



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DE ENERO 2020 A ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ESTRELLA ALEXANDRA GALVEZ CANO

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ

2021



Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DE ENERO 2020 A ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ESTRELLA ALEXANDRA GALVEZ CANO**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E. Emma Mercedes Huamaní de la Cruz

Miembro: M.E. Luis Alfonso Gutiérrez Shack

Miembro: M.E. Jeffree Tovar Roca

DEDICATORIA

Ante todo quiero agradecer a Dios quien siempre ha guiado mi camino, y me regala día a día el privilegio de tener a mis papas con vida que son mi mayor fuerza y motor; a mis padres Julio Cesar Galvez Caballero y Marta Cano Avilés, que me han enseñado con el ejemplo a ser una persona de bien, que ni un segundo desconfiaron de mi capacidad que me animaron a seguir en este camino tan largo y hermoso como es la medicina, que me demostraron que la vida no es fácil pero uno tiene que aprender a sacar lo bueno de todo, que cada experiencia tiene un aprendizaje, que fueron ese soporte cuando yo quería rendirme. Ambos son el pilar de lo que soy ahora, gracias a ellos estoy a punto de cumplir uno de mis sueños que es ser médico, y aunque el camino ha sido largo ellos me han tenido paciencia y me han dado no solo soporte económico sino también el más importante apoyo emocional, como siempre me decían la mejor herencia que un padre puede dejar a su hijo es la educación, pero ustedes no solo me han dejado eso si no también la formación, por ello les estaré eternamente agradecida.

Estrella Alexandra Gálvez Cano

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a mis docentes del Hospital Militar Central, que supieron transmitir sus conocimientos, su experiencia, su apego y preocupación por la salud de las personas, vimos en ellos que nunca escatimaron tiempo para empaparnos de ese bagaje de conocimientos. Esa labor orientadora consolidó en nosotros el conocimiento y amor al prójimo.

INDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1. Rotación de Gineco obstetricia	2
2. Rotación de Cirugía General	7
3. Rotación de Pediatría y Neonatología	13
4. Rotación de Medicina Interna	20
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	25
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	27
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACION	34

RESUMEN

El último año de formación de la carrera de medicina humana es denominado el internado médico, año en el cual los estudiantes de dicha carrera consolidan su aprendizaje realizando practicas vivenciales en los diferentes establecimientos de salud. La pandemia del SarsCov2 ha generado una vulnerabilidad en en sus internos ya que tanto ellos como el personal de salud son parte de la primera línea de defenza de este virus, que día a día luchan por un mejor sistema de salud, por una atención integral del paciente.

Objetivo: Importancia del internado medico durante la pandemia del SarsCov2 y como esta ha influido en el desarrollo y aprendizaje de su último año académico en la carrera de Medicina Humana.

Metodología: recolección y redacción de datos y aprendizajes basados en las experiencias y vivencias dentro del hospital Militar Central.

Conclusiones: La pandemia del SarsCov2 ha significado un reto en la población y nos llama a concientizar acerca de nuestra salud de los cambios de estilo de vida y la adaptación al nuevo sistema de salud, pudiendo así adquirir nuevas y amplias competencias para el desarrollo de la atención de salud.

Palabras claves: Internado, SarsCov2, Aprendizaje, Medicina.

ABSTRACT

The last training year of the human medicine career is called the medical internship, the year in which the students of said career consolidate their learning by carrying out experiential practices in the different health establishments. The SarsCov2 pandemic has generated a vulnerability in its inmates since both they and the health personnel are part of the first line of defense against this virus, who day by day fight for a better health system, for comprehensive care of the patient.

Objective: Importance of the medical internship during the SarsCov2 pandemic and how it has influenced the development and learning of the last academic year in the Human Medicine career.

Methodology: data collection and writing and learning from experiences and experiences within the Central Military Hospital.

Conclusions: The SarsCov2 pandemic has represented a challenge in the population and calls us to raise awareness about our health of lifestyle changes and adaptation to the new health system, thus being able to acquire new and broad skills for the development of care for Health.

Keywords: Internship, SarsCov2, Learning, Medicine

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud esta dividido en dos sectores el público y el privado.

El sistema de salud público se encarga de velar por el bienestar a aquellas personas que viven en condiciones desfavorables económicamente como en pobreza y pobreza extrema que por dicho motivo no cuentan con un seguro, mediante el SIS sistema integral de salud, Este subsidio se realiza mediante el Ministerio de Salud (MINSA).

El sistema de salud privado tiene dos sistemas EsSalud que es el seguro social con provisión tradicional y provisión privada EPS.

EsSalud brinda servicio de salud a la población y sus familiares que cuenta con un salario mientras que EPS es para fuerzas armadas (FFAA) y la policía nacional del Perú (PNP). En el sector privado se diferencian dos grandes grupos con fines lucrativos y no lucrativos. Fines lucrativos lo conforman las EPS, clínicas privadas, policlínicos, consultorios médicos, laboratorios, etc. Sin fines lucrativos conformados por ONG, Cruz roja, las conformadas por parroquias, iglesias y la compañía de bomberos voluntarios.

El Hospital Militar central “Coronel Luis Arias Schreiber” pertenece a la red de hospitales de las fuerzas armadas, el cual fue fundada en las décadas de los 60. Pertenece al sistema de salud privado por EPS. Fue inaugurado el 1ero de diciembre de 1958, pasando por diferentes cambios y remodelaciones siendo el día de hoy un hospital de categoría III-1.

El Hospital militar cuenta con novedosas instalaciones tanto para hospitalización y manejo ambulatorio. Cuenta con una gama de médicos civiles y asimilados que día a día siguen instruyéndose para ofrecer no solo un tratamiento si no una óptima relación médico paciente siendo así la persona vista como un ser integral preocupándose por su estado físico y emocional, una homeostasis en su vida. Incentivando así en sus consultas médicas a la prevención de las diferentes patologías. Este hospital Surge como una necesidad de su población para la prestación de servicios de manera integral no solo para su personal sino también para los familiares. El hospital militar es el principal centro de referencia para evacuar tanto a su personal civil como militar de los centros de salud del ejército en los cuales no cuenta con la tecnología, infraestructura, o especialidades para atender de manera oportuna aquellas patologías de diversos cuarteles o provincias.

El internado medico es el año de las practicas pre profesionales, se realiza en el 7mo año de la carrera de medicina humana, siendo como único requisito haber culminado satisfactoriamente los años anteriores que constan de tres años teóricos en los cuales se dictan en la sede universitaria lleva diversos cursos tanto generales como introductorios a la medicina como leguaje, matemática, fisiología, química, física , fisiopatología, patología y los tres posteriores clínicos como dermatología, psiquiatría, neumología, nefrología, infectología, diagnóstico por imágenes, salud pública, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría, neonatología, endocrinología, geriatría entre otros, dando la oportunidad de rotar cada especialidad por diferentes hospitales, ampliando así los conocimientos ya que cada hospital maneja diferentes patologías más frecuentes de acuerdo a su población.

