



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL ADQUIRIDA DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL CONTEXTO DE UNA CRISIS SANITARIA GLOBAL POR LA
COVID-19, REALIZADO EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL EN EL PERIODO
2021-2022**

PRESENTADO POR

**MARÍA ALEXANDRA MONTES MOSCOL
SILVIA CAROLINA MARTEL GARCÉS**

ASESORA

EMMA MERCEDES HUAMANÍ DE LA CRUZ

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

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL ADQUIRIDA DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL CONTEXTO DE UNA CRISIS SANITARIA GLOBAL POR
LA COVID-19, REALIZADO EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL EN EL
PERIODO 2021-2022**

INFORME DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARÍA ALEXANDRA MONTES MOSCOL

SILVIA CAROLINA MARTEL GARCES

ASESORA

M.E. EMMA MERCEDES HUAMANÍ DE LA CRUZ

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: M.E. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: M.E. Graciela Pílares Barco

Miembro: M.E. Carlos Morales Paitan

DEDICATORIA

A Dios, mi motor y guía en este largo camino; a mi familia, Mery, Maximiliano y María Belén, los pilares de mi vida y los cómplices en este sueño que está a punto de hacerse realidad. Sin su apoyo, paciencia y compañía no lo hubiera podido lograr. Gracias a cada uno de ustedes por confiar en mí, incluso en los días más difíciles, los amo.

María Alexandra Montes Moscol

A Dios, mi fortaleza y guía durante toda mi vida; a mis padres Carolina y José Antonio por ser mi apoyo incondicional y mis ejemplos de vida. A mi hermano José Miguel por darme ánimos y a mis abuelos Olga y Carlos por siempre confiar en mí y motivarme a no rendirme nunca, este sueño a punto de cumplirse es para ustedes, los amo.

Silvia Carolina Martel Garcés

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina Interna	1
1.2 Cirugía	9
1.3 Ginecología y Obstetricia	17
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA...	33
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	34
3.1 Medicina Interna	34
3.2 Cirugía	36
3.3 Ginecología y Obstetricia	37
3.4 Pediatría	38
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
FUENTES DE INFORMACIÓN	48
ANEXOS	

RESUMEN

Se conoce como Internado Médico al último año de la carrera de Medicina Humana en donde uno pone en práctica los conocimientos adquiridos durante los 6 años previos. Está compuesto por cuatro rotaciones pilares que son las especialidades que como médico general se deben manejar de manera correcta para poder brindar posteriormente, un buen servicio rural. El presente trabajo de suficiencia profesional se realizó durante los meses de mayo 2021 – marzo 2022 en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" de donde se extrajeron los casos clínicos, priorizando las patologías más comúnmente atendidas. Este tiene la finalidad de explicar la relevancia del internado médico en la formación del estudiante de medicina exponiendo las diferencias y limitaciones que se presentaron durante su realización debido a la pandemia por Covid-19. Durante estos últimos 10 meses, se ha podido apreciar una marcada diferencia en la realización del internado médico durante la pandemia del SARS-CoV-2 en comparación con años previos. A pesar de la pandemia, la afluencia de pacientes fue la misma, o incluso mayor en la Emergencia, lo cual permitió que se cumpliera con el aprendizaje requerido.

ABSTRACT

The last year of the Human Medicine course is known as the Medical Internship, where the knowledge acquired during the previous 6 years is put into practice. It is made up of four-pillar rotations which are the specialties that as a general practitioner must be handled correctly in order to be able to provide a good rural service afterward. This professional sufficiency work was carried out during the months of May 2021 - February 2022 at the "Cirujano Mayor Santiago Távora" Naval Medical Centre, from which clinical cases were extracted, prioritizing the most frequently treated pathologies. This has the purpose to explain the relevance of the medical internship in the training of the medical students, exposing the differences and limitations that arose during its realization due to the Covid-19 pandemic. During these last 10 months, it has been possible to appreciate a marked difference in the performance of the internal physician during the SARS-CoV-2 pandemic compared to previous years. Despite the pandemic, the influx of patients was the same or even higher, in the Emergency, which allowed the required learning to be fulfilled.

INTRODUCCIÓN

Se conoce como Internado Médico al último año de la carrera de Medicina Humana en donde uno pone en práctica los conocimientos adquiridos durante los 6 años previos; por lo que podría ser este, considerado el año más importante de la carrera. Está compuesto por cuatro rotaciones pilares: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología, que son las especialidades que como médico general se deben manejar de manera correcta para poder brindar posteriormente, un buen servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS). La Universidad de San Martín de Porres, ofrece a los internos diversas sedes en donde pueden realizar sus prácticas preprofesionales, dentro de ellas se encuentran Centros de Salud y Hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud del Perú, establecimientos de las Fuerzas Armadas y privados. Lo mencionado anteriormente hace referencia al año actual, ya que años previos, se contaba con Hospitales de EsSalud; sin embargo, por motivos de la pandemia, no se abrió convocatoria para estos establecimientos. La sede de internado médico elegida por las autoras fue el Centro Médico Naval, en donde se desarrollaron las cuatro especialidades mencionadas anteriormente.

A finales del 2019 se anunciaron los primeros casos de una enfermedad causada por un virus identificado como SARS-CoV2 en la ciudad de Wuhan, China. La Organización Mundial de la Salud, declaró una Emergencia de salud pública de importancia internacional a inicios del año siguiente. Posteriormente el 11 de marzo del 2020, se declaró a nivel mundial la pandemia por la Covid-19 (1). Debido a la gravedad de la situación que se estaba afrontando a causa de la rápida expansión de esta enfermedad, se declaró Estado de Emergencia y Cuarentena Nacional en nuestro país, el 16 de marzo del 2020 (2).

La crisis sanitaria global por la Covid-19 ha generado cambios significativos en la formación académica de todo estudiante de medicina; sin embargo, el objetivo de la formación integral del médico sigue siendo el mismo. El desarrollo de un internado en plena crisis sanitaria implicó no solo un cambio radical en el horario, utilización de equipos de protección personal (EPP) como

parte de la vestimenta, la reducción de las sedes disponibles para los internos; sino también la exposición diaria al contagio de uno mismo como de sus familiares. Por todo ello, el Ministerio de Salud introdujo los “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco de la Emergencia Sanitaria” (3), en donde se estipulaba un estipendio mensual, la entrega de EPP, las horas de trabajo, entre otros, que ayudaron a un mejor desarrollo del personal de salud en cada institución.

Además, como parte de protocolo en este contexto expuesto, nuestra sede hospitalaria, nos colocó ambas dosis de la vacuna contra este virus previo al inicio de nuestro internado médico, y durante este, se nos colocó el refuerzo con la tercera dosis, tal como lo indicó el Ministerio de Salud.

El presente trabajo de suficiencia profesional explicará la relevancia del internado médico en la formación del estudiante de medicina para el desarrollo de habilidades y competencias necesarias como parte de su trayectoria como profesional de la salud. Además, se expondrá el desarrollo de este internado durante la pandemia, analizando las diferencias y limitaciones que se presentaron durante su realización.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Como interno de medicina, uno desarrolla diversas habilidades que lo forman como médico. Lo que se busca es integrar los conocimientos adquiridos en los años previos y ponerlos en práctica, permitiendo la participación del interno en el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de los pacientes. Asimismo, se busca que el interno reconozca al paciente como un “todo” y no solo como una patología, no perdiendo la empatía y principios éticos que debe tener todo profesional de la salud.

A continuación, se expondrán casos clínicos más prevalentes de las cuatro especialidades en las que se rotó durante el periodo académico 2021-2022:

1.1 Medicina Interna

Caso 1

Tiempo de Enfermedad: 7 días Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: disuria, dolor abdominal, náuseas, vómitos, escalofríos, y sensación de alza térmica

Paciente mujer de 59 años, que acude a la Emergencia por presentar ardor intenso al final de la micción, asociado a dolor abdominal de intensidad 9/10 a predominio de hemiabdomen inferior. Además, malestar general, hiporexia, náuseas y vómitos posterior a las comidas y escalofríos durante las noches. Tres días previos al ingreso, la paciente se realiza exámenes de orina, y con los resultados acude al Hospital.

Antecedentes patológicos:

- Diabetes Mellitus Tipo 2 desde hace 24 años, en tratamiento actual con Insulina NPH 18UI c/12h
- COVID -19 leve en 2020
- Infección de Tracto Urinario recurrente, cuya última hospitalización fue 2 meses previos al episodio actual

- Carcinoma papilar de tiroides sin tratamiento al momento, pero programada para una cirugía posteriormente

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 110/70 FR: 16x' SatO2: 97% FC: 75 lpm T: 38°C
- Antropometría: Peso: 67 kg Talla: 1.50 IMC: 29.7
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: turgente, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no palidez, no ictericia, no edemas
 - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados
 - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos
 - Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha e izquierda. No masas palpables ni visceromegalia
 - SNC: despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15
 - Genitourinario: PPL (+), PRU inferiores (+)

Exámenes auxiliares:

- U: 28.8 C: 0.58 G: 378 mg/dl PCR: 359.02 VSG: 105 Na: 131.3 K: 3.91 Cl: 93 Hb: 13.1 Hcto: 39.2 leucocitos: 14.80 abastoados: 0% segmentados 86% linfocitos 8%
- Análisis de gases arteriales: pH: 7.42 PCO2: 39.1 PO2: 72.1 HCO3: 20.5
- Examen de orina: color amarillo, aspecto ligeramente turbio, densidad 1.015, células escasas, leucocitos 5-7/campo, pH 5, hematíes 0-2/campo, gérmenes 3+, se aisló *Escherichia Coli*, sensible a Cefalosporinas y Carbapenems.

