



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PRÁCTICAS MÉDICAS PREPROFESIONALES DESARROLLADAS
EN INSTITUTOS NACIONALES ESPECIALIZADOS NIVEL III-2**

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

MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**KARLA PATRICIA RICHARDSON FLORES
ALFREDO GIANLUCCA RUIZ DE PAZ**

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PRÁCTICAS MÉDICAS PREPROFESIONALES
DESARROLLADAS EN INSTITUTOS NACIONALES
ESPECIALIZADOS NIVEL III-2**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

KARLA PATRICIA RICHARDSON FLORES

ALFREDO GIANLUCCA RUIZ DE PAZ

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Jorge Luis Herrera Quispe

Miembro: M.E. Felipe Santiago Tolentino Valladares

Miembro: M.E. Hugo Ortiz Souza

DEDICATORIA

Pese a los múltiples inconvenientes que se han presentado tanto el año en el año 2020 pasado como en los primeros meses transcurridos de este año 2021 se sigue trabajando por lograr el objetivo inicial de culminar la carrera como médicos cirujanos, de poseer la satisfacción propia como la alegría de nuestros familiares y amigos más cercanos, de demostrar al fin con el título en mano que si se logró el objetivo y así ser elementos positivos para el desarrollo de nuestro país

Alfredo Gianlucca Ruiz de Paz

Todo esto se resumió en ocho años de esfuerzo, de inversión, de sacrificios, de llantos, de alegrías y de miedo constante a fallar. Sin embargo, ahora estando prácticamente a un paso no queda más que agradecer y dedicar todo este último esfuerzo a los que siempre confiaron. Esto es para ustedes Alfredo Ruiz, Betty De Paz, Patricia Flores Andrade y Roberto Richardson. “Los pilares para seguir adelante.”

Karla Patricia Richardson Flores

AGRADECIMIENTOS

Primero, queremos agradecer a Dios por permitir que este momento se dé pese a las dificultades, a la Universidad de San Martín de Porres, alma mater, por brindarnos excelentes plazas de rotación, a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos, materiales de aprendizaje y sobre todo por ayudar a discernir cómo ser y como no ser en un futuro como médico asistente. De todas las malas situaciones siempre debemos rescatar lo bueno, lo que nos será útil, que a pesar de tener todo en contra, incluso el tiempo, solo debemos superarnos y seguir adelante. A los distintos asistentes y residentes que estuvieron para ayudarnos, enseñarnos, guiarnos y mostrarnos la verdadera cara de un hospital o instituto. Sin su apoyo y amistad esta corta etapa de internado médico que hemos vivido no hubiera estado completa. Agradecemos también a nuestros padres y hermanos por haber tenido tanta paciencia y apoyo moral que han aportado en un alto porcentaje a seguir adelante en esta carrera tan demandante.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	i
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1. Medicina Interna	7
1.1. Caso clínico 1	7
1.2. Caso clínico 2	9
1.3. Caso clínico 3	11
1.4. Caso clínico 4	12
2. Cirugía	14
2.1. Caso clínico 1	14
2.2. Caso clínico 2	15
2.3. Caso clínico 3	16
2.4. Caso clínico 4	17
3. Ginecobstetricia	18
3.1. Caso clínico 1	18
3.2. Caso clínico 2	19
3.3. Caso clínico 3	21
3.4. Caso clínico 4	22
4. Pediatría	23
4.1. Caso clínico 1	23
4.2. Caso clínico 2	24
4.3. Caso clínico 3	26
4.4. Caso clínico 4	27

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	30
2.1 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	30
2.2 Instituto Nacional de Salud del Niño	30
2.3 Instituto Nacional Materno Perinatal	31
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	33
3.1 Rotación de Cirugía	33
3.2 Rotación de Medicina Interna	34
3.3 Rotación de Pediatría	35
3.4 Rotación de Ginecobstetricia	35
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	37
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
FUENTES DE INFORMACIÓN	42

RESUMEN

Introducción: El internado médico es una de las etapas más importantes a lo largo del desarrollo del estudiante de medicina, si no es la más importante. En el presente último año está compuesta por rotaciones de cuatro especialidades: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia, pilares básicos para la formación óptima del médico general, para un correcto desenvolvimiento durante el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS). Debido a la coyuntura actual tras la pandemia SARS-CoV-2 los cambios han sido significativos, sin embargo, el objetivo sigue siendo el mismo. **Objetivo:** del presente trabajo es describir, comparar y sustentar las competencias desarrolladas durante el internado médico antes y después de la pandemia. a la vez describiendo las dificultades y lineamientos actuales para la reincorporación de los internos a los establecimientos de salud. **Conclusión:** el internado médico en contexto de la pandemia presentó limitaciones sin embargo el objetivo de salvaguardar la salud y evitar la sobreexposición del interno se respetó a su totalidad se lograron parcialmente el desarrollo de competencias necesarias para el ejercicio médico.

ABSTRACT

Introduction: The medical internship is one of the most important stages throughout the development of the medical student, if not the most important. In the present last year, it is rotated by four specialties: internal medicine, surgery, pediatrics and gynecology-obstetrics, basic pillars for the optimal training of the general practitioner, for a correct development during the rural and marginal urban health service (SERUMS). Due to the current situation after the SARS-CoV-2 pandemic, the changes have been significant, however, the objective remains the same. Objective: of this work is to describe, compare and support the skills developed during the medical internship before and after the pandemic. at the same time describing the difficulties and current guidelines for the reincorporation of inmates to health facilities. Conclusion: the medical internship in the context of the pandemic presented limitations; however, the objective of safeguarding the health and avoiding overexposure of the inmate was fully respected, the development of the necessary competencies for medical practice was partially achieved.

INTRODUCCIÓN

El internado médico en el Perú es la etapa final en la formación del estudiante de medicina, se puede definir como un proceso de enseñanza de naturaleza asistencial con la finalidad de integrar y consolidar las competencias y conocimientos adquiridas en años previos las cuales son puestas en práctica en una situación real del ejercicio profesional para aplicarlo en el estudio y la atención de los pacientes para el desarrollo de habilidades y destrezas para optar por el título de médico cirujano(1). Esta tiene una duración de 12 meses, la cual consiste en rotar en 4 especialidades médicas como: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología por un tiempo de 3 meses cada una. La universidad a cargo del interno de medicina ofrece cierta variedad y modalidades en la cual le permita adjudicar en diferentes establecimientos de salud en donde realizar sus prácticas pre profesionales: MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y establecimientos privados. La modalidad de internado médico escogida por los autores consiste en un internado rotatorio en 3 institutos MINSA de nivel III-2: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Instituto Nacional de Salud del Niño e Instituto Nacional Materno Perinatal.

A finales del 2019 se identificó una cepa mutante de coronavirus “SARS-CoV-2” como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, una ciudad de la provincia China de Hubei (2). Con el paso de las semanas se fue propagando a numerosos países del mundo, motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró desde marzo del 2020 como pandemia mundial. El 6 de marzo del 2020 se confirmó el primer caso de SARS-CoV-2 en nuestro país (3,4) El 15 de marzo del 2020 el ejecutivo anunció cuarentena nacional para frenar la propagación de la pandemia del SARS-CoV-2, motivo por el cual el internado médico quedó suspendido para salvaguardar la salud e integridad de los estudiantes ante un inminente colapso del sistema de salud. El 3 de agosto del 2020 se publicó en el diario “El Peruano” el DECRETO DE URGENCIA N

090-2020: “Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en la salud para afrontar la pandemia por la COVID-19”, el cual se resume en la reanudación progresiva de actividades de internos ciencias de la salud y financiamiento (5).

El presente informe de suficiencia profesional explica la importancia del internado médico en la formación del estudiante de ciencias de la salud, las dificultades que significó la pandemia del SARS-CoV-2 para el desarrollo de las competencias necesarias para la formación médica, así como las diferencias en el desarrollo del internado médico antes y después de la pandemia, incluyendo los nuevos lineamientos, medidas de bioseguridad como las dificultades en el aprendizaje, examen clínico como acercamiento hacia el paciente.

Se consolidará el conocimiento con la presentación de casos clínicos tipo con las patologías más resaltantes o frecuentes vistas a lo largo de las 4 rotaciones en los establecimientos de salud adjudicados.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: Cirugía y Medicina Interna

Instituto Nacional de Salud del Niño: Pediatría

Instituto Nacional Materno Perinatal: Neonatología y Ginecología - Obstetricia

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de Medicina Humana tiene una duración como estudiante de siete años de los cuales, los tres primeros años se cursan ciencias básicas o preclínicas, posterior a ella tres años de ciencias clínicas donde se inicia el cuarto año con medicina interna y semiología. En el quinto año se cursa especialidades quirúrgicas como Cirugía Abdominal, Traumatología y Ortopedia además de Urología, Otorrinolaringología y Oftalmología. En sexto se año cursó Pediatría, Neonatología y Gineco Obstetricia. Con todas estas especialidades médicas cursadas se tuvo cierta base teórica para lo que procedía, que era el último año, el internado médico. Que es un año de prácticas pre profesionales de naturaleza asistencial en el cual se integran todos los conocimientos de los últimos 6 años para aplicarlos a la práctica y generar así un correcto juicio crítico además de confianza e independencia. Es este último año, el más importante para todos los estudiantes de medicina, debido a que desarrollamos la capacidad y competencias, como aptitudes para desenvolverse como médicos, en marzo del 2020 la OMS declaró pandemia por SARS-CoV-2, el cual el fin del presente mes se promulgó mediante el ejecutivo cuarentena nacional, en la cual el internado médico fue suspendido, posterior a meses se promulgó la reanudación del mismo mediante nuevos lineamientos y restricciones, los cuales se expondrán a continuación.

