



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL INTERNADO MÉDICO DURANTE
LA PANDEMIA POR COVID19 EN ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE CATEGORÍA III-2**

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

**PRESENTADA POR
ANA MERCEDES COLUNGA HELGUERA**

**ASESOR
Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA, PERÚ

2021



Reconocimiento - Sin obra derivada

CC BY-ND

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL INTERNADO MÉDICO
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID19 EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE CATEGORÍA III-2**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANA MERCEDES COLUNGA HELGUERA**

**ASESOR
Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidenta: M. E. Katherine Iris Gutarra Chuquin.

Miembro: Dr. Aldo Barriga Cerrón.

Miembro: Dra. Rosemary Lilia Moscoso de Roca.

ÍNDICE

	Págs.
PORTADA	i
JURADO	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Gineco Obstetricia	4
1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	5
1.3 Rotación de Cirugía Oncológica	7
1.4 Rotacion de Medicina Oncologica	Error!
Bookmark not defined.	
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
3.1 Rotación de Gineco Obstetricia	16
3.2 Rotación de Pediatría Y Neonatología	17
3.3 Rotación de Cirugía Oncológica	20
3.4 Rotación de Medicina Oncológica	21
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	21
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	25
FUENTES DE INFORMACION	26
ANEXOS	30

RESUMEN

El internado de ciencias de la salud es la etapa más importante y productiva en la formación de un médico. Es donde más se desarrolla su capacidad de toma de decisiones, juicio crítico y donde hay más oportunidad de aprender a realizar procedimientos básicos que todo médico cirujano debe saber. La pandemia por SARS-CoV-2 ha generado diversos y drásticos cambios en la formación médica a nivel mundial. Se suspendieron las clases presenciales para evitar la exposición, adaptándose así a una nueva forma de aprendizaje, a través de la virtualización, el internado fue suspendido por muchos meses viviendo en la incertidumbre de saber si se retornaría o no a las prácticas hospitalarias. Eso produjo mucha incertidumbre, molestia y preocupación, por parte de los internos del año 2020. Además, que, en el ámbito hospitalario, ellos siempre se han considerado como una pieza importante en el apoyo, y más en una crisis sanitaria, debido a la escasez de personal. No obstante, a pesar de muchos meses de indecisiones se logró retornar al internado, atravesando un gran desafío que fue el adaptarse a vivir y aprender el día a día en medio de una pandemia y todo lo negativo que resulta de ella, especialmente en el área de la salud (1, 2).

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría.

ABSTRACT

The health sciences internship is the most important and productive stage in the training of a doctor, it is where their ability to make decisions, critical judgment and where there is more opportunity to learn to perform basic procedures than any medical surgeon develops. you should know the SARS-CoV-2 pandemic has generated diverse and drastic changes in medical education worldwide. In-person classes were suspended to avoid exposure, thus adapting to a new way of learning, through virtualization, the internship was suspended for many months living in the uncertainty of knowing whether or not to return to hospital practices. This produced a lot of uncertainty, annoyance and concern, on the part of the inmates of the year 2020. In addition to that in the hospital environment, they have always been considered an important piece of support, and more so in a health crisis, due to the shortage of personal. However, despite many months of indecision, it was possible to return to boarding school, going through a great challenge that was adapting to live and learn day by day in the midst of a pandemic and all the negative that results from it, especially in the area of health.

Keywords: Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

El presente informe muestra y describe un análisis detallado acerca de la experiencia de una estudiante de medicina en su internado médico 2020-2021, tanto antes como después de la pandemia y a los cambios que se tuvieron debido a esta. Tuvo la oportunidad de vivirlo y experimentarlo en 3 institutos nacionales: INEN (Instituto nacional de ciencias neoplásicas), INMP (Instituto nacional materno perinatal) e INSN (Instituto nacional de salud del niño) (3).

El internado médico forma parte del plan de estudio de la carrera de Medicina, es un año obligatorio e indispensable para que los alumnos integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos. En Perú, el internado es realizado durante el último año del plan de estudios de pregrado, y está formado por cuatro rotaciones hospitalarias: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Uno de los principales objetivos que tiene esa etapa es el capacitar a los internos en la práctica de procedimientos médicos básicos, que como médicos generales tienen que saber y dominar (1). Sin embargo, las condiciones laborales del internado a veces no son del todo favorables para el alumno por la sobrecarga de trabajo, por ejemplo, la jornada laboral promedio de un interno de medicina, es de aproximadamente 10 horas diarias, no obstante, esto puede extenderse hasta 36 horas sin descanso, esta clase de problemas impiden su adecuado desarrollo y que no se pueda tener un adecuado aprendizaje, ya que en el Perú, la mayoría de los médicos recién graduados realizan su Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), durante el cual, tienen que trabajar pequeñas comunidades lejanas, y realizar procedimientos médicos que debieron aprender bien en su internado. Además de este problema se suma la falta de apoyo en zonas rurales apoyo, sin el adecuado equipamiento, falta

de instrumental, debido a la crisis sanitaria que ya desde mucho tiempo antes del COVID estamos viviendo (2).

Las instituciones en las que roto en el internado médico fueron 3:

El Instituto Nacional Materno Perinatal que tuvo su fundación, el 10 de octubre de 1826 por obra del médico prócer Don Hipólito Unanue. Desde su origen, como la Casa de la Maternidad, tuvo como misión atender a las mujeres en el momento del parto en especial a las que tenían menores recursos económicos, este factor, sumado a su actitud de innovar constantemente las actividades institucionales la hizo la cuna de la Obstetricia en el Perú y, posteriormente, de la Ginecología y la Neonatología; como consecuencia de ello, se realizó la primera cesárea en el país y se iniciaron los estudios de especialización en Ginecología y Obstetricia.

El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) de Breña, fue el primer centro pediátrico en todo el país. Este instituto surgió como una entidad de salud que atendía sólo de forma local. Su inauguración se dio el 1° de noviembre de 1929, como Hospital Julia Swayne de Leguía. Diversos donantes ayudaron con los fondos para que pudiera funcionar. Es un centro hospitalario pediátrico quirúrgico y especializado de Alta complejidad que atiende niños, niñas y adolescentes, referidos de otros Hospitales a nivel nacional (5).

El 11 de mayo de 1939, se promulga la Ley N° 8892 que establece el crea el Instituto Nacional del Cáncer. Las primeras actividades fueron relacionadas con la prevención y asistencia social anticancerosa, asistencia especializada en sus consultorios externos y de hospitalización, y como centro de estudios y enseñanza superior universitaria sobre cáncer.

Una de las primeras acciones del Instituto fue implementar el Residencia Médico. Los egresados de la Escuela de Medicina que postulaban para una de las plazas de residente, tenían que pasar por una estricta selección que consistía en una prueba escrita, entrevista personal y cartas de presentación. El INEN tiene como misión: Proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos, así como, controlar, técnica y

administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto (6).

En la primera rotación de internado médico, la especialidad con la que le tocó iniciar fue ginecología, en el Instituto nacional Materno Perinatal, en enero del 2020, poco antes de la pandemia y sus efectos negativos en diversos aspectos. Con respecto al sector salud, la calidad de atención en los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) ya era percibida como baja). El problema no es solamente del Perú. La calidad de atención en países de recursos bajos y medianos a nivel mundial es inadecuada pese a que su optimización podría salvar más de ocho millones de vidas anualmente. En muchos hospitales, incluido el INMP, la carencia de técnicos que puedan asistir oportunamente a los pacientes en sus necesidades básicas, obliga, muchas veces, a la cooperación de familiares para poder atender este problema (7).