Diagnóstico:

- Pielonefritis aguda

- Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada
- Sobrepeso

Plan:

- Se hospitaliza a la paciente

Para el manejo de la ITU:

- Ceftriaxona 2g EV c/ 24 horas
- Fenazopiridina 100mg VO c/ 8 horas
- Paracetamol 1g VO PRN temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$

Para el manejo de la DM2:

- Insulina NPH 16 UI SC 7am y 14UI SC 9pm
- Insulina R escala móvil
- Control estricto de hemoglucotest 30 minutos antes de cada comida.

Tres días posteriores a la administración de antibiótico no se evidencia mejoría clínica ni laboratorial, por lo cual se realiza una ecografía renal y de vías urinarias, y se descarta absceso renal, por lo cual se decide rotar de antibiótico a Ertapenem 1gr EV c/ 24 horas. Cinco días posteriores se evidencia paciente con evolución favorable, por lo cual, al completar sus 10 días de antibioticoterapia endovenosa es dada de alta.

Caso 2

Tiempo de Enfermedad: 8 días Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: disnea, tos productiva, sibilantes, sensación de alza térmica, sudoración nocturna y cefalea

Paciente mujer de 65 años acude a la Emergencia por presentar tos exigente inicialmente seca, pero posteriormente con expectoración amarillenta verdosa y sibilantes que le generaban sensación de falta de aire. Además, refiere sensación de alza térmica acompañada de sudoración nocturna. Niega baja de peso, desconoce contacto con tuberculosis.

Antecedentes patológicos:

- Diabetes Mellitus 2 sin tratamiento actual
- Cirrosis hepática

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 125/60 FR: 32x' SatO2: 96% FC: 80 lpm T°: 37.9°C
- Antropometría: Peso: 80kg Talla: 1.63 IMC: 30.1
- Examen preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, poco hidratada, elasticidad reducida, llenado capilar <2", no palidez, no cianosis, no edemas
 - Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax a predominio de 2/3 inferiores, se auscultan roncales y sibilantes difusos. No tirajes.
 - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
 - Abdomen: globuloso, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación
 - SNC: despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15
 - Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Exámenes Auxiliares:

- U: 15.7 C: 0.4 G: 100 mg/dl PCR: 89.88 PCT 2.81 TGO 24.1 TGP: 24 Cl: 101.2 Na: 137.9 K: 3.97 Hb: 13.8 Hcto: 40.5 leucocitos: 12.8 abastionados: 0% segmentados: 78% linfocitos 13.6%
- Prueba molecular COVID-19: negativa
- PPD: 00mm
- 2 BK directos de esputo: negativos
- TEM tórax: infiltrados en ambos campos pulmonares, nodulares y micronodulares a predominio derecho, con engrosamiento pleural y patrón de vidrio deslustrado
- Cultivo de esputo para gérmenes comunes y hongos: negativo

Diagnóstico:

- Neumonía adquirida en la comunidad
- Obesidad Tipo 1

Plan:

- Se hospitaliza a la paciente
- Ceftriaxona 2g EV c/24 horas
- Salbutamol 3 puff c/8 horas
- Bromuro de Ipatropio 3 puff c/8 horas
- Salmeterol/fluticasona 2 puff cada 12 horas
- Paracetamol 1g VO PRN temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$

La paciente recibió 10 días de tratamiento hospitalario, y con la mejoría del cuadro clínico, fue dada de alta.

Caso 3

Tiempo de Enfermedad: 2 días Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: dolor tipo punzante, edema y prurito

Paciente varón de 83 años acude a Emergencia con cuadro caracterizado por dolor tipo punzante de intensidad 10/10, leve sensación de prurito y edema en miembros inferiores. Niega SAT, náuseas, vómitos diarrea y otra molestia.

Antecedentes patológicos:

- Diabetes Mellitus Tipo 2 desde hace 40 años, en tratamiento actual con Metformina de 850mg 1 tableta c /12h
- Hipertensión Arterial tratada con Amlodipino 5mg 1 tableta c /12h
- Neuropatía Diabética tratada con Pregabalina de 75mg 2 tabletas c /24h en la noche
- Dislipidemia tratada con Atorvastatina de 20mg 1 tableta en la noche

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 120/70 FR: 18x' SatO2: 97% FC: 79 lpm T: 37.8°C
- Antropometría: Peso: 72 kg Talla: 1.68 IMC: 25.5

- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo:
 - miembros inferiores: piel seca, caliente con pérdida de vellos en pantorrillas, eritematosa con lesiones a nivel de ambas plantas de los pies tipo úlceras de bordes queratinizados. Doloroso a la palpación superficial en muslo izquierdo.
 - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes en 2/3 inferiores de ambos hemitórax.
 - Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. IY (-). Pulsos periféricos: tibiales posteriores, poplíteos y pedios no se palpan.
 - Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No masas palpables ni visceromegalia
 - SNC: alodinia en miembro inferior izquierdo a nivel de muslo anterior. Pérdida de sensibilidad en ambos pies. Orientado en espacio y persona mas no en tiempo.
 - Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Exámenes auxiliares:

- U: 52 Cr: 1.17 G: 277 mg/dl PCR: 124.26 Hb: 13 leucocitos: 12.60
abastoados: 0% segmentados 81.4% linfocitos 11% PCT: 1.36

Diagnósticos:

- Celulitis de Miembros Inferiores
- Diabetes Mellitus 2 mal controlada
- Enfermedad Vasculat Periférica
- Neuropatía Diabética
- HTA controlada
- Sobrepeso

Plan:

- Se hospitaliza al paciente

Para el manejo de la Celulitis:

- Oxacilina 2g EV c/4h.
- Metamizol 1g VO PRN temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Tramadol 37.5mg / 325mg 1 tab VO C/8h

Tras 6 días de administración de Oxacilina como solo se evidencia mejoría parcial, se decide rotar de antibiótico a Clindamicina 600mg c/8h.

Finalmente 2 días después de tratamiento con Clindamicina paciente persiste con flogosis y aumento de temperatura por lo que se rota de antibiótico a Linezolid 600mg EV c/12h.

Para el manejo de la DM2:

- Insulina R 3UI antes del desayuno
- Insulina Lispro 3UI PRN glucosa $>180\text{g/dl}$
- Control estricto de hemoglucotest 30 minutos antes de cada comida.

Al finalizar su tratamiento con 7 días de Linezolid endovenoso se evidencia paciente con evolución favorable, por lo que es dado de alta con su nuevo tratamiento con insulina para un adecuado control de la Diabetes.

Caso 4

Tiempo de Enfermedad: 4 horas Inicio: súbito Curso: agudo

Signos y síntomas principales: dolor abdominal, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos.

Paciente mujer de 47 años acude a emergencia por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 8/10 que se irradia a todo el abdomen asociado a escalofríos, náuseas y vómitos de contenido bilioso y fiebre cuantificada en 38°C . Se descarta abdomen agudo quirúrgico y se decide su hospitalización.

Antecedentes patológicos:

- Niega enfermedades de importancia

- Quirúrgicos: Apendicectomía

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 120/70 FR: 19x' SatO2: 97% FC: 76 lpm T: 38.2°C
- Antropometría: Peso: 61 kg Talla: 1.42 m IMC: 30.5
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: turgente, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", escleras ictéricas, no edemas
 - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Amplexación conservada
 - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. IY (-).
 - Abdomen: RHA + pero disminuidos en intensidad y frecuencia (2/1 min). No doloroso a la palpación, no masas. Murphy (-). Rebote (-)
 - SNC: despierta, conectada. LOTEP. No signos meníngeos ni de focalización
 - Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Exámenes auxiliares:

- U: 19 Cr: 0.65 G: 277 mg/dl PCR: 124.26 Hb: 13.2 leucocitos: 19.000, segmentados: 96% plaquetas: 379000 linfocitos: 11% BT: 2.08 BD: 1.01 BI: 2.21 FA: 233 GGT: 215 TGO: 245 TGP: 168 PCT: 0.22
- Ecografía abdominal: Esteatosis Hepática, Colecistitis Aguda Litiásica y Meteorismo intestinal incrementado. Colédoco 7mm.

Diagnósticos:

- Síndrome Doloroso Abdominal
- Cólico vesicular por Colecistitis Aguda Litiásica
- D/c Colangitis Aguda por Obstrucción Transitoria de la vía biliar
- Obesidad Tipo I

Plan:

- Se hospitaliza a la paciente

Para el manejo de la Colangitis Aguda:

- Ceftriaxona 2g EV c/24h por 7 días
- Metronidazol 500mg EV c/ 8h por 7 días
- Metamizol 1g VO PRN temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Ranitidina 50mg EV c/8h
- Dimenhidrinato 50mg EV c/8h

Previo al alta, se envió una Interconsulta al servicio de Cirugía General que indicó programación para colecistectomía una vez remitido el cuadro. Paciente luego de completar su tratamiento con mejoría clínica fue dada de alta.

1.2 Cirugía

Caso 1

Tiempo de Enfermedad: 48 horas Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: dolor en FID, hiporexia, sensación de llenura precoz

Paciente varón de 29 años acude al servicio de emergencia por presentar dolor en FID, hiporexia y sensación de llenura precoz en las últimas 48 horas. Paciente refiere que el cuadro inicia con dolor tipo hincón localizado a nivel periumbilical de intensidad 8/10 por lo que acude a centro de salud en Puente Piedra, donde se le coloca ampolla y dolor mejora levemente. 24 horas antes del ingreso, paciente refiere migración del dolor a FID con leve disminución de la intensidad a 6/10, asociado a falta de apetito y deposiciones líquidas fétidas, por lo que acude al CEMENA para evaluación y manejo.