La rotación de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, antes de la pandemia del SARS-Cov-2 consistía en la rotación en diferentes servicios los cuales son: Cirugía de Tórax, Cirugía de Abdomen, Ortopedia Oncológica, Oftalmología Oncológica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía de Mamas y tejidos blandos y Cirugía Urológica.

Cómo interno de medicina se conoce que la rotación de cirugía iba a ser diferente, debido a que es un instituto especializado en atención oncológica de pacientes, no se verían los casos que menciona el silabus, ya que no se asiste en un hospital general. No se cuenta con una rotación en emergencia debido a que la atención no es de capacidad resolutive de un interno de medicina, las cirugías son de mayor complejidad, por lo tanto, las expectativas iban a ser diferentes. Sin embargo, se esperaba un adecuado conocimiento de pacientes hospitalizados que incluye un adecuado examen físico, historia clínica, preparación de pacientes para sala de operaciones, manejo del dolor, manejo de complicaciones pre y post operatorias, manejo en el centro quirúrgico.

Luego de concluir la rotación se adquirió el aprendizaje y manejo de: elaboración de historias clínicas, examen físico, diagnóstico y manejo de pacientes oncológicos, examen y manejo de pacientes post operados, conocimiento de complicaciones más frecuentes, toma de muestra para exámenes pre operatorios (Análisis de gases arteriales, análisis de orina, cultivos, toma de electrocardiograma), curaciones simples y complejas, colocación de sonda vesical, procedimientos en cirugía menor como exéresis de melanomas, lipomas, drenaje de abscesos y seromas, indicaciones pre operatorias para sala de operaciones, asistencia en cirugías laparoscópicas como cirugías convencionales, cierre de cavidad, asistencia en amputaciones quirúrgicas, manejo de pacientes post sala de operaciones y manejo de complicaciones y dolor de pacientes post operados.

El aprendizaje adquirido su fortaleza se basa en técnica y manejo quirúrgico, sin embargo se reconoce que existe desventajas, deficiencias en diagnóstico, manejo de patologías quirúrgicas más comunes y de menor complejidad como patología pancreática, patología de bazo, patología benigna de estómago, patología benigna de colon, manejo de pie diabético, asistencia en el manejo quirúrgico de colecistitis, hernias inguinales, hernias umbilicales , eventraciones, patología de vías biliares, enfermedad diverticular de colon, politraumatizados.

En la rotación de Medicina Interna en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, post pandemia, consta con dos servicios disponibles para la rotación de los internos de medicina: U.T.M. o 6to piso Oeste y el servicio de

adolescentes en el 3er piso Este. Desde un inicio se sabía que sería una rotación atípica y que las patologías mencionadas en el silabus serían casi improbables de ver en este instituto especializado, además de que por la coyuntura actual no existe una rotación por emergencia tanto para evitar la exposición como por la alta complejidad de los casos. Algunas de las patologías que se observan en ambos servicios son leucemias linfoides aguda, leucemia mieloide aguda, leucemia promielocítica aguda, linfoma Hodgkin y no Hodgkin, linfoma del manto, mieloma múltiple, tanto en pacientes hospitalizados para recibir inducciones o coadyuvancias como pacientes en recaída sistémica que ingresan para estabilizarlos o pacientes quimio refractarios.

Durante la rotación se adquirió el manejo y corrección de medio interno en los pacientes, qué hacer en caso de hipo e hipercalcemia, hipo e híper fosfatemia, hipo e hipercalcemia, hiponatremia y en híper o hipomagnesemia dependiendo de la vía de administración pues muchos pacientes cuentan con catéter venoso central donde la infusión es en 250 cc a diferencia de en vía periférica donde utilizamos 500 cc y en ambos casos se pasan en 6 horas. Todo esto porque existe un estricto control de exámenes de laboratorio, específicamente indicados para cada paciente. Otro conocimiento adquirido es el manejo del dolor ya que al ser un síntoma frecuente en los pacientes oncológicos es necesario saber cómo actuar. Desde el uso de AINES hasta opioides.

Luego de concluir la rotación se aprendió el diagnóstico y manejo inicial del paciente oncológico, el conocimiento de complicaciones frecuentes y sobre todo a cuál es la manera correcta de expresarse y comunicarse tanto con el paciente como con los familiares para evitar de esa manera cualquier compromiso legal.

La rotación de Pediatría en pandemia por el SARS-CoV-2 estuvo compuesta por 15 días de rotación en el Instituto Nacional de Salud del Niño y 15 días posteriores de rotación en Neonatología en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Al acortarse de manera considerable el tiempo de rotación, así como los horarios asistenciales existía cierta incertidumbre sobre qué tan provechosa resultaría esta especialidad.

En el Instituto Nacional de Salud del Niño se advirtió que habría disminución de aforo de pacientes, limitaciones en el examen físico, reducción de plazas para internado, reducción de servicios en el cual se podrá rotar, restricciones al momento de la visita médica, disminución de guardias en emergencia pediátrica, eliminando la rotación en consultorio externo y limitaciones en actividades académicas. Sin embargo, se hizo un esfuerzo por parte de los residentes y el médico asistente para que esta rotación sea la más provechosa posible.

Se esperaba adquirir conocimiento sobre enfermedades frecuentes pediátricas como enfermedades exantemáticas, infecciones gastrointestinales agudas, anemia, convulsiones febriles, infecciones del tracto respiratorio, inmunizaciones, hepatitis, escabiosis, pediculosis, displasia congénita de cadera y neoplasias. También el desarrollo de habilidades en el examen físico pediátrico, elaboración de historias clínicas, conocimiento en cálculo de dosis pediátricas, antropometría pediátrica y procedimientos.

Al momento de la rotación se evidenció una notoria disminución en cantidad de pacientes, control estricto en medidas de bioseguridad, así como limitaciones en actividades académicas las cuales consistían en exposiciones programadas entre internos de medicina y residentes por vía Zoom, como las visitas médicas con aforo limitado, es decir al momento de presentar la paciente sólo está presente el asistente, el residente de primer año y el interno de medicina que evolucionó al paciente. Las guardias diurnas en emergencia de 6h en la cual se atendían a pacientes pediátricos de prioridad IV es decir enfermedades no graves, el cual se realizaba conjuntamente con el residente de primer año. No se tuvo acceso a participar en consultorio externo.

Lo aprendido a lo largo de la rotación en pediatría fue la siguiente: elaboración de historia clínica pediátrica, examen físico pediátrico, manejo de dosis pediátricas, Manejo de malnutrición calórico – proteica, manejo de la anemia en pediatría, neumonía y complicaciones, resfrió común, faringitis estreptocócica, Enfermedad diarreica aguda, infección urinaria, dolor abdominal agudo, síndrome convulsivo, así como maltrato infantil.

En la rotación de Neonatología en el Instituto Materno Perinatal, tiene algunas diferencias con respecto a la rotación de Pediatría en el Instituto Nacional de

Salud del Niño, debido a que no se maneja según aforo, debido a que la cantidad de pacientes dependen del número de parturientas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

No posee consultorio externo, el interno se desenvuelve en servicios como Centro obstétrico para atención inmediata del recién nacido, alojamiento conjunto, el cual son en los pabellones de hospitalización de Ginecología y Obstetricia en la cual el neonato se encuentra junto a la madre hasta que la misma sea dada de alta. Intermedios, este servicio está subdividido en Intermedios 1, 2, 3 y 4 el cual el nivel de complejidad es de orden descendente, se hospitalizan neonatos con diferentes patologías clínicas como quirúrgicas.

Se percibió pocas restricciones por la pandemia del SARS-CoV-2, ya que los servicios disponibles para el desarrollo de la rotación del interno de medicina fueron las mismas, sin embargo, el tiempo de rotación se redujo a la mitad, así como se redujo el número de internos por servicio. Se redujo también el número de guardias. No se percibió una disminución en el número de pacientes, ni restricciones en atención en diferentes patologías.

Al final de la rotación se consolidó conocimientos como manejo de atención inmediata del recién nacido como profilaxis neonatal, examen físico y reconocimiento de patologías en alojamiento conjunto, problemas del recién nacido como Asfixia, Sepsis neonatal, Hipoglucemia Neonatal, Enfermedad de Membrana hialina, anemia del recién nacido, ictericia neonatal, Síndrome de Aspiración meconial, Trauma obstétrico y onfalitis.

Las deficiencias de la rotación dejando de lado el tiempo, es que no se rotó en atención inmediata del recién nacido en Sala de operaciones, teniendo en cuenta que es un factor de riesgo de complicaciones neonatales, como tampoco se desarrolló competencias en patologías quirúrgicas.

