



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA SOBRE EL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
NAVAL DEL CALLAO 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR
THAISSE DE LOS ANGELES ANDREA ORBEGOSO GUERRERO

ASESOR

DRA. PIERINA DANOS DIAZ

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA SOBRE EL INTERNADO MEDICO EN EL
HOSPITAL NAVAL DEL CALLAO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

THAISSE DE LOS ANGELES ANDREA ORBEGOSO GUERRERO

ASESORA

DRA. PIERINA DANOS DIAZ

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. María Isabel Mercado Herrera

Miembro: Mg. Karin Narda Gálvez Carrillo

Miembro: M.E Zoila Roxana Villa Zapata

DEDICATORIA

Para mi madre Yolanda Guerrero Benites que con dedicación me acompañó y me apoyó en estos 7 años de carrera, sin ella este logro no hubiera sido posible.

A mi padrino Luis Santiago Valencia Malaga, el mejor hombre del mundo. Él fue mi inspiración para estudiar medicina ya que al igual que él, quería poder apoyar de manera significativa a las personas y hacer un cambio considerable en sus vidas.

Thaisse De Los Angeles Andrea Orbegoso Guerrero

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	1
1.2 Rotación de Pediatría	2
1.3 Rotación de Medicina	4
1.4 Rotación de Gineco-Obstetricia	8
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	10
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
3.1 Rotación de Cirugía	13
3.2 Rotación de Pediatría	15
3.3 Rotación de Medicina	17
3.4 Rotación de Gineco-Obstetricia	20
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	22
4.1 Rotación de Cirugía	22
4.2 Rotación de Medicina	24
4.3 Rotación de Gineco-Obstetricia	24
4.4 Rotación de Pediatría	25

CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	28
FUENTES DE INFORMACIÓN	29

RESUMEN

El objetivo del texto es describir una recopilación de los casos clínicos en los que se intervino durante el internado medico de pregrado 2020-2021, sintetizarlos y exponerlos. La metodología es descriptiva cualitativa en la que se abordan los casos desde la experiencia (teórico-practico) para esto contamos con el recurso de 14 semestre de pregrado en la Universidad San Martin de Porres, asistencia profesional por parte de los médicos asistentes y residentes, experiencia y registro de los casos. En el camino se descubrió la relación médico paciente, la cooperación y complementación entre médicos asistentes, el manejo bajo presión y carga laboral. Realizar el internado en una entidad castrense como el Hospital Naval fue una experiencia enriquecedora no solo a nivel medico profesional sino también de aprendizaje de protocolos propios de la institución como el respeto, la disciplina y el civismo. Por último, esta experiencia fue totalmente nueva porque se desarrolló durante el periodo de pandemia por el SARS-COV2, esto fue un reto para el personal de salud en general ya que no solo tenían que enfrentarse a la pérdida de pacientes en sus centros laborales sino también de colegas que a su lado luchaban contra este virus.

ABSTRACT

The object of the text is to describe a compilation of the clinical cases in which i participate during the period of 2020-2021 undergraduate medical internship, synthesize and expose them. The methodology is descriptive qualitative in which the cases are approached from experience (theory-practice) for this we have the resources of 14 undergraduate semesters at the San Martin de Porres University, professional assistance from the medicine professionals and residents. Along the way, we developed the doctor-patient relationship, as well as the cooperation and complementation between the specialist doctors, handling under pressure and workload. Carrying out the internship in a military entity such as the Naval Hospital was an enriching experience not only at a professional medical level but also in learning the institution's own protocols such as respect, discipline, and civility. Finally, this experience was totally new because it developed during the SARS-COV2 pandemic period, this was a challenge for health personnel in general since they not only had to face the loss of patients in their work centers but also from colleagues who at his side were fighting against this virus.

INTRODUCCION

El internado medico de pregrado (IMP) es una de las experiencias más enriquecedoras para la formación de un médico, en este no solo se pone en práctica la teoría recibida durante los 6 años de carrera, sino también nos ejercitamos para afrontar situaciones en tiempo real donde nuestra reacción rápida y acertada puede salvar la vida de un paciente, siempre bajo la tutela de un médico asistente y/o residente. Además, desarrollamos la relación médico-paciente en la es importante saber la historia clínica, los diagnósticos, manejo del paciente y de igual manera debemos demostrar respeto, preocupación y empatía hacia el paciente ya que eso puede influir positivamente en su evolución clínica.

Lamentablemente nuestra promoción no pudo realizar el internado durante todo el año completo debido a la pandemia por el SAR-COVS 2. Con mucha tristeza tuvimos que salir de nuestras sedes hospitalarias poniendo una pausa a nuestras practicas preprofesionales un 15 de Marzo del 2020 por el decreto de urgencia N 026-2020.

En el presente informe se pretende dar a conocer el desarrollo del internado pre-pandemia donde podíamos examinar de una forma exhaustiva al paciente, ahondar más en su historia clínica, recaudar datos con la ayuda del familiar; sin embargo, cuando retornamos al internado un 15 de octubre del 2020 nos encontramos con un panorama totalmente diferente y nuevo para nosotros, que se convirtió en un reto hasta la actualidad.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Cirugía

Caso clínico 1

Paciente femenina de iniciales RRC, de 72 años es traída a la emergencia de cirugía del CEMENA por un traumatismo en cadera izquierda al descender las escaleras, por tropiezo hace 40 minutos. Refiere dolor de intensidad 10/10, en cadera izquierda, no irradiado, que empeora a la movilización de dicha articulación. Niega fiebre, niega náuseas, vómitos, mareos, vértigo. Dentro de los antecedentes personales, la paciente tiene hipertensión arterial desde hace 8 años por lo que toma enalapril. En el examen físico se observa equimosis de 6x6cm en cadera izquierda, pierna izquierda en rotación externa y acortada respecto a la derecha, impotencia funcional y dolor a palpación de cadera izquierda, resto del examen sin alteraciones. Se decidió colocar analgesia, pedir radiografía de cadera izquierda donde se evidencio una fractura transcervical, también se realizó una tomografía multicorte de cadera derecha donde se concluyó fractura de cadera izquierda transcervical (Garden III). Con estos resultados la paciente fue programada para cirugía, pero previamente se le pidió un pack quirúrgico para asegurarnos que no surja ninguna complicación, también se le coloco una tracción cutánea con suero salino 3 L en miembro afectado y analgesia endovenosa. Finalmente, la paciente es programada para colocación de prótesis de cadera total izquierda con una evolución favorable.

Caso clínico 2

Paciente masculino de iniciales KNM de 30 años, acude a emergencia del CEMENA con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 30 minutos de inicio súbito y curso hiperagudo caracterizado por dolor e impotencia funcional de mano derecha. El paciente refiere que realizando maniobras militares sufre una contusión con objeto romo en mano afectada, lo que le genera dolor intenso en articulación metacarpofalángica de 4to y 5to dedos de la mano derecha asociado a impotencia funcional. En cuanto a los antecedentes personales el paciente negó sufrir de alguna enfermedad. Al examen físico se presenta con funciones vitales dentro de rangos de normalidad, mano derecha con aumento de volumen a nivel de metacarpofalángica de 4to y 5to dedos, asociado a dolor a la digitopresión, movilización activa en flexión y extensión en las articulaciones descritas, los cuales se encuentran acortados. El resto del examen físico no arrojó anormalidades. Con lo evaluado hasta el momento se plantea un diagnóstico presuntivo de fractura de 4to y 5to metacarpianos a nivel de diáfisis distal. Se le brinda analgesia y se realiza una radiografía de mano con incidencia anteroposterior y lateral la cual confirma la presunción diagnóstica. Se procede a inmovilizar la mano con férula braquiopalmar hasta espera de la cirugía. Luego se realiza una reducción externa con fijación interna mediante agujas de Kirschner. Posterior al actuar el paciente evoluciona favorablemente.