Antecedentes patológicos:

- Niega antecedentes de importancia

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 110/80 FR: 18x' SatO2: 97% FC: 59 lpm T: 36.3°C
- Antropometría: Peso 105 kg Talla: 1.70 m IMC: 33.5
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: turgente, hidratada, elástica. Llenado capilar <2", no palidez, no ictericia. TCSC incrementado en cantidad y de distribución centrípeta
 - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados
 - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
 - Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos de adecuada frecuencia e intensidad. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. No se palpan masas. Mc Burney (+), Blumberg (-), Dumphy (-), Rovsing (-), Iliopsoas (-), Obturador (-)
 - SNC: despierto, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15
 - Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

Exámenes auxiliares:

- U: 15 Cr: 0.83 G: 115 mg/dl Hb: 16 Hcto: 43% leucocitos: 15350 abastados: 0% segmentados: 57% PCR: 136.5 tiempo de sangría: 3' tiempo de coagulación: 7'
- ELISA VIH, RPR, VHB: no reactivos
- Prueba antígeno COVID-19: negativo
- Grupo y factor: A +
- Sedimento urinario sin alteraciones
- Riesgos Quirúrgicos:
 - RQ cardiológico: RQ II
- Ecografía abdominal: fosa iliaca derecha con incremento focal de la ecogenicidad de los planos grasos pericecales; imagen compatible con apéndice retrocecal no compresible aperistáltico. Medida 12 mm en su

eje mayor, corto a nivel de la base, asociado a dolor a la presión. No se evidencia líquido en la cavidad peritoneal.

- TAC c/ contraste: apéndice de localización retrocecal de aprox 17mm con cambios inflamatorios en grasa pericólica. No se evidencia presencia de líquido libre en cavidad peritoneal

Diagnóstico:

- Pre operatorio:
 - Síndrome Doloroso abdominal: abdomen agudo quirúrgico
 - D/C Apendicitis complicada
 - Obesidad Tipo 1
- Post operatorio: Apendicitis aguda necrosada

Plan:

Pre SOP:

- Vía EV: NaCl 0.9%
- Cefazolina 1g EV

Cirugía:

- Apendicectomía laparoscópica + lavado de cavidad peritoneal
- Hallazgos operatorios: Apéndice retrocecal necrosado en 1/3 proximal de base con cambios inflamatorios de grasa pericólica + líquido libre en cavidad (aprox 100 cc) de características purulentas

Post SOP:

- Piperacilina-tazobactam 4.5 gr EV c/6 horas x 5 días
- Ketoprofeno PRN dolor
- Metamizol PRN T° >38°C
- Limpieza y curación de herida operatoria
- Control de funciones vitales

El paciente es dado de alta al 6to día tras culminar su antibioticoterapia endovenosa. Se le cita para control por consultorio externo a los 7 días del alta.

Caso 2

Tiempo de Enfermedad: 1 año Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: tenesmo vesical, disminución del chorro miccional, dificultad para el inicio de la micción, nicturia

Paciente varón de 47 años, refiere que hace 1 año inició con tenesmo vesical leve. 2 meses posteriores se agrega disminución del chorro miccional y esfuerzo para el inicio de la micción. 1 mes y medio previo al ingreso la sintomatología empieza a empeorar, agregándose nicturia. Por todo esto, acude al CEMENA.

Antecedentes patológicos:

- Niega enfermedades de importancia
- Quirúrgicos: artroscopía cadera izquierda, cirugía de fimosis en glándula
- RAMS: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 120/80 FR: 15x' SatO2: 98% FC: 91 lpm T: 36.5°C
- Antropometría: Peso: 68 kg Talla: 1.63 m IMC: 25.6
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: turgente, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no palidez, no edemas
 - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados
 - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
 - Abdomen: ligeramente globuloso, no cicatrices visibles, ruidos hidroaéreos +, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
 - SNC: lúcido, orientado en tiempo espacio y persona. Glasgow 15/15
 - Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Al tacto rectal próstata de consistencia indurada, no evidencias de sangrado activo.

Exámenes auxiliares:

- U: 18.1 Cr: 0.72 G: 92 mg/dl Hb: 15.2 Hcto: 44.8% leucocitos: 4.76 abastionados: 0% segmentados: 64.4% tiempo de sangría: 2' tiempo de coagulación: 8'
- Grupo y factor: B +
- Sedimento urinario sin alteraciones
- PSA total: 9.23 PSA libre: 0.43
- Ecografía de próstata transrectal: morfología redondeada de bordes regulares. Próstata central de dimensiones 29mm x 21mm, hipoeoica, heterogénea habitual, sin evidencia de calcificaciones. Próstata periférica se aprecia área hipoeoica de 16mm x8mm entre tercio basal e intermedio izquierdo.
- Biopsia prostática: Adenocarcinoma prostático. Gleason 7/10
- TAC tórax, abdomen y pelvis con contraste: no se evidencia signos de extensión de enfermedad

Diagnóstico:

- Neoplasia maligna de próstata

Plan:

- Se hospitaliza al paciente para programación quirúrgica

Se completan los riesgos prequirúrgicos y se somete al paciente a una prostatectomía radical + linfadenectomía pélvica. Hallazgos operatorios: próstata 20cc aproximadamente, sangrado 400cc, estructuras de fijación prostática adheridas fuertemente a cada posterior.

Caso 3

TE: +/- 3 meses Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: dolor en hipocondrio derecho tipo cólico luego de ingesta de comida copiosa, malestar general

Paciente varón de 25 años refiere que hace +/- 3 meses presenta dolor de moderada intensidad en hipocondrio derecho tipo cólico luego de ingesta de

comida copiosa, asociado a malestar general, por lo cual acude a emergencia de CEMENA, indicándole antiespasmódicos, resolviendo cuadro se repite por lo que regresa a emergencia en donde solicitan ecografía y se evidencia Colecistitis Crónica Calculosa. Es derivado a consultorio por Cirugía General, posteriormente siendo programado para tratamiento quirúrgico.

Antecedentes patológicos:

- Niega antecedentes de importancia
- RAMS: niega
- Quirúrgicos: Niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/70 FR: 16x' SatO2: 98% FC: 70 lpm T: 37°C
- Antropometría: Peso: 70 kg Talla: 1.73 m IMC: 23.7
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, hidratada, no palidez, no cianosis, llenado capilar < 2", no edemas
 - Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares en región superior, no estertores, no ruidos agregados
 - Cardiovascular: RC rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos, IY (-), Pulsos presentes
 - Abdomen: no cicatrices, ruidos hidroaéreos (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación, Murphy -, matidez hepática conservada
 - GU: PPL (-) y PRU (-) bilateral
 - SNC: consciente, LOTEP, no signos de focalización, no signos meníngeos, función motora y sensitiva conservada.

Exámenes Auxiliares:

- U: 19 Cr: 0.7 G: 90 mg/dl Hb: 14.7 Hcto: 40% leucocitos: 9210 plaquetas: 280000 abastionados: 0% segmentados: 40% tiempo de sangría: 2' tiempo de coagulación: 7'
- ELISA VIH, RPR y VHB: no reactivos
- Examen de orina no patológico

- Grupo y factor: A+
- Ecografía Abdominal: Vesícula biliar: contenido anecoico presenta imagen litiásica de 19 mm. Conclusión de informe: Colecistitis crónica calculosa.
- Riesgos Quirúrgicos:
 - RQ cardiológico: RQ II
 - Riesgo neumológico: RQ II

Diagnóstico:

- Colecistitis Crónica Calculosa

Plan:

Pre SOP:

- Vía EV: NaCl 0.9%
- Cefazolina 1g EV

Cirugía:

- Colectomía laparoscópica
- Hallazgos operatorios: Vesícula Biliar de 8x4x3cm de paredes delgadas con lito de aproximadamente 19mm y barro biliar. Arteria Cística única de 2mm de diámetro, conducto cístico único de 4mm de diámetro. Resto de órganos sin alteración macroscópica.

Post SOP:

- Ketoprofeno PRN dolor
- Metamizol PRN T° >38°C
- Limpieza y curación de herida operatoria
- Control de funciones vitales
- El paciente es dado de alta 24 horas posteriores a la cirugía. Se le cita para control por consultorio externo a los 7 días del alta.

Caso 4

Tiempo de Enfermedad: +/-1 año Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: masa en región inguinal derecha

Paciente varón de 40 refiere que hace +/- 1 año presenta masa en región inguinal derecha que protruye a esfuerzos físicos y reduce espontáneamente con los cambios de posición. Refiere que masa no ha ido aumentando de volumen, niega otra sintomatología. Hace +/- 5 meses acude al servicio de Cirugía General para programación quirúrgica.