El séptimo y último año consta de diferentes rotaciones como Medicina Interna subdividiendose en cardiología, neumología, nefrología, reumatología, endocrinología, dermatología, psiquiatría, gastroenterología, hematología; Gineco-obstetricia, cirugía el cual incluye: Cirugía general, traumatología, cirugía pastica, anestesiología, cirugía pediátrica; pediatría- neonatología y cirugía. Rotaciones que en un inicio tenían una fecha de 4 meses cada una, viéndose esto alterado por la pandemia del SARS COV2 y reduciéndose así

a 15 días diarios y 15 de asilamiento por cada mes. Esto a generado todo un reto para los internos de medicina que con tanta emoción anhelan llegar a este último año practico, donde esperaban pasar más tiempo en el hospital que en casa con el único fin de consolidar todos sus conocimientos adquiridos durante los 6 años de carrera tanto teórica como práctica.

El rol de un interno se basa en la realización de historias clínicas, diversos procedimientos siempre en monitorización del médico asistente o residente que este desempeñando la docencia práctica, así también el reconocer síndromes, diagnósticos diferenciales para llegar al diagnóstico y junto con sus docentes el tratamiento y maneja médico o quirúrgico dependiendo el caso. Es el principal ente de la evolución de un paciente ya que este está pendiente de su progresión al tratamiento teniendo en cuenta sus funciones vitales, reacciones adversas, y como su cuerpo reaccione a los diversos fármacos y/o procedimientos en la instancia hospitalaria. A su vez este se apoya de diversos profesionales de la salud tanto como enfermeros, técnicos, farmacéuticos, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y otros que trabajan en conjunto para darle una buena calidad de atención al paciente.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico se realiza el séptimo y último año de la carrera de medicina humana, este año es el pilar de los 7 años de estudios ya que en este año el estudiante se desenvuelve y día a día gana experiencia en el ámbito clínico.

Esta etapa es el último eslabón y es requisito un correcto desenvolvimiento en este año para para que el estudiante adquiera el título de medico cirujano general, título que en conjunto con el ENAM (examen nacional de medicina) le permiten al médico realizar su SERUMS (servicio rural y urbano marginal en la salud)

En Perú la carrera de medicina consta de siete años, el internado se lleva a cabo en el último año de pregrado. El cual comprende de cuatro rotaciones: pediatría, gineco- obstetricia, cirugía y medicina y a la vez estas se subdividen en especialidades como traumatología, otorrinología, oftalmología, urología, cirugía pediátrica, cirugía cardiovascular, etc.

Este año es el pilar de todo medico ya que consolida sus conocimientos y tiene un acercamiento directo médico-paciente

La pandemia del SarsCov2 ha sido un reto para los profesionales de salud, ya que son la primera línea de defenza y los primeros vulnerables; incluidos los internos que 6 años esperaron por este último año practico, pero por motivos

de seguridad se tuvo que retirar a los estudiantes de medicina, odontología, psicología, enfermería, siendo los internos de estas carreras los más afectados ya que se redujeron considerablemente las horas de labor en el hospital. Dando así 5 meses después, el retorno de los estudiantes del último año de salud.

A pesar de lo mencionado se logró en conjunto con los docentes un buen desenvolvimiento de cada uno, logrando poder realizar procedimientos, historias clínicas, diagnósticas y tratar todo bajo supervisión de los asistentes y/o residentes correspondientes.

A continuación, relatare algunos casos clínicos aprendidos durante el internado medico:

1. GINECO OBSTETRICIA

CASO A:

Paciente mujer de 29 años de 37 semanas de gestación por ecografía del primer trimestre acude a la emergencia del hospital militar por presentar cefalea intensa, visión borrosa, escotomas y nauseas. Sin trabajo de parto

Funciones biológicas:

Apetito: ligeramente disminuido

Deposiciones: 1-2 al día

Sed: conservada

Sueño: conservado

Antecedentes personales:

Qx anterior: Apendicectomía laparoscópica a los 24 años de edad.

Antecedentes familiares:

Padre: falleció por ACV el año 2019

Madre: aparentemente sana Hermano: aparentemente sano

Antecedentes G-O maternos

G2P0010: Aborto espontaneo en el 2019 → Tto: legrado uterino

RC: 4/28 NPS: 01 #CPN: 06 ITS: niega

Método anticonceptivo: ACOS descontinuados.

Hábitos nocivos: tabaco (-) alcohol (+) drogas psicoactivas (-)

Anamnesis:

Paciente refiere que hace 1 día mientras subía las escaleras de su casa sintió debilidad muscular, visión borrosa y cefalea intensa que calmo con reposo motivo por el cual no le dio mayor importancia el día de ayer estos síntomas se agravaron al ella realizar la limpieza de la casa adicionándose así escotomas. Motivo por el cual ella decide acudir a la emergencia del hospital militar.

Examen físico:

FC: 140 FR:29 SatO2: 98% T:36.5 PA: 160/120

-Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar < 2seg, MO húmedas, no edema.

-Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados. Lesiones pleomórficas eritematosas vesiculares umbilicales en cinturón.

-CV: RCR de buen tono e intensidad, no soplos audibles

-ABD: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación profunda ni superficial.

-Locomotor: tono y fuerza muscular conservados.

-SNC: despierto, reactivo a estímulo, no signos de focalización, irritable.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: Hb: 10.4 Hto: 43% **Leucocitos:** 4.5 Abastoados: 0 **Plaquetas:** 61

Perfil hepático: TGO: 90 TGP:120 LDH: 820

Bioquímica: Creatinina: 2.1 FA: 50 U/L Bilirrubina: 1.7

Diagnóstico definitivo: Preeclampsia con signos de severidad

Discusión de caso:

Llamamos preeclampsia al trastorno hipertensivo del embarazo dada por una presión mayor igual de 140/90 e dos tomas como mínimo separadas en un intervalo de 4 horas como mínimo y como máximo de 7 días o una sola toma mayor igual a 160/110, ambas en gestantes mayor de 20 semanas que se resulte como un máximo de 12 semanas post parto. ⁽¹⁾

En nuestra paciente vemos que está en la semana 31 de gestación y con una presión elevada de 160/120 mmhg.

Luego tenemos que ver si la paciente presenta o no signos de severidad como:

- síntomas premonitorios: cefalea, escotoma o fotopsias
- PA sistólica >igual 160 o diastólica >igual 110 tomadas en 2 oportunidades con intervalo de 4 horas entre ellas
- Plaquetopenia <100 000/mm³
- Compromiso hepático: elevación de TGO, LDH, epigastralgia
- Falla renal: creatinina 0.9 mg/dl
- Compromiso pulmonar: edema agudo de pulmón o cianosis
- Falla SNC: eclampsia → convulsión tónica clónico-generalizada ⁽²⁾

Según la guía de manejo de preeclampsia del Minsa:

Catalogamos a nuestra paciente como una preeclampsia severa el manejo sería el siguiente:

antihipertensivo de elección: Labetalol → (beta block) 20 mg IV (administrar en 2 minutos) si no descendió la PA administrar un nuevo bolo de 20 mg IV y para prevenir las convulsiones un anticonvulsivante como sulfato de Mg. al 20% 4gr. EV bolo luego 1g. hora en infusión continua hasta las 24 hrs. Post parto. Evaluar los ROT (reflejos osteotendinosos) de la paciente si se

evidencia hiporreflexia → signo de intoxicación por sulfato aplicamos su antídoto: Gluconato de calcio 10% 1 ampolla EV (10 ml) ⁽²⁾

Terminar la gestación -> cesárea de emergencia

CASO B:

Paciente mujer de 26 años acude al hospital militar por presentar desde hace 3 días flujo amarillento grumoso mal oliente, acompañado de disuria.