La economía peruana mantuvo cierta estabilidad frente al resto de países latinoamericanos, gracias a su política monetaria y fiscal. El primer caso de COVID - 19 en Perú fue detectado el 6 de marzo de 2020, tras lo cual se sucedieron varias semanas de crecimiento exponencial del virus. Perú fue uno de los países que reaccionó más rápidamente a la pandemia con la imposición de medidas de distanciamiento social ya que el 16 del mes de marzo se impuso el aislamiento obligatorio a nivel nacional, suspendiendo por ello el internado médico con muchas dudas e inconvenientes, posteriormente, sobre una fecha de retorno”. Desde que empezó la pandemia, el personal de salud ha estado como primera línea frente al COVID-19, exponiéndose durante varias horas laborales, y en casi la mayoría de los casos sin el equipo de protección adecuado sintiendo mucha angustia e incertidumbre. Con respecto a la población, se siguió los pasos de otros países principalmente como China en una adecuada educación sanitaria e higiene, que en realidad es lo básico que se debe saber con o sin pandemia. Se empezó a educar y promocionar desde un lavado de manos correcto, el evitar no tocarse la cara, distanciamiento social de 1 a 2 metros, usar mascarilla de la forma adecuada.

También el aprender a convivir en cuarentena y tener aislamiento en vivienda para casos leves y aquellos que tuvieron contacto, Muchos cambios y estrategias se dieron como el toque de queda y el “pico y placa” por sexo. Pero, para que todo esto pueda dar sus frutos y reduzca los contagios, se necesita de una buena comunicación social tanto a nivel local, regional y nacional y que la población tome conciencia de lo preocupante y serio que es este problema, lo cual, hasta este momento, ha sido difícil de lograrlo del todo (8).

Con la pandemia el país se ha visto fuertemente afectado económicamente, El PBI cayó 11.1 % en el 2020. El empleo bajo en promedio 20% entre los meses de abril y diciembre. Por esta razón, el gobierno implemento un programa que pudiera generar una compensación de la economía para poder proteger a la población vulnerable y a las empresas, con transferencias en efectivo, postergación del pago de impuestos y garantías crediticias para el sector privado. Sin embargo, a pesar de las medidas que se tomaron, se produjo un incremento en la pobreza monetaria, llevando la tasa de pobreza a alrededor de 27% en 2020 (9).

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es la última etapa y la más indispensable en la vida de un médico para integrar y consolidar los conocimientos que se adquirieron durante los ciclos previos a la carrera de medicina. Durante el mismo se tiene la oportunidad de estar en contacto permanente con el paciente, en el servicio en el que, rota, lo que permite detectar riesgos, aplicar medidas preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los principales problemas de salud con sentido ético y humanista.

Un aspecto primordial en esta última etapa es la forma correcta del aprendizaje en ciencias de la salud, que no puede ser enfocado sólo en términos cognitivos, sino que se deben agregar también los procedimientos y actitudes, la práctica, de esa manera se pueden consolidar los conocimientos y habilidades científicas como recoger datos, diagnosticar, tratar y tomar decisiones de acuerdo a las características de los problemas que se le presenten

El estar en contacto estrecho con el paciente es una labor motivadora para que el interno aprenda y es la base para desarrollar actividades en el aula. Lamentablemente por la escasez del personal de salud, personal técnico, y muchas otras deficiencias del sistema de salud peruano que ya se mencionó anteriormente, es que no siempre se puede tener un aprendizaje diario del paciente, ya que en la mayoría de los casos tenemos que hacer más cosas de lo normal, es por eso que todo debe tener un equilibrio, las actividades complementarias no deben ser excesivas o cansadas, que disminuyan la creatividad del alumno ni la realización de tareas ajenas a su aprendizaje, pero

eso también depende mucho de cuán escaso y deficiente sea el sistema de salud.

Del internado médico se esperó, como todo estudiante en su último año, una etapa llena de aprendizaje puro, en todos los sentidos de la palabra. No solamente el aprendizaje cognitivo, si no también, al ser la primera experiencia como trabajo después de 6 años de carrera, el llegar a saber trabajar en equipo a pesar de las dificultades que se presenten, por una sola razón que es el bienestar del paciente. En mi primera rotación puede alcanzar un nivel óptimo de aprendizaje en los temas más importantes en la especialidad de Ginecología y Obstetricia, como el saber atender un parto, realizar una buena historia clínica a toda gestante y poder identificar sus factores de riesgo para diversas patologías. Logró aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de las pacientes obstétricas, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención. Así como también aprendí y llegué a aplicar conceptos básicos de prevención y promoción en ginecobstetricia. Desde el inicio uve muchas expectativas como el poder tener diversas oportunidades para realizar procedimientos básicos que todo médico general debe terminar la carrera con la capacidad de poder realizarlos. No obstante, debido al acontecimiento de la pandemia por la covid 2019, estas oportunidades y la disponibilidad de aprender día a día en las demás especialidades, disminuyeron a grandes rasgos, las circunstancias no fueron las mejores, se redujo el tiempo de internado, el horario para evitar muchas horas de exposición frente al virus. A Pesar de eso, y frente a esta situación, es donde más valoro cada día en el hospital para poder aprovechar al máximo cada pequeño aprendizaje y/o oportunidad que se presentará en el momento. Puedo decir que de este internado médico (10).

En el retorno al internado, empecé con la rotación de pediatría, en el INSN, y neonatología en el INMP. Al inicio fue algo complicado adaptarse a todos los cambios que se habían dado por la pandemia dentro del hospital, sin embargo, a pesar de las circunstancias, tuve la oportunidad de aprender a identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas pediátricos, neonatológicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud. Se logra consolidar las siguientes unidades de aprendizaje:

Problemas del recién nacido según sus factores de riesgo tanto del recién nacido como de la madre, problemas de salud del niño y del adolescente según su clínica, su semiología y una buena historia clínica. También se logró identificar las urgencias, emergencias pediátricas más frecuentes, que tuve la oportunidad de observar en las guardias diurnas. Todo esto se reforzó con las clases virtuales que eran exposiciones de internos y residentes, donde discutían sobre los temas, compartiendo información entre todo el grupo.

Luego tuvo la rotación de cirugía, en el instituto nacional de ciencias neoplásicas (INEN), aunque fue poco tiempo el que roté en cada especialidad que me asignaron, tuve la oportunidad de desarrollar las habilidades básicas en el manejo de patologías quirúrgicas, realizar procedimientos básicos en esta especialidad, en las siguientes unidades de aprendizaje: 1. Cirugía general y ética, 2. Traumatología, urología y cirugía de abdomen. Si bien cada caso visto en el hospital ha sido sobre pacientes oncológicos, se pudo identificar y juzgar las alternativas de solución a los problemas quirúrgicos y éticos, tomando en cuenta la importancia en la prevención y promoción de la salud para poder reducir la incidencia de enfermedades y/o complicaciones de los pacientes.

Y en la última rotación, Medicina Interna, logre aplicar los principios éticos y conceptos básicos en el manejo de los pacientes con problemas infecciosos, problemas del aparato respiratorio, cardiovascular y digestivo, con respeto a cada paciente, reconociendo sus derechos y deberes, y siempre teniendo en cuenta los principios bioéticos. Identifique también conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes con problemas del sistema nervioso, hormonales, metabólicos, articulares y de salud mental, promoviendo la prevención de igual manera en el manejo de los pacientes con problemas renales, de piel y faneras, y de la sangre. Específicamente, por ser un instituto neoplásico, mi aprendizaje se enfocó en el manejo de: Trastorno de la coagulación sanguínea, leucemias, linfomas y mieloma múltiple policitemia; así como la promoción y prevención de problemas de la sangre y coagulación.