Antecedentes patológicos:

- Niega antecedentes de importancia
- RAMS: niega
- Quirúrgicos: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/70 FR: 18x' SatO2: 97% FC: 77 lpm T: 37°C
- Antropometría: Peso: 75kg Talla: 1.67 m IMC: 26.9
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, hidratada, no palidez, no cianosis, llenado capilar < 2", no edemas
 - Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados
 - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplos audibles, IY (-), Pulsos periféricos presentes.
 - Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos +, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, se palpa masa de 4.5 x 3 cm con defecto de +/- 2.5 cm en región inguinal derecha, sin cambios de coloración, reductible, coercible, Valsalva +
 - GU: PPL (-) y PRU (-)
 - SNC: Despierto, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización, no signos meníngeos

Exámenes Auxiliares:

- U: 21 Cr: 0.53 G: 105 mg/dl Hb: 13.5 Hcto: 39% leucocitos: 6200 plaquetas: 246000 abastionados: 0% segmentados: 37% tiempo de sangría: 1.45' tiempo de coagulación: 7'

- ELISA VIH, RPR y VHB: No Reactivos
- Prueba antígeno COVID-19: negativo
- Grupo y factor O+
- Examen de orina no patológico
- Riesgos Quirúrgicos:
 - RQ cardiológico: RQ II
 - Riesgo neumológico: puede ser intervenido

Diagnóstico:

- Hernia Inguinal derecha no complicada
- Sobrepeso

Plan:

Pre SOP:

- Vía EV: NaCl 0.9%
- Cefazolina 1g EV

Cirugía:

- Hernioplastia laparoscópica TAPP (transabdominal preperitoneal) por hernia inguinal derecha Nyhus IIIA
- Hallazgos operatorios: Saco herniario medial a vasos epigástricos de +/- 4x 3 cm de contenido epiplón que protruye por defecto de +/- 2.5 cm, resto de órganos sin alteración macroscópica

Post SOP:

- Ketoprofeno PRN dolor
- Metamizol PRN T° >38°C
- Limpieza y curación de herida operatoria
- Control de funciones vitales

El paciente es dado de alta 24 horas posteriores a la cirugía. Se le cita para control por consultorio externo a los 7 días del alta.

1.3 Ginecología y Obstetricia

Caso 1

Tiempo de Enfermedad: 2 días Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: dolor pélvico, sangrado vaginal

Paciente mujer de 29 años con gestación inicial, acude a la Emergencia por presentar dolor pélvico izquierdo que se irradia a zona lumbar, asociado a leve sangrado vaginal.

Antecedentes:

- Embarazo ectópico en el 2016
- Niega antecedentes quirúrgicos y RAMS
- G2 P0010
- FUR: 17/12/21
- FPP: 24/09/22
- Menarquia: 12 años
- Niega uso de algún método anticonceptivo
- Niega hábitos nocivos

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 110/80 FR: 17x' SatO2: 97% FC: 70 lpm T: 36.6°C
- Antropometría: Peso: 49 kg Talla: 1.50 m IMC: 21.8
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: turgente, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no palidez, no ictericia, no edemas
 - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados
 - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos
 - Abdomen: plano, simétrico, ruidos hidroaéreos +, blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda
 - SNC: despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15
 - Genitourinario: PPL (+), PRU (-). Sangrado oscuro escaso, orificio cervical cerrado

Exámenes auxiliares de ingreso:

- U: 18.4 C: 0.52 G: 106 mg/dl Hb: 12.6 Hcto: 36.5 plaquetas 300000 leucocitos: 8.59 abastionados: 0% segmentados 59% linfocitos 27%
- BHCG: 1574 mUI/ml
- ELISA VIH, RPR, VHB y VHC: no reactivos
- Prueba antígeno COVID-19: negativo
- Grupo y factor: O +
- Sedimento urinario sin alteraciones, urocultivo negativo
- Ecografía: útero anteversoflexo, de morfología y ecogenicidad conservada, miometrio homogéneo. Las dimensiones uterinas son DL: 80mm, AP: 47mm, DT: 61mm. Endometrio engrosado heterogéneo de 21mm en su diámetro mayor, ovario derecho e izquierdo de morfología y ecogenicidad heterogénea, líquido libre en fondo de saco de Douglas.

Diagnósticos de ingreso:

- Gestante 5 semanas 3 días por FUR
- Aborto incompleto vs embarazo ectópico

Plan:

- Se hospitaliza a la paciente para vigilar cuadro clínico y signos de alarma
- Control de hemoglobina, hematocrito y BHCG
- Reposo absoluto

Evolución intrahospitalaria:

1er día de hospitalización:

- BHCG: 1674 mUI/ml Hb: 12.6 Hcto: 36.5%

3er día de hospitalización:

- BHCG: 2674 mUI/ml Hb: 13.5 Hcto: 39.1
- Ecografía: endometrio engrosado de 21.6mm, ovario izquierdo con imagen anecogénica de 15mm (probable cuerpo lúteo). En espacio para ovárico izquierdo se visualiza imagen redonda con halo

hiperecogénico de 12mm. Conclusión: embarazo de localización incierta, D/C embarazo ectópico no complicado

5to día de hospitalización:

- BHCG: 3547 mUI/ml
- Ecografía: en ovario izquierdo se observa formación sacular de 15 x 12mm y vesícula vitelina de 4mm. Cuerpo lúteo 25 x 16mm.

Diagnóstico de Egreso:

- Embarazo Ectópico no complicado

Se le administró finalmente Metotrexato 50 mg IM, y 4 días posteriores se le dosó BHCG la cual disminuyó en un 15%. Con ello, la paciente pudo ser dada de alta.

Caso 2

Tiempo de Enfermedad: +/-2 años Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: sangrado vaginal anormal, dolor pélvico tipo hincada.

Paciente mujer de 42 años acude por dolor pélvico tipo hincada y metrorragia desde hace +/- 2 años. Refiere haber sido hospitalizada previamente en este mismo servicio para 3 legrados uterinos 23/01/20, 03/06/20, 13/10/20 respectivamente con los que obtuvo mejoría parcial pero nuevamente volvió la metrorragia y dolor que le genera incomodidad en su vida diaria.

Antecedentes:

- Niega antecedentes patológicos
- Antecedentes quirúrgicos: 3 legrados uterinos (23/01/20, 03/06/20, 13/10/20)
- Niega RAMS
- G2P2002
- FUR: 26/12/21
- FPP: no gestante
- Menarquia: 13 años

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 110/70 FR: 16x' SatO2: 97% FC: 79 lpm T: 36.4°C
- Antropometría: Peso: 76 kg Talla: 1.65 IMC: 27.9
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: piel tibia, elástica, húmeda. Llenado capilar <2". No edemas
 - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. IY (-).
 - Abdomen: plano, simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No masas palpables ni visceromegalia
 - SNC: LOTEP, Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización.
 - Genitourinario: no flujo, no sangrado al momento del examen

Exámenes auxiliares de ingreso:

- U: 16.8 Cr: 0.96 G: 96 Hb: 12.3 Hcto:38.2% leucocitos: 9.47 abastados: 0% segmentados 77.2% linfocitos 8%
- Sedimento de orina sin alteraciones
- Ecografía Transvaginal: Endometrio de aspecto heterogéneo que mide 10mm en su diámetro mayor. No colecciones. Ovario izquierdo muestra quiste de aspecto simple que mide 36x29mm.

Diagnósticos:

- Pólipo endometrial
- Hemorragia uterina anormal
- Hiperplasia Endometrial
- Sobrepeso

Plan:

- Se hospitaliza a la paciente

Para el manejo de sus patologías se le plantea la posibilidad de manejo quirúrgico mediante una Histerectomía Abdominal + SOB. La paciente está de acuerdo con el procedimiento siendo consciente que es la única manera de remitir el cuadro.

Se realiza la cirugía y dentro de los hallazgos operatorios se encuentra:

1. Útero anteversoflexo
2. Útero aumentado de tamaño
3. Ovario derecho de tamaño adecuado, no se evidencian quistes
4. Ovario izquierdo de tamaño adecuado con presencia de un quiste simple

La muestra fue enviada a anatomía patológica en donde se concluyó la presencia de un Pólipo Endometrial e Hiperplasia Endometrial sin Atipia.

La paciente se quedó hospitalizada por 5 días en donde recibió tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2g EV c/24h y Metronidazol 500mg EV c/8h. Para el dolor recibió Tramadol 37.5mg y Paracetamol de 325mg c/12h VO por 5 días y Tramadol 50mg SC PRN dolor muy intenso. Finalmente fue dada de alta sin complicaciones.

Caso 3

Tiempo de Enfermedad: 3 días Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: dolor pélvico

Paciente mujer de 18 años procedente de la escuela Naval acude por dolor pélvico tipo hincada desde hace 3 días, no sangrado. Cuenta con prueba BHCG positiva.

Antecedentes:

- Niega antecedentes patológicos
- Niega antecedentes quirúrgicos y RAMS
- G1 P0000
- FUR: 20/12/21

- FPP: 27/09/22
- Menarquia: 14 años
- Método anticonceptivo: condón, y refiere que dos días posteriores a su última relación sexual tomó el anticonceptivo oral de emergencia

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 100/60 FR: 16x´ SatO2: 98% FC: 74 lpm T: 36.6°C
- Antropometría: Peso: 49 kg Talla: 1.58 IMC: 20.4
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, húmeda. Llenado capilar <2", no edemas.
 - Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. IY (-).
 - Abdomen: plano, simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando, doloroso a la palpación profunda a nivel pélvico. No masas palpables ni visceromegalia
 - SNC: LOTEP, Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización.
 - Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no flujo, no sangrado

Exámenes auxiliares de ingreso:

- U: 16.8 Cr: 0.64 G: 86 Hb: 13.3 Hcto: 39.4% leucocitos: 8.45 abastados: 1.2% segmentados 75.2% linfocitos 17.9%
- BHCG: 1771.00 mUI/ml
- Sedimento de orina: no patológico

Diagnósticos de Ingreso:

- Primigesta de 5 semanas por FUR
- Amenaza de aborto

Plan:

- Se hospitaliza a la paciente

Para el manejo de la Amenaza de Aborto:

- Paracetamol de 1g PRN dolor pélvico intenso
- Reposo absoluto
- Control de signos de alarma
- Controles de BHCG al 4to día de hospitalización y luego cada 48 horas

Evolución intrahospitalaria:

1er día de hospitalización:

- Ecografía Transvaginal: se observa saco gestacional que mide 5.5 mm sin evidenciar embrión ni vesícula vitelina. Se concluye gestación inicial de 3 semanas y 5 días por GS. Se sugiere correlacionar con BHCG y repetir estudio a criterio médico.