Funciones biológicas:

Apetito: conservado

Deposiciones: 1-2 al día

Sed: conservada

Sueño: conservado

Antecedentes personales:

Antecedente de ITU

Antecedentes familiares:

Niega patologías de importancia

Antecedentes G-O maternos

RC: 4-6/28 NPS: 07

Método anticonceptivo: niega

Hábitos nocivos: tabaco (+) alcohol (+) drogas psicoactivas (-)

Anamnesis:

Paciente mujer refiere hace 3 días dolor al orinar, con flujo amarillento verdoso y mal oliente acompañado de prurito vulvar, disuria, irritación y enrojecimiento. Paciente refiere dispareunia. Niega pareja estable, menciona haber tenido 7 parejas sexuales en estos últimos 3 meses. Niega uso de método anticonceptivo. Los síntomas se agravan después de su ciclo menstrual. Motivo por el cual decide acudir a la emergencia del hospital militar.

Examen físico

-Piel y TCSC: T/H/E, no palidez, llenado capilar < 2seg

-Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.

-CV: RCR de buen tono e intensidad, no soplos audibles

-ABD: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación profunda ni superficial.

-GU: secreción vaginal líquida verdosa espumosa, mal oliente. A la especuloscopia: eritema vulvovaginal y se evidencio en el exocérnix hemorragias subepiteliales puntiformes, dando una apariencia de fresa

-SNC: despierto, reactivo a estímulo, no signos de focalización, ni meníngeos.

Dx definitivo: Tricomoniasis

Discusión de caso:

Ante un fluido vaginal tenemos que diferenciarlos si es por etiología bacteriana como una vaginosis, fúngica como cándida o una ITS de origen parasitaria como tricomona, cada una con su característica:

Vaginosis → infección bacteriana por gardnerella, mobiluncus. Su secreción se caracteriza por ser grisácea con flujo homogéneo para su Dx usamos los criterios de Amsel: ⁽³⁾

-test de aminas o KOH (+)

-Flujo típico característico

-PH >4.5

-Cell clue (+)

Candidiasis → Infección fúngica por cándida albicans. Su secreción es blanco lechoso, grumoso que puede estar acompañada de prurito para su Dx KOH al microscopio en el cuales vamos a visualizar sus pseudohifas o cultivo (+) para cándida

Tricomoniasis → Es una infección por transmisión sexual causada por el parasito Tricomona vaginales que da una secreción amarillento verdoso grumoso que puede estar acompañada de vulvovaginitis intensa que da una apariencia al cérvix “de fresa”. Flujo mal oliente, dispareunia, disuria. Para el Dx examen en fresco para ver el parasito o cultivo diamond es el GOLD ESTÁNDAR, pero este no se suele usar por su elevado costo. ⁽³⁾

En nuestra paciente tenemos que por el flujo más nos indica que es una ITS y teniendo en cuenta los factores de riesgo que presenta como alto número de parejas sexuales y menciona que no usa un método anticonceptivo; en este caso el único método que puede prevenir ETS es el de barrera como el preservativo.

Tratamiento:

-Metronidazol 2g VO en monodosis o metronidazol 500 mg VO una vez al día por 7 días

Se recomienda el uso de Tinidazol 2 g VO en monodosis, ya que esta tiene una mayor potencia que metronidazol. ⁽⁴⁾

Recomendaciones:

-No ingerir alcohol durante y 2 días post tratamiento

-No relaciones sexuales por 1 semana

-Post tratamiento Relaciones sexuales con preservativo

-Consejería a sus últimas parejas sexuales.

-Asea diaria en la zona genital con agua y con jabón pH neutro.

2. CIRUGÍA GENERAL

CASO C:

Paciente varón de 25 años acudió a la emergencia del hospital militar por presentar dolor en fosa iliaca derecha, vómitos y febril.

Funciones biológicas:

Apetito: conservado

Deposiciones: 1 al día

Sed: conservado

Sueño: conservado

Antecedentes personales:

Niega patologías de importancia RAMs: no refiere

Hábitos nocivos: tabaco (+) alcohol (+)

Crecimiento y desarrollo normal.

Enfermedad de la infancia: sarampión y varicela.

Traumatismos: no tuvo

Niega antecedentes quirúrgicos

Antecedentes familiares: No refiere

Anamnesis:

Paciente que relata que hace maso menos 3 días presento dolor tipo cólico en epigastrio que calmo con el reposo, motivo por el cual no le dio mayor importancia. El día de hoy refiere que hace 6 horas comenzó con dolor tipo cólico de dos horas de duración en el epigastrio que se fue incrementando e irradiando hacia la fosa iliaca derecha haciéndose dolor tipo punzada que no calmo tras la toma de AAS. Acompañado de náuseas y vómitos. Paciente refiere que presento fiebre de 38.5 C, niega náuseas y vómitos. Baja de peso considerable

Examen físico:

FC: 90 FR:28 SatO2: 97% T:38C° PA: 130/85 mmhg.

-Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar < 2seg

-Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no se observan deformidades óseas, vibraciones vocales (+)

-CV: RCR de buen tono e intensidad, normo fonéticos, no soplos audibles. Pulso: palpables, simétricos.

-ABD: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación, signo de Blumberg (+) punto de Mc Burney (+), signos de irritaciones peritoneal

-GU: PRU (+) al lado derecho, PPL (+)

-SNC: LOTEPE, despierto, reactivo a estímulo, no signos de focalización ni meníngeos

Exámenes de laboratorio:

-Hemograma: Hb: 10.9 Hto:49 Leucocitos:13 000 plaquetas:180 000

-PCR: 132

Diagnóstico definitivo: Apendicitis aguda complicada

Discusión de caso

Apendicitis aguda, es una urgencia quirúrgica por el riesgo de gangrena, perforación y peritonitis, es la inflamación a la apéndice cecal o vermiforme, que indica la obstrucción de la luz apendicular que desencadena un aumento de la presión intraluminal. Se pueda dar por causas multifactoriales como fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos intestinales, bacterias como aerobias y anaerobias, infección fúngica o neoplasias, se tiene una alta incidencia entre los 10-30 años. Es una patología frecuente en cirugía, principalmente de abdomen agudo. Principal causa quirúrgica de muerte. ⁽⁵⁾

