



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS Y EL HOSPITAL DE VITARTE EN EL
CONTEXTO POR PANDEMIA DE COVID-19 ENTRE LOS AÑOS
2021-2022**

PRESENTADO POR

JORGE MAURICIO CALDERÓN MÉNDEZ

ASESORA

KATHERINE GUTARRA CHUQUIN

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

LIMA- PERÚ

2022



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/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS Y EL
HOSPITAL DE VITARTE EN EL CONTEXTO POR PANDEMIA DE
COVID-19 ENTRE LOS AÑOS 2021-2022**

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

**PRESENTADO POR
JORGE MAURICIO CALDERÓN MÉNDEZ**

**ASESORA
DRA. KATHERINE GUTARRA CHUQUIN**

LIMA – PERÚ

JURADO

Presidente: Dra. Ugarte Rejavinsky, Karim Elizabeth

Miembro: Dr. Morales Paitan, Carlos

Miembro: Dra. Pilares Barco, Graciela

DEDICATORIA

A todos los que me ayudaron durante la carrera para lograr mi objetivo, culminarla y poder ayudar a los demás, principalmente a mis padres y hermanos quienes han sido mi mayor fuente de apoyo y ánimos para seguir adelante durante cada curso, proyecto, escrito y, en general, cada éxito que he tenido durante estos años.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Jorge y Maritza, cuya ayuda incondicional han hecho posible mi paso por la carrera de Medicina Humana, por ser quienes nunca dudaron de mis aptitudes para a esta profesión y estimularon mi hambre de conocimiento en diferentes campos con sus experiencias y palabras de aliento; gracias a mis amigos que conocí dentro de la facultad que, incluso durante la pandemia del SARS-CoV-2. También gracias a mis doctores docentes, quienes presentaron siempre una vocación por enseñarnos el arte y la ciencia de la Medicina Humana. Agradezco enormemente sus aportes a mi formación y les expreso mi gran afecto por todo.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
ANTECEDENTES	ix
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	x
OBJETIVOS	xi
ALCANCE	xi
LIMITACIONES	xi
JUSTIFICACIÓN	xii
CAPÍTULO I. TRAYECTO PROFESIONAL	1
1.1. Cirugía	1
1.1.1. Caso clínico 1	1
1.1.2. Caso clínico 2	4
1.2. Medicina	7
1.2.1. Caso clínico 1	7
1.2.2. Caso clínico 2	10
1.3. Pediatría	11
1.3.1. Caso clínico 1	11
1.3.2. Caso clínico 2	12
1.4. Gineco-obstetricia	13
1.4.1. Caso clínico 1	13
1.4.2. Caso clínico 2	15
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
3.1. Cirugía	21
3.1.1. Caso clínico 1	21
3.1.2. Caso clínico 2	23
3.2. Medicina	25
3.2.1. Caso clínico 1	25

3.2.2. Caso clínico 2	26
3.3. Pediatría	27
3.3.1. Caso clínico 1	27
3.3.2. Caso clínico 2	27
3.4. Gineco-obstetricia	28
3.4.1. Caso clínico 1	28
3.4.2. Caso clínico 2	29
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	31
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	36
FUENTES DE INFORMACIÓN	37
ANEXOS	40
ANEXO 1	40
ANEXO 2	40

RESUMEN

El internado médico viene a ser el séptimo y último año de la carrera en Medicina Humana, en el que el interno de medicina debe completar su conocimiento en prácticas preprofesionales en un establecimiento de salud, con la finalidad de estar bien preparado para el inicio de las prácticas de su profesión.

A consecuencia de la presente pandemia por el virus SARS-CoV-2 y los protocolos de Emergencia Sanitarias dispuestos por parte del gobierno peruano, el trabajo tiene como finalidad describir la experiencia y el aprendizaje práctico del internado entre el 01 de julio del 2021 y el 30 de abril del 2022 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), y también rotaciones en el Hospital de Vitarte, durante la pandemia del COVID-19, para que los próximos internos que se presenten a esta institución puedan tener un mayor acercamiento al manejo de los pacientes.