3.1 Rotación de Gineco Obstetricia

PREECLAMPSIA

Paciente de 41 años con antecedentes familiares: Mamá con HTA y papá con DM, ambos controlados. Antecedentes personales: cesareada anterior 1 vez por preeclampsia severa, 1 aborto espontaneo y una cesárea (2015).

Relato de la enfermedad: Paciente mujer de 41 años de edad acude a emergencias por presentar cefalea y visión borrosa, al examen físico le encuentran una presión elevada (un aproximado de 150/80, razón por la cual deciden hospitalizarla en el servicio C (Preeclampsia). Al realizarle la historia clínica de hospitalización, halle que la paciente tenía 37 semanas de gestación, a partir de su ecografía de primer trimestre.

Al examen físico presenta aparente buen estado general con funciones vitales: Presión arterial (PA): 165/95, Frecuencia Cardíaca (FC): 66, Saturación de oxígeno (SatO₂): 95 y temperatura de 37.3 °C. Piel: Tibia, húmeda elástica. Edemas ++/+++. No palidez, no cianosis. Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación, sin visceromegalias ni presencias de masas. Sistema Nervioso Central (SNC): Despierta, orientada en tiempo espacio y lugar. Visión borrosa y cefalea.

Exámenes auxiliares: Ecografía gestacional reporta buena viabilidad fetal. Hematológico: Trombocitopenia (70 mil plaquetas), el resto de valores bioquímicos en normalidad.

Diagnóstico de Preeclampsia con signos de severidad con el plan de culminar la gestación: cesárea.

EMBARAZO PROLONGADO

Paciente de 37 años sin antecedentes familiares de importancia, pero con antecedentes personales: cesareada anterior 1 vez por prolapso del cordón. Niega diabetes mellitus (DM), tuberculosis (TBC) e hipertensión arterial (HTA), cirugías y alergias.

Relato de enfermedad: Primigesta de 41 semanas 0 días por ecografía del 2do trimestre, nulípara y mujer añosa, que llegó a EMG porque aún no presentaba contracciones a pesar de la edad gestacional que tenía. No

pérdida de líquido, no cefalea ni visión borrosa. Percibe movimientos fetales, pero con poca intensidad.

Al examen físico presenta funciones vitales: PA: 125/70, FC: 80, T: 36.5 °C, SatO₂: 97. Piel: Tibia, húmeda elástica, no edemas, no palidez. Llenado capilar menos de 2 segundos. SNC: Despierta, orientada en tiempo espacio y lugar. No cefaleas. No visión borrosa.

Exámenes auxiliares: en ecografía se visualiza placenta con calcificaciones, oligohidramnios leve. No otras alteraciones. Se le realiza una Prueba sin estrés (NST): 8/10, reactivo; con un hemograma en valores normales.

Diagnóstico de embarazo post termino/ Oligohidramnios leve/ alto riesgo obstétrico (ARO): Mujer añosa.

Manejo: Inducir a parto vía vaginal y evaluar BISHOP para ver si antes de la inducción se realiza maduración cervical o no.

1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología

DIARREA AGUDA CON DESHIDRATACIÓN MODERADA

Paciente con cuadro clínico de 14 días de evolución, que inicia con deposiciones líquidas 8 a 10 al día, con moco sin sangre. No pérdida del apetito, fiebre ni vómitos. Buena tolerancia oral. El manejo desde casa inició con líquidos caseros. Posteriormente, las deposiciones disminuyen en frecuencia, pero no en volumen. Paciente 4 días antes de su ingreso presenta fiebre de 38 °C y 2 vómitos de contenido alimentario, razón por la cual acude a emergencias.

Niega antecedentes familiares. Antecedentes personales: Parto eutócico a término peso al nacer 3,5 kilos, lactancia materna exclusiva con alimentación complementaria desde los 6 meses. Inmunizaciones completas para la edad. Desarrollo psicomotor con control cefálico a los 3 meses, se sienta. Sonrisa social desde los 2 meses. Niega antecedentes Patológicos. No antecedentes epidemiológicos de importancia.

Al examen físico presenta FC: 110 lpm, FR 26 rpm, temperatura de 36,5°C, peso de 9 kilos y talla de 72 cm. Ojos hundidos, mucosas secas, llenado capilar menor de 2 segundos, signo de pliegue negativo. No petequias. Abdomen móvil a la respiración, no distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, blando depresible no doloroso a la palpación. SNC: Despierto

activo, reactivo, conectado a entorno, paciente no irritable sin signos focalización.

Exámenes auxiliares: Hemograma: leucocitos 15,300 / mm³, abastionados 0%, segmentados 50%, linfocitos 23%, Hb 11.1gr/dc, hematocrito 31% y plaquetas 250,000. Examen de orina: sedimento Leucocitos 0 a 1 por campo, nitritos negativos, estereasa leucocitaria negativo. Reacción inflamatoria en heces: Negativo

Diagnóstico de diarrea aguda con deshidratación moderada.

Se maneja la deshidratación.

ICTERICIA PATOLOGÍA POR INCOMPATIBILIDAD RH

Relato de la enfermedad: Recién nacido de sexo masculino, con antecedentes de parto eutócico, a término (39 semanas), alimentado con lactancia materna exclusiva. Ingresó a los 8 días de vida. Al ingreso destacaba ictericia intensa, con compromiso palmo plantar; el hígado se palpaba a 4 cm bajo el reborde costal, Al examen físico se comprueba un buen reflejo de succión, pero breve e ineficaz. Presentaba un volumen urinario bajo en las últimas 48 horas.

Al examen físico buen aspecto general, paciente ventila espontáneamente, en decúbito dorsal. Piel: tibia elástica, humeada, ictericia ++/+++. El abdomen se encuentra blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalias ni masas. Ruidos hidro aéreos (RHA) presentes. Cabeza con fontanelas normotensas. Ictericia generalizada intensa. Se destaca del resto del examen: llanto, tono y reactividad normal, ausencia de movimientos anormales, no visceromegalia.

Exámenes complementarios: Grupo y Rh de la madre: 0 Rh (-). Grupo y Rh del padre: 0 Rh (+). Test de Coombs directo: Positivo.

Diagnóstico de ictericia Patología por incompatibilidad RH.

Tras control dicho diagnóstico y un valor de bilirrubina elevado, se decidió iniciar fototerapia continua hasta el descenso de cifras de manera progresiva.

1.3 Rotación de Cirugía Oncológica

SEMINOMA DE TESTÍCULO DERECHO

Relato de la enfermedad: Hombre de 34 años, acude a emergencias, porque desde aproximadamente unos 2 meses, refiere palpase un nódulo en testículo derecho, no doloroso, razón por la que acude inicialmente a su médico. Ahí recibe tratamiento antibiótico y mejora de manera parcial. Sin

embargo, aún persistía el nódulo, razón por la cual es remitido a urgencias para valorar, sin tratamiento crónico. Niega antecedentes personales de importancia. Antecedentes familiares: Padre con HTA controlada y madre con cáncer de mama desde hace 10 años.

Al examen físico: Aparente regular estado general, posición antálgica en decúbito lateral.