Para un diagnóstico de apendicitis tenemos que tener en cuenta la escala de Alvarado:

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

Cuadro 1 Escala de Alvarado ⁽⁵⁾

Puntaje de 4-6 dudoso, apoyo dx con TAC o eco

Puntaje 7-10 → apendicectomía

En nuestro paciente tenemos que según la escala de Alvarado saldría 9 por los exámenes complementarios y el examen físico PPL (+) podríamos sospechar de peritonitis programamos apendicectomía de emergencia

Preoperatorio:

Hidratación con cloruro de Na0.9% EV

Cefuroxima 20 mg/kg/ EV

Colocación de sonda nasogástrica y Foley

Qx: apendicectomía laparoscópica de elección + drenaje + ATB por 5-7 días para gram – y anaerobios → continuar cefuroxima

Deambulación asistida, control de funciones vitales, control de secreción en sitio de herida operatoria, evitar comidas copiosas por 1 semana, no ejercicio extenuante por 1 mes, retiro de puntos en 1 semana. ⁽⁵⁾

CASO D:

Paciente varón de 63 años que acude a la emergencia por dolor abdominal de tipo cólico tras la ingesta de comida copiosa, asociado a náuseas, vómitos.

Funciones biológicas:

Apetito: disminuido **Deposiciones:** 1 al día

Sed: conservado **Sueño:** conservado

Antecedentes personales:

Niega patologías de importancia RAMs: penicilinas

Hábitos nocivos: tabaco (-) alcohol (-) sustancias psicoactivas (-)

Enfermedad de la infancia: no refiere

Traumatismos: niega

Niega antecedentes quirúrgica mayor.

Antecedentes familiares:

No refiere

Anamnesis:

Paciente refiere desde hace aproximadamente 4 meses dolor en hipocondría derecho que no irradia acompañado de náuseas y vómitos motivo por el cual acude al policlínico de chorrillos en el cual le recetan hioscina que calmo el dolor. Paciente refiere que tuvo este cuadro unas 5 veces y tomaba su medicación mencionada se le pasaba. El día de hoy paciente refiere dolor intenso después de comer la cena de año nuevo, que irradia hacia la espalda que no calma con la hioscina motivo por el cual decide acudir a la emergencia del hospital militar.

Examen físico:

FC: 96 FR:28 SatO2: 98% T:39C° PA: 120/100 mmhg.

-Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar < 2seg, no se evidencia palidez

-Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no se observan deformidades óseas, vibraciones vocales (+)

-CV: RCR de buen tono e intensidad, normo fonéticos, no soplos audibles. Pulso: palpables, simétricos.

-ABD: globuloso, blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación de manera difusa pero aumentado en hipocondrio derecho, signo de Blumberg (-) punto de Mc Burney (-), Signo de Murphy (+)

-GU: PRU (-) al lado derecho, PPL (-)

-SNC: LOTEP, despierto, reactivo a estímulo, no signos de focalización ni meníngeos

Exámenes complementarios:

Hemograma: Hb: 12.2 Hto:51 Leucocitos: 11 000 Plaquetas: 180 000

PCR: 8 mg/dl

FA: 200 UI/l

Ecografía: engrosamiento vesicular 7mm se evidencian múltiples cálculos de 2x3 mm, signo de Murphy ecográfico positivo.

Diagnóstico definitivo: Colecistitis aguda

La patología colecistitis es una patología común en la práctica médica, es la inflamación de la vesícula generalmente asociado a cálculos en el cístico o bacinete de la vesícula. Su etiología es 90% calculosa y 10% acalculosa como infecciones, septicemia, grandes quemados, enfermedades del colágeno y metabólicas, etc.

Su fisiopatología: de las calculosa → el cálculo se impacta en el bacinete o en el cuello de la vesícula más frecuentemente, con ello la presión del cálculo sobre la mucosa va a generar isquemia, necrosis y ulceración de la mucosa, esta se va a inflamar si se necrosa va a disponer a complicaciones como absceso por perforación, fistulas incluso peritonitis biliar. ⁽⁶⁾

Clínica: Sospechamos de colecistitis por la clínica que presenta el paciente como el dolor tipo cólico en hipocondría derecho con irradiación a la espalda después de una comida copiosa como es la cena de año nuevo, Dolor no calma con antiespasmódicos, asociado a náuseas y vómitos. en el examen físico nos da Murphy (+) paciente febril.

Ante la sospecha pedimos algunos exámenes como ecografía que vemos engrosamiento >4 mm, signo de Murphy ecográfico positivos exámenes de laboratorio como: FA que se eleva en la enfermedad, leucocitosis que nos indican inflamación proceso agudo.

No olvidemos los criterios de Tokio para dx de colecistitis aguda:

A. Signos locales de inflamación:

-Signo de Murphy

-Masa/dolor/hipersensibilidad en cuadrante superior derecho

B. Signos sistémicos de inflamación

-Fiebre > 38°

-PCR > 3 mg/dl

-Glóbulos blancos >10 000

C. Imágenes: ecografía

-hallazgos de colecistitis como engrosamiento de pared >4 mm, signo de doble pared, imágenes hiperecogénicas m oviles con sombra acústica posterior, presencia de líquido perivascular.

Dx: un ítem de A, B y C.

Una vez confirmado el diagnostico, cirugía → como paciente está estable hemodinamicamente tto de elección seria colecistectomía laparoscópica + colangiografía intraoperatoria (para evaluar vía biliar) Tener en cuenta el triángulo de calot → Borde hepático, hepático común, conducto cístico es importante la disección de este por que por ahí transcurre la A. cística para evitar lesionarla. (7)

3. PEDIATRÍA

CASO E:

Paciente mujer de 14 que acude a la emergencia del hospital militar central en compañía de su madre por presentar pérdida de peso y amenorrea de 3 meses.

Funciones biológicas:

Apetito: disminuido

Deposiciones: 1 cada 2 días

Sed: disminuida

Sueño: aumentado

Antecedentes personales: niega

Antecedentes familiares:

Madre: de 48 años en psicoterapia por depresión

Padre: de 51 años en tratamiento por adicción a los benzodiacepinas por ansiedad

Anamnesis:

Madre refiere que su hija hace 6 meses empezó a contar las calorías de sus alimentos, restringiéndose los carbohidratos, evidenciándose así una baja considerable de peso de 51 a 44 kg. Refiere también que sufría de “bullying” en la escuela por su peso, motivo por el cual ella empieza a obsesionarse con bajar de peso haciendo ejercicios en las mañanas y limitándose en sus comidas. Cada vez que su madre quiere hablar con ella acerca de su peso ella muestra conductas agresivas. Madre nota cambios conductuales en su hija a raíz del divorcio con su esposo. Madre comenta que su hija tiene percepción distorciada de su peso, puesto que ella se ve obesa cuando está muy adelgazada.

