución a las 2 horas y 4 horas de nacido.

### **3.4 Gineco-obstetricia**

Lamentablemente, en ginecología no se tuvieron casos durante la rotación pero sí existieron para obstetricia donde predominaron los casos por cesárea programada y RPM. Se aprendió a ver una ecografía obstétrica y TV, así como reportarlas. También se manejó una cesárea en sala de operaciones donde se ayudó al corte del cordón umbilical. Se realizó tacto vaginal y se aprendió el manejo de RPM.

El manejo de las pacientes en los casos descritos fue acorde a lo recomendado por el MINSA y el instituto nacional materno perinatal (14, 15) En todas las rotaciones se tuvo contacto directo con los pacientes y/o familiares, donde se pusieron en práctica las habilidades humanísticas. Se dieron buenas noticias como malas, y se aprendió que la sinceridad y el buen trato priman ante todo. Donde los pacientes y familiares prefieren saber la verdad sin mentiras que una falsa esperanza, y que si se trata al paciente con una sonrisa, se le da la mejor calidad de vida por más sencilla que sea la patología, el resultado siempre será favorable y que siempre lo agradecerán. Por otro lado, en este año y meses de pandemia, se destacó la parte humana y social la cual se ha ido perdiendo a lo largo de los años y que volvió a recordar su importancia en la medicina.

Un internado que, a pesar de las adversidades, fue provechoso en todo lo realizado. Donde se aplicó todo lo aprendido en la facultad de medicina, se aprendió y experimentó con lo que se había visto solo en maquetas y también se pudo sacar provecho de las capacidades tecnológicas del hospital militar central y de sus recursos humanos.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Iniciar sin pandemia el internado en el hospital militar central fue sumamente provechoso y motivador, lleno de cansancio pero con una docencia impecable. Al llegar la pandemia, llegaron las dificultades e incertidumbre. Miedo al contagio, así como una docencia casi nula y menos patologías que ver y tratar. En medicina interna, se pudo tener la rotación completa, sin pandemia y con varias guardias en emergencia, incluyendo trauma shocks. Fue una rotación sumamente provechosa, y quizás la mejor que se haya podido esperar. Se conoció no solo el manejo, sino también el cómo tener un buen trato con el paciente y aprovechar toda la tecnología con la que cuenta el HMC. Se vivieron varios casos interesantes en emergencia, así como en medicina y se pudo conocer las diversas opiniones de todas las especialidades a las cuales se hizo interconsulta.

En cirugía general, la pandemia ya estaba presente y solo se podían atender casos de emergencias por lo que los casos se resumían a apendicitis, colecistitis agudas o reagudizadas, hernias a predominio inguinal y suturas ante pacientes con presencias de heridas abiertas. Limitando los conocimientos a estas patologías. A su vez, se nos limitó a rotar solo por cirugía general, cuando antes se rotaba por cirugía general, traumatología, urología, oftalmología, otorrinolaringología y/o cirugías de tórax y cardiovascular. Experiencia que hubiera sido ventajosa para la formación del interno de medicina.

En la rotación de pediatría se vieron 2 pacientes en total y 5 pacientes en neonatología. Los pacientes pediátricos fueron admitidos por crisis asmática, mientras que los recién nacidos en su mayoría nacieron con un APGAR 9-9 y

no tuvieron complicaciones durante su estancia. Si bien no hubo dificultades, fue una rotación que no fue provechosa en su totalidad. Normalmente se podía rotar en otro nosocomio en esta rotación, sin embargo por la pandemia no se pudo realizar esto.

Finalmente en gineco-obstetricia la suerte fue la misma, casos limitados a RPM, cesáreas programadas y una que otra histerectomía a la cual se le podía conseguir un espacio. Aquí se rotaba interdiario en los 15 días asignados, cada día con 12 horas seguidas donde se veían consultas que eran entre 0-3 por día, a las pacientes hospitalizadas que eran entre 0-3 por semana y se entraba a sala de operaciones para las cesáreas programadas. Ante cesáreas o partos eutócicos, se trabajaba en conjunto con neonatología para que ellos estén presentes al momento del parto y puedan brindar una buena atención al recién nacido. Esta rotación, como en pediatría, no fue provechosa y tampoco se tuvo la posibilidad de rotar en otro hospital para suplir la falta de casos.