Funciones vitales: PA: 130/85 FC: 60, FR :15 T: 36.5 °C. Piel: Tibia, húmeda, elástica, no edemas, no palidez. Llenado capilar menor a 2 segundos. Abdomen: Blando y depresible. RHA presentes, no masas, no visceromegalia. SNC: despierto y conectado con su entorno, escala de Glasgow (EG) de 15/15 puntos.

Genitourinario (GU): Puntos renoureterales y puño percusión lumbar negativa. Teste derecho aumentado de tamaño, irregular, con múltiples nódulos duros en su superficie.

Exámenes auxiliares: Hormonas como BHCG <5 mUI/ml, marcadores tumorales como Alfa-feto proteína 2.3 ng/mL, se le toma una ecografía de escroto donde el teste izquierdo se encuentra de aspecto normal y el derecho es voluminoso con contenido en su mayoría por varias lesiones tumorales vascularizadas, de origen neoplásico. Por lo cual se le realiza una biopsia: seminoma, el cual es de 7 cm, que infiltra a la albugínea, la rete testis, el epidídimo y los vasos en la inserción del cordón espermático en el testículo. Bordes quirúrgicos se encuentran libres.

Diagnóstico de seminoma de testículo derecho.

Tratamiento: Orquiectomía radical derecha vía inguinal más colocación de prótesis testicular.

PAPILOMA INTRADUCTAL CON HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

Relato de la enfermedad: Paciente mujer de 50 años, natural y procedente de Lima. Antecedentes personales: Mastopatía fibroquística desde los 28 años; cirugía de mama derecha 2018 (AP: benigno), Intervención en mama izquierda 2014 estereotaxia quiste benigno. Alergias: celecoxib, niega hábitos nocivos, transfusiones y medicaciones previas. Antecedentes: familiares: madre con cáncer de vejiga (fallecida). Acude por estudio ecográfico (11.01.20) donde se evidencia cambios postquirúrgicos en ambas mamas, quistes simples en ambas mamas, fibroadenomas en mama izquierda

BIRADS 4-A" + estudio mamográfico (11.01.20) realizado en OI "microcalcificaciones groseras heterogéneas en cuadrante superior externo de la mama izquierda las cuales han incrementado respecto a estudio previo de fecha 18/01/2018 + clip metálico en cuadrante inferior externo de la mama izquierda + microcalcificaciones puntiformes redondeadas dispersas en ambas mamas", se realiza un segundo estudio mamográfico realizado en OI (14/01/2020) que informa: "Múltiples microcalcificaciones agrupadas de distribución lineal finas pleomorfas y algunas lineales ramificadas sospechosas de cáncer en región retroareolar izquierda, Birads 4C" Con estos resultados acude al INEN el 20.01.2020, examen físico no contributivo. Ingresa con disposición de Resección de microcalcificaciones guiadas por arpón. Paciente cursa con hospitalización sin mayores interurrencias, tolera procedimiento quirúrgico y se encuentra en condiciones de alta. Con frecuentes y amplios ejes conectivo vasculares, con fenómenos de hialinización y frecuentes calcificaciones, algunas de tipo psamoma. Existen, áreas extensas de proliferación sólida, donde se identifican, micro quistes con contenido mucoide. Las células de esta zona, son de núcleos agrandados, de nucleolo visible y citoplasma claro; observándose, aisladas figuras de mitosis Al examen físico: PA: 110/70 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 18 rpm, 37.0°C y SatO2: 98%. Paciente en aparente regular estado general, ventilando espontáneamente, afebril. Piel se encuentra tibia, elástica, llenado capilar <2". Abdomen presenta RHA, blando, depresible, no dolor a la palpación, no signos peritoneales. SNC: despierta y ubicada en tiempo y espacio con EG de 15/15 puntos, no signos de focalización.

Exámenes auxiliares: se le solicita biopsia donde hay impresión de proliferación intraductal, caracterizado por un patrón sólido y fenestrado, predominando en otras el componente papilar; con frecuentes y amplios ejes conectivo vasculares, con fenómenos de hialinización y frecuentes calcificaciones, algunas de tipo psamoma. Hay áreas extensas de proliferación sólida, donde se identifican micro quistes con contenido mucoide. Las células de esta zona, son de núcleos agrandados, de nucleolo visible y citoplasma claro. La lesión, se confina en la luz del conducto, sin signos de infiltración del estroma fibroadiposo.

Diagnóstico de papiloma intraductal con hiperplasia ductal atípica.

Procedimiento que se le llegó a realizar: Resección de microcalcificaciones de la mama izquierda guiada por arpón, tratamiento de extirpación del Papiloma.

1.4 Rotación de Medicina Oncológica

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

Relato de la enfermedad: Paciente varón de 26 años, natural de Chiclayo y procedente de Lima, sin antecedentes oncológicos familiares, sin antecedentes personales, sin antecedentes quirúrgicos, niega alergias medicamentosas. Refiere que desde hace 1 mes presenta sensación de falta de aire y tos seca, razón por la que acudió al INEN donde le realizan tomografías en las que se evidencia una tumoración mediastinal, además de derrame pleural derecho al cual le realizan drenaje.

Al examen físico presenta PA 120/80, FC 82 lpm, 37°C, FR 20 rpm, SatO₂: 99%, 59.7Kg, 1.66 m. Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-+++, LLC < 2seg. Ganglios linfáticos: no se palpan adenopatías. Abdomen convexo, RHA presentes, blando, distendido, no doloroso a la palpación y no se palpan masas. SNC: Despierto, EG de 15/15 puntos, no signos de focalización.

Le realizan biopsia pleural (05.02.2021) validada en INEN como: Muestra escasa constituida por tejido de aspecto neoplásico, recomiendan biopsia quirúrgica, con KI 67: 95%. Es referido a nuestra institución donde se le realiza TEM ya descrita. Debido a hallazgos se realiza drenaje (14.02.2021) de derrame pleural izquierdo y pericárdico, así como biopsia de tumoración mediastinal, con AP: neoplasia maligna de células redondas compatible con linfoma no hodgkin. Inmunohistoquímica (27.02.2021): CD3 (+), CD4 (+), CD8 (+), TDT (+), ki67 índice al 100%. Se realiza estadiaje con aspirado de médula (2.03. 2021) más biopsia de hueso donde no se observa infiltración medular. Se hospitaliza para continuar con estudios e inicio de QT. Inició 1° HYPERCVAD BLOQUE A el 08.12.20, seguidamente se le inició 1° HYPERCVAD BLOQUE B el 21.01.20, durante hospitalización curso con Meningoencefalitis, Enteritis neutropénica, Derrame pericárdico y pleural drenado, con buena evolución clínica se da de alta el día (25.03.2021)

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON DIFERENCIACIÓN MIELOMONOCÍTICA

Relato de enfermedad: Paciente mujer de 28 años natural y procedente de San Martín, con antecedentes oncológicos familiares, tía con cáncer, sin antecedentes oncológicos personales. Portadora de leucemia mieloide aguda con diferenciación mielomonocítica, diagnosticada bajo los siguientes criterios: Clínico: tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por astenia, cansancio, SAT y disnea. Acude a OI donde se le realizó hemograma completo donde se encuentra: Hb 6.7, Leu: 15.1 (49% blastos), Pla: 22, Cr: 70, DHL: 282, lo cual evidencia anemia y blastos en sangre periférica. Recibió soporte transfusional, antibioticoterapia, y se realizó mielograma con presencia de 58% blastos. Por esa razón acuda al INEN por consultorio externo, y se refiere a EMG por síntomas respiratorios, se le realiza prueba SARS COV 2 (11.03.21) con resultado positivo, sube a hospitalización de área COVID 19. Se realiza AMO + CF (15.03.21): leucemia mieloide aguda con diferenciación mielomonocítica. Se inició QT de inducción 3+7 (17.03.21) curso con deposiciones líquidas por lo que recibe piperacilina - tazobactam y metronidazol además de plaquetopenia refractaria. Paciente es evaluada por infectología que realiza PCR SARS COV2 negativo (28.03.21) por lo que pasa a hospitalización común.