Se describirán 8 casos clínicos, siendo dos referentes a la especialidad experimentada en el establecimiento de salud mencionado (Cirugía Oncológica, Medicina Oncológica, Pediatría Oncológica/Pediatría y Neonatología y Ginecología Oncológica/Ginecoobstetricia), los cuales fueron seleccionados a criterio del autor. Se exponen los casos clínicos desde el ingreso hasta el egreso de los pacientes en orden cronológico con los hechos más relevantes, junto con hallazgos imagenológicos y laboratoriales que fueron solicitados por los médicos a cargo.

Finalmente, este trabajo presenta narraciones detalladas, comprensibles y argumentadas al lector próximo a internado a conocer mejor las características y organización que se tiene con los casos clínicos en el INEN y en el Hospital de Vitarte.

ABSTRACT

The medical internship comes to be the seventh and last year of the Human Medicine career, a year when the intern is supposed to complete his/her pre professional knowledge in a medical establishment to be well prepared for the beginning of their professional activities.

As a consequence of the SARS-CoV-2 pandemic sanitary emergency's protocols executed by the peruvian government and, this project has as its goal to describe the experience and practical learning of this internship between 01 July 2021 and 30 April 2022 in the Neoplastic Illness National Institute (*INEN* in spanish) and the Vitarte's Hospital, during the COVID-19 pandemic, this is to the next interns who decide to take their practices there could have a better look to the patient's management here. Eight clinical cases are going to be described, two related to each different specialty here (Oncological Surgery, Oncological Medicine, Oncological Pediatrics/Pediatrics and Oncological Gynecology/Obstetrics Gynecology); selected by the autor.

These cases are going to be exposed from the hospitalization to their discharge chronologically with the most important situations and with laboratory and imagenology results taken by order of the doctors in charge. Finally, this project shows details, understanding and based cases to the next interns to know better the INEN and Vitarte Hospital clinical histories' characteristics and organization.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ubicado en Surquillo, Avenida Angamos Este 2025 es un instituto especializado nivel III-2, otorgado por el Minsa, con la Resolución Administrativa N° 317 - 2019 - DMGS - DISTIS - LC.

Anteriormente su sede se encontraba en la dirección actual del Hospital San Bartolomé, Avenida Alfonso Ugarte N° 825, Lima, llamándose Instituto Nacional del Cáncer el 4 de diciembre de 1939; el 1 de enero de 1952 se le cambió el nombre a Instituto Nacional de Radioterapia por la mayor respuesta de mejoría con este manejo. El 19 de mayo de 1952 pasó a llamarse Instituto Nacional del Cáncer. Posteriormente, en los años 1980, fue insuficiente el tamaño del local para el manejo de la gran cantidad de pacientes oncológicos que recibía la Fundación Peruana del Cáncer, la cual gestionó su localización en un terreno donado para el INEN en la Avenida Angamos Este N° 2520. Brinda atención 24 horas en diferentes especialidades, las cuales las que cuentan con internos de medicina son Medicina Oncológica, Cirugía Oncológica, Pediatría Oncológica y Ginecología Oncológica. (1)

Por otro lado, el Hospital de Vitarte se encuentra ubicado en el distrito de Ate-Vitarte. Este establecimiento de salud es categorizado como II-2. Se inició como una posta de salud, pero el marzo del 1957, por la resolución Ministerial N° 443-1957, se estableció como organización y función hospitalaria del Ministerio de Salud, en los servicios de rotación para los internos de medicina en convenio con el INEN están Gineco-Obstetricia y Pediatría y Neonatología. (2)

Para el último año de carrera de la promoción de ingreso 2015, este instituto fue seleccionado como sede docente después de una serie de gestiones por parte del jefe del internado de la Universidad San Martín de Porres, porque debido a la pandemia había sido temporalmente suspendido a fin de evitar el contagio de COVID-19 en los estudiantes de medicina en su séptimo año de carrera. Luego fue reabierto con vacantes debido a su nivel de establecimiento de salud, pues su meta es "... asegurar que el alumno interno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, al terminar su Internado esté en condición óptima para brindar una

adecuada atención médica y por lo tanto preparado para obtener el Título de Médico – Cirujano”. (3)