4to día de hospitalización:

- BHCG: 947.00
- Se agregó sangrado vaginal en moderada cantidad

6to día de hospitalización:

- BHCG: 200.00

Diagnóstico de Egreso:

Aborto precoz: debido al descenso progresivo de la BHCG, se le indicó Misoprostol (4 pastillas de 200mg cada una en una sola toma).

Tres días posteriores, se repite la ecografía transvaginal en donde ya no se observa saco gestacional, solo engrosamiento endometrial heterogéneo de 15mm. Finalmente, esto confirmaría el diagnóstico planteado.

Caso 4

Tiempo de Enfermedad: 3 días Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: prurito vulvar intenso, flujo blanquecino vaginal, disuria

Paciente mujer de 22 años, acude al Hospital por presentar desde hace 3 días aumento de la secreción vaginal de color amarillo blanquecino, grumoso, asociado a intenso prurito vulvar y a leve ardor al orinar. Refiere nunca haber presentado un episodio similar previo. Niega otra sintomatología.

Antecedentes:

- Niega patologías de importancia
- Niega uso de métodos anticonceptivos
- Parejas sexuales: 1
- G0 P0000

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 120/70 FR: 17x´ SatO2: 99% FC: 64 lpm T: 36.2°C
- Antropometría: Peso: 55 kg Talla: 1.62 IMC: 20.9
- Examen físico preferencial:
 - Genitourinario: PPL (-), PRU (-). A la ectoscopia se observa rash simétrico, edema y excoriaciones en región vulvar. A la especuloscopia se evidencia flujo blanquecino, grumoso, abundante y sin mal olor. No se evidencia ninguna otra alteración.

Diagnóstico:

- Síndrome de Flujo Vaginal
- Candidiasis vaginal

Plan:

- Manejo ambulatorio
- Clotrimazol óvulo vaginal 500mg por 5 días

Pediatría

Caso 1

Tiempo de Enfermedad: 5 días Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: rinorrea, sibilantes, dificultad respiratoria, y fiebre

Lactante mujer de 5 meses es traída a la emergencia por sus padres, quienes refieren que desde hace 5 días la paciente inicia con rinorrea, motivo por lo cual la llevan al centro de salud donde le recetan “rinobebé” y le indican que en caso presente fiebre le pueden dar paracetamol en gotas. 3 días posteriores, la paciente presentó temperatura de 38.1°C por lo cual le dan 16 gotas de paracetamol. Un día antes del ingreso, se le agrega sibilantes y respiración más rápida de lo normal según refiere la mamá.

Antecedentes:

- Perinatales: parto eutócico a término con un peso de 3.120 kg, lactancia materna exclusiva, vacunas completas para la edad
- Patológicos: niega

Examen físico:

- Funciones vitales: FR: 55x´ SatO₂: 94% FC: 150 lpm T: 38.4°C
- Antropometría: Peso: 6.200 kg Talla: 66 cm
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: piel tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2”, no cianosis
 - Orofaringe: ligeramente congestiva, no presencia de placas
 - Tórax y pulmones: se observa presencia de tirajes subcostales, no desbalance toracoabdominal, no cianosis. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes inspiratorios difusos en ambos hemitórax
 - Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, no doloroso a la palpación. No visceromegalia
 - SNC: irritable, despierta, conectada con el entorno

Exámenes auxiliares:

- Hb: 13.3 Hcto: 41.2% leucocitos: 15.47 abastionados: 0% segmentados 88% linfocitos 8%

- Radiografía de tórax: se observa patrón de atrapamiento aéreo, costillas horizontalizadas, y engrosamiento de la trama peribronquial

Diagnóstico:

- Síndrome obstructivo bronquial: Bronquiolitis

Plan:

- Se hospitaliza a la paciente
- NaCl 0.9% 100cc EV
- Nebulización con NaCl 0.9%
- Paracetamol 9ml EV

Después de 3 días de hospitalizada, la paciente es dada de alta con gran mejoría clínica y remisión del cuadro clínico. Se le explica a los padres signos de alarma para posteriores cuadros similares.

Caso 2:

Tiempo de Enfermedad: 3 días Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: malestar general, odinofagia, fiebre

Paciente mujer de 7 años, es traída por su madre al Hospital, con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por malestar general, fiebre de 38.4 °C, disminución del apetito y odinofagia. Niega tos, vómitos o náuseas.

Antecedentes:

- Niega antecedentes de importancia
- Niega RAMS
- Niega familiares con similar sintomatología

Examen Físico:

- Funciones vitales: FR: 18x' SatO2: 98% FC: 101 lpm T: 38.5°C
- Antropometría: Peso: 23 kg Talla: 1.20 cm
- Examen físico preferencial:

- Piel y tejido celular subcutáneo: piel tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar < 2", no cianosis ni ictericia
- Cuello: adenopatía cervical unilateral izquierda de 1.5cm de diámetro, dolorosa, móvil
- Orofaringe: congestiva, eritematosa, con placas blanquecinas
- Tórax y pulmones: no presencia de tirajes. Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. IY (-).
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, no doloroso a la palpación
- SNC: despierta, conectada con el entorno

Exámenes auxiliares:

Criterios de Centor modificado por Isaac: 5 puntos

Diagnósticos:

- Síndrome febril
- Faringitis aguda

Plan:

- Manejo ambulatorio
- Paracetamol 12ml VO c/6h por 3 días, luego condicional a T° >38°C
- Amoxicilina 50mg/kg/día por 10 días

Caso 3

Tiempo de Enfermedad: 1 semana Inicio: insidioso Curso: progresivo

Signos y síntomas principales: fiebre, náuseas, vómitos

Paciente escolar de sexo femenino de 7 años es traída a la emergencia por su madre por presentar fiebre y náuseas. Madre refiere que hace unos días vino por la misma molestia en donde le indican Azitromicina por 5 días y

Paracetamol por 3 días (no recuerda dosis). Paciente completa el tratamiento sin embargo continúa con fiebre > 38 grados centígrados y vómitos en el día por lo que madre decide volver a llevarla a la emergencia.

Antecedentes:

- Antecedentes patológicos: hospitalización en el año 2020 en dos oportunidades por ITU
- Niega antecedentes quirúrgicos
- RAMS: Ibuprofeno, Sulfametoxazol
- Inmunizaciones completas

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 110/60 FR: 24x' SatO2: 98% FC: 108 lpm
T: 38.1°C
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: Piel tibia, elástica, húmeda. Llenado capilar < 2", no edemas.
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. IY (-).
 - Abdomen: Plano, simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando, no doloroso a la palpación profunda a nivel pélvico. No masas palpables ni visceromegalia
 - SNC: LOTEP, despierta. No signos meníngeos ni de focalización.
 - Genitourinario: PPL (-)

Exámenes auxiliares:

- U: 19.8 Cr: 0.94 G: 86 Hb: 12.3 Hcto: 38.4% leucocitos: 16000
abastados: 0% segmentados: 80% linfocitos: 9% PCR: >300
- Sedimento de orina:
 - Leucocitos: 50-90 x campo
 - Hematíes: 5-10 x campo

- Urocultivo: Se aisló *E. Coli*

Diagnóstico:

- Infección de Tracto urinario recurrente

Plan:

- Se hospitaliza a la paciente

Para el manejo de la ITU:

- Ceftriaxona 1.3gr EV cada 12h
- Metamizol 750mg EV y/o medios físicos si $T \geq 38^{\circ}\text{C}$ grados centígrados

Paciente es tratada con medicación previamente descrita con lo que remite el cuadro y a los 7 días es dada de alta. Se le brinda una interconsulta para su evaluación por consultorio externo por el servicio de Urología ya que es una paciente que a su corta edad previamente ha sido hospitalizada por ITU y debe esclarecerse la causa que podría ser una malformación genitourinaria.

Caso 4

Tiempo de Enfermedad: 4 días Inicio: brusco Curso: agudo

Signos y síntomas principales: deposiciones líquidas, vómitos, sensación de alza térmica, decaimiento.

Lactante varón de 1 año 4 meses de edad es llevado a emergencia por su madre por presentar desde hace 4 días deposiciones líquidas de aproximadamente 3-4 cámaras al día que rebasan el pañal pasando a la ropa, sin moco y sin sangre. Hace 2 días se le han añadido vómitos (2-3 veces al día, sobre todo después de las comidas) y sensación de alza térmica no cuantificada.

Antecedentes:

- Parto eutócico a término pesando: 2.790kg. Alta conjunta
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- Alimentación complementaria a partir de los 6 meses.

- Vacunas completas para la edad
- No RAMS.
- No hospitalizaciones previas
- Hermanito mayor de 6 años se encuentra yendo a clases de manualidades presenciales y presentó sintomatología similar hace 1 semana.