Examen físico:

FC: 52 FR: SatO2: 95% T:36.5

-Piel y TCSC: T/H/E, palidez: ++/++, llenado capilar < 2seg

-Nariz: Fosas nasales permeables

-Boca: Orofaringe no congestiva, esmalte dental desgastado. No signo de Russell

-Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados,

-CV: RCR de buen tono e intensidad, no soplos audibles

-ABD: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación

-SNC: despierto, reactivo a estímulo, no signos de focalización

Exámenes complementarios:

Hemograma: normal. VSG 8 mm/h —

Bioquímica: Glucosa 80 mg/dl. Colesterol 211 mg/dl. Ferritina 12 ng/ml, hierro 70 mcg/dl. Perfil hepático y renal normales. TSH 2.1 mcUI/ml

Resto dentro de parámetros normales.

Dx definitivo: Anorexia nerviosa restrictiva

Anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimenticia que se manifiesta con el deseo impetuoso de estar delgada con conductas para lograr ello como dieta restrictiva, conductas purgativas como vómitos o consumo de laxantes, ejercicio extenuante. La paciente presenta una percepción distorsionada de su apariencia, no tienen conciencia del riesgo ni mucho menos que padecen este trastorno. Su causa es multifactorial y este asociado a nivel socioeconómico bajo. ⁽⁸⁾

Tenemos que diferenciarlo de la Bulimia nerviosa patología que se acompaña de “atracones” → es el ingerir abundante comida en un corto tiempo que una persona normalmente lo puede hacer. Y luego hacer conductas compensatorias inapropiadas como que el paciente se induzca al vomito, deposiciones. Y estos tienen que tener una recurrencia de por lo menos 1 vez por semana por los últimos 3 meses. También como criterio al igual que en la anorexia estos pacientes también tienen una percepción distorsionada de si, se miran en el espejo y se ven obesas o deformes. ⁽⁸⁾

Tenemos que esta puede ser de dos tipos:

-Tipo restrictivo: se caracteriza por la disminución en la ingesta de alimentos.

-Tipos purgativo: en este caso se consideran a las medidas que usa la paciente para eliminar esa poca demanda de alimentos que consume como laxantes, purgas o enemas. ⁽⁹⁾

En nuestra paciente tenemos una niña preocupada excesivamente por su peso, se evidencia su baja de peso, antecedente de madre y padre con trastornos psiquiátricos, motivo por el cual este puede ser el desencadenante de este trastorno.

Para el diagnostico de anorexia nerviosa tenemos los criterios basados en la DSM-V publicado el 2015

-Rechazo o restricción a la alimentación para conseguir así su peso ideal

-Miedo a verse gorda

-Perfección distorsionada. Este es muy frecuente la paciente se mira en el espejo y se ve gorda cuando realmente esta adelgazada

***Según el DSM-V era 4 criterios** → amenorrea, pero lo quitaron porque cuando pasa ello el peso tiene que estar extremadamente bajo con un IMC aproximado de 11, 12, por ello no se evidencia como un criterio.

Tratamiento: para el tratamiento se basa en rehabilitación del peso mediante dieta hipercalóricas, vigilancia para evitar las complicaciones como: mortalidad (9 por cada 100 pacientes), desnutrición severa sin o con signos de shock, hipokalemia, esofagitis y constipación grave. Importante la re inserción nutricional y la psicoterapia para que la paciente entienda y sea consciente de su enfermedad y se deje ayudar, un apoyo importante es la familia, el apoyo emocional en esto es un factor fundamental para la progresión de la niña. Así que la psicoterapia también incluye a los padres de familia. ⁽⁸⁾

Tener en cuenta los criterios para hospitalización:

*Paciente es incapaz por su patología en seguir el tratamiento ambulatoriamente.

*Problemas en su vivienda como conflictos familiares, familia disfuncional.

*No aumenta de peso con su tratamiento ambulatorio

*Evidencia de complicaciones ya mencionadas.

Criterios de alta de la paciente:

*Recuperación del peso según tu tratamiento individualizado

*Mejora del estado de ánimo, psicopatológico

*Mejora de los conflictos en casa

*Paciente consiente de su enfermedad en remisión en conjunto con su familia y/o apoderado.

*Paciente sin evidencia de complicaciones o controladas.

Ante ello paciente debe seguir tu psico tratamiento de manera ambulatoria para evitar recaídas ante factores estresantes.

CASO F:

Paciente varón de 3 años llega a la emergencia del hospital acompañado de sus padres por presentar erupción vesicular eritematosa en el rostro y tórax acompañada de prurito.

Funciones biológicas:

Apetito: conservado **Deposiciones:** 4-6 cámaras al día

Sed: conservada **Sueño:** conservado

Antecedentes personales:

Inmunizaciones: completas

tipo de parto: eutócico – longitudinal cefálico izquierdo

Peso al nacer: 3320

Complicaciones de la madre o RN: niega

-RNT de PAEG

Vacunas: incompletas

Antecedentes familiares:

Niega patologías

Antecedentes G-O maternos

#CPN: 03 RC: 4-6/28 NPS: 07

Método anticonceptivo: niega

Hábitos nocivos: tabaco (-) alcohol (-)

Anamnesis:

Madre refiere que su hijo presento un cuadro de resfrió 3 días antes de la aparición de las lesiones eritematosas acompañadas de prurito. Refiere también la irritabilidad del bebe y llanto.

Examen físico:

FC: 130 FR:29 Sat02: 98% T:36.5

-Piel y TCSC: T/H/E, palidez: +/+++ , llenado capilar < 2seg

-Cabeza: lesiones vesiculares umbilicales eritematosas en cara y mucosas orales.

-Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados. Lesiones pleomórficas eritematosas vesiculares umbilicales en cinturón.

-CV: RCR de buen tono e intensidad, no soplos audibles

-ABD: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación profunda ni superficial.

-SNC: despierto, reactivo a estímulo, no signos de focalización, irritable

Dx definitivo: Virus de la Varicela

Para definición del virus de varicela: enfermedad exantemática viral aguda, es la primo infección del virus varicela zoster (V.HH3) infecciosa, que es contagiosa se caracteriza por presentar eritema papular vesicular umbilicada. Tenemos que es este exantema existe u polimorfismo regional o “signo del cielo estrellado”. También puede presentar enantemas, que son exantemas, pero de la mucosa. ⁽¹⁰⁾

Periodo de contagiosidad: 1 día antes del exantema hasta 7-10 días después de la aparición del exantema [hasta que la última vesícula se costrifique] ⁽¹⁰⁾

vía de transmisión: via respiratoria y también por contacto directo.

Edad de presentación: tiene mayor frecuencia en niños, también se puede presentar en adultos, pero en ellos es más agresivo.

Periodo de incubación: 10-20 días

Pródromo: tenemos que empieza como un cuadro catarral → resfrió y después viene el exantema vesícula umbilicada.