Imágenes:

- TEM TORAX (11.03.21): Atelectasias laminares basales derechas
- TEM ABDOMEN (11.03.21) hepatoesplenomegalia

Al examen físico presenta FR:20 rpm, PA:105/67 mm/Hg, FC: 56 lpm, T°: 37.1°C y SatO2: 99%. Piel y Mucosas: Tibia, elástica, palidez +/+++ con llenado capilar <2 segundos, no presenta adenopatías periféricas. En tórax el murmullo vesicular (MV) audible en ambos hemitórax y disminuido en bases. SNC: Despierto, no focaliza, no déficit motor ni sensitivo, reflejos osteotendinosos (ROT) presentes. El resto del examen sin signos de importancia.

Diagnósticos: leucemia mieloide aguda con diferenciación mielomonocítica/
Enteritis en resolución/ Plaquetopenia IV refractaria.

Disposición: SS. 4 perfil, continuar con quimioterapia.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Categoría y competencia institucional

El Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra registrado en ele
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS, establecimiento

de salud sin población específica, razón social Instituto Nacional Materno Perinatal, nivel III-2 de referencia nacional para el área de Gineco-Obstetricia y Neonatología a través de la Resolución Administrativa N° 1473-15-DESP-DISA II-LS. El grupo atendido son s mujeres en edad reproductiva y no reproductiva, la gestante y el neonato de alto riesgo de nuestro país. (11)

Ubicación y tamaño de la institución

El Instituto Nacional Materno Perinatal, se encuentra ubicado en Jr. Santa Rosa N° 940 esquina Jr. Huanta N° 927 esquina Jr. Cusco N° 905, 927 esquina Jr. cangallo N°550, Barrios Altos,

Los pacientes que acuden aquí, lo hacen por medio del servicio de Emergencia y Consultorios Externo, para un manejo especializado de casos en el área Materno - Perinatal, es decir, recibe casos de todos los distritos de Lima y de las regiones del país. La población femenina que suele atenderse ahí es en su mayoría joven, aproximadamente entre 20 a 34 años. El distrito de donde proceden el 25.9% es de San Juan de Lurigancho. (12)

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEOPLÁSICAS

Categoría y competencia institucional

El instituto nacional de ciencias neoplásicas (INEN) esta clasificado en la categoría III-2, con una gran eficiencia y alta especialización en el manejo de la prevención y tratamiento del cáncer en el país. Además, de contar con recursos humanos especializados y tecnología de última generación al servicio de la población peruana (13). El INEN recibe un promedio de 16 mil pacientes nuevos y atiende unos 54 mil pacientes entre nuevos y continuadores anualmente (13).

Ubicación y tamaño de la institución

Av. Angamos Este 2520, Surquillo 15038. El INEN cuenta con un permanente crecimiento de su capacidad resolutive para afrontar las dificultades de su especialidad (14).

Referencia y contrarreferencias

CONTEXTO COVID

Para la atención de pacientes COVID 19, el INEN prioriza a las unidades de Emergencia, Cuidados Intensivos, Áreas de expansión y aislamiento, como el triaje diferenciado. Y en caso se requiera de adecuar la infraestructura estará a cargo de la OIMS del INEN (15)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Categoría y competencia institucional

El INSN tiene un, equipamiento y tecnología que han sido renovados constantemente con los años para poder brindar una adecuada atención a los pequeños que llegan de diferentes ciudades del territorio nacional. Prueba de ello es la reducción de la tasa de mortalidad de sus pacientes; de un 30 por ciento en 1930 a 2.9 por ciento en la reciente década, gracias al esfuerzo de todos aquellos que durante este proceso han aportado con su sapiencia y voluntad. Hoy el INSN (Breña) atiende cada día alrededor de 1400 casos por consulta externa y está preparado para recibir a cerca de 400 niños y adolescentes en sus áreas de hospitalización. El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja es el primer instituto especializado en recibir la categoría III-2, el máximo nivel que alcanza un establecimiento de salud pública del Ministerio de Salud en el ámbito nacional. La actual gestión ha puesto énfasis en la capacitación de los trabajadores y a través del Plan de Desarrollo de Personas, lidera en número la cantidad de personal que han recibido cursos, talleres, seminarios y realizado pasantías en el país y el extranjero (16).

Ubicación y tamaño de la institución

El Instituto Nacional de Salud del Niño, pertenece a la Disa II Lima Sur, que se encuentra en la provincia de Lima. Tiene la capacidad de atender en 35 especialidades médicas a la población de Lima Metropolitana y aquellos que, desde los lugares más lejanos del Perú, y que debido a que no cuentan con recursos económicos, son alojados en el albergue del hospital. Además, gracias a benefactores se apoya a los pacientes que más lo necesitan (17).

Referencias y contrarreferencias

El Servicio de Referencia y Contra Referencia forma parte del proceso de derivación de población pediátrica con patologías compleja hacia el Instituto Nacional de Salud del Niño INSN SB. Se procura coordinar de manera adecuada con el equipo de Cirujanos y Pediatras para así garantizar un resultado óptimo en beneficio de la salud de los niños (18).

La pandemia por COVID-19 ha ocasionado diversos cambios en la sociedad, y el aspecto académico no ha sido la excepción. A nivel mundial, en un inicio las universidades de medicina se formularon diversas formas de continuar con

las clases, tanto en el pregrado como en el internado médico y la que optaron como mejor medida en su inicio y debido a todo el contexto fue la virtualización parcial de su malla curricular, con la idea de que los internos de medicina si tengan sus prácticas hospitalarias, pero el proceso para esto tuvo su demora y la fecha de retorno se alargó por meses. Esto ocasionó mucho discomfort e incomodidad por parte de los estudiantes. La razón es que si bien hay ciertos cursos de la carrera que pueden virtualizarse, la práctica es fundamental para el desempeño como médico general, es decir, el saber realizar un adecuado y detallado examen físico, el poder aprender y hacer procedimientos básicos que todo médico general debe saber, esto lamentablemente solo pueden ser aprendidos correctamente junto con el paciente y en el ámbito hospitalario. y en un año tan importante como el internado médico, último año y donde se consolida todo el aprendizaje como ya se mencionó, esta virtualización lo dificulta a grandes rasgos. Después de meses de incertidumbre, de tantos pronunciamientos que no quedaban en algo conciso, el 15 de agosto pasado del 2020, se promulgó el Decreto de Urgencia N° 090-2020, donde se estableció la reanudación de actividades del internado como medida por la gran carencia de recursos humanos frente a la pandemia, implantando derechos temporales como un pago no menor a la remuneración mínima vital de 930 soles, equipo de protección personal (EPP), seguro de salud y vida.