1.2 Rotación de Pediatría

Caso clínico 1

Paciente de iniciales JBS de 10 años. Acude a la emergencia del CEMENA acompañado por su padre con un tiempo de enfermedad de 24 horas de evolución de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por dolor abdominal en zona epigástrica, de intensidad moderada, asociado a vómitos en 3 ocasiones de contenido alimentario. Hace 10 horas fue llevado a emergencias y se le diagnosticó gastroenteritis aguda y se le indicó metoclopramida y metilbromuro de escopolamina, tras lo cual no refiere

mejoría y es por ello que acuden nuevamente a emergencia. Las funciones biológicas muestran únicamente un apetito disminuido. No presenta antecedentes personales de importancia y tiene un antecedente familiar de su madre de 31 años que ha tenido 3 episodios de pancreatitis a los 12, 17 y 18 años. Al examen físico se presenta con funciones vitales en rangos de normalidad y aparente regular estado general. A la exploración física del abdomen se encuentra ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando y depresible con dolor difuso a la palpación sin signos de irritación peritoneal. Se palpa polo esplénico a 1 cm debajo de reborde costal izquierdo. El resto del examen físico no es contributivo. Se plantea un diagnóstico presuntivo de pancreatitis aguda y se realiza el siguiente plan de trabajo: un hemograma completo donde se evidencia leucocitosis de 13860 con 82% de neutrófilos y 9.3% de leucocitos. Amilasa y lipasa 3 veces por encima del valor normal y un PCR en 1.6. Se realiza una ecografía abdominal donde se evidencia un páncreas discretamente aumentado de tamaño con ecogenicidad conservada, líquido libre abdominal en flanco derecho y pelvis menor, signos no concluyentes de pancreatitis. Se brinda tratamiento con hidratación, nada por vía oral y analgesia con metamizol. Ante la mejoría del paciente y el deseo de comer se inicia tolerancia oral con buena respuesta siendo dado de alta posteriormente.

Caso clínico 2

Paciente masculino de iniciales GUY de 3 años, natural del Callao, se presenta a consulta de pediatría acompañado por su madre con un tiempo de enfermedad de 3 meses de evolución de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por dolor abdominal difuso, recurrente a predominio postprandial, que se acompaña desde el inicio de deposiciones diarreicas abundantes, con leve pérdida de peso, sin fiebre ni síndrome miccional. Fue llevada a emergencias hace 5 días y se le indicó metoclopramida, dieta blanda y paracetamol, sin mejoría y persistencia del dolor. Las funciones biológicas presentan un apetito levemente disminuido con deposiciones diarreicas. No presenta antecedentes personales de importancia y presenta inmunizaciones completas para su edad, su madre es celiaca. Al examen físico presenta una

frecuencia cardíaca de 120 latidos por minutos y una frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto, con temperatura de 36.5 °C y un aparente regular estado general. A la exploración física de abdomen se encuentra ruidos hidroaereos presentes, se muestra blando y depresible con dolor leve difuso a la palpación sin visceromegalia. El resto del examen no es contributivo. Se plantea un diagnóstico presuntivo de síndrome doloroso abdominal con etiología a determinar y se realiza el siguiente plan de trabajo: se toma hemograma completo donde se encuentra leucocitosis de 13620, 54% de neutrófilos y 34.5% de linfocitos. Glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, sedimento urinario todo sin alteraciones. Se realiza un examen de heces donde se encuentra hemoglobina en 15 ng/mL, calprotectina en 242 ug/g y digestión de principios inmediatos normal. Se amplía el estudio con anticuerpo antitransglutaminasa IgA en 35U/mL, inmunoglobulina A en 180 mg/dL, anticuerpo antiendomiso IgA en 100 U/ml. Con lo previo se llega al diagnóstico final de enfermedad celiaca por lo que se brinda recomendaciones dietéticas apropiadas a la enfermedad y se recete paracetamol PRN y es derivado al servicio de gastroenterología.

1.3 Rotación de Medicina

Caso clínico 1

Paciente de iniciales EGH de 46 años, natural de lima, procedente de lima, de ocupación militar. Se presenta a la emergencia del CEMENA con tiempo de enfermedad de 40 minutos de inicio súbito y curso hiperagudo caracterizado por dolor torácico de intensidad 7/10, tipo opresivo, centro torácico, irradiado a brazo izquierdo, espalda y cuello ipsilateral, que no cede con ningún tipo de movimiento ni posición. Se asocia además a disnea, niega fiebre, niega náuseas y vómitos. Refiere episodios similares en los últimos 3 meses, 2 a 3 veces por semana, que comenzaban con el esfuerzo, menos dolorosos y con duración no mayor de 10 minutos que cedían espontáneamente. En los antecedentes personales el paciente refiere hipertensión arterial diagnosticada el 2018 tratado con losartán 50 mg cada 24 horas, niega otros

antecedentes. Al examen físico se presenta con presión arterial de 165/85 mmHg, frecuencia cardíaca de 98 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, saturación de oxígeno de 98% a un FiO₂ de 21% y temperatura de 37°C. El examen cardiovascular resalta ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad sin soplos audibles con pulsos periféricos presentes sin choque de punta. El resto del examen no presentó alteraciones. Se plantea un diagnóstico presuntivo de síndrome coronario agudo a descartar un infarto agudo de miocardio. Se ejecuta un plan de trabajo que consistió en realizar un electrocardiograma en los primeros 10 minutos desde el arribo del paciente el cual muestra una elevación del ST > 2 mm en V2 y V3, se le toma enzimas cardíacas con elevación del CPK MB y troponinas, un hemograma completo, urea, creatinina y glucosa sin alteraciones. Se le brinda tratamiento con nitratos intravenosos, ácido acetilsalicílico, clopidogrel, atorvastatina, heparina de bajo peso molecular y se le realiza una coronariografía precoz que nos muestra una oclusión de la arteria circunfleja. Posteriormente se realiza una revascularización coronaria con angioplastia coronaria transluminal percutánea, tras lo cual el paciente evoluciona favorablemente y se le refiere al servicio de cardiología para manejo posterior.