Distribución: es céfalo caudal, como mencionamos tiene signo de cielo estrellado que se refiere el polimorfismo regional, otro signo es la gota del roció es la vesícula en su máxima expresión. ⁽¹⁰⁾

En esta patología debemos tener en cuenta las complicaciones: la más frecuente es la sobreinfección bacteriana dentro de ellas tenemos el impétigo cuyo tratamiento se basa con la oxacilina; otra complicación menos frecuente es la celulitis. Tener en cuenta que la varicela genera autoinmunidad por ende puede hacer un cuadro de anemia hemolítica autoinmune como purpura trombocitopénica inmune → PTI. Otras complicaciones tenemos las neurológicas como encefalitis que se suele dar en la primera semana de la infección, cerebelitis, esta está asociada a la segunda semana. En las neumológicas tenemos una neumonía esta puede darse por el mismo virus o por una sobre infección lo más probable es que sea por sobre infección bacteriana ocasionada por neumococo.

Tratamiento de la varicela: en nuestro paciente pediátrico calma asintomáticos como paracetamol y aciclovir 80 mg/kg/día VO dividido en 4 dosis por 5 días, es específico y darlo en el primer día del exantema que se ha demostrado una mejor eficacia ese momento. Para las complicaciones como impétigo, damos oxacilina 30-40 mg/kg/día EV cada 6-8 horas as clindamicina 30-40 mg (kg/día EV cada 6-8 horas por 10-14 días.

Prevención:

Pasiva, darle Ig o gamma globulina para el virus de varicela zoster, aplicada en las primeras 96 horas de exposición, presenta un mayor beneficio durante las primeras 72 horas. ⁽¹¹⁾

Dosis: 125Ui/10 kg d peso IM, dosis máxima 625 UI

Esta esta indicad en pacientes:

- Niños sanos, inmunocomprometidos que no tengan antecedente de varicela
- RN de madres que adquirieron varicela entre 5-2 días después del parto
- Neonatos prematuros que han sido expuestos en el hospital con peso menos o igual a 1000 g.
- Neonatos pre termino que no tienen historia de varicela o que presentan cero negatividades
- Gestante susceptible

*Todas aquellas personas que vivan con el paciente diagnosticado y hayan tenido contacto directo mínimo de 1 min.

Activa: la vacuna atenuada a los 12 meses, esta ha disminuido la incidencia de la enfermedad: ⁽¹¹⁾

4. MEDICINA INTERNA

CASO G:

Paciente varón de 31 evacuado de Puno que acude a la emergencia por dolor abdominal intenso acompañado de hemoptisis y fiebre de 39.5°C.

Funciones biológicas:

Apetito: conservado **Deposiciones:** 2 al día

Sed: conservado **Sueño:** conservado

Antecedentes personales:

Niega patologías de importancia RAMs: niega

Hábitos nocivos: tabaco (-) alcohol (-) sustancias psicoactivas (-)

Enfermedad de la infancia: no refiere

Crianza de animales: perros y ovejas

Traumatismos: niega

Niega antecedentes quirúrgica mayor.

Antecedentes familiares:

Padre: antecedente de absceso hepático, HTA.

Anamnesis:

Paciente evacuado de Puno, refiere desde hace 3 meses dolor torácico que calma con analgesia. Refiere que hace 2 días el dolor se intensifico y al cuadro se le aumento la hemoptisis y fiebre de 38.5°C, sin mejorías tras tratamiento

antibiótico empírico con ceftriaxona en el policlínico cercano a su base motivo por el cual es evacuado de emergencia al HMC.

Examen físico:

FC: 96 FR:28 SatO2: 97% T:39.5 C° PA: 120/100 mmhg.

-Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar < 2seg, palidez ++/+++

-Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, estertores, crepitantes subescapulares derechos

-CV: RCR de buen tono e intensidad, normo fonéticos, no soplos audibles. Pulso: palpables, simétricos.

-ABD: RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda, se palpa masa a dos centímetros del reborde costal del lado derecho.

-GU: PRU (-) al lado derecho, PPL (-)

-SNC: LOTEP, despierto, no signos de focalización ni meníngeos

Exámenes complementarios:

Hemograma: Hb:10.7 Hto: 32.2%Leucocitos:6,900células/mm³, eosinófilos: 40 células/mm³

Prueba de esputo y placa de tórax: negativo para tuberculosis pulmonar.

Perfil bioquímico: bilirrubina elevada a predominio indirecto, FA elevada

Ecografía abdominal: se evidencia quiste de 2x2cm con el signo de camalote en el hígado.

Diagnóstico definitivo: Hidatidosis

En nuestro paciente si solo vemos su clínica pensamos en un TBC motivo por el cual se le pidió se le pidió una prueba de esputo el cual salió negativa. Siguiendo la historia clínica del paciente tiene antecedentes de importancia como ubicación geografía Puno y antecedentes de crianza de animales ganaderos como ovejas, con esos datos podemos pensar en un quiste hidatidosis o un absceso hepático. Se le solicito una ecografía y nos muestra un signo característico de esta parasitosis “signo del camalote”

Quiste hidatídico, es una zoonosis parasitaria de alta endemicidad en algunos países como Perú. Tiene alta incidencia en regiones ganaderas como sierra central y sierra del sur entre ellas Puno, Huancavelica, Junín y Cerro de Pasco. () Sumándole a nuestro cuadro los exámenes de laboratorio ⁽¹²⁾

Para infectarse de esta parasitosis, el hombre constituye un huésped intermediario y este se infecta al tener contacto con perros infectados contaminados por los huevos del parásito → *Echinococcus granulosus* (que es un helminto, cestode) y al ser ingeridos estos pasan al intestino proximal, donde van a dar su estadio larvario. Por circulación portal afecta principalmente al hígado y pulmón.

Para el diagnóstico hay que tener en cuenta la clasificación de Gharbi

CLASIFICACIÓN DE GHARBI DE QUISTE HIDATÍDICO

<i>Tipo</i>	<i>Características al ultrasonido</i>
I	Colección líquida pura
II	Colección líquida con membranas separadas de la pared
III	Colección líquida con múltiples septos y vesículas hijas
IV	Contenido quístico hiperecótico heterogéneo
V	Quiste con pared densa, más o menos calcificada

Adaptado de Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, et al: *Radiology* 1981; 139: 459.

Tabla (1)

El tratamiento está basado en farmacológico o quirúrgico

No quirúrgico: para quistes no complicados menor de 3 cm

Albendazol 10 mg/kg/ día por 8 semanas

Quirúrgico: Lapatomía, mini incisión técnica mano asistida

CASO H:

Paciente varón de 69 años de edad acude a la emergencia del hospital militar

Funciones biológicas:**Apetito:** disminuido**Deposiciones:** conservadas**Sed:** disminuida**Sueño:** aumentado**Antecedentes personales:**

Hábitos nocivos: tabaco (+) alcohol (+) drogas (-)

Niega enfermedades y cirugías previas.

Antecedentes familiares:

Niega patologías DM (+) con tto. Insulina.

Hábitos nocivos: tabaco (-) alcohol (-)

Anamnesis:

Paciente adulto mayor es llevado a su control por control en endocrinología por su DM en el cual el endocrinólogo le hace una interconsulta a hematología por su evidencia de palidez y baja de peso.