Durante el internado, se realizó un concurso para fomentar la investigación donde se participó junto a una co-interna. El estudio fue un estudio descriptivo realizado en conjunto con el jefe de emergencia del HMC, el cual brindó los datos necesarios de los pacientes que estuvieron hospitalizados por COVID-19 del periodo de julio a octubre del 2020. El título del estudio fue “Características epidemiológicas de los pacientes atendidos por COVID-19 en el servicio de emergencia del Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber” donde se tuvo como muestra a 89 pacientes los cuales tenían clínica + prueba confirmatoria de COVID-19. En este estudio se concluyó que el grupo más afectado fueron los varones con un 84.27%, la edad más afectada fue entre 50-59 años (34.83%) y que no se reportaron casos en pacientes menores a 29 años. A su vez, se destacó que las comorbilidades iniciaban a los 40 años y que la comorbilidad más frecuente fue la obesidad, seguida por la HTA y la DM2. Con respecto a la mortalidad fue más frecuente en mayores de 70 años, donde pese a tener menor tasa de ingreso la mayoría fueron mujeres (71.43%) y presentaban en casi su totalidad DM2. Finalmente el 67.41% requirió ventilación no invasiva donde la mayoría fue hospitalizado y el 21.34% requirió

ventilación mecánica donde el 68.42% fue transferido a UCI. Los pacientes que requirieron ventilación no invasiva y ventilación mecánica fueron el 12.35%.

Este estudio fue ganador del primer puesto en el concurso, recibiendo un diploma y un pequeño premio, así como un reconocimiento escrito por el director del hospital militar central. A su vez, este mismo estudio (después de pequeñas correcciones) ha sido aprobado para su publicación por la revista indexada Horizonte Médico, la cual publicación será en las próximas semanas. En este internado, si bien se aplicó buena parte de toda la teoría recibida durante la carrera en la universidad, fue el momento donde las destrezas sociales y la práctica tuvieron protagonismo. Donde se recalcó que no basta con ser buen médico y saberlo todo, sino que de nada vale la teoría si no se es una buena persona y sincera. Que todos nos podemos equivocar pero que siempre podamos enfrentar nuestros errores y pedir perdón, y si hicimos todo bien no alardear de nuestros laureles, si no ser humildes.

En el hospital militar central se aprendió de todo, no solo lo teórico y lo práctico, si no también lo humano. Se vivió y se vive una pandemia, con la cual se aprendió la importancia de la epidemiología y salud preventiva, así como se aprendió y se aprenden nuevos manejos día a día. Nos enfrentamos a aquello que no estábamos preparados y aprendimos que solo somos seres humanos y que hasta lo más mínimo puede darnos pelea. Surgieron nuevas posibilidades de investigación y con ellas se entendió la importancia de la metodología a la investigación. Fue un internado distinto, pero se aprendió más que ninguno, y no necesariamente de medicina.

## CONCLUSIONES

El internado médico en el hospital militar central inició como cualquier otro internado. En el presente caso, comenzando con la rotación de medicina interna donde fueron 2 meses y medio de constante aprendizaje, desempeño y trabajo duro, con guardias diarias y nocturnas. Haciendo trabajo administrativo así como médico, y sobretodo burocrático.

En marzo del 2020 inició la pandemia del COVID-19 y como tal, las restricciones que ya se conocen. Esto llevó a suspender el internado, generando incertidumbre en los internos sin saber cuándo retornarían y en qué condiciones serían.

En octubre del mismo año, seis meses después, se retornó al internado pero con muchas limitaciones que no generaron un internado completo. Las horas en el hospital se redujeron notablemente, al igual que las guardias y de por sí los casos por el miedo de los pacientes a contagiarse. A su vez, se redujeron los doctores que asistieron al hospital debido a que eran población vulnerable y con ello se redujo la docencia.

Se retornó a la rotación de cirugía general, donde se atendieron casos de emergencia como apendicitis, colecistitis aguda o reagudizada, hernias a predominio inguinal y una que otra cirugía electiva que se le encontraba espacio. En esta rotación, sin embargo, se vieron casos complejos y con los cuales se aprendió mucho y reforzó otros conocimientos aprendidos durante la carrera en la universidad.

Posteriormente se rotó por el servicio de pediatría, que incluía neonatología; sin embargo, en esta rotación no hubieron muchos casos por lo cual solo se vieron pocos casos de asma, uno severo que fue hospitalizado y unas pocas

cesáreas que terminaron en la atención inmediata del recién nacido y su posterior manejo.

Finalmente se terminó en el servicio de gineco-obstetricia donde la realidad fue similar a la de pediatría, donde se vieron pocos casos de cesáreas programadas y pocas roturas prematuras de membrana. Se aprendió el manejo pre y post cesárea así como el manejo intraoperatorio de estas mismas. Sin embargo, se realizaron varias ecografías obstétricas y transvaginales las cuales sirvieron para el aprendizaje e identificación de estructuras, así como el reporte de estas mismas.