El desarrollo del internado es parte del plan de estudios de las facultades del país, teniendo su origen en Europa, como en Francia en el siglo XVIII con los “compagnons internes”, quienes servían de apoyo a los médicos, o con los “alumnos internos” en Inglaterra en el mismo siglo (aquellos que eran acogidos por médicos en sus hogares para la práctica de la medicina en sus hospitales). Posteriormente también se realizó en Estados Unidos en el siglo XIX como escuelas de práctica clínica y yendo como “house pupils” a aprender en hospitales. Finalmente, el término de “interno” y su aplicación llegaría a los países latinoamericanos, incluyendo Perú.(4)

Esta práctica fue interrumpida debido a la pandemia (5). El Decreto Supremo N° 090-2020, de ese año, establece en el artículo 3 habla sobre la contratación de internos de diferentes profesiones de la salud con cambios en sus ingresos financieros, horarios y otros beneficios, mas no todos son cumplidos tal y como son descritos en el documento. (6)

El trabajo se realizará en un tiempo aproximado de 2 semanas, debido a las fechas impuestas por la universidad, haciendo mención incluso su adelanto para la aprobación de la Oficina de Grados y Títulos. Los recursos humanos a utilizar son el mismo autor, el cual contará con el apoyo de personal de salud dispuesto a facilitar la tarea de obtención de datos necesarios para su desarrollo; también se contará con un asesor, quien se encargará de la revisión y recomendaciones adecuadas para el trabajo. Este proyecto no presenta conflicto de intereses ni problemas de índole ética para su realización.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La persistencia de la pandemia por COVID-9 y sus variantes ha ocasionado que el mundo se haya visto forzado a adaptarse a una “nueva normalidad”, alterando el estilo de vida previo de las personas y de sus diferentes campos de trabajo, tanto técnicos como profesionales teniendo que recurrir a la alternativa virtual para evitar el estancamiento educacional, y tratando de adaptar los cursos prácticos en diferentes carreras a una modalidad en línea, no siendo diferente en caso de Medicina Humana,

las cuales cursaban las prácticas clínicas en sedes hospitalarias que cerraron sus puertas temporalmente debido a esto.

En años superiores, como el internado, se vio retrasado su inicio pues era necesario cuidar a los próximos profesionales de la salud, porque la vacuna aún estaba en desarrollo y se desconocía mucho del SARS-CoV-2, su transmisión y en quiénes podría manifestarse de forma grave.

OBJETIVOS

- Describir la experiencia del internado médico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y en el Hospital de Vitarte durante la pandemia del COVID-19 desde julio del 2021 hasta marzo del 2022.
- Dar un acceso más detallado del manejo médico y quirúrgico en hospitalización, emergencia y ambulatoriamente en los establecimientos de salud Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Hospital de Vitarte.
- Preparar teóricamente con ejemplos en práctica clínica a los próximos estudiantes de la salud que deseen rotar en esos nosocomios.

ALCANCE

El presente trabajo se podrá utilizar para que los siguientes estudiantes de la salud del séptimo año de la carrera de Medicina Humana puedan decidir según lo descrito en los casos de las rotaciones en Cirugía Oncológica, Medicina Oncológica, Pediatría Oncológica/Pediatría y Neonatología y Ginecología Oncológica/Ginecoobstetricia durante la pandemia del COVID-19 por qué escogerían o no al INEN-Hospital de Vitarte como sede docente. Además de ser un material a la mano para los estudiantes de medicina de las siguientes promociones.

LIMITACIONES

- Se restringe netamente a los escritos (a mano en las hojas de las historias clínicas o en su versión digital en el sistema SISINEN 2.0 y Sistema Pacientes) sobre cada paciente, datos relatados a boca del paciente al personal de salud sin mayor relevancia en su manejo y evolución han quedado fuera de la misma.
- Dificultad del seguimiento personalizado de los pacientes por ausencia de diferentes datos personales.