Examen físico:

FC: 128 FR:28 SatO2: 95% T:36.5

-Piel y TCSC: T/H/E, palidez ++/+++ , llenado capilar < 2seg**-Nariz:** Fosas nasales permeables**-Boca:** Orofaringe no congestiva**-Tórax y pulmones:** MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados,**-CV:** RCR de buen tono e intensidad, no soplos audibles**-ABD:** globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación**-SNC:** despierto, reactivo a estímulo, no signos de focalización

HB: 8.9 mg/dl Hto: 26.8% VCM 106,4

Ferritina 30 ug/L Ácido fólico: 25,7 mg/ml Vitamina B12: 129 pg/ml

Diagnóstico definitivo: Anemia megaloblástica

Vitamina B12: es una proteína hidrosoluble, se absorbe en el íleon distal. Diversos alimentos como leche, huevos. Otra forma de consumirlo es suplementando. Una deficiencia de ello puede generar múltiples desbalances en el SNC, en el sistema gastrointestinal como gastritis crónica que puede desencadenar un cuadro de síndrome de mala absorción. ⁽¹⁴⁾

Tratamiento: Se recomienda dieta rica en folatos como acelgas, palta, champiñones, espinacas, garbanzos, almendras, hígado de ternera o pollo y naranja.

Suplementación de Ácido fólico VO 10 mg/día y ácido folínico VO 15 mg hasta normalización de sus exámenes de laboratorio. ⁽¹³⁾

Tener en cuenta los factores que incrementan la morbi- mortalidad

Incremento de morbilidad como: disminución de movilidad en residentes de comunidades, disminución de calidad de vida, incremento de riesgo de fatiga, depresión, demencia, delirium y caídas

Incremento de mortalidad como: residentes de casas para adultos mayores, personas con enfermedades cardíacas y patología renal de fondo, adultos mayores inmunosuprimidos. ⁽¹⁴⁾

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El internado medico comenzó el 27 de diciembre de 2019 en el Hospital Militar central “Coronel Luis Arias Schreiber” ubicado en Av. Faustino Sánchez Carrión, Jesús María 15076, cuenta con veinticuatro servicios como lo son de: medicina física y rehabilitación, traumatología y ortopedia, otorrinolaringología, reumatología, oncología médica, neurología, neurocirugía, dermatología, endocrinología, gastroenterología, cirugía cardiovascular, cirugía general, urología, oftalmología, cirugía plástica, neumología, cardiología, ginecología y obstetricia, medicina interna, infectología, alergia, hematología y nefrología

El primer día se basó en la inducción para el año académico a cargo del jefe del departamento de apoyo a la docencia capacitación e investigación “DADCI” el coronel Miguel Lévano y el suboficial en el cual se plantearon nuestros roles y normas de la institución castrense, también se nos proporcionó todo el apoyo emocional para comenzar esta nueva etapa. Por el tipo de población que maneja el Hospital son poco frecuentes las patologías en gineco obstetricia, pediatría y neonatología a diferencia de un MINSA o EsSalud, siendo así esta una desventaja para un interno se nos dio la oportunidad de rotar voluntariamente en otro hospital en dichas especialidades por un mes sin interferir con la plaza o la calificación.

La segunda exposición estuvo a cargo del ex interno Jorge Padilla quien nos mostró como llenar algunos trámites administrativos y formatos que se manejan de manera interna como lo son las papeletas de salida, orden de hospitalización, descanso e informe médico para alguna base militar, orden de transferencia, etc. Esta inducción finalizó con un recorrido por cada especialidad como de la emergencia, consultorios externos, centros de imágenes, laboratorios, y de las farmacias.

CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL

Las rotaciones comenzaron en el servicio de gineco-obstetricia ubicándose su unidad de hospitalización en el pabellón A21, cuenta con 20 habitaciones para uso personal tanto para personal femenino militar como familiares. Este staff medico está conformado por 12 médicos de los cuales 2 son asimilados y 10 personal civil, 1 residente en su tercer año, 1 residente en su primer año, quienes han sido pieza fundamental para nuestro desenvolvimiento en las practicas. La dinámica constaba en rotar por consultorio externo, guardias día / noche en la emergencia, ecografía, sala de operaciones “SOP” y en hospitalización. En consultorio externo podíamos hacer procedimientos como la toma de una biopsia de cérvix, pap, maniobras de Leopold, control prenatal, evaluación de mamas, evaluación de distopias. En ecografía lo más frecuente gestantes en su primer trimestre, adolescentes para descartar síndrome de ovario poliquístico, detección de anomalías genéticas, medición de parámetros como perímetro cefálico, longitud del fémur. En Hospitalización se siguió la evolución de cada paciente como gestantes, post operadas de prolapso, en adultas mayores las patologías más frecuentes que se vio en el HMC fue prolapso del cual es más común fue cistocele.

A partir de 16 de marzo por un decreto de urgencia se dispuso el retiro de los internos de medicina dicha noticia afecto a cada uno de los estudiantes quien por 7 años esperaron consolidar sus conocimientos teóricos en la práctica diaria clínica y quirúrgica. Este retiro fue de 5 meses tiempo en el cual nos dio

el tiempo para poder seguir repasando teoría y se habilitaron diversos cursos voluntarios como el de tele triaje y tele consultas, el primero consistía en evaluar a pacientes por vía telefónica según un formulario que nos proporcionaba la Universidad nacional mayor San Marcos y así puedan asistir a sus casas a hacerle las pruebas para diagnosticarlas o descartarlas de COVID, la segunda consistía en monitorizar a los pacientes positivos del SarsCov2 que se encuentran estables pasando cuarentena en sus casas. También adicional a ello se nos dictó un curso de bioseguridad en pandemia, curso que ayudo a ver la realidad en la que se estaba viviendo y desarrollando el virus.

En octubre de 2020 tras un nuevo decreto de urgencia se fueron reincorporando progresivamente los estudiantes del último año de ciencias de la salud, dicho retorno trajo consigo muchos cambios y adecuaciones debido a la situación actual que vivía el mundo. Se disminuyeron las horas prácticas, los horarios eran 15/15 mensualmente, 15 de prácticas y 15 de cuarentena en casa, se disminuyeron las guardias y consigo las horas de guardias, dentro de las pautas del retorno se decidió prolongar el internado medico hasta abril.

La rotación de cirugía general consistió en prácticas en tópico de cirugía, en hospitalización y procedimientos en las diversas subespecialidades, como en gastrología, endoscopias, en traumatología colocación de yeso, férulas. La patología más frecuente en este servicio fueron las hernias inguinales seguido por ello la colecistitis aguda calculosa seguido apendicitis no complicadas, el porcentaje de pacientes atendidos fue el de varones siendo una relación V:M de 10:3. La rotación tuvo una duración de 30 días.

El servicio de pediatría en el HMC no ve muchos pacientes pediátricos por ello te da la oportunidad de poder rotar fuera 2/3 meses en hospitales como Materno Infantil, Hospital del niño, y otros hospitales del MINSA, por pandemia este convenio quedo suspendido. Se logro abordar más temas teóricos como anemias, anorexia. La rotación tuvo una duración de 30 días.