Caso clínico 2

Paciente de iniciales ALO de 34 años, natural del Callao, de ocupación militar. Acude al servicio de emergencia del CEMENA con un tiempo de enfermedad de 16 horas de evolución de inicio brusco y curso progresivo caracterizado por epigastralgia de intensidad 10/10, opresivo, irradiado a espalda, acompañado de vómitos en 3 ocasiones de contenido alimentario. El paciente niega que el dolor estuviera asociado a la ingesta de comida. Niega haber usado fármacos para aliviar el dolor. Niega fiebre o sensación de alza térmica, así como hematemesis. Asimismo, refiere un episodio de dolor de características similares, pero menos intensidad hace 5 semanas, por lo que acude a emergencia donde le recetan analgésicos por vía intramuscular y le dan de alta. Además, refiere un episodio catarral hace 10 a 12 días que resuelve espontáneamente. Las funciones biológicas muestran un apetito y sed disminuidos, orina y deposiciones sin alteraciones y declara haber perdido 8

kilos de forma no intencional desde hace 1 mes y 3 semanas, fecha en la cual se le realizó una colecistectomía. Entre sus antecedentes personales niega padecer de enfermedades crónicas y refiere haber sido sometido a una colecistectomía laparoscópica en la fecha señalada anteriormente debido a una colecistitis. Al examen físico cuenta con las siguientes funciones vitales: presión arterial de 153/84 mmHg, frecuencia cardiaca de 111 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, una saturación de oxígeno de 98% a un FiO2 de 21% con una temperatura de 36.8 °C. Aparenta un regular estado general, de nutrición e hidratación. La piel se encontró turgente, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos con una ligera palidez de conjuntiva palpebral, el resto del examen físico no muestra alteraciones y es no contributivo. Se plantea un diagnóstico presuntivo de síndrome doloroso abdominal a descartar pancreatitis aguda. Se realiza el siguiente plan de trabajo: nada por vía oral, hemograma completo que arroja leucocitosis sin desviación izquierda, amilasa y lipasa ambas 3 veces por encima de su valor normal. Glucosa en 121 y urea más creatinina dentro de valores normales. Bilirrubinas totales en 2.2 a predominio directo y PCR en 1.5. Se realiza además una ecografía abdominal donde se describe esteatosis hepática, vesícula alitiásica, vías biliares intra y extrahepáticas no dilatadas, edema peripancancreático sin líquido libre abdominal. La radiografía de tórax fue no contributiva. Con lo previo se plantea diagnóstico de pancreatitis leve. Se maneja con hospitalización, nada por vía oral, hidratación, manejo del dolor con tramadol 100 mg intravenoso cada 6 horas por 24 horas y omeprazol intravenoso. Se realiza una tomografía computarizada abdominal con contraste, donde se aprecia un patrón arrosariado en colédoco, sugestivo de presencia de cálculos biliares, que serían la etiología del cuadro de la paciente. A las 48 horas del ingreso el dolor abdominal decrece, se auscultan ruidos hidroaéreos y se inicia tolerancia oral con buena respuesta.

Caso clínico 3

Paciente de iniciales HGL de 63 años natural del Callao. Se presenta a la emergencia del CEMENA con un tiempo de enfermedad de 3 semanas de

inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por tos con expectoración escaso asociado a disnea a moderados esfuerzos, posteriormente se agrega sensación de alza térmica no cuantificada de manera intermitente. Continuó con los síntomas y una semana antes del ingreso refiere que la tos se hizo más exigente, la disnea empeoró hasta leves esfuerzos y persistió con sensación de alza térmica, lo que motivó al paciente a acudir a un centro de salud donde le indicaron antibióticos por 3 días, luego de lo cual no presenta mejoría. Un día antes del ingreso la disnea aumenta hasta el reposo, se agrega intolerancia al decúbito y la temperatura se mide en 38°C, motivos por el cual acude a la emergencia del hospital siendo admitido. Las funciones biológicas al ingreso muestran un apetito disminuido y pérdida de peso no cuantificada en los últimos 3 meses. En los antecedentes personales refiere haber tenido tuberculosis pulmonar hace 20 años, para lo cual recibió tratamiento por 12 meses e hipertensión arterial diagnosticada el 2010. Refiere haber tenido un infarto agudo de miocardio hace 6 años, insuficiencia cardíaca congestiva desde hace 1 año y medio que cursó con fibrilación auricular paroxística. Refiere consumir los siguientes medicamentos de manera frecuente: enalapril, amlodipino, hidroclorotiazida y amiodarona 200 mg por día. Al examen físico presenta las siguientes funciones vitales: presión arterial de 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 74 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto, una saturación de oxígeno de 90% a un FiO₂ de 21% y temperatura de 37.5°C. Se presenta con un aparente regular estado general, una amplexación torácica levemente disminuida, murmullo vesicular levemente disminuido en ambos hemitórax y crépitos gruesos bibasales. Los ruidos cardíacos se presentan rítmicos, no se auscultan soplos y presenta ingurgitación yugular. El resto del examen no es contributorio. Se plantea un diagnóstico presuntivo de síndrome febril y neumonía adquirida en la comunidad. Se realiza el siguiente plan de trabajo: Se toma un hemograma completo donde se evidencia leucocitosis sin desviación izquierda. Glucosa, urea y creatinina dentro de rangos de normalidad, un análisis de gases arteriales donde se evidencia pH de 7,44, presión de O₂: 55.9 mm Hg, presión de CO₂: 31,5 mmHg, bicarbonato de 19.5 miliequivalentes por litro, saturación de O₂: 90.7% a FiO₂ 21%. Electrolitos dentro de rangos de normalidad. Se realiza una radiografía de tórax donde se

aprecia infiltrados intersticiales predominantemente en bases pulmonares. Se brinda tratamiento con oxigenoterapia para mantener la saturación mayor a 92%, furosemida y antibioticoterapia con ceftriaxona más claritromicina por 3 días, luego de los cuales los picos febriles persisten por lo que se rota a ceftazidima más amikacina, sin embargo, la fiebre y disnea persisten. Se realiza una TAC de tórax donde se describe infiltrados intersticiales bilaterales con patrón en vidrio esmerilado en tercio medio e inferior a predominio del pulmón izquierdo, mientras que en las bases se observó patrón en panal de abeja con engrosamiento de los septos y bronquiectasias de tracción. Se realiza un lavado bronquial y se toma una biopsia transbronquial para búsqueda de células espumosas y células inflamatorias y el descarte de otras causas de neumonitis intersticial aguda, dando todo negativo. Se llega entonces al diagnóstico final de enfermedad pulmonar asociada a uso de amiodarona, se decide suspender la medicación antibiótica y se inicia corticoides equivalente a prednisona 1 mg/Kg.

1.4 Rotación de Gineco-obstetricia

Caso clínico 1

Paciente femenina EHU de 32 años, puérpera de 3 días de parto vaginal de 39 semanas de gestación sin complicación, acude por sangrado vaginal intenso, que mancha su ropa, precedido por cólico abdominal, tiempo de enfermedad de 40 minutos, forma de inicio súbito, curso hiperagudo. Paciente refiere sensación de mareo y náuseas. Niega fiebre y vómitos. Antecedentes ginecológicos, menarquía los 13 años, régimen catamenial de 28 días, fecha de última regla 05/04/19, primera relación sexual a los 17 años no utiliza métodos anticonceptivos, gesta-para: G2P2002. Al examen físico general se evidencia palidez (++/+++), extremidades frías, en abdomen dolor difuso leve a la palpación, se palpa útero a 6 cm sobre sínfisis del pubis. Examen ginecológico: grandes coágulos en canal vaginal por especuloscopia, cuello abierto. Resto del examen sin alteraciones, con todos estos hallazgos se da un diagnóstico presuntivo de hemorragia postparto secundario por tejido

retenido por lo cual la paciente es hospitalizada y se le da hidratación. Se le solicitan exámenes de laboratorio y hallamos anemia moderada normocítica, normocrómica, leucocitosis con desviación izquierda y prolongación de tiempos de coagulación. Se pasan 2 paquetes globulares, antibioticoterapia, estimulación uterina manual vía suprapúbica y colocación de sonda urinaria. Se programa para exploración uterina bajo anestesia una vez se consiga estabilidad hemodinámica de la paciente. Evolución favorable.