- Confiabilidad dispuesta en todo lo descrito del paciente en su historia clínica durante la anamnesis.
- Complejidad en la veracidad de la información para que sea extrapolada a la población general.
- Limitación de tiempo entre la publicación del modelo y pautas a seguir para el trabajo de suficiencia profesional y la fecha límite de entrega de la misma, ambos dados por la casa de estudios del autor del trabajo.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo radica en la necesidad de los próximos internos de medicina de conocer cuáles son los protocolos propios del hospital en el manejo de pacientes y sus actualizaciones aún en constante cambio aplicadas por el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 y sus actualizaciones. Estos cambios en las normas de estos nosocomios servirán de base en relación a anamnesis, examen clínico, procedimientos, manejo médico y quirúrgico, además de exponer diferentes adversidades presentadas durante el internado médico en esta sede y sus alteraciones al sumarse la pandemia, las cuales podrían ser utilizadas para generar cambios positivos en los servicios o departamentos en los cuales se presentaron.

Asimismo, también serán expuestas las características y oportunidades presentadas en el internado médico en el INEN y en el Hospital de Vitarte, como incentivo para que las próximas promociones deseen o consideren entre sus opciones la realización del internado en este instituto, tomando en cuenta el nivel de esfuerzo, disciplina, aprendizaje, manejo y seguimiento que concuerde más con sus preferencias y aptitudes, más allá de la selección a ciegas, por cercanía al lugar de vivienda, horarios o por opciones disponibles.

Además, la coyuntura actual por la pandemia a nivel nacional, específicamente en el INEN, ha causado que el personal médico de esta institución sea diezmado, ya sea por fallecimiento, o por cuarentena por contagio (sintomático o no) o por contacto primario con una persona con PCR SARS-CoV-2 + o sintomatología respiratoria presente; por lo que se ha contratado personal externo para los servicios administrativos, de limpieza, médicos (CAS, rotantes externos e internos, siendo los últimos mencionados los encargados de suplir el déficit de personal de salud presente).(7)

También le permitirá tanto al autor como al lector, realizar una retroalimentación de las debilidades y fortalezas que tiene realizar el internado en este nosocomio. De esta manera, se podría hacer conocimiento de los casos al jefe del internado de la Universidad San Martín de Porres, así como al jefe de internado de la presente sede docente, para que tengan tópicos ya definidos y descritos a tratar según cada servicios donde se realiza el internado médico para una mejor toma de decisiones.

Finalmente, se podrán aclarar algunas de las principales dudas de los próximos internos respecto al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Hospital de Vitarte, y así conocer la calidad de médicos, protocolos de sanidad y burocracia presentes en el mismo, para que puedan escoger una sede docente con un mayor grado de objetividad.

CAPÍTULO I. TRAYECTO PROFESIONAL

El estudiante de pregrado se presenta ante una nueva etapa en el desarrollo de su carrera, como es el internado en Medicina, como bien se explica en el documento informativo para el séptimo año de la Facultad de Medicina Humana de la USMP.

La meta de cada interno es afianzar el conocimiento teórico estudiado a lo largo de su carrera y aplicarlo correctamente en la práctica, desarrollando mejores aptitudes para reconocer un diagnóstico precoz, entender la importancia de la prevención de enfermedades, aplicar la promoción sobre enfermedades, administrar un adecuado tratamiento y la rehabilitación de los pacientes en diferentes campos y servicios de un establecimiento de salud. En consecuencia, identificar el caso que se presente ante él o ella y dilucidar una correcta toma de decisiones.

En los siguientes subtítulos se presentarán diferentes casos de los servicios en los cuales el interno ha realizado una rotación, a fin de presentar la anamnesis del caso, antecedentes, examen físico realizado y exámenes auxiliares tomados a fin de guiar a un diagnóstico adecuado.

1.1. Cirugía

1.1.1. Caso clínico 1

Paciente varón de 76 años, natural de Piura, acudió con tiempo de enfermedad de 4 años aproximadamente caracterizado por disminución de su volumen de orina, motivo por el cual acudió a otra institución (OI), donde se le solicitó PSA (09/03/2020): 14.57 ng/ml y biopsia de próstata ecodirigida (09/02/2021) con AP (09/02/2021): ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA, Gleason 4+3=7/10, acudiendo al INEN con dichos resultados fue evaluado por el departamento de Urología Oncológica el 23/02/2021, donde se halló una próstata de 4x4 cm de consistencia indurada en el lóbulo derecho de bordes libres.