En el caso de la rotación de Ginecología y Obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, también llamado "Maternidad de Lima", cuenta con múltiples servicios especializados y altamente especializados, de los cuales los internos se desenvuelven en ocho de ellos: emergencia, centro obstétrico, el servicio de obstetricia que se divide en cinco: "A" o de adolescentes. "B", especializado en patologías placentarias y hemorrágicas. "C", especializado en trastornos hipertensivos del embarazo. "D", especializado en

enfermedades infecciosas. Y el “E” o también llamado puerperio, en el cual se encontraban aquellas puérperas no patológicas. Consultorio externo y el servicio de ginecología.

Se desarrollaron competencias y habilidades en el diagnóstico, manejo y tratamiento de patologías como amenaza de aborto, aborto incompleto, embarazo ectópico, síndromes hipertensivos, síndromes hemorrágicos, los cuales no solo ayudan a consolidar los conocimientos adquiridos durante los años de pre clínica sino también a aprender el manejo inicial en una emergencia obstétrica. en el caso que el tratamiento quirúrgico era la disposición, el interno tiene la tarea asistir ya sea como primer o segundo ayudante y si fuera necesario instrumentar en caso de que no exista personal disponible. Y en centro obstétrico se realiza el examen obstétrico abdominal y el monitoreo materno de dinámica uterina y latidos cardiacos fetales. Algo que recalcar del INMP es la realización del parto humanizado, el cual consiste en estar acompañado por la pareja o familiar durante el parto. Y para terminar está el área de consultorios tanto de obstetricia, donde se controlaban los embarazos de alto o mediano riesgo, como de ginecología donde veíamos patologías frecuentes como vaginosis bacteriana, candidiasis resistentes, miomatosis, entre otras.

Después de terminar la rotación los conocimientos aprendidos y reforzados fueron muchos, más aún en el área obstétrica, lo importante para realizar correctamente el servicio rural y marginal obligatorio.

A continuación, se expondrán casos clínicos según especialidad:

1.1 MEDICINA INTERNA:

1.1.1 Caso Clínico 1:

Paciente varón de 21 años, natural y procedente de Lima, con tiempo de enfermedad de 1 semana caracterizado por sensación de debilidad, astenia, sudoración nocturna, epistaxis, petequias, sangrado de encías y adenopatías cervicales izquierdas. Por lo que acude a centro de salud donde le realizan hemograma el cual evidenció leucocitosis (235) y plaquetopenia (60), motivo por lo cual es referido al INEN ingresando por consultorio externo (11.04.21)

de Medicina Oncológica, de donde es derivado a EMG. Paciente presentó pico febril de 38°C (11.04.21), sin sintomatología asociada, por lo que se le inició Piperacilina-Tazobactam y solicitó hemograma completo /pendiente resultados/. Se realizó AMO: CM + CF + CG + PCR (12.04.21). Paciente cuenta con PCR SARS-CoV-2 con resultado negativo (11.04.21), por lo que sube a piso para comenzar tratamiento oncológico y manejo médico.

Examen físico: PA 122/68 FC 87 x min T: 36.7° C FR 20 SatO2: 97% FIO2 21%

Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-, LLC < 2seg, petequias en cuello, tórax y MMSS.

Linfático: Adenopatías palpables no dolorosas submandibulares, retro auriculares, supraclaviculares, inguinales bilaterales.

Tórax: Buen pasaje del MV en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular: RC rítmicos regulares, no soplos.

Abdomen: RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación, hígado palpable a 2cm debajo de RCD, bazo palpable a 4cm debajo de RCI.

SNC: Despierta, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización.

TEM Tórax: Atelectasia laminar en LM, múltiples ganglios de aspecto reactivo en ambas regiones axilares

TEM Abdomen: Hepatoesplenomegalia; por lo que se solicita hemocultivo, urocultivo, y se rota de Piperacilina-Tazobactam a Meropenem.

AMO (12.04.21): CM Blastos 91% + CF LLA CB EN ESTADIO COMÚN, Linfoblastos B patológicos 97.79%.

Leucocitos: 216000 plaquetas: 71000, Frotis sangre: Segmentados:0 Blastos:0 Ca:1.8 P: 2.07 K: 3.88 Na: 140 Mg: 0.66 TP/INR: 1.61/1.24

Diagnósticos:

1. Leucemia Linfoide Aguda
2. Hiperleucocitosis + Hemoblastosis
3. THE: Hiperfosfatemia + Hipokalemia
4. Anemia GIII + Plaquetopenia GII

Plan:

- Continuar piperacilina-tazobactam
- Continuar con alcalinización
- Corrección de trastornos hidroelectrolíticos

TERAPÉUTICA:

- Dieta blanda + líquidos a voluntad + control de funciones vitales c/6h + balance hidroelectrolítico c/12h
- Dextrosa 5% 1000cc + bicarbonato(4) + hipersodio(1) + Mg(1) > I-II-III
- Omeprazol 40 mg EV c/24h
- Prednisona 50 mg VO 8 am y 4 pm
- Meropenem 1gr EV c/8h
- Tramadol 50mg + dimenhidrinato 50mg> EV c/8h
- Dimenhidrinato 50mg EV PRN náuseas y vómitos
- Alopurinol 100mg VO c/8h
- Aciclovir 400 mg VO c/12h
- Fluconazol 300 VO c/24h
- Lactulosa 20cc VO c/8h
- Colutorios con nistatina c/8h
- Si t > 38.3°C hemocultivo x2 y avisar
- Si balance hídrico es + > 500 CC, FUROSEMIDA 1 AMP STAT SI PA> 90/50 MMHG
- QT IT ARA – C 70 mg

1.1.2 Caso Clínico 2:

Paciente mujer de 56 años, con tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por cefalea, palidez, astenia, sensación de alza térmica no cuantificada; niega sangrado de mucosas. Por lo que acude a OI donde le realizan hemograma y evidencian plaquetopenia y Anemia, por lo que recibe soporte transfusional. Le realizan AMO (05.04.21) donde se evidencia blastos 50-60% de tamaño mediano a grande con relación núcleo/citoplasma bajo con nucléolo prominente y citoplasma basófilo, sugerente de LMA. Por lo que es referido a nuestra institución ingresando por EMG el 07.04.21. Durante su estancia en EMG, paciente presenta fiebre, por lo que inicia Piperacilina-

Tazobactam; le realizan AMO: CM+CF+CQ+PCR el 08.04.21; el mismo día presenta saturación 90-92% y fiebre, por lo que se le brinda soporte oxigenatorio, se rota a meropenem; se solicita HCx2, urocultivo y ecografía de brazo derecho. Infectología la evalúa el 08.04.21 con ID de neumonía atípica e infección de piel y Tejidos blandos por Flebitis brazo derecho, por lo que sugiere que se continúe con Meropenem y se añada Vancomicina, se solicita Eco Doppler de brazo derecho, GMM 2v/ss. Infectología refiere que paciente cuenta con PCR SARS-CoV-2 con resultado negativo (07.04.21), por lo que sube a piso para comenzar tratamiento oncológico y continuar manejo médico.

Examen físico ECOG 2, PA 95/60 FC 82 x min T: 36.5° C FR 20 SatO2: 98% FIO2 28%

Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-+++, LLC < 2seg; eritema, calor y aumento de volumen de brazo derecho.

Linfático: No adenopatías periféricas.

Tórax: Buen pasaje del MV en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular: RC rítmicos regulares, no soplos.

Abdomen: Convexo, RHA (+), B/D, no se palpa hígado debajo del RCD, se palpa bazo a 9cm debajo del RCI, no doloroso a la palpación.

SNC: Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización.

Diagnósticos:

1. Leucemia aguda nueva
2. Neutropenia febril GI punto de partida pulmonar neumonía atípica vs partes blandas flebitis brazo derecho
3. Hipertensión arterial por antecedente
4. DM2 por antecedente
5. Anemia GIII + plaquetopenia GIII
6. The: hiponatremia leve

Plan:

- Iniciar quimioterapia
- Continuar antibioticoterapia
- Continuar con losartán

- Continuar con insulina r escala móvil

Paciente subfebril durante la evaluación, portadora de CBN a 2 litros saturando 96%, presenta AMO INICIAL con 32% de blastos. Paciente continuó febril a pesar de tratamiento antibiótico amplio por lo que se realizará interconsulta a Infectología para la posibilidad de iniciar antifúngico, presenta informe preliminar de CF: Leucemia Mieloide Aguda no promielocítica, pero se difiere inicio de quimioterapia por estado actual de la paciente.

Hemocultivos: 11.04.21 (-) 08.04.21 (-)

TEM Tórax (07.04.21) Atelectasias subsegmentarias en LM y ambos lóbulos inferiores. No se observan focos consolidativos. Nódulo hipodenso con calcificación en su interior en el LTD se sugiere estudio selectivo. Espondilosis degenerativa

TEM Abdomen (07.04.21) Hepatomegalia. Signos de histerectomía.

Apreciación:

Paciente mujer de 56 años con los diagnósticos:

1. Leucemia mieloide aguda con diferenciación monocítica
2. Neutropenia febril GI punto de partida pulmonar neumonía atípica vs Infección de partes blandas: flebitis brazo derecho
3. Hipertensión arterial + diabetes mellitus tipo 2 por antecedente
4. Trastorno de coagulación: INR=1.28
5. Anemia G III + plaquetopenia G IV

1.1.3 Caso Clínico 3:

Paciente varón de 26 años, portador de linfoma de Hodgkin clásico esclerosis nodular estadio clínico IV, tratado en otra institución con ABVD x 9 y ICE x 6 con progresión de enfermedad. Recibió RT a título paliativo con progresión clínica de enfermedad. Actualmente masiva a nivel pulmonar y mediastinal asociado a insuficiencia respiratoria tipo I-II. Además paciente tiene antecedente de TBC.