Caso clínico 2

Paciente femenina ZUB de 28 años, gestante de 7 semanas acude por presentar desde hace 1 semana vómitos alimentarios incoercibles, precedidos de sensación nauseosa. Ha vomitado 10 veces en las últimas 24 horas y no logra tolerar alimentos en los últimos 3 días, solo pequeñas cantidades de agua. Acudió a su posta hace 5 días, donde le prescribieron tratamiento antiemético, no recuerda nombre. Refiere que no hubo gran mejoría. Asimismo, refiere dolor urente en hemiabdomen superior. Niega fiebre, disuria, hematuria. Orina disminuida y turbia, no realiza deposiciones hace 3 días. Antecedentes ginecológicos, menarquia a los 10 años, régimen catamenial 30 días, fecha de última regla 15/05/20, gesta-para: G2P1001. Hospitalizaciones previas: en 2 ocasiones, durante 1 día cada una, por hiperémesis gravídica en su embarazo anterior. Examen físico: palidez (++) extremidades frías, mucosas secas, el abdomen dolor moderado epigástrico a la palpación superficial, útero no palpable. Resto del examen sin alteraciones. Según la clínica se llegó a un diagnóstico presuntivo de hiperemesis gravídica por lo que se solicitó un hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, TGO, TGP, bilirrubina, b-HCG, sedimento urinario → Hb: 11.1, K: 2.8, urea: 49, creatinina: 0.7. b-HCG: +, cetonas en orina +++.

Paciente pasa a observación, NPO, reposo relativo, hidratación con suero fisiológico con K, manejo de náuseas con ondasetrón, vitamina B1, omeprazol. Paciente con buena evolución, es dada de alta a los 2 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Centro médico naval es un hospital nivel III de referencia nacional que pertenece a las Fuerzas armadas del Perú. Fue inaugurado el 4 de julio de 1956 en virtud de la resolución suprema N°153 de fecha 12 de marzo de 1952, durante la gestión ministerial del Vicealmirante Roque A. Saldías Maninat (1).

En este hospital se atiende el personal militar tanto en actividad como retirados que se encuentran en todo el territorio peruano, también personal civil que trabaja para el ministerio de defensa. Incluso los familiares (hijos, cónyuges y padres) de los titulares tanto en actividad como en retiro pueden atenderse en este centro.

A la actualidad el CMST cuenta con 8 departamentos que están distribuidos entre unidades médicas y servicios; además de contar con la dirección de salud de la marina de guerra del Perú (DISAMAR) que es el encargado de abastecer de medicinas y material biomédico a todos los establecimientos pertenecientes a la Marina de Guerra del Perú. Posee 450 camas de hospitalización, 10 salas de operaciones, una unidad de cuidados intensivos quirúrgica con 5 camas y una unidad de cuidados intensivos médicos en el primer piso con 5 camas y una en el sótano con 6 camas, que actualmente es empleada para pacientes Covid. Cada pabellón del hospital aparte del nombre tiene una designación numérica. Por ejemplo, en el primer piso tenemos el pabellón de medicina de mujeres o como normalmente se denomina "sala 4-1" en donde se hospitalizan mujeres menores de 70 años ya que para las mayores existe otro ambiente exclusivo de pacientes geriátricos. En este piso

también está la sala de medicina de hombres o sala 3-1, el servicio de pediatría o sala 5-1. También tenemos el área de emergencia en donde el paciente primero pasa por un triaje para determinar la prioridad y si ingresara al tópico de medicina o al de cirugía. En el segundo piso tenemos la sala de cirugía de mujeres (4-2), el servicio de fisiología (3-2), el servicio de neumología (5-2) y la sala de psiquiatría (6-2). En el tercer piso la sala de cirugía de varones (4-3), sala de cirugía de especialidades (6-3) donde generalmente se hospitalizaban los pacientes que tenían una patología urológica, la sala de traumatología (3-3) y la sala de infectología (5-3). En el cuarto piso tenemos dos pabellones, uno exclusivo para oficiales (6-4) y la clínica de familiares (1-4). Finalmente, en el quinto piso tenemos el servicio de ginecología (1-5). Fuera del edificio principal tenemos un área especializada de geriatría, oncología, medicina física y rehabilitación. Además del servicio de radiología que cuenta con dos tomógrafos y un resonador magnético, vale precisar que son pocos los centros que cuentan con este equipo ya que generalmente se terceriza.

Pre-pandemia todas las salas se encontraban disponibles, pero durante la pandemia debido a la alta demanda de pacientes diagnosticados con COVID 19 se procedió a cerrar las salas 5-1, 3-3 y parte de la 6-4, en donde se hospitalizaría a los pacientes con SARS-COV2.

El 21 de Marzo se anunció que la Marina de Guerra junto con el Gobierno Regional del Callao, implementarían un hospital de contingencia con unidades de hospitalización de cuidados intensivos, cuidados moderados y con capacidad para atender a 74 pacientes con coronavirus. Además, este centro contaría con 24 camas UCI (2). También se implementó una carpa a la entrada del hospital donde se tomarían pruebas rápidas a los pacientes para tomar las medidas de protección personal pertinentes y poder derivarlos al hospital de contingencia si es que tenían síntomas graves, así como enviarlos a casa si es que no presentaban sintomatología o darles un tratamiento sintomático si es que tenían síntomas leves.

El retorno al hospital fue un 30 de octubre del 2020, previamente el hospital Naval nos había dado un par de charlas acerca del lavado de manos, las

medidas de protección personal que debíamos tener y los equipos que requeriríamos para nuestro retorno. Fuimos distribuidos en dos grupos por especialidad, ya que contábamos con un aforo reducido. El servicio de Medicina fue con el que empezamos, fue difícil adaptarnos al principio ya que con el equipo de protección personal y el distanciamiento social, era complicado comunicarnos con el paciente, no se podía realizar un examen físico completo ya que el hospital solo contaba con un número limitado de pruebas rápidas y al hospitalizar a los pacientes, si estos no presentaban sintomatología, no se les realizaba la prueba, por lo cual no teníamos una garantía de que el paciente no estuviera infectado.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Cirugía

Caso clínico 1

Se pudo hacer una identificación rápida del problema ya que la paciente vino con la postura común de las fracturas de cadera, acortamiento y rotación externa del miembro afectado, se hizo un estudio de imagen y rápidamente se programó para cirugía dentro de las 24 horas como es lo recomendado si es que la paciente se encuentra estable.

La fractura de cadera en los adultos mayores es una de las causas de morbilidad y mortalidad más importante que afecta el nivel de independencia, el equilibrio mental, físico y social (3). Es de rápido reconocimiento teniendo la clínica del paciente y la imagen radiográfica, sin embargo, una tomografía nos va a conferir datos adicionales como que otra estructura está comprometida a causa de esta fractura. Es importante mencionar que una radiografía normal no excluye una cadera fracturada. Si el paciente presenta la clínica, debemos realizar estudios adicionales como un examen óseo con radioisótopos 12 horas después de la lesión o una resonancia magnética, de igual manera se pueden repetir la radiográfica con otras proyecciones dentro de las 24 a 48 después de la admisión. La tracción cutánea previa a la cirugía se recomienda ya que se cree que esta práctica elimina el dolor y hace más fácil la cirugía, no obstante, debido a la limitada cantidad de estudios no hay evidencia de

algún beneficio sobre el alivio del dolor o la reducción de la fractura con el uso rutinario de la tracción pre-operatoria.