Este internado, sin embargo, tuvo algo distinto a otros: se incentivó a la investigación, iniciando con un concurso del mismo hospital para hacer investigación relacionada al COVID-19, donde junto a una co-interna se participó con una investigación titulada “Características epidemiológicas de los pacientes atendidos por COVID-19 en el servicio de emergencia del Hospital Militar Central

Luis Arias Schreiber”; investigación con la cual se ganó el primer puesto y que actualmente se encuentra aprobada por la revista indexada Horizonte Médico para su publicación.

El internado culminó en los primeros meses del 2021, con varios cambios con respecto al inicio: el hospital se dividió en área no covid y covid, así como se redujeron las horas de guardias para los internos y se prohibieron las mismas en los rotantes por medicina interna. Sin embargo, fue un año de mucho aprendizaje; donde quizás se dejó un poco la parte teórica, que se había llevado a lo largo de la carrera, para enfocarse un poco más en la parte humana, en la parte social y en la investigación. Se disminuyó la docencia pero se creció como persona, y un médico sin la parte humana, no es un buen médico.

## RECOMENDACIONES

Si bien hubo limitaciones obligadas por la pandemia, con los protocolos que están bien establecidos por el hospital militar central, se piensa que este nosocomio está apto para aceptar internos y hacer un buen internado en plena pandemia por COVID-19.

Se sugiere tomar y/o realizar un curso de bioseguridad antes de ingresar al internado médico.

Se sugiere vacunar a todos los internos y brindarles EPP, así como pruebas periódicas para descarte del COVID-19. En caso el hospital no pueda brindar esto, debería recaer la responsabilidad en las universidades.

Se sugiere que el hospital acepte rotar a los internos en las guardias de medicina humana en emergencia no covid siempre y cuando se mantenga una buena bioseguridad. Esto debido a la poca afluencia de pacientes y al poco riesgo comparado con un hospital nacional.

Se sugiere poder realizar guardias nocturnas, y no solo diurnas. De este modo se podría mejorar la preparación y aprendizaje de los internos. Esto debido a que el SARS-CoV-2 es un virus que está presente las 24 horas del día.

Se sugiere continuar con el incentivo a la investigación médica.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. DIRECTIVA DE INTERNADO MÉDICO [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en:  
[https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/normativas/DIRECTIVA\\_UNIDAD\\_INTERNADO\\_MEDICO.pdf](https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/normativas/DIRECTIVA_UNIDAD_INTERNADO_MEDICO.pdf)
2. DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDAS EXCEPCIONALES Y TEMPORALES QUE COADYUVEN AL CIERRE DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA AFRONTAR LA PANDEMIA POR LA COVID-19. El Peruano. [Internet]. 2020 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en:  
<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3>
3. 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. MINSA. [Internet]. 2020 [citado 10 enero 2021]. Disponible en:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO\\_TECNICO.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf)
4. OFICIO CIRCULAR N° 178-2020-DG-DIGEP/MINSA. MINSA. [Internet]. 2020 [citado 10 enero 2021]. Disponible en:  
<http://ctspregion2.com/detallecomunicado/65#:~:text=OFICIO%20CIRCULAR%20N%C2%B0%20178,Procesos%20previos%20y%20plazo>

5. Coronavirus disease (COVID-19). WHO. [Internet]. 2020 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
6. Cronología del coronavirus en el Perú. Andina. [Internet]. 2020 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/interactivo-cronologia-del-coronavirus-el-peru-488.aspx>
7. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. El Peruano. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM\\_1864948-2.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf)
8. SOBRE NOSOTROS. HMC. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [https://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros\\_historia](https://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia)
9. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
10. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control del Pie Diabético. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3971.pdf>
11. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de la Colelitiasis, Colecistitis aguda y Coledocolitiasis. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Colelitiasis\\_Version\\_Extensa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf)
12. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de C6lon. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_tecnicas/2013/08072014\\_GU%C3%8DAS\\_DE\\_PR%C3%81CTICA\\_CL%C3%8DNICA\\_DE\\_C%C3%81NCER\\_DE\\_COLON.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072014_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_C%C3%81NCER_DE_COLON.pdf)
13. Manejo y Prevenci6n del Asma para adultos y ni6os mayores de 5 a6os.

[Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>

14. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
15. Guías de Práctica Clínica y procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
16. COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

## **ANEXOS**

# ANEXO N°1