Paciente con enfermedad quimio refractaria + progresión a RT, en mal estado general, no tributario a manejo invasivo en UCI.

Se conversa con la madre y hermana y se explica sobre diagnóstico, pronóstico y opciones de manejo. Paciente queda en su habitación con manejo paliativo en compañía de su madre. Paciente con evolución estacionaria, portador de máscara simple a 8 litros con saturación de 97% asociado a taquipnea y taquicardia, paciente en observación.

Funciones vitales: PA: 110/70 mmHg, FC: 120 x'. FR: 30 x', T: 36.9 °C, SpO2 97%.

EXAMEN FÍSICO:

Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-, LLC < 2seg.

Tórax: MV disminuido en AHT, se auscultan roncales y crépitos difusos en AHT. Portador de máscara de reservorio a 15 L, saturación 97%.

Cardiovascular: RC rítmicos taquicárdicos, no soplos.

Abdomen: Convexo, RHA (+), Blando/Depresible, no doloroso a la palpación.

SNC: Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización.

Plan:

- Control de funciones vitales
- No tributario de manejo invasivo
- Disminución de flujo de oxígeno según tolerancia del paciente
- Vigilar signos de alarma
- Continuar corrección de the
- Posibilidad de alta con apoyo ventilatorio

Terapéutica:

- Dieta completa + FIBRA + Líquidos a voluntad + Control de funciones vitales C/6H + Balance hídrico C/12H
- NaCl 0.9% 1000 CC + K(2) + MG (1) > I
- Ranitidina 50 mg EV c/12h
- Hidrocortisona 100 mg EV c/ 8 h
- Citrato de potasio 2 tab VO c/8h

- Salbutamol 2 puff c/ 6 h con aerocámara
- Tramadol 50 mg + Dimenhidrinato 50 mg > EV c/ 8 h
- SI T ° > 38.3 hemocultivo x 2 y avisar
- Mantener saturación o2 > 92%
- SI Balance hidroelectrolítico (+) > 500 CC, furosemina 20 MG SI PA >90/60

1.1.4 Caso Clínico 4:

Paciente varón de 48 años natural de la libertad y procedente de Lima, portador de: Linfoma del manto 1° retroperitoneal EC IV POR IMO + IME. Cursa con tiempo de enfermedad de dos semanas caracterizadas por dolor en hemiabdomen superior y región costal anterior, asociado a baja de peso de aproximadamente 12 kg, tumoración occipital, astenia, disnea a pequeños esfuerzos y síndrome de cava de vena inferior. Paciente acudió a emergencia (07.20) con sensación de falta de aire y dolor en miembro inferior derecho el cual se estabiliza con manejo médico. Cuenta con tomografías (07.20): Múltiples adenopatías a nivel de ambas regiones cervicales, mediastino, regiones axilares, retro peritoneo, cadenas iliacas inguinales bilaterales, la más significativa de 3.5x3 cm y a nivel de tronco celiaco de 8x5 cm, región inguinal de 2x1.5 cm, no se observa nódulos pulmonares. Se realiza AMO (07.20) con resultado de compromiso medular por neoplasia linfoproliferativa; y biopsia de antebrazo (04.07.20) que informa Linfoma de células de manto, CD20+, BCL2+, CCND1+, KI67: 30%. Se programó por CE de medicina 1ER curso de R-CHOP (07.20), 2DO curso de R-CHOP (08.20) Y 3ER curso de R-CHOP(10.20) sin mayores interurrencias. Tiene indicación de continuar con RDHAP X 3 hospitalizado para después ser tributario de colecta. Paciente se pierde de vista por 4 meses por motivos extra médicos y acude por EMG con distensión abdominal, dolor y estreñimiento de hace 1 semana que resuelve con manejo médico. Se solicita Aspirado de médula ósea + citometría de flujo + biopsia de hueso (03.21): Infiltración por células neoplásicas 76% con resultados de biopsia aún pendientes. Paciente es hospitalizado para manejo médico e inicio de QT bajo esquema de R-DHAP el cual recibe (03.21), y cursó con infección de partes blandas y trastorno del sensorio por IME (presencia

de 66% células B linfocitos maduras) por lo que recibe QT IT MTX 15mg + ARAC 30mg).

Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg, FC: 81 x'. FR: 20 x', T: 36.7 °C, SpO2 98%.

Examen físico:

Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-, LLC < 2seg.

Tórax: MV disminuido en AHT, se auscultan roncales y crépitos difusos en AHT. Portador de máscara de reservorio a 15 L, saturación 97%.

Cardiovascular: RC rítmicos taquicárdicos, no soplos.

Abdomen: Convexo, RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación.

SNC: Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización

Diagnóstico:

1. Linfoma del manto primario retroperitoneal EC IV por compromiso de partes blandas e invasión a médula ósea
2. Hiperleucocitosis
3. Anemia G III
4. Hipoalbuminemia

1.2 Cirugía:

1.2.1 Caso Clínico 1:

Paciente varón de 55 años, natural y procedente de Talara, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 meses caracterizado por Dolor Lumbar, además refiere hematuria intermitente, motivo por el cual acude a OI donde se le realiza Ecografía AP (10.20): Presencia de Imagen sólida de 54 x 64 mm en riñón en su polo superior Derecho, además le solicitan RMN de Abdomen (10.20): Lesión Neoproliferativa dependiente del tercio superior del riñón Derecho de 8.6x7.2x6.6 cm, que infiltra el seno renal sin evidencia de Trombosis en venas Renales, en el retro peritoneo ganglios para aórticos de hasta 8 mm. Con estos resultados acude al INEN. Fue evaluada por el Departamento de Urología el 28/10/2020 donde le solicitan Lectura de RMN

DE OI (11.20): Lesión neoplasia sólida heterogénea de bordes lobulados localizada en el polo superior del riñón derecho de 8.4 cm y le Realizan uretroscopia (11.20): Uretra normal, no se evidencia tumores exofíticos ni ulcerados en cavidad vesical, Tomografía de tórax (02.21): nódulos sólidos de 4 mm, mamografía (03.21): Mama izquierda con varios nódulos, el mayor de 26 x 16 mm (AP negativo para Neoplasia). Por tales motivos paciente se hospitaliza, siendo tributaria de Nefrectomía Radical Derecha por vía laparoscópica.

Funciones vitales: PA: 90/60 mmHg FC: 72 x' FR: 20 X' Sat: 100 %

AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente

PIEL: Tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosa oral húmeda.

Aparato Respiratorio: MV pasa en AHT, no estertores

Cardiovascular: RCR, regular intensidad, no soplos

Abdomen: No distendido, RHA (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

GU: PPL: (-) PRU (-), diuresis espontánea, orina clara.

Genitales externos de características normales, no sangrado

OM: Extremidades simétricas, no deformidades.

SNC: LOTEPE. ECG: 15/15 puntos, moviliza extremidades, no signos meníngeos.

Diagnóstico: tumor renal derecho

Disposición: nefrectomía radical laparoscópica derecha

1.2.2 Caso Clínico 2:

Paciente mujer de 58 años, natural procedente de Huancavelica, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 años caracterizado por tumoración en pierna derecha de crecimiento lento, que desde hace un año tiene crecimiento rápido asociado a dolor a la deambulacion, motivo por el cual acude a otra institucion donde le realizan biopsia: liposarcoma mixoide. Además de resonancia de muslo derecho: lesión neoplasia en tercio distal de muslo derecho de 19 cm x 16.8 x 13.5 cm, multilobulado, que ocupa casi todo el

espesor del muslo y contacta con el fémur. Con estos resultados acude al INEN donde se solicitan estudios de extensión y biopsia: condrosarcoma mixoide extraesquelético. tomografía de tórax: presencia de micronódulo de 3mm a nivel del segmento basal del lóbulo inferior derecho inespecífico, sospechoso de extensión de la enfermedad. Cerebro abdomen dentro de límites normales.

Informe de RMN de la cadera: tumor multicompartimental, con extensión intraarticular que engloba el paquete vascular femoral del miembro inferior derecho. Se dispone pase a medicina oncológica para tratamiento.

Examen regional:

Región inguinal: no se palpan adenopatías.

Muslo derecho: se evidencia extensa tumoración que abarca totalidad del muslo que envuelve 70% de la circunferencia. de bordes irregulares con circulación colateral, parcialmente móvil, no ulcerado. No presencia de limitación funcional.