Examen Físico:

- Funciones vitales: PA: 110/60 FR: 20x' SatO2: 98% FC: 110 lpm
T: 36.5°C
- Examen físico preferencial:
 - Piel y tejido celular subcutáneo: Piel tibia, elástica, húmeda. Llenado capilar <2", no edemas.
 - Ojos no hundidos, presencia de llanto con lágrimas
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. IY (-).
 - Abdomen: plano, simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando, no doloroso a la palpación profunda a nivel pélvico. No masas palpables ni visceromegalia
 - SNC: paciente despierto, reactivo, conectado con el entorno, no irritable, no signos de focalización

Exámenes auxiliares:

- U: 21.8 Cr: 0.49 G: 86 Hb: 13.9 Hcto:39.7% leucocitos: 12000
abastados: 0% segmentados 69% linfocitos 22%
- Reacción inflamatoria en heces:
 - Leucocitos: >50 x campo
 - Hematíes: 1-2 x campo

Diagnóstico:

- Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) sin signos de deshidratación

Plan:

Como el paciente no tiene signos de deshidratación, solo fue tratado con suero de rehidratación oral, por cada pérdida: 10 ml/kg por cada vómito y 5 ml/kg por cada diarrea, y se le brinda consejería sobre la alimentación (preferible dieta blanda en los próximos días) a la madre. Asimismo, se le explica los signos de alarma, para que en caso llegasen a presentarse, vuelva a acudir a la emergencia.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” es una Institución Prestadora de Servicios de Salud correspondiente al tercer nivel de atención. Se encuentra ubicado en la Región del Callao y pertenece a la Dirección de Salud de la Marina. Este fue inaugurado el 4 de julio de 1956 durante la gestión ministerial del Vicealmirante Roque A. Saldías Maninat; y actualmente está dirigido por el Dr. Sergio Molina Espejo (4). Su nombre hace honor a Santiago Távara, el médico titular del Callao durante el enfrentamiento Naval de 1879 en el monitor Huáscar.

El nosocomio cuenta con servicios de primera generación que buscan la atención integral de los pacientes, siendo remodelado constantemente para brindar servicio al personal naval en actividad, en retiro y a sus familiares con derecho. Cuenta con Sala de Especialidades Quirúrgicas, Servicio de Emergencia, Consultorios Externos, Nefrología y Oncología. Asimismo, es el único hospital militar en el mundo que cuenta con una Sala Híbrida, implementada con un sistema de radiología intervencionista que permite realizar tanto diagnósticos como tratamientos. Cabe resaltar, que en 1969 fue el pionero de trasplante de riñón en nuestro país.

Durante la pandemia de COVID-19 el CEMENA habilitó salas diferenciadas dentro de su instalación, lejanas a las salas de pacientes no COVID y un Hospital de contingencia ubicado en áreas adyacentes, para el manejo y monitoreo de pacientes infectados en grado moderado con demanda de soporte oxigenatorio y severos que podrían requerir salas de cuidados intensivos. Además, se priorizó la contratación de médicos especialistas y enfermeras para un manejo adecuado de estos pacientes (5). Finalmente, las atenciones por consultorio ambulatorio se siguieron realizando, pero de forma virtual por videollamada para evitar la aglomeración de personas y por lo tanto la propagación del virus.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En el siguiente capítulo, se escogerá uno de los cuatro casos presentados por cada rotación realizada en el Centro Médico Naval, que se consideraron de mayor relevancia y prevalencia. Se abarcará su diagnóstico, tratamiento y manejo tomando en cuenta información basada en evidencia.

3.1 Medicina Interna

El último caso de Medicina Interna hace alusión a una Colangitis Aguda, enfermedad definida como “inflamación de las vías biliares secundaria a una infección bacteriana” (6). Es muy importante que se diagnostique y trate a tiempo ya que si no puede tener repercusión sistémica.

Los factores que conllevan al desarrollo de esta enfermedad pueden ser múltiples como neoplasias, estenosis de las vías biliares, sin embargo, la principal causa es la obstrucción de la luz de la vía biliar, principalmente por un cálculo como se ve en el caso presentado que la paciente (6). En la ecografía abdominal se observa la presencia de litos, sumado a la colonización bacteriana posterior a la obstrucción. En cuanto a los gérmenes encontrados, normalmente suele ser polimicrobiana, siendo el germen más común el *E. Coli*.

Para el diagnóstico inicial se toma en cuenta la clínica del paciente y el antecedente de Colelitiasis, que como ya se mencionó es la primera causa. También se utiliza como guía la Triada de Charcot, que toma en cuenta 3 parámetros que orientan a pensar en esta patología: fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho. Como se ve en el caso presentado, la paciente presenta esta triada por lo que se piensa inicialmente en esta patología. En cuanto a los laboratorios, estos van a evidenciar signos de infección como leucocitosis con desviación a la izquierda, y elevación de la proteína C reactiva y de la velocidad de sedimentación globular. La fosfatasa alcalina y la gammaglutamiltranspeptidasa se encuentran elevadas y los valores de bilirrubina están por encima de la normalidad. En cuanto a las transaminasas

también se suelen encontrar elevadas. Los criterios diagnósticos resumidos según la Guía de Tokyo para esta enfermedad presentados en el Anexo N°1.

Dentro del tratamiento es importante dividir a la Colangitis Aguda según su grado de severidad para poder darle un manejo más específico. A continuación, se hablará de cada grado (7).

- Colangitis aguda de grado I (leve): aquella que no cumple criterios de moderada o severa.
- Colangitis aguda de grado II (moderada): aquella asociada con al menos dos de los siguientes:
 1. Recuento anormal de leucocitos ($> 12\,000/\text{mm}^3$ o $< 4000/\text{mm}^3$)
 2. Fiebre alta ($\geq 39^\circ\text{C}$)
 3. Edad (≥ 75 años)
 4. Hiperbilirrubinemia (Bilirrubina Total $\geq 5\text{mg/dl}$)
 5. Hipoalbuminemia (< 0.7)
- Colangitis aguda de grado III (grave): aquella asociada la disfunción de al menos un órgano o sistema.

Dependiendo del grado en que se encuentre el paciente, se verá el uso de antibióticos ya que el manejo inicialmente es médico. En el caso del grado I se tratará solo con antibióticos. Los generalmente usados son Ceftriaxona 2g EV c/24h por 7 días asociado Metronidazol 500mg EV c/ 8h por 7 días. Una vez remitido el cuadro infeccioso se dará tratamiento a la etiología si aún fuese necesario.

En el grado II, grado que se encuentra la paciente del caso clínico, se da de igual forma tratamiento antibiótico con los mencionados anteriormente que fue exactamente lo que se le dio como tratamiento a la paciente del caso clínico y se trata de hacer un drenaje percutáneo temprano de la vía biliar. Luego de remitido el cuadro de igual forma se trata la etiología si es que aún fuese necesario. A la paciente del caso clínico no fue necesario hacerle drenaje percutáneo, solo se le trató con antibióticos y se le programó posteriormente para una colecistectomía laparoscópica para remitir la causa que fueron los cálculos en la vesícula biliar.

En el grado III se utilizan diferentes antibióticos como por ejemplo Piperacilina Tazobactam 4.5g EV c/6ho Meropenem 1g EV c/8h. Aquí si se tiene que hacer un drenaje de vía biliar de manera urgente ya que hay daño de órganos y/o sistemas.

3.2 Cirugía

En el caso n.º 3 de la rotación de Cirugía se expone un caso sobre Colecistitis Crónica Calculosa. Esta enfermedad es cada vez más prevalente en el mundo, y en el Centro Médico Naval, es una de las patologías más atendidas en esta especialidad quirúrgica. Es importante el diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno ya que si no puede hacer una colecistitis aguda o incluso podría llegar a complicarse si el cálculo llegase a pasar a la vía biliar generando una colangitis o incluso hacer una pancreatitis. La colecistitis crónica diferencia de la aguda no tiene que ser operada de manera inmediata, si no puede ser una cirugía programada.

La clínica inicia de la misma manera, tanto el cuadro agudo como crónico tienen como antecedente la ingesta de una comida copiosa y posterior a esto el paciente refiere dolor en hipocondrio derecho. La diferencia entre ambos cuadros clínicos se realiza tomando en cuenta la duración, la respuesta al tratamiento médico con antiespasmódicos y las alteraciones laboratoriales e imagenológicas.

Un cólico vesicular por colecistitis crónica va a tener una duración aproximadamente 4-6 horas teniendo como máximo 24 horas, aunque suele ceder antes. La mejoría de este va a ser mediante el uso de antiespasmódicos como por ejemplo Hioscina. Este caso lo vimos en el paciente del caso clínico por lo que fue catalogado como un cólico vesicular por colecistitis crónica debido a que cedió con antiespasmódicos. En cuanto a las alteraciones de laboratorio, la colecistitis crónica no genera leucocitosis o elevación de PCR o VSG como lo haría una aguda, tampoco se presenta fiebre ni signo de Murphy positivo en el paciente. En la imagenología en la crónica solo se ve la presencia de el / los cálculos en la vesícula sin cambios inflamatorios como engrosamiento de pared (> 4mm), presencia de edema de la pared vesicular,

litiasis intravesicular proyectada en el cuello, tamaño superior a 100 x 60 mm, líquido perivesicular, colédoco dilatado y bilis de estasis que se vería en caso esta fuese aguda (8).

En cuanto al tratamiento, la colecistitis crónica tiene como uno tratamiento definitivo la cirugía electiva para extraer la vesícula, siendo la mejor la colecistectomía laparoscópica vs la abierta.

3.3 Ginecología y Obstetricia

En el caso n.º 2 de esta rotación se expone un caso sobre Pólipos endometriales, una causa muy común de Hemorragia Uterina Anormal de la mano con Hiperplasia Endometrial.

Dentro de las causas de Hemorragia uterina anormal tenemos al acrónimo PALM-COEIN. PALM hace referencia al sangrado de causa orgánica y es la abreviatura de pólipo, adenomiosis, leiomioma y malignidad. COEIN hace referencia al sangrado de causa funcional y es la abreviatura de coagulopatía, causas ovulatorias, endometriales, iatrogénicas y no clasificadas.