Estos derechos se aplicarán mientras dure la emergencia sanitaria, no obstante, hasta este entonces el personal de salud en general, incluyendo también internos de medicina, sufre de escasez de EPP, no hay remuneración en la mayoría de los casos.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Gineco Obstetricia

PREECLAMPSIA

Para el manejo de preeclampsia, se requiere inmediatamente evaluar el estado de salud tanto de la gestante como del feto. En la gestante es fundamental un examen físico de las funciones neurológica, respiratoria y cardiovascular. Además, que también será necesario evaluar el perfil hematológico, perfil renal (urea, creatinina y ácido úrico) y el perfil hepático hepática (transaminasas y lactato deshidrogenasa). Se evaluará también el bienestar fetal con las pruebas no estresante o estresante, y estudio Doppler de las arterias umbilical y uterina. La gestante con preeclampsia con signos de severidad o eclampsia requiere una hospitalizarse de manera inmediata, con el fin de controlar la hipertensión arterial y evitar posteriores convulsiones o sus recidivas, tener una correcta oxigenación arterial para evitar cualquier complicación que se presente (19).

Las gestantes con diagnóstico de preeclampsia o eclampsia deben ser hospitalizadas en un establecimiento de segundo nivel de atención y de categoría II-2 o III, que disponga de una unidad de cuidados intensivos materna y banco de sangre. En su hospitalización, se le monitorizará la presión arterial cada 4 horas, y también la diuresis. Se realizará el control bioquímico y hematológico, proteinuria cualitativa diaria, control diario de

peso, balance de líquidos administrados y eliminados, perfil hepático (enzimas hepáticas) diario o más seguido, de ser necesario. Prevención de Convulsiones: Sulfato de Magnesio (20 % 10 ml: 4 gr EV diluido en Volutrol 100 mL: pasar en 10 - 20 minutos. Luego 1 a 2gr cada hora, ajustando la dosis en función de los controles, mantenerlo por lo menos 24 horas post parto. Dosis máxima: 40gr en 24 horas.

El tratamiento definitivo de la preeclampsia es culminar la gestación. Si la gestante tiene 37 semanas o más, se debe culminar la gestación por vía vaginal o por cesárea (1,17-21). Si la gestante tiene menos de 37 semanas y no hay algún grado de afectación materna o fetal, se puede tener una conducta expectante, continuando con una estricta vigilancia materna y fetal (19).

EMBARAZO PROLONGADO

Embarazo prolongado es aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea (294 días o más). Su etiología más común es que suele haber un error en determinar el tiempo real de gestación; si la fecha de última menstruación normal es conocida los factores hormonales, mecánicos y fetales han sido relacionados con su génesis. Donde los factores de riesgo son los antecedentes de embarazo prolongado, primigravidez, herencia y sobrepeso materno. Respecto al manejo, debido a sus complicaciones del embarazo prolongado como hipoxia fetal, macrosomía fetal, dentro de sus principales, todo embarazo mayor a 41 semanas debe hospitalizarse para evaluar bienestar fetal y terminar gestación (20).

Si las pruebas indican que existe un buen estado fetal, se realiza el parto vaginal, valorando siempre el puntaje de BISHOP para decidir si se da maduración cervical antes de inducir el parto. Si las pruebas de bienestar fetal indican algún daño fetal después de 2 inducciones fallidas no hay un buen avance del trabajo de parto, se decidirá culminar la gestación por cesárea.

3.2 Rotación de Pediatría y Neonatología

DIARREA AGUDA CON DESHIDRATACIÓN MODERADA

Respecto al manejo el principal objetivo terapéutico de este proceso es la corrección de la deshidratación y cuando el paciente ya esté compensado, la recuperación nutricional. Con respecto a la hidratación, siempre será la

mejor opción vía oral, pero también dependiendo del grado de deshidratación y alguna otra complicación del paciente se le hidratará por vía parenteral (21, 22).

Contraindicaciones de una rehidratación oral:

- Deshidratación grave
- Shock hipovolémico
- Trastorno del sensorio
- Íleo paralítico
- Pérdidas fecales > 10 ml/kg

La rehidratación se realiza durante 4 horas y a veces en casos especiales se debe valorar clínicamente transcurrido ese tiempo.

- Deshidratación leve: 30-50 ml/kg durante 4 horas + pérdidas mantenidas (10 ml/kg por deposición líquida).
- Deshidratación moderada: 75-100 ml/kg durante 4 h + pérdidas (reposición déficit + pérdidas mantenidas).

Con respecto a la alimentación: La lactancia materna, según la evidencia científica se establece que esta debe de mantenerla, sin ningún tipo de restricción en los niños con diarrea aguda. La buena tolerancia es debida a varias razones, entre ellas una menor osmolaridad y un mayor contenido en enzimas que la leche de vaca y el aportar factores hormonales y antimicrobianos (21, 22).

ICTERICIA PATOLOGÍA POR INCOMPATIBILIDAD RH

Ictericia, es la coloración amarillenta de piel y mucosas causada por hiperbilirrubinemia. En el recién nacido a término la progresión clínica de la ictericia es céfalo caudal incrementándose de acuerdo a los niveles séricos de la bilirrubina (22).

En el año 2004, la Academia Americana de Pediatría establece nomogramas predictivos de bilirrubinemia que están basados en el dosaje sérico de bilirrubina según las horas de vida en los recién nacidos con ≥ 35 semanas de vida. Entonces el riesgo de presentar posteriormente hiperbilirrubinemia se divide en 3 niveles: riesgo alto (\geq percentil 95), riesgo intermedio (percentil 40-95) y riesgo bajo ($<$ percentil 40) (A). El manejo tiene que ser básicamente preventivo, es decir poder reconocer los factores de riesgo, entre ellos, destacan: lactancia materna exclusiva ya sea déficit o un aumento de esta, edad gestacional < 38 semana ictericia significativa en hijo previo y presencia de ictericia al alta. Promover una lactancia materna exclusiva a libre demanda mínimo cada 2 horas, de 8 a 12 veces al día, bajo supervisión del personal de salud para aplicación de técnica adecuada. Para el manejo se debe seguir las indicaciones de los nomogramas de tratamiento de hiperbilirrubinemia, según las indicaciones de la Academia Americana de Pediatría para el recién nacido mayor de 35 semanas y según la revisión de NICE y de la Academia Americana de Pediatría para el menor de 35 semanas (23) (B).

La fototerapia (FT) se produce por una isomerización estructural que se da por el efecto de la absorción de la luz por parte de la bilirrubina y su transformación a lumirrubina con su siguiente excreción (23).

3.3 Rotación de Cirugía Oncológica

SEMINOMA DE TESTÍCULO DERECHO

El seminoma tiene una tasa de curación de más de 95%. Las Guías Europeas recomiendan informar al paciente de todas las opciones de tratamiento disponibles, y que estas incluyan la vigilancia o la quimioterapia adyuvante después de la orquiectomía con las tasas de recurrencia específicas y los efectos secundarios, tanto a corto como a largo plazo. El tratamiento adyuvante en pacientes no es útil en pacientes de muy bajo riesgo (24).

El tratamiento consiste en una orquiectomía inguinal radical y posteriormente una vigilancia exhaustiva (con análisis de sangre y pruebas de imagen periódicas) (24).

PAPILOMA INTRADUCTAL CON HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

Un carcinoma ductal in situ (DCIS) es aquel en el que las células que revisten a los conductos galactóforos se han convertido en cancerosas, pero no se han propagado al tejido mamario circundante. En otras palabras, no ha atravesado la membrana basal, eso es un carcinoma in situ (25).