La cirugía va a depender de la edad, movilidad física previa, agilidad mental precedente, estado del hueso y la articulación. La evidencia sugiere que para paciente geriátricos sanos es mejor el remplazo total de cadera ya que si bien las hemiarthroplastias son inicialmente mejores si el paciente sobrevive más de 3 a 5 años la función se deteriora por lo que es probable que el paciente tenga que entrar de nuevo a sala para otra intervención (4)

Luego de la cirugía, si el estado médico general del paciente lo permite, se puede empezar con la movilización y rehabilitación dentro de las 24 del post operatorio. Los pacientes con co-morbilidad, habilidad funcional pobre y prueba de inteligencia baja registrada antes de la admisión deben recibir rehabilitación en una Unidad Geriátrica de Rehabilitación Ortopédica (Geriatric Orthopaedic Rehabilitation Unit - GORU) (nivel B de evidencia) (4).

Caso clínico 2

Las fracturas de metacarpiano eran bastante comunes en el servicio de traumatología del CEMENA debido al entrenamiento al que está sometido el personal en actividad. En este caso es importante resaltar que las incidencias para este tipo de fractura no solo deben ser, lateral y anteroposterior, sino que la literatura recomienda que debe hacerse en 30° de pronación (2° y 3° MTC) y supinación (4° y 5°), además de la proyección de Brewerton, que inicialmente se usaba para evaluar erosiones de poliartritis reumatoidea, para evaluar lesiones metacarpo falángicas, así como fracturas de base del 4° y 5° metacarpo en el caso que se sospechen. (5)

En cuanto al tratamiento, este tiene como finalidad corregir el acortamiento, la angulación dorsal y la mala alineación. Se prefiere el uso de agujas Kirschner ya que son más económicas y menos invasivas que el colocar una fijación con placas y tornillos que si bien permite una rehabilitación rápida, la movilización del tejido y la desperiostización en su colocación puede conllevar a una fibrosis posoperatoria que limitaría la funcionabilidad (6).

3.2 Rotación de Pediatría

Caso clínico 1

Se presenta un caso de pancreatitis aguda en un paciente pediátrico de 10 años, siendo algo no muy común, sin embargo, tenía un antecedente familiar de su madre con episodios múltiples de pancreatitis a temprana edad. La pancreatitis es una entidad que se caracteriza por la inflamación de la glándula del páncreas, órgano retroperitoneal, que suele ser aguda, sin embargo, en ciertas ocasiones puede presentarse de manera crónica (8, 9). Se manifiesta clínicamente como un dolor severo, agudo y persistente en epigastrio que puede irradiarse hacia la espalda o en "cinturón". Se asocia también a náuseas y vómitos que pueden persistir varias horas. Casos más severos pueden llegar a presentar fiebre, disnea, efusión pleural y signos equimóticos como el signo de Cullen y Grey Turner (8,9). La característica principal en los exámenes auxiliares es el aumento tanto de la lipasa como amilasa en más de 3 veces su valor normal, característica que nos ayuda a orientar el diagnóstico (8,10).

El tratamiento de elección en estos casos se basa en brindarle tiempo a la glándula para desinflamar y tratar la causa primaria si fuese el caso, por ejemplo, una colédocolitiasis. Ante casos moderados severos se debe realizar estudios de imágenes desde ultrasonidos hasta tomografías computarizadas y así hacer un seguimiento que detecte posibles complicaciones (8,9). En el caso presentado se realizó únicamente una ecografía, para lo cual considero que fue acertada la decisión ya que aparentaba ser un caso leve y no era necesario someter a un paciente pediátrico al nivel de irradiación que supone una tomografía.

El manejo específico consiste en restringir todo por vía oral, terapia de reemplazo de fluidos intensa, debido a la formación de tercer espacio, nutrición tanto parenteral o enteral temprano por sonda nasoyeyunal según sea el caso o enteral oral si las condiciones del paciente lo permiten y es tolerado (7,10). La medicina basada en la evidencia ha demostrado que mientras antes se pueda reinstaurar la nutrición enteral menos probabilidad tiene el

paciente de hacer complicaciones y hasta puede reducir el tiempo de enfermedad (8,9). En el caso se decide iniciar tolerancia oral lo más precoz posible, con lo cual coincido dada la evidencia presentada.

Caso clínico 2

Se presenta el caso de un niño de 3 años con enfermedad caracterizada por dolor abdominal post prandial asociado a deposiciones diarreicas y pobre ganancia ponderal llegando finalmente al diagnóstico de enfermedad celiaca. También conocida como enteropatía sensible al gluten, la enfermedad celiaca es una entidad mediada por el sistema inmune que genera inflamación del intestino delgado por sensibilidad al gluten dietario y proteínas relacionadas en individuos predispuestos genéticamente. Se diferencia de alergias a ciertos alimentos, que son mediados por IgE o IgG (11,13,14).

Se estima que la prevalencia de la enfermedad celiaca sea entre el 0.5 al 1 % de la población mundial, siendo el sexo femenino el mayormente afectado (11,13). Se asocia además a otras enfermedades autoinmunes como factor de riesgo, así como parientes cercanos con el mismo defecto aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

Clínicamente la enfermedad se manifiesta de manera clásica entre los 6 y 24 meses de vida, edad en la que normalmente se introduce el gluten a la dieta normal del lactante (11). Se presenta con diarrea crónica, anorexia, distensión y dolor abdominal y falla del medro que puede ser variable. Casos muy severos pueden llegar a una crisis celiaca, con inestabilidad hemodinámica y consecuencias metabólicas de la deshidratación (11,14).

El diagnóstico se logra con estudios de IgA y transglutaminasa del propio tejido. Mientras que el tratamiento se basa principalmente en remover todos los productos que contengan gluten de la dieta y además de educar a la familia y mantener un régimen de consultas que permitan llevar un buen control de la enfermedad (12,13,14). En el caso propuesto se realiza primero un estudio profundo de la diarrea crónica, descartando varias posibles causas de la

misma, lo cual se considera correcto por la intención de dar una atención integral al paciente.

3.3 Rotación de Medicina

Caso clínico 1

Se presenta el caso de un paciente con cuadro compatible con un infarto agudo de miocardio. La clínica de la isquemia miocárdica es principalmente dolor torácico retroesternal intenso, con sensación de muerte, asociado a veces a disnea, debilidad, palpitaciones, radiación al brazo ipsilateral y cuello, náuseas y vómitos, diaforesis, mareos, fatiga, etc (15). Hay que tener en cuenta también los antecedentes del paciente y los factores de riesgo como hipertensión, consumo de tabaco, obesidad, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, entre otros (15).