En el caso presentado la paciente ingresa por un sangrado recurrente a pesar de 3 legrados uterinos sumado a dolor pélvico que interfiere con su vida diaria, clínica compatible con la presencia de un pólipo. En la ecografía transvaginal que se le realizó al ingreso se evidencia el útero engrosado, dando a pensar en una hiperplasia endometrial. Es importante mencionar que la paciente presenta factor de riesgo para hiperplasia ambas patologías que presenta y este es la obesidad.

El diagnóstico de pólipo endometrial se basa en un diagnóstico histológico basado en la evaluación de la muestra, generalmente recolectada en el momento de la polipsectomía o histerectomía. La evaluación histológica también puede excluir malignidad (9).

Exactamente de esta manera se realizó el diagnóstico de la paciente del caso clínico.

El manejo de esta patología es quirúrgico y va a depender de los deseos genésicos de la paciente y si es pre o postmenopaúsica. En caso de ser

premenopáusicas y aún desea tener hijos, se priorizará la polipectomía y/o legrado uterino, en caso estos procedimientos fallaran, se pensaría en una histerectomía. En cuanto al manejo de la postmenopáusicas se hará una histerectomía +/- ooforectomía para erradicar el problema desde la raíz.

En el caso presentado, como era una paciente premenopáusicas inicialmente se intentó hacer legrado uterino, fallando en 3 intentos por lo que se optó por una histerectomía abdominal + SOB.

3.4 Pediatría

El caso n.º 3 de Pediatría hace referencia a una infección del tracto urinario en niños. Es muy importante que se maneje bien esta patología ya que presenta signos y síntomas muy inespecíficos que podrían pasar inadvertidos. Además, es uno de los principales motivos de consulta (14% de las visitas al año). *Escherichia coli* es el agente etiológico más frecuente, con una prevalencia entre el 60-80%. Este mismo fue el que se aisló en el urocultivo del caso clínico. Se podría pensar en otros patógenos como *Proteus mirabilis* o *Klebsiella pneumoniae* si hubo exposición previa a antibióticos o anomalías urinarias.

Se ha demostrado que la ITU se desarrolla por la interacción entre factores del huésped, la función e integridad del tracto urinario, la competencia del sistema inmune y la virulencia bacteriana. En cuanto a los factores de riesgo se puede observar: el sexo femenino, la no circuncisión en el varón, anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario, estreñimiento, menores de 2 años, entre otros (10).

La paciente del caso clínico presentado tiene como factor de riesgo es ser mujer y se podría pensar en que presenta alteraciones anatómicas o funcionales del tracto urinario para lo cual se debería hacer un estudio más exhaustivo ya que ha tenido hospitalizaciones previas en dos oportunidades por el mismo motivo. Justo este punto se tomó en cuenta al alta, por lo que se le envió una interconsulta al servicio de Urología.

En cuando a la clínica como se dijo previamente esta es inespecífica, sobre todo en lactantes y niños menores. Conforme el paciente va creciendo, la clínica se va haciendo más específica.

El principal síntoma es la fiebre sin foco y los vómitos. Si llega un paciente con fiebre sin foco y no hay enfermos en casa o síntomas agregados, lo primero en que se debe pensar es en descartar una ITU.

En los neonatos no es común la fiebre, pero de igual manera suelen presentar vómitos, irritabilidad, decaimiento, rechazo a la lactancia.

También se debe tomar en cuenta los síntomas que suelen sumarse a los anteriores que son:

- Pobre succión
- Deshidratación
- Letargia
- Irritabilidad
- Sensibilidad o dolor suprapúbico
- Llanto
- Pujo a la micción
- Hematuria
- Orina fétida
- Oliguria
- Poliuria

La asociación con dolor en la fosa renal (PPL+), malestar general y/o escalofríos podrían hacer sospechar de una pielonefritis.

Como se ve, la paciente ingresa por fiebre y vómitos, sintomatología que en niños orientaría al diagnóstico de una ITU sin embargo, al inicio en la emergencia no tomaron en cuenta la posibilidad de que se esté presentando esta enfermedad.

En cuanto al diagnóstico, el Gold Estándar es el Urocultivo, pero esta demora aproximadamente 3-5 días en tenerse el resultado por lo que uno puede guiarse de la clínica más el examen completo de orina que incluye el

sedimento urinario + la tira reactiva para ver la presencia de esterasa leucocitaria y nitritos.

En el caso presentado se vio en el sedimento la presencia de leucocitos y hematíes y en el hemograma también se evidencia leucocitosis. Se catalogó esta como una ITU recurrente por los episodios previos y se hospitaliza a la paciente. Es importante mencionar que no todos los pacientes se hospitalizan, la mayoría recibe tratamiento ambulatorio.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

Se consideran criterios generales de ingreso la presencia de alguno de los siguientes:

- < 3 meses, por el riesgo de bacteriemia y sepsis urinaria.
- Afectación del estado general y/o aspecto séptico: signos de deshidratación, decaimiento o disminución de la respuesta a estímulos, palidez,
- Intolerancia a la medicación o a la alimentación oral.
- Alteraciones electrolíticas o de la función renal.
- Malformaciones del sistema urinario como por ejemplo uropatía obstructiva, displasia renal, riñón único.
- Antecedentes de inmunodeficiencia primaria o secundaria.
- Sospecha de mal cumplimiento o dificultad para el seguimiento ambulatorio.
- Además, podría considerarse el ingreso hospitalario en los niños con infección urinaria febril si presentan uno o varios de los siguientes factores:
 - Fiebre elevada ($\geq 38,5$ °C) en pacientes entre 3-6 meses de edad.
 - Persistencia de la fiebre tras 48-72 horas de tratamiento.
 - Factores de riesgo de germen no habitual (antibióterápia reciente, hospitalización reciente, cateterismo).
 - Historia familiar de RVU o ecografía prenatal con dilatación de la vía urinaria en estudio.
 - Infecciones urinarias febriles de repetición (11).

Para el tratamiento los pacientes sin compromiso sistémico que no lucen tóxicos, que toleran la vía oral y familia confiable pueden manejarse en forma ambulatoria con antibióticos como Amoxicilina / Clavulánico 40-80mg/kg/ dosis VO por 5 días o también podría usarse una Cefalosporina oral. En niños mayores de 2 años un tratamiento más corto ha demostrado buena respuesta. En el caso que el paciente no responda al tratamiento o presente pobre o nula respuesta con el manejo inicial, se debe hospitalizar el niño para ampliar la cobertura con una Cefalosporina parenteral y/o un Aminoglucósido. Por esta razón, a la paciente se le brindó como tratamiento durante su hospitalización Ceftriaxona 1.3gr EV cada 12h.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico inició el 1 de mayo del 2021 y tiene como fin el 30 de marzo del 2022. Por motivos de la pandemia, este no tuvo inicio el 1 de enero como en años anteriores, y su duración también se vio afectada, siendo esta acortada a 10 meses de labor.

Durante este periodo, los internos de medicina se vieron expuestos al contagio de la COVID-19, exponiéndose ellos mismos y a su entorno; sumado al riesgo de accidentes laborales que es inevitable. La crisis sanitaria por esta enfermedad hizo evidente la precariedad del Sistema de Salud peruano, poniendo a flote la ineficiencia para afrontar una situación de esta magnitud y resaltó la importancia de un cambio a nivel del gobierno, para la mejoría de la atención de los pacientes en un escenario similar posterior. Esta situación sirvió como parte de nuestra formación como médicos para aprender a manejar escenarios difíciles a futuro.

El internado inició con la rotación de Pediatría en la cual nos desempeñábamos en tres áreas: Emergencia pediátrica, Neonatología y Hospitalización. Debido a la poca afluencia de pacientes, los internos no acudían al hospital todos los días, sino por grupos según un horario establecido. En la Emergencia pediátrica se realizaban guardias diurnas y nocturnas de 12 horas cada una, en ella, el interno se encargaba del Triage del paciente, de la anamnesis y del examen físico del niño, datos que eran entregados al médico especialista, con el que se reevaluaba al paciente y se planteaban los posibles diagnósticos y el correcto manejo para cada uno de ellos. La ventaja de rotar en la Emergencia fue la familiarización con las patologías pediátricas más comunes para así poder brindar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. Asimismo, se aprendió la importancia de la concientización a los padres en cuanto a la prevención de enfermedades como por ejemplo con la colocación de vacunas y la adecuada asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo. En el caso de Neonatología, de igual manera se acudían a guardias diurnas y nocturnas de 12 horas, en donde el interno estaba encargado de evolucionar a los recién nacidos que se

encontraban en cuidados intermedios y alojamiento conjunto. También se realizaba la atención inmediata del recién nacido junto con el médico quien reforzaba los conocimientos adquiridos previamente, tomando como referencia la Guía de Práctica Clínica para la atención del recién nacido brindada por el Ministerio de Salud. En el área de hospitalización pediátrica se realizaban turnos de 8 horas, teniendo a cargo entre 8 a 10 pacientes en toda la sala a quienes se les evolucionaba y presentaba durante la visita al médico, con el que se discutía los diagnósticos y manejo de cada patología.