En la cirugía donde se conserva la mama, se extirpa el tumor y una pequeña cantidad de tejido mamario sano que está en su alrededor. Aquí la extirpación de ganglios linfáticos no es siempre se hace de manera obligatoria, pero si se considera que la zona de DCIS también puede contener cáncer invasivo. Las probabilidades de esto dependen del tamaño del tumor y la velocidad del tiempo en la que crece el cáncer. Si se extirpan los ganglios linfáticos, en la mayoría de los casos se realiza como una biopsia de ganglio linfático centinela (26).

3.4 Rotación Medicina Oncológica

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

Tratamiento propuesto: Esquemas de poliquimioterapia con o sin radioterapia. Estratificando en grupos de riesgo mencionados. El grupo internacional BFM (I-BFM-SG) ha desarrollado varios estudios clínicos exitosos, todos derivados del BFM original. En su estudio ALL IC -BMF 2002 evaluó el grado de respuesta morfológica en SP al día 8, la MO al día 15 y 33 que resultaron útiles para el ajuste de la intensidad del tratamiento (27).

Recomendaciones previas al inicio de tratamiento de quimioterapia: Evaluar compromiso extramedular, además del SNC, como mediastino, compromiso testicular o adenopatías voluminosas, ya que las mismas deben estar en remisión en la evaluación de respuesta del mes de tratamiento, para considerarse en el riesgo determinado ©.

Los pacientes con LLA deben recibir profilaxis del SNC con medicación intratecal y/o terapia sistémica con metotrexato. De esta manera, con esta profilaxis, se ha podido eliminar en la mayoría de los casos la radioterapia como parte de la profilaxis. Tratamiento del SNC: Medicación intratecal (triple intratecal TIT) + quimioterapia sistémica con altas dosis (MTX-Ara C) +

radioterapia. TIT: Metotrexato 15 mg Citarabina 36 mg Dexametasona 4 mg (27).

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON DIFERENCIACIÓN MIELOMONOCÍTICA

La LMA en ocasiones se diagnóstica por alta cantidad de células leucémicas, generando daños en diferentes órganos blancos. Este síndrome se llama leucos tasis y en la mayoría de casos se necesita de la quimioterapia para reducir el numero de células anormales en la sangre de forma mas rápida (28, 29, 30).

La leucoféresis es un procedimiento en la que se debe extraer los glóbulos rojos del paciente por medio de un separador celular, Para eso se necesita de dos vías intravenosas (IV), una para extraer la sangre y la otra para devolver, es en circuito cerrado. El efecto es solamente a corto plazo, pero suele bastar hasta que la quimioterapia comience a hacer efecto.

Por norma general, el tratamiento de la LMA se compone de dos fases:

- Tratamiento de inducción de la remisión: Se encarga de destruir las células leucémicas de la sangre y de la médula ósea, hasta que se haya recuperado la composición celular normal de la sangre y médula ósea y desaparezcan los síntomas que ocasionaron la leucemia. Lo ideal sería alcanzar la remisión completa con un ciclo de quimioterapia de inducción. Sin embargo, al inicio la respuesta es de carácter parcial, así que se permite dar un segundo ciclo idéntico para conseguir la remisión completa.
- Tratamiento post-remisión: Donde el objetivo es tratar de destruir cualquier rezago de células leucémicas después de la remisión, ya que no siempre son visibles Hay tres modalidades de tratamiento post-remisión. La consolidación de la remisión es utilizar los ciclos de tratamiento similares en su composición e intensidad de quimioterapia a los ciclos de inducción. La intensificación consiste en usar ciclos de tratamiento más fuertes que los de la inducción. Los ciclos de mantenimiento son menos pesados y se dan después de finalizar la consolidación. (28, 29, 30).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Realizar el internado médico de por sí es una gran experiencia que marca a todos los médicos, es el año de mayor aprendizaje y donde más cercanía se tiene de hacer, pensar y decidir como uno. Pero vivir esta etapa en medio de una pandemia y una gran crisis nacional, es todo un desafío, con más limitaciones, y un ambiente más inseguro para todo el personal de salud, por el miedo a contagiarse, sumado a que no hay la suficiente cantidad de equipos de protección para todos.

Sin embargo, esta experiencia nos ha fortalecido en la manera que , hemos aprendido a seguir por sobre todas las cosas con nuestro aprendizaje ya sea de manera virtual, en los hospitales y/o centros de salud, pero principalmente nos ha llevado a acercarnos y a aprender a ser más humanizados, a saber cómo trabajo en equipo en tiempos donde hay muy poco personal de salud, a convivir con, incertidumbre, el miedo, el fin de vida, temas de los cuales en muchas ocasiones son dejados de lado dada la necesidad de cubrir un amplio abanico de conocimientos técnicos. Se considera que durante todo este tiempo de internado se ha podido lograr un nivel de conocimientos adecuado y concordante con lo que hoy en la actualidad se espera de un médico general, pero, además, egresaremos con la experiencia y quizás ventaja de haber vivido y aprendido en carne propia de esta crisis sanitaria.

CONCLUSIONES

- La pandemia del COVID-19 constituye hasta la actualidad una urgencia de salud pública sin precedentes, llegó a Latinoamérica, primero a Brasil, luego a Ecuador; los primeros casos en Perú fueron registrados desde el 06 de marzo de 2020.
- La respuesta del estado fue rápida, se decretó estado de emergencia nacional y aislamiento social obligatorio, al principio por 14 días,
- Sin embargo, las consecuencias negativas de COVID-19 fueron de gran impacto, y en todos los aspectos, pero sobre todo afecto en el sistema de salud del país.
- La educación universitaria, escolar y otros tuvo que realizarse de manera virtual, afectando de esta forma el aprendizaje de los estudiantes, en este caso de los estudiantes de medicina.
- El internado médico, la última etapa de todo estudiante de medicina, se vio obligado a suspenderse, con muchos meses de espera, llenos de incertidumbre y dudas, pues ninguna universidad estaría preparada para como reorganizar a sus estudiantes en una pandemia, donde los hospitales estarían colapsados y el personal de salud sin contar con la protección adecuada.
- La reorganización fue diferente para cada alumno, de acuerdo a la situación de sus hospitales que habían sido asignados al inicio, algunos tuvieron que continuar su internado en centros de salud, y otros si pudieron continuar en su hospital
- Vivir un internado médico en pandemia fue todo un desafío, tanto por la parte académica como por la parte emocional, el miedo, la incertidumbre, la preocupación y a la vez tratar de aprovechar el tiempo

RECOMENDACIONES

De las conclusiones mencionadas, se recomienda que las universidades tengan una buena organización para poder proteger bien a sus estudiantes de la salud ante situaciones tan difíciles como la que vivimos actualmente, pero eso va de la mano con las principales autoridades en este contexto, que vendrían a ser parte del Ministerio de Salud, este debe velar por una adecuada protección y un buen seguro de vida a cada interno del sector salud.