Examen general:

Funciones vitales: PA: 100/70 mmHg FC: 69 x' FR: 18x' T: 36.7°C Sat: 98%

Paciente en REG, REN, REH, ventila espontáneamente, afebril

PIEL: turgencia, elasticidad conservada, llenado capilar <2''

Aparato Respiratorio: tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ambos hemitórax, no estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regular intensidad, no soplos

Abdomen: No distendido, RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

SNC: LOTEPE. ECG: 15/15

Diagnóstico: condrosarcoma de muslo derecho

Disposición: desarticulación de cadera derecha

1.2.3 Caso Clínico 3:

Paciente mujer de 64 años, con antecedente de tumor de células gigantes en húmero derecho diagnosticada hace 8 años, que ingresa al departamento de ortopedia por consultorio externo 2012, con indicación para tratamiento quirúrgico. Por motivo de falta de cama de hospitalización, paciente se opera en clínica particular con control posterior por radioterapia. Acude a controles posteriores siendo intervenido quirúrgicamente el 2015 (cura quirúrgica) y 2017 (retiro de material de osteosíntesis y cura quirúrgica). Actualmente refiere aumento de volumen en miembro superior derecho y dolor a la palpación y aumento de calor local. Al examen físico se le encontró tumoración en hombro derecho con cicatriz operatoria amplia, con aumento de volumen, dolor a la palpación y calor local. Paciente acude a su control por consultorio externo de ortopedia hace 8 días en el cual se le indica intervención quirúrgica (resección de tumoración de humero derecho). Paciente fue intervenida quirúrgicamente el día 04.2.2020, con evolución post operatoria favorable, por lo que se indica el alta médica.

Funciones vitales: PA 110/70 mmHg FC: 80x FR:18X T: 37° C

AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente

PIEL: Turgencia y elasticidad conservada, llenado capilar < 2". Pálida.

Aparato respiratorio: Tórax simétrico, Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buen tono, no soplos.

Genitourinario: PRU (-), PPL (-) NEUROLÓGICO: LOTEPE, ECG: 15/15, no signos de focalización.

Diagnóstico: tumor de células gigantes en humero derecho operado + recurrencia local

Disposición: resección de tumor de humero derecho

1.2.4 Caso Clínico 4:

Paciente mujer de 29 años, natural y procedente de Lima, con tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por mastalgia bilateral, EVA: 4/10, asociado a síndrome premenstrual. Paciente refiere que dolor no disminuye a pesar de uso de AINES. Paciente con antecedente de hipotiroidismo y adenoma hipofisario.

EXAMEN REGIONAL: se palpa tumoración indurada, no móvil de 1 cm x 1 cm aproximadamente en mama izquierda a la altura de la cola de Spencer.

Ecografía: presencia de adenopatía de aspecto inflamatorio de 13 mm en región axilar izquierda.

RM de mamas: quiste simple en ambas mamas, no se observan zonas de realce diferenciado que sugieran malignidad. categoría BIRADS 2, hallazgos benignos.

Diagnóstico: Quistes simples de mama, BIRADS 2.

Disposición: Observación, control en 6 meses con nueva ecografía, vitamina E 1000 ui vía oral cada 24 horas por 3 meses.

1.3 Ginecobstetricia:

1.3.1 Caso Clínico 1

Paciente mujer de 38 años gestante de 30 semanas 6 días por Ecografía de 1er trimestre acude a emergencia por presentar hace 1 hora sangrado vaginal asociado a contracciones uterinas esporádicas, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales. G1 P0000

Examen físico: PA: 100/60 FC: 80 FR:16 T36.7

Abdomen: Tono uterino adecuado, DU (-), LCF 144

Genitourinario: No se evidencia sangrado activo, TV diferido

NST: Activo reactivo

Ecografía: Transverso derecho dorso superior, PF: 1891 gr, ILA: 9cm,
Placenta previa posterior II

Diagnósticos:

1. G1 de 30 semanas 6 días por ECO IT
2. Placenta Previa II
3. ARO: EMA

Plan:

- Maduración Pulmonar
- Monitoreo Materno Fetal
- Hidratación
- Reposo absoluto y Hospitalización

Terapéutica:

- NaCl 0.9% 1000cc x 45 gotas x min
- Betametasona 12 mg IM C/24h
- CO: DU + LCF
- CFV

Paciente no refiere molestias, DU (-), AU: 31, no sangrado, no perdida de liquido

Plan:

- Completar exámenes pre quirúrgicos para cesárea
- continuar maduración fetal con betametasona
- CO: DU + LCF

Reporte operatorio: Placenta previa II, líquido amniótico claro, cantidad normal, recién nacido vivo, sexo femenino, peso 2625gr, talla 47, APGAR 8-9, SIO: 500cc.

Paciente puérpera de cesárea por placenta previa de +/- 7h, refiere leve dolor a nivel de herida operatoria. Diuresis (-), Deposiciones (-)

Plan:

- Dieta blanda + LAV

- NaCl 0.9% 1000cc + Oxitocina 30 UI : I-II
- Metamizol 1.5gr EV C/6h
- Ergometrina 0.2mg IM c/8hrs
- Masaje Uterino Externo
- Control de funciones vitales + Control de sangrado vaginal

1.3.2 Caso Clínico 2:

Paciente de 29 años gestante de 8 semanas 6 días por FUR acude a emergencia por náuseas y vómitos hasta en 8 oportunidades, niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal. G2 P1001

PA: 110/70 FC:100 FR: 16 T°37

Al Examen físico: AREN, REH, REN, mucosa poco hidratada

Cardiovascular: RCR, buena intensidad

Abdomen: B/D, no doloroso a la palpación

SNC: LOTEPE G 15/15

Ecografía: Gestación única activa de 8 semanas 6 días x FUR

Examen auxiliar: Hb: 12.6, Leu: 23400, Creat 0.85, BT: 1.1, Ex de orina: normal

Diagnósticos:

1. G2 de 8 semanas y 6d x FUR
2. Hiperémesis gravídica leve

Plan:

- Dextrosa 5% > xxx gotas (I y III) + NaCl 20% (2amp) + KCL 20% (1 amp)
- NaCl 0.9% 1000cc > xxx gotas (II)
- Dimenhidrinato 50mg EV c/8hrs
- Ranitidina 50 mg EV c/8hrs
- Metoclopramida 10mg EV c/8hrs
- Control de funciones vitales
- BHE + diuresis

Paciente refiere náuseas y vómitos, no tolerancia oral, desde hace 4 días.

Plan:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc + Dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 2am + KCl 20% 1amp > I y II
- Dimenhidrinato 50mg Ev c/8h
- Metoclopramida 10mg ev c/8h
- Ranitidina 50mg ev c/8h
- Observar signos de alarma
- Control de funciones vitales + BHE

1.3.3 Caso Clínico 3

Paciente mujer de 29 años gestante de 33 semanas por ecografía de primer trimestre acude a emergencia por contracciones uterinas, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido vaginal, no sangrado. Refiere antecedentes de prematuridad G5 P0222.

PA: 100/60mmHg FC: 125 FR: 18 T°: 38.3

Al examen físico: AREG, AREN, AREH

Cardiovascular: ruidos cardiacos ritmicos de buena intensidad

Abdomen: Útero grávido, tono conservado, MF (+), DU (-)

Tacto vaginal: blando dehiscente 1 dedo, Incorporado 50%, posterior, altura de presentación -4

Hemoglobina: 10.3 Plaquetas: 16800

Ecografía: Ponderado fetal: 2103, NST10/10

Diagnósticos:

1. G5 de 33 semanas x eco IT
2. Amenaza de parto pre término
3. Anemia Leve

Plan:

- Iniciar Tocólisis Vía oral
- Completar maduración pulmonar

Terapéutica:

- NaCl 0.9% 1000cc
- Nifedipino 10mg c/6h
- Betametasona 12mg IM c/24h
- Control Obstetrico
- Control de funciones vitales
- Hospitalización

Paciente niega perdida de líquido, niega sangrado vaginal, AU: 31, LCF 13%, DU (-). Pasa a centro obstétrico.

Reporte centro obstétrico: Placenta fúndica, líquido amniótico Claro, cantidad normal, recién nacido vivo, sexo femenino, peso 2103gr, talla 44, APGAR 8-9.

Paciente puérpera de parto vaginal, refiere leve dolor abdominal. Diuresis (-), Deposiciones (-)

Plan:

- Dieta blanda + LAV
- CI Na 0.9 1000cc + Oxitocina 20 UI : I - II
- Metamizol 1.5gr EV C/6h
- Masaje Uterino Externo
- Control de funciones vitales + Control de sangrado vaginal

1.3.4 Caso Clínico 4

Paciente mujer de 23 años, presenta hace 3 días aumento de secreción vaginal habitual, la cual es de un color blanquecino-amarillento, y se acompaña de prurito. Niega otros síntomas acompañantes tales como fiebre o dolor.

TA 95/55 mmHg. T 36.2C. Buen estado general. Auscultación cardiaca y pulmonar sin hallazgos. Abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, no doloroso a la palpación. A la exploración ginecológica se aprecia vagina amplia y elástica, útero normo posicionado con abundante secreción blanquecina y de aspecto grumoso, no maloliente.

Diagnóstico

1. Vulvovaginitis candidiásica

Plan:

- Clotrimazol 2% crema 5g/ 24h x 7 días

1.4 Pediatría:

1.4.1 Caso Clínico 1:

Paciente femenino de 1 año 10 meses de edad, natural y procedente de Lima. Paciente con antecedente de prematuridad. Madre refiere tiempo de enfermedad de cuatro días caracterizado por alza térmica cuantificada en 38°C que no cede con antipiréticos, deposiciones líquidas sin moco, sin sangre, aproximadamente cuatro cámaras asociado a vómitos de contenido alimentario, seis por día, y dolor abdominal por lo que acude a emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño donde recibió hidratación endovenosa por cinco horas, pase a observación y se le da de alta. Doce horas después vómitos persisten asociados a diarrea, cuatro cámaras, y aparición de edema palpebral bilateral, motivo por el cual regresa a emergencias donde es evaluado y se decide hospitalización. Tratamiento previo recibido: trimetropin - sulfametoxazol 5 ml cada 8 horas por dos dosis y acetaminofén por tres días.