Se solicitaron los siguientes exámenes:

-Revisión de láminas AP el 28/04/2021 describiendo ADENOCARCINOMA ACINAR DE PRÓSTATA GLEASON 7/10=3+4

-PSA: 15.1 ng/ml

-Tomografía abdominopélvica (13/03/2021): Próstata heterogénea de 5x4 cm aumenta de volumen de consistencia fibroelástica y móvil; sin adenopatías pélvicas, retroperitoneales ni lesiones secundarias.

-Gammagrafía Ósea (29/04/2021): Negativa para metástasis ósea.

Por los resultados obtenidos, es reevaluado por el departamento con disposición quirúrgica, por lo que se solicitaron exámenes preoperatorios y evaluación por Infectología el 26/07/2021.

Antecedentes Personales: Niega TBC, COVID-19, DM, EPOC

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía abierta en 1983

Antecedentes familiares: Sobrino con cáncer de próstata

Alergias: Niega

Hábitos nocivos: Niega

Medicación actual: Niega

Transfusiones: Sí

RAM: Niega

AL INGRESO:

Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 16 rpm, SatO2: 96%

Examen físico: AREG, AREN, AREH. Lúcido, afebril, ventila espontáneamente.

- PYF: T/H/E. No cianosis, no ictericia. Llenado capilar <2”
- TYP: MV pasa bien en ACP, no estertores, no tirajes.
- CV: Ruidos Cardiacos Rítmicos de Buena Intensidad Regulares. No soplos audibles.
- ABD: Abdomen blando/depresible, no distendido, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA (+). Cicatriz de cirugía anterior en buenas condiciones.
- GU: PPL (-), PRU (-). Diuresis espontánea sin esfuerzo, orina clara. Caracteres sexuales de acuerdo a su edad y sexo, ambos testículos en bolsas escrotales. No se palpan adenopatías en región inguinal. TR: Próstata 4x4 cm de consistencia fibromuscular a predominio de lóbulo derecho, móvil, de bordes libres.
- OM: Extremidades se movilizan en rango funcional normal.
- SC: LOtep, Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y fotorreactivas.

Resultados:

IMAGENOLÓGICOS

- Rx de tórax (26/07/2021): Caracteres radiológicos normales. Anterior del 13/03/2021 presentaba espondilosis degenerativa como comentario.