Ante la sospecha de un dolor derivado de isquemia miocárdica lo importante es actuar lo más rápido posible para evitar lo más posible el daño al músculo cardíaco, siendo lo más importante evaluar el electrocardiograma y las enzimas cardíacas del paciente, los cuales nos van a guiar al diagnóstico (18). En el caso presentado se efectúa un electrocardiograma y se toma la muestra de sangre en los primeros 10 minutos del arribo del paciente a la sala de emergencia, lo que según la evidencia demuestra mejores resultados en cuanto a la evolución del paciente (17). Es gracias a eso que se logra dar tratamiento rápidamente al paciente que recibe inicialmente manejo general y posteriormente se le realiza el tratamiento definitivo, en su caso angioplastia coronaria transluminal percutánea, previa realización de una arteriografía (17,18). Según la evidencia disponible actualmente estoy de acuerdo con el actuar del equipo médico ya que la reperfusión percutánea es preferible sobre la fibrinólisis siempre y cuando se puede realizar dentro de los primeros 120 minutos del inicio de los síntomas, idealmente dentro de los primeros 90 (16,18).

Caso clínico 2

Se presenta un paciente con diagnóstico de pancreatitis. Como se revisó previamente, el manejo va a depender de la gravedad del cuadro (7). En este caso se decide realizar una tomografía abdominal con contraste en busca de una posible etiología. Estoy de acuerdo con esta decisión debido a que una tomografía inicial nos ayuda a tener una base de cómo llegó el paciente en caso queramos comparar más adelante si el cuadro empeora, es además útil para buscar una posible etiología, en el caso particular que se expone es interesante el antecedente de colecistectomía previa hace poco más de un mes, ya que podríamos estar ante litios residuales en el colédoco (19). Sobre el manejo, no varía en cuanto a lo previamente discutido, haciendo énfasis en la posibilidad de nutrición enteral temprana.

Caso clínico 3

Se presenta el caso de un paciente con enfermedad pulmonar. El diagnóstico final fue toxicidad pulmonar por amiodarona, sin embargo, no fue el primer diagnóstico planteado y de hecho recibió tratamiento previo sin mejoría clínica. Casos como este suelen ser poco frecuentes y el diagnóstico muchas veces es por exclusión.

La amiodarona es un derivado ionizado del benzofurano que es usado para suprimir las taquiarritmias ventriculares y supraventriculares (20, 21). La toxicidad pulmonar es uno de los efectos adversos más severos de este fármaco, siendo principalmente la neumonitis intersticial la presentación más frecuente, pero también puede desarrollarse una neumonía eosinofílica, pneumonia organizada hasta un síndrome de distress respiratorio agudo con hemorragia alveolar y efusión pleural (20,21). Otros efectos adversos de la amiodarona incluyen fotosensibilidad, decoloración azul-grisácea de la piel, disfunción tiroidea por el componente de yodo del fármaco, depósitos corneales, alteración del perfil hepático y supresión de la médula ósea (20,22).

Las manifestaciones clínicas son un inicio insidioso de tos no productiva con o sin algún grado de disnea, se puede acompañar de fiebre, dolor pleurítico, pérdida de peso y malestar general (20,21). El examen físico encuentra generalmente crépitos inspiratorios, mientras que los exámenes de laboratorio no suelen ser específicos, pero se suele encontrar elevación de la serie blanca, LDH y PCR, así como aumento de la sedimentación eritrocitaria (20,22). En el caso del paciente, se presenta al hospital con fiebre y taquipnea, por lo cual el primer diagnóstico planteado es el de neumonía adquirida en la comunidad, y se le da tratamiento antibiótico, incluso al no conseguir mejoría los primeros días se decide rotar a otro esquema. Estoy de acuerdo con estas decisiones, puesto que es la principal causa que pueda explicar la manera en que se presentó el paciente en primer lugar, sin embargo, considero que debió tomarse una radiografía de tórax para guiar mejor el diagnóstico debido a las múltiples patologías que presenta y la polifarmacia asociada. Posteriormente se toma una tomografía de tórax y se realiza un lavado bronquial con toma de muestra para biopsia en búsqueda de causas tumorales, con se está de acuerdo porque son diagnósticos diferenciales (22), llegando finalmente a la conclusión de la neumonitis inducida por amiodarona, brindando el tratamiento correspondiente.

1.4 Rotación de Gineco-obstetricia

Caso clínico 1

La hemorragia posparto es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo. La mayoría de las muertes maternas asociadas con hemorragias pueden ser prevenidas, es por eso por lo que una evaluación precisa de la pérdida de sangre, la identificación de los factores de riesgo y el reconocimiento oportuno de la hemorragia es muy importante (26). La estrategia más eficaz para prevenir la hemorragia posparto es el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto que reduce el riesgo de un nivel de hemoglobina materna posparto inferior a 9g/dL y la necesidad de extracción manual de la placenta. Los componentes de esta práctica incluyen: administrar de oxitocina con poco después del parto para favorecer la contracción uterina, tracción controlada del cordón (maniobra de Brandt-Andrews) donde se aplica una tracción firme sobre el cordón umbilical con una mano mientras que con la otra se aplica contrapresión suprapúbica para expulsar la placenta, y un masaje uterino después de la expulsión de la placenta (27,28). Respecto al manejo, es importante que el paciente reciba oxígeno según sea necesario y reposición de líquido y sangre por vía intravenosa. Inicialmente el reemplazo de líquidos debe administrarse como una infusión de bolo y posteriormente ajustarse en función de la reevaluación frecuente de los signos y síntomas vitales del paciente. También se debe indicar a la paciente una elevación de las piernas para mejorar el retorno venoso, y drenar la vejiga con un catéter de Foley para mejorar la atonía uterina y poder controlar la diuresis. Los tratamientos para conservar el útero incluyen taponamiento uterino (gasa simple o gasa empapada con vasopresina) ligadura de arterias, embolización de arterias uterinas, suturas de compresión B-Lynch y taponamiento con balón. (26,29) Taponamiento con balón, empaquetamiento uterino, compresión aórtica y prendas antishock no neumáticas para limitar el sangrado durante el tratamiento definitivo. La

histerectomía es el tratamiento definitivo en mujeres con hemorragia severa e intratable (30).

Caso clínico 2

La hiperémesis gravídica es la causa más común de hospitalización durante la primera mitad del embarazo, afecta del 0,3 al 2% de los embarazos y se define por deshidratación, cetonuria y más del 5% de pérdida de peso corporal (23). Es un cuadro caracterizado por una forma grave y prolongada de náuseas y/o vómitos durante el embarazo. La patogenia aun es desconocida, aunque algunas literaturas señalan una predisposición genética además de factores contribuyentes como infecciones, enfermedades psiquiátricas y cambios hormonales. La morbilidad materna es común e incluye efectos psicológicos, carga financiera, complicaciones clínicas por deficiencias nutricionales y en casos raros, daño neurológico. El efecto de la hiperémesis gravídica sobre la salud neonatal todavía se debate en la literatura con resultados contradictorios con respecto al peso al nacer y la prematuridad (23,24). El tratamiento farmacológico inicial para hiperémesis gravídica incluye una combinación de doxilamina y piridoxina. Las intervenciones adicionales incluyen ondansetrón o antagonistas de la dopamina como metoclopramida o prometazina (25). En el caso de la paciente se inició con el ondansetrón y la piridoxina porque ella había sido hospitalizada previamente y la doxilamina no había controlado su cuadro.

CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El 31 de diciembre del 2019 fue el inicio del internado, previamente se dieron unas charlas de capacitación en bioseguridad, lavado de manos e historia clínica, además se indicó que la distribución por rotación sería por elección según el orden de mérito. Los jefes del servicio dieron un discurso de bienvenida, algunos residentes también se presentaron y nos llevaron a conocer los servicios para familiarizarnos con el ambiente.