Funciones biológicas: Apetito disminuido, sed aumentada, orina disminuida, heces sueltas sin moco ni sangre, sueño alterado.

Antecedentes: paciente con antecedente de prematuridad (29 semanas) por lo que permaneció hospitalizado 15 días por antecedente materno de preeclampsia, ictericia y bajo peso al nacer (1700 gr.). Madre niega

intervenciones quirúrgicas, niega reacciones alérgicas a medicamentos, niega transfusiones Madre refiere vacunas completas.

Examen físico: peso: 10,25 kg, talla: 84 cm. PA: 96/49 mmHg T: 37°C Sat O2: 99%

Ectoscopia: paciente despierta, irritable al examen, reactiva a estímulos externos, no distress respiratorio

Piel: tibia, elástica, hidratada. Leve palidez +/-+++ llenado capilar <2", no lesiones, no presencia de adenopatías. TCSC: edema palpebral bilateral, en manos y pies. EXTREMIDADES: sin lesiones, moviliza cuatro extremidades. SOMA: rangos articulares conservados. Ortolani y Barlow negativos.

Tórax: simétrico, móvil, no tirajes, amplexación conservada.

Aparato Respiratorio: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Pulsos periféricos presentes.

Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, irritable a la palpación, no se palpa visceromegalia.

GU: genitales femeninos. leve eritema perineal.

Neurológico: despierto, reactivo a estímulos externos, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Deshidratación moderada
2. diarrea aguda infecciosa
3. síndrome edematosos d/c sobre hidratación
4. d/c infección del tracto urinario
5. dermatitis del pañal
6. eutrófico

Plan:

- ● Dieta blanda + líquidos a demanda
- ● Se solicita urocultivo
- ● Sulfato de zinc 3 veces al día post lavado y secado del paciente
- ● Amoxicilina - Ac. clavulánico 50 mg/kg/día c/ 8h

1.4.2 Caso Clínico 2:

Paciente varón de cuatro años con antecedente de síndrome hiper IgE por historia clínica. Presenta un tiempo de enfermedad de tres días caracterizado por dolor esporádico en tórax anterior y a nivel subcostal que incrementa al realizar actividad física y al toser. Paciente acude a centro de salud donde se le indica ibuprofeno 10 mg/kg/dosis. Pese a medicación el dolor incrementa asociado a dificultad respiratoria que interrumpe el sueño por lo que acude a emergencia del INSN donde llega con funciones vitales estables. se indica radiografía de tórax donde se evidencia condensación en hemitórax derecho además de derrame pleural por lo que se decide su hospitalización.

Funciones biológicas: apetito disminuido, sed conservada, deposiciones conservadas, sueño disminuido.

Examen físico:

Piel: tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia, no palidez, mucosas hidratadas. TCSC: disminuido, no edemas.

Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en hemitórax izquierdo, presencia de roncales en $\frac{1}{3}$ inferior, moviliza secreciones. Murmullo vesicular pasa bien en $\frac{1}{3}$ superior de hemitórax derecho, disminuido en $\frac{2}{3}$ inferiores, presencia de roncales y movilización de secreciones.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. pulsos periféricos presentes.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, no irritación peritoneal. no se palpa visceromegalia.

SNC: alerta, conectado con su entorno, no signos meníngeos, pupilas reactivas a estímulos.

TEM c/contraste: consolidaciones en campo pulmonar derecho y derrame pleural localizado.

Diagnósticos:

1. Neumonía complicada
2. Síndrome híper IgE
3. prurito infantil
4. anemia leve (10.3)

Terapéutica:

- Dieta blanda + LAV
- Ceftriaxona 825mg EV c/12h
- Vancomicina 210 mg EV c/6h
- Salbutamol 2 puff c/4h con Aerocámara
- Cetirizina 16 gotas c/24h
- Paracetamol 250 mg vo PRN T° > 38°C
- O2 cánula bi nasal si Sat. < 92%

Plan:

- Continuar tratamiento antibiótico
- Vigilar patrón respiratorio

1.4.3 Caso Clínico 3:

Lactante de siete meses de edad con antecedente de convulsiones tónico-clónicas desde los 5 meses de edad. Cursa con tiempo de enfermedad de dos días caracterizado por tos seca, convulsión tónico clónica de dos minutos de duración con desviación de la mirada, náuseas y vómitos de contenido lácteo por lo que acude al hospital de pisco donde llega y presenta crisis convulsiva caracterizada por supravversión ocular y aumento de tono muscular, luego de la cual presenta movimientos repetitivos de extremidades de 3 minutos de duración aproximadamente que cede espontáneamente. posteriormente presentó seis episodios de igual características y duración. Madre pide alta voluntaria y acude a la emergencia del INSN donde se decide su hospitalización.

Funciones biológicas: orina conservada, apetito conservado, sed conservada, deposiciones conservadas, sueño conservado.

Antecedentes: convulsiones desde los 5 meses de 2-3 minutos de duración sin medicación anticonvulsivante. Niega hospitalizaciones previas. Niega cirugías previas. Niega RAM. Niega transfusiones. Vacunas incompletas.

Examen físico: peso: 6.5 kg, T: 70cm, FC: 152x' FR: 44x' T: 38.3 °C Sat O2: 99%

Piel: tibia, elástica, hidratada. Leve palidez +/- llenado capilar <2"

Tórax: simétrico, móvil, no tirajes, amplexación conservada.

Ar: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Pulsos periféricos presentes.

Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, irritable a la palpación, no se palpa visceromegalia.

Neurológico: despierta, activa, poco conectada con el entorno, no fija mirada, tono muscular disminuido, fuerza muscular 4/5. Pupilas isocóricas, fotorreactivas, no signos de focalización, ROT conservados. fontanela normotensa de 3x3cm aproximadamente.

Diagnósticos:

1. Epilepsia descompensada: d/c estructural vs. genético
2. retraso del desarrollo psicomotor
3. rinofaringitis aguda

Plan:

- Lactancia materna y/o fórmula 13% 120 cc por toma
- Fenitoína 25 mg vía oral en la mañana y 12.5 mg vo en la noche
- Levetiracetam 70 mg vo c/12h
- Paracetamol 15 gotas c/8h
- Metamizol 130 mg si T° > 38°C
- Midazolam 1.5 mg PRN convulsión
- Control de funciones vitales + Observar signos de alarma

1.4.4 Caso Clínico 4:

Recién nacido pre término de 31 semanas de sexo femenino de 18 días de nacida, con antecedente de prematuridad, parto distócico por desprendimiento prematuro de placenta, podálica. Que al nacer no presentó llanto espontáneo por lo que pasa a observación e inicia oxígeno. Paciente permanece hospitalizada en el servicio de neonatología donde inicia tratamiento con ampicilina 100mg/kg/día ev y gentamicina 3mg/kg/día ev durante 7 días por sepsis neonatal de origen materno y es dada de alta tras culminar tratamiento. Paciente cursa con coloración amarillenta de la piel y escleras de progresión céfalo caudal acompañado de somnolencia, letargia y succión débil. Se le solicita bilirrubinas: BT 18,4 mg/dL, BI: 17,4 mg/DI Y BD: 1mg/dL

Examen físico: peso: 1,565 kg, T: 42cm, FC: 147x' FR: 56x' T: 36.3 °C Sat O2: 96%

Piel: tibia, elasticidad y turgencia disminuida, coloración amarillenta de la piel que se extiende hasta muslos y llenado capilar >3". TCSC: conservado, no edemas.

Cabeza y cuello: normo céfalo, fontanela deprimida de 3x2 cm aproximadamente. PC: 32cm. No se palpan adenopatías cervicales.

Tórax: simétrico, móvil, no tirajes, amplexación conservada.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas palpables, ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades: tono y trofismo disminuido en miembro superior, pulsos periféricos palpables. Llenado capilar > 3"

SNC: activa, reactiva a estímulos externos. No signos de focalización.

Hemocultivo 24: negativo

Urocultivo 24h: negativo

Diagnóstico:

1. Ictericia neonatal

Plan:

- Fototerapia simple
- Estimular succión
- Combinar alimentación vía oral y sonda orogástrica

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: Conocido como INEN, centro hospitalario público administrado por el MINSA, fundado en 1939 como “Instituto Nacional del Cáncer” como primera sede en la Av. Alfonso Ugarte N° 825 – Cercado de Lima. Debido al crecimiento asistencial la antigua sede fue insuficiente. El cual en 1988 se inauguró la sede actual en Av. Angamos Este N°2520 Surquillo y se renombró como Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (6). Siendo una institución de categoría III-2 especializada en detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades neoplásicas, es un centro de mayor nivel de referencia a nivel nacional de patologías de naturaleza oncológicas. Sin embargo, el INEN ha promovido la descentralización de la atención oncológica a través de la creación de Institutos regionales de enfermedades neoplásicas motivo por el cual estos deben referir al INEN aquellos pacientes cuya capacidad resolutive no pueda contemplar un adecuado tratamiento. En el año 2019 se registró 85124 casos nuevos de pacientes con algún tipo de cáncer (7).