La segunda rotación fue la de cirugía que se dividió en tres especialidades: Cirugía general, Urología y Traumatología. La especialidad de mayor duración fue Cirugía general en donde se acudía de manera diaria. La labor como internos iniciaba antes de las 6:00 a.m. y consistía en examinar a los pacientes, evolucionarlos y enviar el reporte al Médico Residente de primer año. Todo este trabajo debía estar listo antes de las 7:30am, hora en la cual se realizaban exposiciones hasta las 8:00am. A partir de esa hora iniciaba la visita médica a cargo del médico especialista, residentes e internos. Una vez terminada la visita, los internos se encargaban de que todos los pendientes, entre ellos, curaciones de heridas, respuestas de interconsultas de otros servicios, toma de exámenes auxiliares, entre otros estén listos para antes de las 4:00pm aproximadamente que comenzaba la segunda visita médica, esta vez a cargo de los residentes en donde se veían los pendientes efectivizados el mismo día, se planificaba el trabajo para el día siguiente, se repasaban las patologías más comunes y se podían aclarar las dudas que se tenían en el momento.

La rotación por la especialidad de Traumatología tuvo una duración de 3 semanas, en donde también se acudía de manera diaria y desde muy tempranas horas de la mañana. Este servicio en el Centro Médico Naval, tenía una gran afluencia de pacientes, tanto la Emergencia como la hospitalización, es por ello que se tenía la oportunidad de poner en práctica los talleres brindados por los médicos durante las tardes, como por ejemplo la colocación de yesos, férulas o reducciones de fracturas. Adquirir estas habilidades con la práctica diaria es fundamental, ya que como próximos médicos Serumistas se tendrá la obligación, en algún momento de realizarlo en el centro de Salud del

Primer Nivel, en donde no se cuentan con especialistas, y como médico general se debe atender la emergencia y derivarla a un Centro de mayor nivel.

Urología, fue la especialidad por la que se rotó menos tiempo, exactamente una semana, en donde se tuvo la oportunidad de aprender las patologías más comunes como cánceres de próstata, vejiga, cálculos renales e hiperplasia prostática benigna. También se tuvo la oportunidad de asistir en procedimientos quirúrgicos menores que se realizaban diariamente en el Tópico.

Siendo las tres especialidades previamente mencionadas, quirúrgicas, el interno ingresaba a sala de operaciones en donde de acuerdo con su desempeño, podía observar o incluso asistir la cirugía que se estaba realizando.

Medicina Interna fue la tercera rotación en donde los internos se dividían en grupos 4 para las 9 salas habilitadas para este servicio. En cada sala, se encontraba un residente a cargo, el cual, exigía a cada interno conocer a profundidad las patologías de cada paciente. Uno de los puntos principales aprendidos, fue la importancia del trabajo en equipo, ya que existían momentos en los cuales algún paciente podía complicarse, y como grupo se buscaba apoyar por la mejoría pronta del paciente. Asimismo, entre una a dos veces por semana, se realizaban guardias diurnas en la Emergencia de Adultos en donde se veía una variedad de patologías y se ponía en práctica la importancia de tratar al paciente de manera integral y empática, y no solo como una enfermedad. Durante esta rotación se puso en evidencia la falta del seguimiento y manejo de enfermedades por causa de la pandemia del covid-19. Muchos pacientes acudían a la emergencia con patologías crónicas descompensadas, ya que las consultas externas eran resueltas por teleconsulta y debido a la sobredemanda, estas eran programadas para fechas muy lejanas. Además de ello, cabe resaltar que durante este periodo de internado, no se tuvo acceso al manejo de pacientes por consultorio externo debido al cierre de la mayoría de estos, y por el contrario, la mayoría de las veces, el aprendizaje se basó en el manejo intrahospitalario.

Finalmente, la última rotación fue Ginecología y Obstetricia, en la cual al igual que pediatría, no se acudía diariamente. Se tenían guardias de 12 horas tanto nocturnas como diurnas en donde el interno se encargaba de evolucionar a las pacientes de piso, de atender la emergencia, monitorizar la sala de dilatación y de la atención de partos eutócicos.

El interno pudo aprender sobre el manejo de emergencias ginecológicas, aunque en mayor medida fueron obstétricas, en la cual se tuvo incluso la oportunidad de atender partos eutócicos solo con la mentoría del médico, experiencia muy importante ya que se realizará en el SERUMS de manera continua y debe ser realizada de manera adecuada. Al ser esta una especialidad clínica quirúrgica, también se tuvo la oportunidad de ingresar a sala de operaciones en donde se pudo asistir desde cesáreas hasta histerectomías.

CONCLUSIONES

Durante estos últimos 10 meses, se ha podido apreciar una marcada diferencia en la realización del internado médico durante la pandemia del SARS-CoV-2 en comparación con años previos. Esta fue la primera vez que esté en su totalidad se desarrolló en medio de una crisis sanitaria mundial lo cual generó cambios y limitaciones ya mencionadas.

A pesar de la pandemia, la afluencia de pacientes fue la misma, o incluso mayor en la Emergencia, lo cual permitió que se cumpliera con el aprendizaje requerido, y también permitió ver las carencias de un sistema de salud que intenta recuperarse día con día de las precariedades que aún presenta.

El Centro Médico Naval, fue un excelente lugar de aprendizaje, el cual permitió a los internos desempeñarse en los diferentes servicios que pusieron a su disposición y permitieron el desarrollo de un internado médico satisfactorio. Las cuatro especialidades expuestas anteriormente, fueron desarrolladas de la mano de grandes especialistas dispuestos a compartir su experiencia laboral adquirida con el pasar de los años.

Por todo lo expuesto anteriormente en el presente trabajo, concluimos que el internado médico es una etapa vital para la formación de todo médico general y debe continuar siendo realizado, mejorando año tras año.

RECOMENDACIONES

1. Debido a que el internado médico, fue desarrollado en un contexto de pandemia, y en vista de que esta continuará durante algunos años más, se recomienda que las instituciones continúen los lineamientos planteados en la Resolución Ministerial - N° 779-2021/MINSA.
2. A pesar de las limitaciones presentadas, que llevaron a la reducción de horas de trabajo, se recomienda la ampliación de estas para la implementación de actividades académicas, en las cuales el interno pueda adquirir nuevo conocimiento basado en Guías de Práctica Clínica de nuestro país y reforzar el ya adquirido.
3. Es de vital importancia, que el interno de medicina tenga conocimiento sobre el diagnóstico, tratamiento y prevención de la COVID-19, para así poder reconocer de manera rápida a los pacientes que lleguen a la emergencia con esta enfermedad y darles un aislamiento oportuno.
4. Se debería brindar un sueldo de acuerdo con el contexto de la pandemia, un contrato establecido y seguros en todas las instituciones de salud en donde se encuentran los internos.
5. Finalmente, es importante que todo estudiante de medicina sepa adaptarse a todo tipo de circunstancia que podría presentarse en el camino de su carrera, ya que esto les permitirá crecer profesionalmente y poder realizar de manera adecuada tanto el servicio rural que está próximo, como cualquier eventualidad a futuro.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 19 enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. Declaratoria de Emergencia Nacional [Internet]. Gob.pe. [citado el 25 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mtc/informes-publicaciones/850246-declaratoria-de-emergencia-nacional>
3. Elperuano.pe. [citado el 28 de enero 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico-lineamientos-para-el-desarro-resolucion-ministerial-n-779-2021minsa-1965360-1/>
4. Centro Médico Naval «CMST» [Internet]. Dirección de Salud de Marina. [citado el 01 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
5. El Monitor. Informativo de la Marina de Guerra del Perú N 398/2020. [citado el 01 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.marina.mil.pe/media/revistas/2020/05/398_El_Monitor.pdf
6. Almirante B, Pigrau C. Colangitis Aguda [Internet]. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2010 [citado 24 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X10700264>
7. Naranjo A. Shock Séptico por Colangitis [Internet]. Análisis de caso clínico. 2018 [citado 29 enero 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27926/1/Carolina%20Naranjo%20Castillo.pdf>
8. Cisneros CM. Specific echographic parameters in patients with acute cholecystitis [Internet]. MEDISAN vol.15 no.8 Santiago de Cuba ago. 2011. [citado 24 enero 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000800007

9. Steward Elizabeth. Endometrial polyps. [Internet]. Uptodate. [citado 24 enero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/endometrial-polyps?search=polipo%20endometrial&source=search_result&selectedTitle=1~53&usage_type=default&display_rank=1#H5
10. Shakin Nader. Urinary tract infections in children: Epidemiology and risk factors. [Internet]. Uptodate. [citado 24 enero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-children-epidemiology-and-risk-factors?search=itu%20pediatrica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H8
11. Molina J. Criterios de ingreso hospitalario en las infecciones urinarias [Internet]. Asociación Española de Pediatría. Anales de Pediatría. 2007 [citado 24 enero 2022]. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-criterios-ingreso-hospitalario-infecciones-urinarias-articulo-13111600>

ANEXOS

Criterios diagnósticos de la colangitis aguda^a

A. Manifestaciones clínicas

1. Historia de patología biliar
2. Fiebre y/o escalofríos
3. Ictericia
4. Dolor en hipocondrio derecho

B. Alteraciones de laboratorio

5. Evidencia de respuesta inflamatoria^b
6. Alteración de las pruebas hepáticas^c

C. Técnicas de imagen

7. Presencia de obstrucción biliar o
8. Evidencia de una etiología (litiasis, estenosis, presencia de prótesis coledocal)

Sospecha diagnóstica

Presencia de al menos 2 datos clínicos

Diagnóstico definitivo

(1) Tríada de Charcot (2 + 3 + 4)

(2) Presencia de 2 o más criterios clínicos en A.

+

Los 2 criterios de laboratorio (5 + 6)

+

Alteración en las técnicas de imagen (7 u 8)

^aTokyo Guidelines³⁸, modificadas.

^bAlteración del recuento leucocitario, elevación de la proteína C reactiva o de la velocidad de sedimentación globular.

^cElevación de las fosfatasas alcalinas, gammaGT, y/o transaminasas.