4.1 Rotación de Cirugía

Esta fue la especialidad donde la interna Thaisse Orbegoso empezó su rotación que estaba dividida en 4 grupos, urología, traumatología, la sala de cirugía de varones y la de mujeres. La rotación fue culminada antes de la declaración del estado de emergencia por el SARS-COV2.

Todo el mes de enero se roto en la especialidad de urología en ella se practicaron los conocimientos teóricos de colocar y retirar sondas, hacer tacto rectal, retiro de dren, como también se pudo entrar a sala de operación para asistir en cirugías de resección transureteral, adenectomía prostática transvesical y vasectomías.

Fue difícil familiarizarse con el papeleo, ya que según el grado y condición laboral (en actividad o retirado) del paciente, este variaba. Además, muchos exámenes de laboratorio necesitaban formatos especiales, y un seguimiento constante para que el paciente pudiera tener sus resultados a tiempo.

En el servicio de traumatología se pudo conocer más sobre diferentes clasificaciones de fracturas, como los que emplea la AO de Muller y las de Gustillo. Las cuales son relativamente sencillas para caracterizar la fractura y su abordaje médico y quirúrgico. Se aprendió que en casos de fractura tipo II y III es necesario agregar aminoglucósidos si hubo contaminación con tierra o aguas fecales. También aprender acerca de patología del manguito de los rotadores en la práctica clínica. Asimismo que, en casos de ausencia de consolidación, lesión vascular o bilateral son tributarios el abordaje quirúrgico. Además de ello, se aprendió que al personal de la Marina solo se le da de alta cuando está plenamente operativo, lo cual me dio la oportunidad de ver la evolución de varios pacientes hasta su alta hospitalaria.

En tópico de traumatología colaboré en preparar y colocar yeso suropédico, férula braquipalmar, así como al retiro de férulas de yeso a diferentes tipos de pacientes, principalmente esguinces de tobillo, de muñeca, tanto en población adulta como pediátrica.

En el servicio de cirugía general tanto en sala de hombres como de mujeres se aprendió a identificar rápidamente patologías como apendicitis y litiasis vesicular. En sala se asistió en cirugías laparoscópicas, en este servicio los doctores te hacían participar activamente de ellas y al finalizar los procedimientos quirúrgicos te daban la oportunidad de suturar al paciente. También se pudo apoyar en el tópico de cirugías menores donde se tuvo la oportunidad de realizar la extracción de lipomas.

El 15 de Marzo las actividades del internado fueron suspendidas por lo cual las especialidades que faltaban rotar (pediatría, medicina interna y ginecología) se tuvieron que reanudar durante la pandemia.

El panorama durante los meses de agosto y septiembre fueron sombríos para nosotros ya que el hospital Naval no daba una respuesta certera del retorno al hospital y teníamos conocimiento que muchos hospitales habían cerrado las puertas a sus internos ya que no podían cumplir con los requisitos que exigía el MINSA para el retorno.

Finalmente, un 25 de octubre el hospital naval envió un documento en donde nos daban la oportunidad de regresar a nuestras actividades académicas dentro del hospital.

4.2 Rotación de Medicina

Medicina interna fue la especialidad con la cual se empezó post cuarentena. Debido a las circunstancias el grupo general de internos fue dividido en dos, yendo al hospital cada 15 días por grupo. La rotación en sí constaba en pasar por las diferentes salas, tanto varones, mujeres, familiares y oficiales, donde la responsabilidad eran evolucionar las historias clínicas a diario, estar al tanto de los laboratorios, exámenes auxiliares de los pacientes. Además, se pudo participar con otras especialidades si el paciente lo requería, por ejemplo, si el paciente necesitaba una paracentesis, se apoyaba con el procedimiento, o hasta incluso el interno podía realizarlo solo. Ante la falta de residentes en algunas salas, los internos eran los principales responsables de tener todo listo tanto para la visita como para el final del día. Si bien las rotaciones eran cortas, se tuvo varias oportunidades de experimentar diferentes situaciones y actuar frente a diferentes patologías. Las guardias en emergencia de esta especialidad fueron suspendidas porque no había un tamizaje adecuado de pacientes con coronavirus.

4.3 Rotación de Gineco-obstetricia

En el servicio de ginecología la metodología fue diferente, los internos fueron asignados a ir únicamente a guardias, que podían ser de 24 o 12 horas. El día que se tenía que asistir, las responsabilidades eran; evolucionar las historias clínicas, solicitar laboratorios, exámenes especiales, imágenes e interconsultas. El pase de visita era menos detallado y los médicos asistentes ya no podían explayarse en la explicación de los casos clínicos. Durante las guardias de emergencia, la mayoría eran gestantes con contracciones

uterinas, las cuales eran examinadas y atendidas tanto por los internos como los residentes. Se tuvo la oportunidad de atender partos por vía vaginal, así como asistir en cesáreas, entrar a procedimientos como legrados uterinos, conizaciones y uteroscopías. También se pudo atender gestantes en cualquier etapa del embarazo y sus patologías respectivas, como amenazas de abortos, abortos consumados, hiperémesis gravídicas y hemorragias del tercer trimestre, las cuales sumaron experiencia positiva a nuestra formación profesional.

4.4 Rotación de Pediatría

La distribución de los internos en esta especialidad fue igual que en el de ginecología. El manejo del paciente fue más complicado ya que cualquier niño/a con fiebre que quisiera ingresar al tóxico de emergencia, sin importar la patología, primero tenía que pasar por la carpa y realizarse una prueba rápida de SARS-COV2. Sin embargo, hubo casos en que la prueba serológica salía negativa, se atendía al paciente, pero, para despejar dudas se le pedía una prueba de antígeno donde el resultado en su mayoría era positivo.

En este servicio los doctores eran bastante exigentes con el equipo de protección personal, con un correcto lavado de manos y con una desinfección constante de las camillas y equipos ya que los niños infectados con COVID 19 acudían al servicio muchas veces sin la clínica característica de este virus.

CONCLUSIONES

El internado de pregrado en el Centro Médico Naval permitió a los estudiantes de medicina a interiorizarse con las distintas labores que son llevadas a cabo por el médico asistente en una institución sanitaria, como son: el llenado de una historia clínica, diagnóstico de las patologías, la dosificación de medicamentos, la atención en el área de emergencia, asistencia en el área quirúrgica y la comunicación activa con el paciente y familiares sobre la enfermedad y el tratamiento. Sin embargo, las tareas administrativas fueron gran parte de la labor diaria en la mayoría de las áreas de trabajo, ya que se requerían llenar bastantes formatos tanto para el ingreso como para el alta de los pacientes en hospitalización. Durante del desarrollo del internado, se observó que es de suma importancia que un médico se actualice constantemente ya que las nuevas evidencias científicas se amplían a pasos agigantados y debemos tenerlas en consideración para un mejor manejo del paciente.

Debido a la pandemia por el SARS-COV2, las actividades académicas adicionales a la práctica, es decir, las exposiciones tanto de parte de los internos como de los residentes pasaron a ser de manera virtual, pero no muy frecuentes ya que había bastante demanda por parte de los pacientes y el personal médico no se daba abasto. Fue muy triste ver como algunos asistentes que durante los meses de enero nos habían instruido con sus conocimientos, pasaban a ser paciente con un futuro incierto debido al COVID19.