2.2 Instituto Nacional de Salud del Niño: conocido también por su antiguo nombre “Hospital del Niño” es un establecimiento de Salud nivel III-2, perteneciente al sistema de salud MINSA, considerada como la primera institución pediátrica de referencia nacional de pacientes pediátricos debida a su alto nivel de complejidad como capacidad resolutive. Ubicado en la Avenida Brasil N° 600 Distrito de Breña, Lima, Perú. Fue inaugurado el 1 de noviembre de 1929 Hospital Julia Swayne de Leguía, cuyo terreno de 11.872 m2 fue cedido por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Tras la saturación,

falta de espacio y por la población hospitalaria creciente, en el año 2013, se inauguró una nueva sede del Instituto de Salud del Niño en el distrito de San Borja, un centro hospitalario pediátrico quirúrgico y especializado de Alta complejidad (8). El INSN tiene una población objetivo estimada de 347 000 entre niños y adolescentes, en el 2015 realizó 547418 atenciones médicas y servicios médicos (9).

2.3 Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP): antigua Maternidad de Lima, es una Institución pública, dedicada a la atención especializada ginecológica, obstétrica perinatal, así como dedicado a la investigación y la formación de profesionales de la salud, es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención que desarrolla procesos especializados basados en evidencia científica por el bienestar de la mujer en edad reproductiva, la madre y el neonato de alto riesgo. La Casa de Maternidad de Lima fue fundada el 10 de octubre de 1826 por decreto supremo por el mariscal Andrés de Santa Cruz, con el fin de socorrer a parturientas de bajos recursos y formar parteras instruidas. En 1934 se construyó la sede actual de la maternidad de lima, el cual cambió de nombre a Instituto Nacional Materno Perinatal, cuyo terreno era ocupado por el antiguo Hospital Santa Ana, en una obra realizada por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Ubicado en Jirón Miro Quesada 941 en el distrito de Cercado de Lima (10).

Una de las principales estrategias se dirige a promover la calidad de los servicios en los diferentes centros que brindan atención materna perinatal en todo el país. El instituto Nacional Materno Perinatal es el centro de referencia por excelencia a nivel nacional en pacientes Gineco-obstétricas con patologías de alta complejidad, cuyos establecimientos de menor nivel no cuentan con una adecuada capacidad resolutive, así como miles de gestantes acuden para su atención en labor de parto. En el año 2018 el INMP realizo 21,818 atenciones de labor de parto. La media mensual es de 1858 nacimientos y unos 60 nacimientos entre partos distócicos y eutócicos (11). El inicio de la pandemia del SARS-CoV-2 en el Perú marco un antes y un después con respecto al internado médico. el interno de medicina anteriormente se caracterizaba por tener jornadas laborales extensas, sin un horario fijo de salida, en muchos casos sin remuneración y sin seguro social

de salud, sin embargo mediante el decreto de urgencia 090-2020 publicado el tres de agosto del 2020 donde se estipula derecho a un estipendio mensual equivalente a una remuneración mínima vital, así mismo cuentan con seguro de social de salud – EsSalud, en condición de afiliados regulares, y la cobertura de un seguro de vida. Por lo tanto, la reincorporación de los internos de medicina sufrió varios cambios. Reducción de horas laborales, reducción de plazas en sedes hospitalarias, motivo por el cual gran cantidad fueron reubicados en centros de salud de primer nivel, eso se reflejó como una desventaja en el desarrollo de competencias y habilidades, ya que debido a la reducción al acceso en áreas de trabajo así como en la afluencia de pacientes.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL:

En este capítulo se relatan las metodologías de investigación basada en la evidencia, así como se contrastará con los procedimientos realizados en la institución donde se desarrollaron las labores asistenciales.

3.1 Rotación de Cirugía

El tumor de células gigantes ósea (TCG) comprende aproximadamente 5% de los tumores primarios musculo esqueléticos, con un grupo etario frecuente de adultos jóvenes entre 20 a 50 años, predominantemente en sexo masculino, ubicándose comúnmente en la epífisis de huesos largos como también en pequeños huesos de manos o pies en menor medida.

Al examen radiológico se evidencia lesión lítica metafisoepifisiaria, pudiendo llegar a destrucción de la cortical. No suele existir reacción perióstica.

El tratamiento es necesariamente quirúrgico mediante el curetaje óseo más aplicación de nitrógeno líquido + osteosíntesis.

La bibliografía describe la importancia de la primera intervención quirúrgica debido a que se debe retirar en su totalidad la masa tumoral ya que presenta alto nivel de recurrencia, aproximadamente dos años (12).

En el caso clínico se describió una paciente mujer de 64 años con antecedentes de recurrencia de un TCG de húmero derecho (operada en 2015). Al examen físico presentaba tumoración en hombro derecho con cicatriz operatoria amplia, aumento de volumen, dolor a la palpación y calor local. Disposición: resección tumoral de húmero derecho + curetaje. Se considera que el manejo por parte de la institución fue el adecuado.

3.2 Rotación de Medicina Interna

En el caso clínico se describió un paciente varón de 21 años con sensación de debilidad, petequias, epistaxis, sangrado de encías, astenia, sudoración nocturna y adenopatías cervicales izquierdas. Cuenta con aspirado de médula ósea con 91% de blastos compatible con leucemia linfocítica aguda de células B estadio común.

Por lo general el tratamiento consiste en tres fases: inducción o inducción de la remisión, consolidación o intensificación del tratamiento y mantenimiento. Por lo general el tratamiento dura aproximadamente dos años, siendo la tercera fase la más larga. Respecto a la inducción, suele durar un mes y generalmente incluye vincristina + dexametasona pre QT + doxorubicina o daunorubicina y en algunos casos pueden incluirse ciclofosfamida, L-asparaginasa, y/o metotrexato (13).

Si la enfermedad entra en remisión, se procede a la siguiente fase de consolidación, que suelen ser los mismos medicamentos, pero en dosis más altas, es decir más intenso. En algunos casos también se puede plantear el alotrasplante de células madres, esto si el paciente tiene hermanos compatibles. Y para el mantenimiento de la enfermedad se programan quimioterapias con metotrexato y 6-mercaptopurina asociado a prednisona y vincristina.

Por lo general el 80% tiene remisiones completas lo que se traduce en que ya no se observa presencia de blastos en médula ósea. En el caso de que sea una leucemia quimio refractaria se puede intentar con anticuerpos monoclonales.

3.3 Rotación de Pediatría

La infección del tracto urinario se define como la presencia de microorganismo en orina de forma estéril más el examen físico y la evidencia de signos clínicos, ya que debido a la falta de clínica se catalogaría como bacteriuria asintomática, por lo que no requeriría tratamiento (14). Los síntomas en pediatría son muy generales. Pueden incluir: fiebre, náuseas, vómitos, deposiciones líquidas, disuria, poliuria y malestar general.

En el caso clínico mencionado, es una paciente femenina de 1 año 10 meses que cursa con fiebre que no cede a antipiréticos, deposiciones líquidas sin moco, sin sangre y vómitos de contenido alimentario. Se debe indicar hospitalización y se le administró rehidratación endovenosa, se solicitó sedimento urinario y urocultivo. Además, se le indicó amoxicilina con ácido clavulánico previo a resultados de urocultivo. En la evolución de la paciente a su 3er día hospitalario no presentó fiebre y la primera muestra salió negativo por lo que se suspendió antibiótico y se le dio de alta.

3.4 Rotación de Ginecobstetricia

La placenta previa se define como la inserción total o parcial en el segmento inferior del útero, pudiendo ser oclusiva o no oclusiva si permite o no el parto vaginal). Su frecuencia es de 2.8 por cada mil gestaciones. Se caracteriza por hemorragia indolora, de sangre roja y brillante de presentación insidiosa, escasa o abundante. El diagnóstico confirmatorio es mediante estudio ecográfico sea abdominal o vaginal para localizar la placenta, sin embargo, hay que recalcar que el hallazgo de una placenta previa antes de la semana 24 debe tomarse con precaución, con posterior seguimiento ecográfico al tercer trimestre. Se debe tener en cuenta los diagnósticos diferenciales como ruptura uterina y lesiones vaginales o cervicales.

Manejo: depende de la edad gestacional, es conservador cuando el estado hemodinámico materno es estable, cuando la edad gestacional es inferior a 36 semanas, feto vivo sin signos de pérdida de bienestar. Si no se cumplen estos criterios la indicación es cesárea.