FUENTES DE INFORMACION

1. Herrera-Añazco P, Toro-Huamanchumo CJ. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta médica Perú. 2020;37(2):169–75.
2. Abreu-Hernández LF, León-Bórquez R, García-Gutiérrez JF, Abreu-Hernández LF, León-Bórquez R, García-Gutiérrez JF. Pandemia de COVID-19 y educación médica en Latinoamérica. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica. 2020;23(5):237-42.
3. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):504–9
4. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Gob.pe. [citado el 23 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/mision-y-vision/1415392243>
5. Institucional/Reseña Histórica | Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/institucional/resena-historica>
6. Reseña Histórica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. Sld.pe. [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
7. Maguiña Vargas C. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. Acta médica Perú. 2020;37(1):8–10

8. Perú: Desafíos del desarrollo en el post COVID-19 | Publications [Internet]. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Peru-Desafios-del-desarrollo-en-el-post-COVID-19.pdf>
9. Perú Panorama general [Internet]. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>
10. Informa G. El internado en ciencias de la salud como modalidad formativa laboral y el Decreto de Urgencia No. 090-2020 [Internet]. Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THĒMIS. 2020 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.enfoquederecho.com/2020/09/14/el-internado-en-ciencias-de-la-salud-como-modalidad-formativa-laboral-y-el-decreto-de-urgencia-no-090-2020/>
11. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/inmp-es-asignado-como-establecimiento-de-salud-nivel-iii-2>
12. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/mapa-de-ubicacion-del-inmp/1460998154>
13. INEN obtiene máxima categorización en nivel de atención que otorga el Ministerio de Salud Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. Sld.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/inen-obtiene-maxima-categorizacion-en-nivel-de-atencion-que-otorga-el-ministerio-de-salud/>
14. Ubicación del INEN Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. Sld.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/ubicacion-del-inen/>
15. Resolución jefatural – INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS 040-2021J/INEN. [citado el 25 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/02/RJ-040-2021-J-INEN.pdf>
16. El INSN San Borja es el primer instituto especializado III-2 del Minsa [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/49392-el-insn-san-borja-es-el-primer-instituto-especializado-iii-2-del-minsa>

17. Ejecución: DY, de Investigación Epidemiológica Y Análisis Situacional de ODEE/. U. Información para la Toma de Decisiones en Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1887.pdf>
18. Referencia y Contra Referencia [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/referencia-y-contra-referencia/>
19. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev Perú gineco obstet. 2014;60(4):385–94.
20. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [citado el 29 de abril de 2021]. Disponible en: lgssgt.org
21. Inostroza GIA. sintesis.med.uchile.cl - Síndrome Diarreico Agudo [Internet]. Uchile.cl. [cited 2021 May 1]. Available from: <http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-pediatria/102-revision/r-pediatria-y-cirugia-infantil/1738-diarrea-aguda-3>
22. Riechmann ER, Torres JB, Rodríguez MJL. Diarrea aguda [Internet]. Aeped.es. [citado el 23 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf
23. Ictericia neonatal [Internet]. [Pediatriaintegral.es](http://pediatriaintegral.es). [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/ictericia-neonatal-2/>
24. Moraes M, Bustos R. Ictericia grave en el recién nacido sano. Arch Pediatr Urug. 2004;75(2):139–41.
25. Cáncer de testículo: tratamiento [Internet]. Aecc.es. [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-testiculo/tratamientos>
26. Carcinoma ductal in situ [Internet]. Cancer.org. [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/carcinoma-ductal-in-situ.html>

27. Tratamiento del carcinoma ductal in situ [Internet]. Cancer.org. [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa/tratamiento-del-carcinoma-ductal-in-situ.html>
28. Leucemias agudas [Internet]. Leucemias agudas. 2021 [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://sah.org.ar/docs/2017/006-Leucemias%20Agudas.pdf>
29. Tratamiento típico para la mayoría de los tipos de leucemia mieloide aguda (excepto APL) [Internet]. Cancer.org. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/tratamiento/tratamiento-tipico-de-la-leucemia-mieloide-aguda.html>
30. Leyto-Cruz F. Leucemia mieloide aguda. Rev. Hematol Mex. 2018 ene;19(1):24-40.

ANEXOS

ANEXO N°1

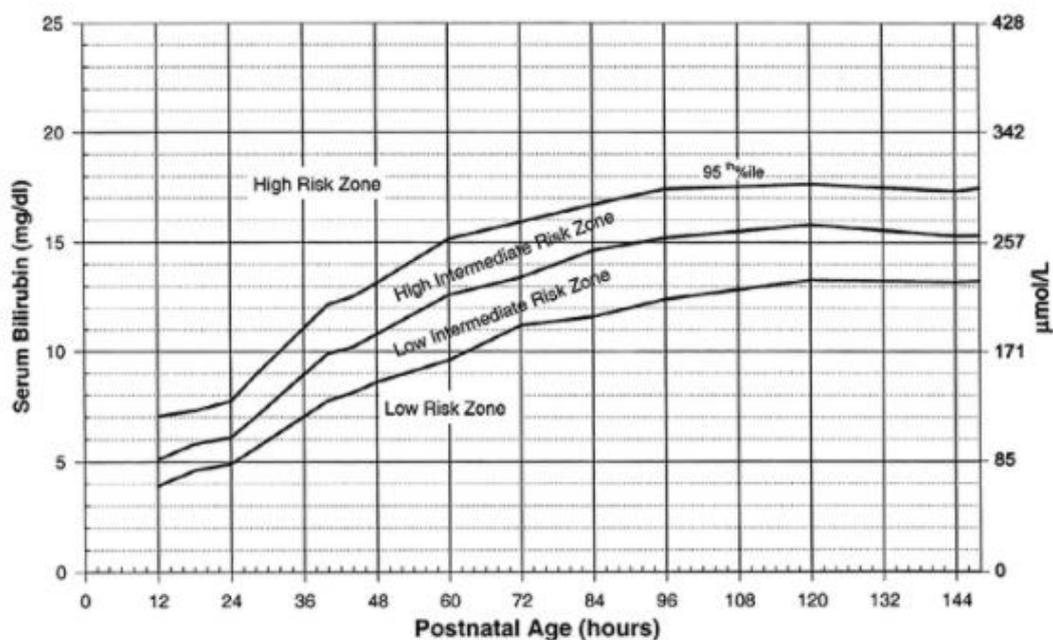


Figura 2. Nomograma de riesgo de hiperbilirrubinemia para RN ≥ 35 semanas de edad gestacional, según valores de Bb sérica específicos de cada hora (según *Guía Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría, Pediatrics, 2004*).

Fuente: Guía Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría

ANEXON°2

Tabla 1. Fototerapia para RN menores de 35 semanas (según NICE clinical guideline 2010)

<i>Edad gestacional (semanas)</i>	<i>Bb sérica total (mg/dl)</i>
< 28 0/7	5-6
28 0/7-29 6/7	6-8
30 0/7-31 6/7	8-10
32 0/7-33 6/7	10-12
34 0/7-34 6/7	12-14

Fuente: NICE clinical guideline 2010

ANEXO N°3

HIPERCVAD / ADMTX-ADARA-C:

Alterna 4 ciclos A (impares) y 4 ciclos B (pares)

HiperCVAD Fase A (ciclos 1, 3, 5 y 7)	Dosis	Días
Ciclofosfamida IV (en 3 hs) c/12 hs	300 mg/m ²	1 al 3 (6 dosis)
Doxorrubicina IV	50 mg/m ²	4
Vincristina IV	1.4 mg/m ²	4 y 11
Dexametasona IV o VO	40 mg	1 a 4 y 11 a 14
Mesna IC: inicia 1 h previo a CFM y finaliza no antes de las 6 hs de la última CFM* o	300 mg/m ²	1 a 3
Mesna IC: inicia 1 h previo a CFM y finaliza no antes de las 12 hs de la última CFM** o	600 mg/m ²	1 a 3
Mesna IC x 24 hs,	600 mg/m ²	1 a 3
Peg-asparaginasa IV	2000UI/m ² (Mx 3750)	1±3
MTX - AraC intratecalmg	12 - 100	2±3 - 7±3
Filgrastim SCT o IV 5 mcg/kg día +5 hasta PMN>3000 (actualmente pegfilgrastim)		

Fuente: Cancer.Org