Para finalizar, la oportunidad que ofrece el internado médico en el Centro Médico Naval, permitió no solo la obtención de nuevos conocimientos si no que ayudo a reforzar el criterio profesional que fue inculcado a los internos durante los 6 años de carrera universitaria. Además, permitió desarrollar nuevas competencias como la empatía, confianza, trabajo en equipo, liderazgo, relación con otros profesionales que son necesarios para nuestro desenvolvimiento profesional.

RECOMENDACIONES

En términos generales el internado en el Centro Médico Naval fue muy bueno, los médicos asistentes se preocuparon de que tengamos una educación de calidad, sin embargo, a consecuencia de la pandemia los últimos meses no fueron tan académicos ya que las visitas se tenían que pasar con rapidez debido a las medidas de bioseguridad. Respecto al trato hacia los internos, era muy variable según servicios, en la mayoría el personal era atento y educado, sin embargo, en el servicio de ginecología, el personal de enfermería no era muy colaborador y constantemente ponía obstáculos que no permitían hacer nuestra labor con rapidez. En cuanto a los lineamientos del MINSA, que fueron condición para nuestro retorno, no se cumplieron en su totalidad ya que el hospital no nos proporciono el equipo de protección personal ni las pruebas rápidas mensuales como fueron prometidas.

FUENTES DE INFORMACION

1. DICEMENA | Disamar [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
2. Hoy Empezó A Operar Primer Hospital De Contingencia Del Callao Para Pacientes Con Covid-19 [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regioncallao/noticias/304432-hoy-empezo-a-operar-primer-hospital-de-contingencia-del-callao-para-pacientes-con-covid-19>
3. Zaragoza Sosa D, González Laureani J, King Martínez AC. Fractura de cadera en adultos mayores: Impacto del tratamiento quirúrgico oportuno en la morbilidad. Rev Fac Med. 10 de noviembre de 2020;62(6):28-31.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of hip fracture in older people: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2002.
5. Novillo Casal D. Fracturas de Metacarpiano. 2018 [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]; Disponible en: https://sogacot.org/Documentos/Novillo__Fracturas_de_Metacarpiano.pdf
6. Juárez Rojas CS, Fernández Vázquez JM, Procell Villalobos CR, Cárdenas Turrent MB. Tratamiento quirúrgico de las fracturas diafisarias.pdf. 2000. marzo de 2000;45(1):21/26.
7. Swaroop Vege S. Management of acute pancreatitis - UpToDate. Mar 2021 [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute->

pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H34183426

8. Swaroop Vege S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate. Oct 2019 [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&topicRef=5633&source=see_link
9. Párniczky A, Abu-El-Haija M, Husain S, Lowe M, Oracz G, Sahin-Tóth M, Szabó FK, Uc A, Wilschanski M, Witt H, Czako L, Grammatikopoulos T, Rasmussen IC, Sutton R, Hegyi P. EPC/HPSG evidence-based guidelines for the management of pediatric pancreatitis. *Pancreatology*. 2018 Mar;18(2):146-160.
10. Abu-El-Haija M, Kumar S, Quiros JA, Balakrishnan K, Barth B, Bitton S, Eisses JF, Foglio EJ, Fox V, Francis D, Freeman AJ, Gonska T, Grover AS, Husain SZ, Kumar R, Lapsia S, Lin T, Liu QY, Maqbool A, Sellers ZM, Szabo F, Uc A, Werlin SL, Morinville VD. Management of Acute Pancreatitis in the Pediatric Population: A Clinical Report From the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018 Jan;66(1):159-176.
11. D Hill I, UK Li B. Epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations of celiac disease in children- UpToDate. 18 de febrero de 2021 [citado 18 de abril de 2021]; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-manifestations-of-celiac-disease-in-children?search=celiac%20disease&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
12. D Hill I, UK Li B. Management of celiac disease in children - UpToDate. 7 de octubre de 2020 [citado 18 de abril de 2021]; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-celiac-disease-in-children?search=celiac%20disease&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
13. Caio, G., Volta, U., Sapone, A., Leffler, D. A., De Giorgio, R., Catassi, C., & Fasano, A. (2019). Celiac disease: a comprehensive current

- review. *BMC medicine*, 17(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1380-z>
14. Oliveira GN, Mohan R, Fagbemi A. REVIEW OF CELIAC DISEASE PRESENTATION IN A PEDIATRIC TERTIARY CENTRE. *Arq Gastroenterol*. 2018 Jan-Mar;55(1):86-93.
 15. S Redeer G, L Kennedy H, MPH. Diagnosis of acute myocardial infarction - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-acute-myocardial-infarction?search=infarct%20aguda%20de%20miocardio&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 16. Glickman SW, Shofer FS, Wu MC, et al. Development and validation of a prioritization rule for obtaining an immediate 12-lead electrocardiogram in the emergency department to identify ST-elevation myocardial infarction. *Am Heart J* 2012; 163:372.
 17. Sandoval, Yader, and Allan S Jaffe. "Type 2 Myocardial Infarction: JACC Review Topic of the Week." *Journal of the American College of Cardiology* vol. 73,14 (2019)
 18. DeFilippis, A. P., Chapman, A. R., Mills, N. L., de Lemos, J. A., Arbab-Zadeh, A., Newby, L. K., & Morrow, D. A. (2019). Assessment and Treatment of Patients With Type 2 Myocardial Infarction and Acute Nonischemic Myocardial Injury. *Circulation*, 140(20), 1661–1678.
 19. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2013 Jul-Aug;13(4 Suppl 2):e1-15.
 20. Ruzieh M, Moroi MK, Aboujamous NM, et al. Meta-Analysis Comparing the Relative Risk of Adverse Events for Amiodarone Versus Placebo. *Am J Cardiol* 2019; 124:1889.
 21. Sweidan AJ, Singh NK, Dang N, Lam V, Datta J. Amiodarone-Induced Pulmonary Toxicity - A Frequently Missed Complication. *Clin Med Insights Case Rep*. 2016 Oct 9;9:91-94.

22. Terzo F, Ricci A, D'Ascanio M, Raffa S, Mariotta S. Amiodarone-induced pulmonary toxicity with an excellent response to treatment: A case report. *Respir Med Case Rep.* 2019 Nov 29;29:100974.
23. London V, Grube S, Sherer DM, Abulafia O. Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature. *Pharmacology.* 2017;100(3-4):161-171.
24. Abramowitz, A., Miller, E. S., & Wisner, K. L. (2017). Treatment options for hyperemesis gravidarum. *Archives of women's mental health, 20(3)*, 363–372. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0707-4>
25. A. J., Edwards, S. J., & Berghella, V. (2018). Interventions for treating hyperemesis gravidarum: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 31(18)*, 2492–2505. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1342805>
26. Andrikopoulou, Maria, and Mary E D'Alton. "Postpartum hemorrhage: early identification challenges." *Seminars in perinatology* vol. 43,1 (2019): 11-17.
27. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(1).
28. Evensen, A., Anderson, J. M., & Fontaine, P. (2017). Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. *American family physician, 95(7)*, 442–449
29. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/441711/1/9789241598514_eng.pdf. Accessed April 19, 2021.
30. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2006;108(4):1039–1047.