Se presentó el caso clínico de una paciente mujer de 38 años, gestante de 30 semanas 6 días por ecografía del primer trimestre que acudió a emergencia por sangrado vaginal escaso, sin presencia de dinámica uterina. En la ecografía se evidenció placenta previa posterior grado II o marginal. El manejo fue maduración pulmonar con betametasona intramuscular 12mg cada 24 horas por dos dosis para maduración pulmonar y examen pre quirúrgicos para cesárea. En el manejo post operatorio la paciente no presentó complicaciones (15).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Las actividades del interno de medicina en la rotación de cirugía consistían en horas de la mañana asistir al piso de hospitalización del servicio al cual le toca rotar, evolucionar a los pacientes, realizar la curación de los pacientes post operados, el llenado de los resultados de laboratorio del sistema computarizado a la historia clínica, y la receta de la terapéutica. Todas las actividades mencionadas se realizaban conjuntamente con el Médico Residente de primer año al cual fue asignado en el servicio. La visita médica se realiza a las 7am, en el cual deberá estar terminado todo lo mencionado anteriormente, esta visita es dirigida por el médico residente de 4to año, el cual dirige el servicio conjuntamente con los médicos asistentes, posterior a la visita, el servicio intercalaba interdiario entre días quirúrgicos y días de consultorio externo con el fin de hospitalizar a los pacientes y posteriormente ingresarlo a sala de operaciones lo más pronto posible. El interno de medicina acompaña al residente de primer año a la atención de consultorio externo, en el cual realiza actividades como curación de heridas, retiro de puntos y control de pacientes post operados, diagnóstico temprano de patologías oncológicas como prevención de las mismas, selección de pacientes que necesitan una pronta intervención quirúrgica, procedimientos según sea la especialidad en la que rota. Posterior a ello el interno de medicina debe asistir a piso para recibir a los pacientes que será hospitalizados, apoyar al residente de primer año para la elaboración de la historia clínica, completar los exámenes pre quirúrgicos de los pacientes, programar los pacientes para el día quirúrgico del día siguiente, así como realizar la segunda curación del día de los pacientes que lo ameriten.

El día quirúrgico inicia posterior a la visita médica en piso de hospitalización, el interno de medicina es asignado a una sala quirúrgica el cual es supervisado por el residente de primer o segundo año el cual apoyaran en la cirugía al asistente, terminando el acto quirúrgico se procedía a la evaluación post operatoria en sala de recuperación.

En el caso de la rotación de ginecobstetricia como internos debido a la alta demanda de pacientes, existe sobrecarga laboral. En horas de la mañana se inicia evolucionando a las pacientes, lo que incluye un examen integral; tanto evaluar signos vitales, altura uterina, realizar las maniobras de Leopold y verificar la presencia de latidos cardiacos fetales en caso de gestantes y evaluación de la herida operatoria o signos de alarma en el caso de pacientes post operadas para luego pasar la visita médica, las cuales mayormente eran enfocadas desde un punto de vista pedagógico. Terminada la visita se realizaba el llenado de recetas, llenado de epicrisis e indicaciones de alta, curación de pacientes, colocación de implantes subdérmicos o algún otro método de planificación familiar como también su consejería. A lo largo del día durante las guardias, tanto diurnas como nocturnas, las responsabilidades y actividades son totalmente distintas. Al estar en tópicos de emergencia el enfoque es el diagnóstico precoz y el manejo oportuno. Como la toma de decisiones rápidas en el caso de que la paciente necesite una cirugía de emergencia o se deba realizar algún procedimiento como aspirados manuales endouterinos o legrados los cuales se realizaban en el tópicos con la asistencia de un anesthesiologo. En centro obstétrico la rotación constaba en guardias de doce horas todos los días durante dos semanas, en las cuales el interno desarrollo competencias en la atención de partos eutócicos y distócicos, realización de episiotomías y episiorrafias, y manejo de complicaciones durante el alumbramiento.

En la rotación de pediatría, las actividades del interno consistían en la rotación en pisos de hospitalización, ya que esta rotación fue llevada durante la pandemia del SARS-CoV-2, se tuvieron varias restricciones y cambios como jornada laboral reducida, reducción de aforo de pacientes, en las que las funciones a realizar constaban de evolución, examen físico y elaboración de

historias clínicas de los pacientes, el cual posteriormente era presentado al médico asistente a cargo. Posterior a las visitas se procedía a la elaboración de interconsultas, recetas, solicitud de exámenes de laboratorio y procedimientos. Tras la culminación de estas actividades se iniciaban actividades académicas programadas vía zoom, las cuales eran expuestas tanto por el residente o el interno de medicina y supervisado por un médico asistente asignado. Las guardias diurnas, las cuales eran una vez por semana, se realizaban en el servicio de emergencias. En la que el interno era asignado al tópico de prioridad tres (patologías de manejo ambulatorio) el cual era supervisado por el residente de primer año.

La rotación de neonatología en el Instituto Materno Perinatal, fue de solo 15 días, en las cuales tenía diferencias con respecto al INSN, ya que no posee consultorio externo, el interno se desenvuelve en servicios como Centro obstétrico para atención inmediata del recién nacido, Alojamiento conjunto, el cual son en los pabellones de hospitalización de Gineco Obstetricia en la cual el neonato se encuentra junto a la madre hasta que la misma sea dada de alta. Intermedios, este servicio está subdividido en Intermedios 1, 2, 3 y 4 el cual el nivel de complejidad es de orden descendente, se hospitalizan neonatos con diferentes patologías clínicas como quirúrgicas.

Se percibió pocas restricciones por la pandemia del SARS-CoV-2, ya que los servicios disponibles para el desarrollo de la rotación del interno de medicina fueron las mismas, sin embargo, el tiempo de rotación se redujo a la mitad, así como se redujo el número de internos por servicio. Se redujo también el número de guardias. No se percibió una disminución en el número de pacientes, ni restricciones en atención en diferentes patologías.

CONCLUSIONES

Existe una diferencia significativa entre el internado médico previo a la pandemia del SARS-CoV-2 al realizado durante la misma. Las limitaciones van desde la disminución en la afluencia de pacientes, por ende, la cantidad como diversidad de patologías por aprender disminuyeron. El riesgo de contagio de SARS-CoV-2 por el interno de medicina obligó al Ministerio de Salud a introducir lineamientos para la reincorporación progresiva de los internos, reflejándose en diversas deficiencias: reducción de horas laborales, reducción de guardias programadas, restricción de servicios donde rotar, así como limitaciones al examen físico en pacientes, Sin embargo se recibió estipendio mínimo vital, equipo de protección personal, se vacunó al personal de salud, como también se registró a un seguro de vida. A pesar de la coyuntura actual, se reconoce el esfuerzo por parte de nuestra facultad de medicina, ministerio de salud y por parte de los internos de medicina para lograr las competencias necesarias en este corto tiempo.

En el presente trabajo de suficiencia profesional tiene el fin de plasmar lo descrito anteriormente, así como explicar el contexto en el que se desarrolló la experiencia, su aplicación y una reflexión crítica de la misma.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al interno comprender la coyuntura actual, los cambios habidos en el internado, la introducción de sedes de primer nivel como la reducción de competencia en hospitales de mayor nivel. Conocer y mantener las medidas de bioseguridad contra el SARS-CoV-2. Conocer y desarrollar las competencias mínimas en cada rotación debida a las diversas limitaciones actuales:

Cirugía: hospitalización, diagnóstico de pacientes quirúrgicos, habilidades en sala de operaciones y control de pacientes post operados, así como complicaciones más frecuentes.

Medicina interna: aplicación de los conocimientos de ciencias básicas y clínicas en el campo laboral, conocimiento de múltiples patologías de órganos y sistemas, así como su manejo.

Pediatría: evaluación y diagnóstico de enfermedades pediátricas más frecuentes, diagnósticos diferenciales y manejo y conocimientos de dosis pediátricas.

Ginecología: evaluación y control de gestantes, así como el conocimiento de las posibles complicaciones obstétricas, atención de parto eutócico y distócico y manejo puerperal. además de conocimiento de patologías frecuentes en mujeres no gestantes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Médica Peruana. abril de 2016;33(2):105-10.
2. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A, Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R, Tequen Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Revista Medica Herediana. abril de 2020;31(2):125-31.
3. Accinelli RA, Zhang Xu CM, Ju Wang J-D, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro JA, Tafur-Bances KB, et al. COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 28 de agosto de 2020;37:302-11.
4. Lizaraso Caparó F, Del Carmen Sara JC, Lizaraso Caparó F, Del Carmen Sara JC. Coronavirus y las amenazas a la salud mundial. Horizonte Médico (Lima). enero de 2020;20(1):4-5.
5. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19-DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
6. Reseña Histórica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
7. Departamento de Epidemiología INEN. INDICADORES ANUALES DE GESTIÓN INEN-2019 [Internet]. Indicadores de Gestión Hospitalaria; 2019 [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/11/Estadindgest2019.pdf>

8. Institucional/Reseña Histórica | Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en:
<http://www.insn.gob.pe/institucional/resena-historica>
9. Jáuregui Miranda J, MINSA. ANALISIS SITUACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD INSN AÑO 2019 (ASIS) [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en:
http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/publicaciones/ASIS%202019%20_TOMO%20II.pdf
10. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
11. Guevara E. Sala Situacional OESA 2019 [Internet]. Ministerio de Salud; 2019 [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.inmp.gob.pe/institucional/sala-situacional/1421334856>
12. Ezquerria AA, Subías JL, Adán ML, Bona AP. Tratamiento de tumores de células gigantes. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 15 de agosto de 2016 [citado 17 de abril de 2021];30(1). Disponible en:
<http://www.revortopedia.sld.cu/index.php/revortopedia/article/view/81>
13. Tratamiento típico de la leucemia linfocítica aguda [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/tratamiento/tratamiento-tipico.html>
14. Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Ares Álvarez J, Baquero-Artigao F, Silva Rico JC, Velasco Zúñiga R, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. An Pediatr (Barc). 1 de junio de 2019;90(6):400.e1-400.e9.
15. INMP. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA. MINSA - Perú. agosto de 2018;536.