Medicina Interna consistió en prácticas clínicas en hospitalización, guardia en la "rotonda" lugar donde ponían en observación a pacientes candidatos a hospitalizarse.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico comenzó el 26 de Diciembre del 2019 cada uno con la ilusión de culminar el año practica de la mejor forma llena de días quirúrgicos, de partos y realización de muchos procedimientos médicos.

El día 16 de marzo salió una resolución a nivel nacional donde decretaban el retiro obligatorio indefinido de los internos de medicina de sus centros hospitalarios, disposición que afecto en las horas prácticas de los preprofesionales de la salud. Hubo mucha preocupación ya que no se tenía fecha de retorno.

Mientras nosotros estábamos preocupados por la situación que atravesaba el mundo por el SarsCov2, nuestra universidad nos proporcionó de manera virtual un curso de “Bioseguridad en tiempos de pandemia”, en el cual nos enseñaron barreras de primera línea como el uso adecuado del equipo de protección personal, como mascarilla, protector facial, mameluco, el uso adecuado del alcohol y lavado de manos. El curso nos ayudó a concientizar el peligro al que estábamos adicional que estamos expuesto si no tomábamos adecuadas medidas de protección.

En septiembre, luego de aproximadamente 6 meses se dispuso el retorno de los internos, pero por motivos de pandemia no todos pudieron regresar a sus hospitales ya que estos eran áreas COVID, poniendo en riesgo así su salud.

Se dispuso a continuar el internado en centros de salud III1 Y III2 y en algunos casos en sus sedes hospitalarias.

Este retorno al hospital significo todo un reto para cada uno de nosotros. Pero fue de suma importancia nuestros docentes tanto como asistentes y residentes quien nos guiaron para poder culminar este año con salud y conocimientos adquiridos durante esta pandemia.

CONCLUSIONES

El internado médico es un año esencial para la formación del médico, un año en donde se consolidan los conocimientos preclínicos y clínicos, donde el interno tiene trato directo con los pacientes, ya que en la unidad hospitalaria es el principal personal de salud que está monitorizando su evolución día a día. Un año donde tiene que plasmar todo lo aprendido teóricamente en la práctica diaria, dándole un manejo integral al paciente invitándolo a concientizar acerca de su patología para su mejor manejo.

Por otro lado, la pandemia nos ha demostrado cuán importante es la primera línea de defensa como es el personal de salud. Ya que ellos han sido los primeros expuestos para el manejo de pacientes con el SarsCov2. Arriesgando su vida para así poder aportar con el manejo del paciente y evitar que se siga propagando este virus.

Perú ocupa el 3 lugar a nivel Latinoamérica de fallecidos médicos a causa del COVID. Se han registrado más de 401 fallecidos en diferentes ciudades y provincias del Perú.

También nos llama a concientizar acerca de nuestra salud de los cambios de estilo de vida para evitar enfermedades de alta incidencia en nuestro país como hipertensión diabetes, enfermedades metabólicas, etc. Que muchas veces se podrían prevenir con cambios higiénico-dietéticas.

La implementación de telemedicina nos ha aportado un apoyo para el seguimiento de pacientes estables de COVID que se encuentran en sus casas siguiendo las recomendaciones médicas, y otras patologías que no son emergencia, evitando así la asistencia al hospital por causas menores, por ser el hospital el primer sitio de infección de este virus.

RECOMENDACIONES

Cada universidad debería darle más énfasis en la preparación para emergencias sanitarias como lo es una pandemia, implementando así cursos de manera virtual explicando medidas de bioseguridad intrahospitalarias, abordando así también medidas de tratamiento oxigenatorio, y sintomáticos para poder hacer un manejo precoz de la enfermedad

Cada sede hospitalaria debería dar EPP semanal (equipo de protección personal) a cada trabajador con el fin de evitar y minimizar el contagio, siendo este ambiente el más contaminado.

Cada hospital o centro de salud debería contar con su planta de desinfección para el ingreso y salida de su personal y pacientes. Siendo también utilizada para los autos y/o movilidades que cuenten dichas personas.

Un mayor énfasis en la desinfección en el ámbito hospitalario para así evitar las sobreinfecciones y con ellos las complicaciones de los pacientes.

El HMC debería poner a disposición sus ambulancias para hacer la toma de pruebas diagnósticas para el SarsCov2 en sus casas a los pacientes que lo requieran, así se evitaría la asistencia al hospital solo para el diagnóstico o descarte de la enfermedad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la salud. Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. 2011. Acceso 22 de junio 2014.
Disponible
en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.30_spa.pdf
2. Hernández-Pacheco JA, Espino-y Sosa S, Estrada-Altamirano A, Nares Torices MA, Ortega Castillo de J MV, Mendoza Calderón SA, et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. *Perinatología y reproducción humana* 2013; 27(4):262-280. Acceso 27 de junio 2014. Disponible
en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip134i.pdf>
3. Patel EU, Gaydos CA, Packman ZR, Quinn TC, Tobian AAR. Prevalence and Correlates of *Trichomonas vaginalis* Infection Among Men and Women in the United States. *Clin Infect Dis*. 2018 Jul 02;67(2):211-217.
4. Van Der Pol B. Clinical and Laboratory Testing for *Trichomonas vaginalis* Infection. *J Clin Microbiol*. 2016 Jan;54(1):7-12

5. De Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev cuba cir.* 2015;54(2):121–8
6. Colecistitis aguda [Internet]. *Msdmanuals.com*. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares-colecistitis-aguda>
7. Castro F, Galindo J, Bejarano M. (2008). Complicaciones de Colecistitis Aguda en Pacientes Operados de Urgencia. *Revista Colombiana de Cirugía.* 23(1), 16-21
8. *Org.ar*. [citado el 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
9. Solano Pinto N, de la Peña Álvarez C, Solbes Canales I, Bernabéu Brotóns E. Perfiles neuropsicológicos en anorexia y bulimia nerviosa. *Rev Neurol.* 2018; 67 (09): 355
10. Nassar Tobón AC, León Rivera LA, Rivera Rojas NY, Pulido Correa MA. Virus de Varicela Zoster y sus Múltiples Espectros Clínicos. A Propósito de un Caso. *Rev cuarzo.* 2020;26(1):28–35
11. Losada AV, Lupis BL. Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicol para am lat* www.psicolatina.org. 2018;(30):26–43
12. Pinto G Pedro Pablo. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. *Rev Chil Cir [Internet].* 2017 feb [citado 2021 Abr 28]; 69(1): 94-98. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000100020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.001>

13. Green R, Datta-Mitra A. Megaloblastic Anemias: Nutritional and Other Causes. *Med Clin North Am* 2017; 101(2):297-317. DOI: 10.1016/j.mcna.2016.09.013

14. Tello Veneros FC. Deficiencia de vitamina B12 y depresión en el adulto mayor Hospital María Auxiliadora 2017. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú .; 2018