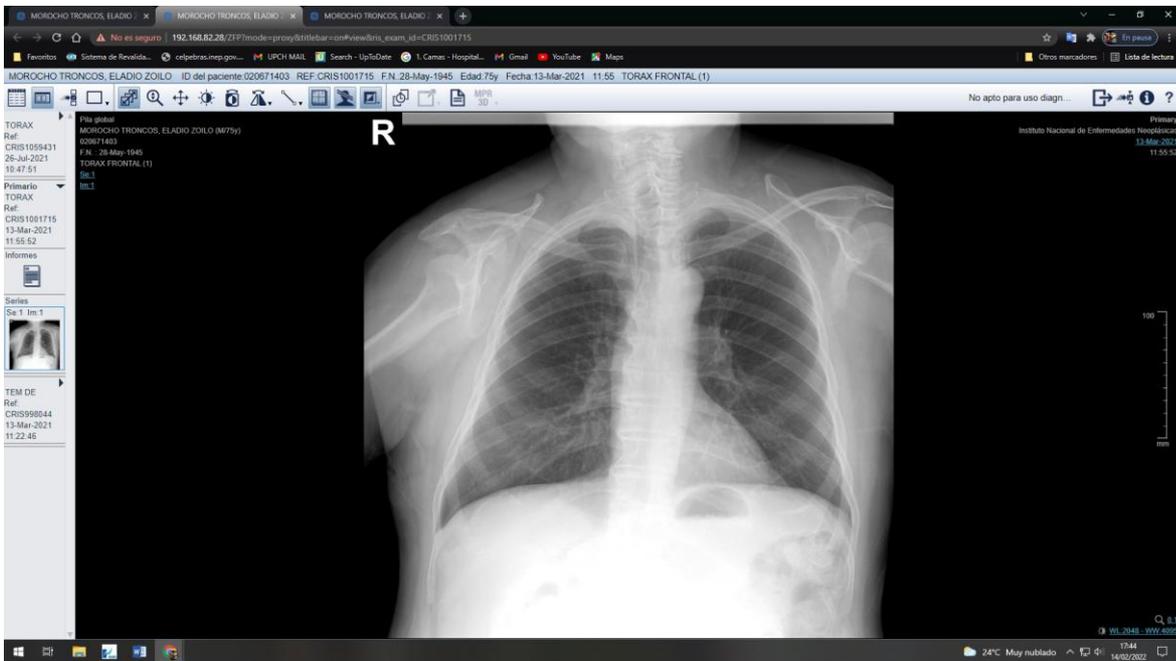


Imagen 1: Rx de Tórax (13/03/2021)

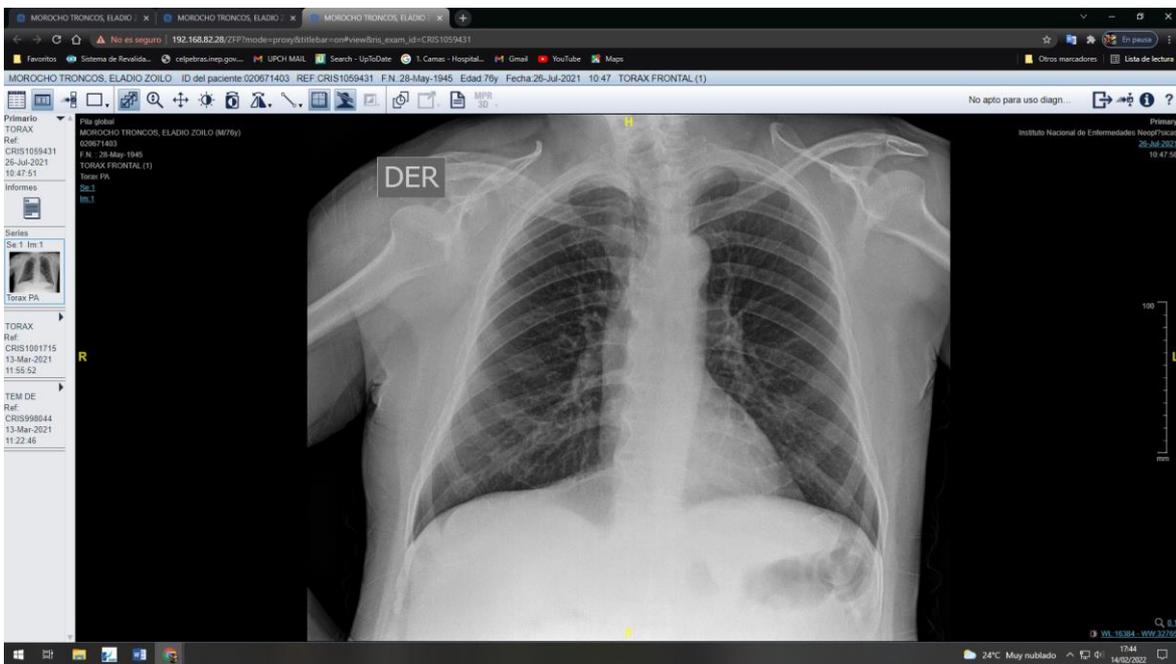


Imagen 2: Rx de Tórax (26/07/2021)

- TEM de abdomen completo con contraste (13/03/2021): Próstata heterogénea aumentada de volumen a correlacionar con anatopatología, quistes renales izquierdos, ausencia de vesícula biliar asociada a aerobilia en el lóbulo izquierdo, y espondilartropatía degenerativa dorso-lumbar.

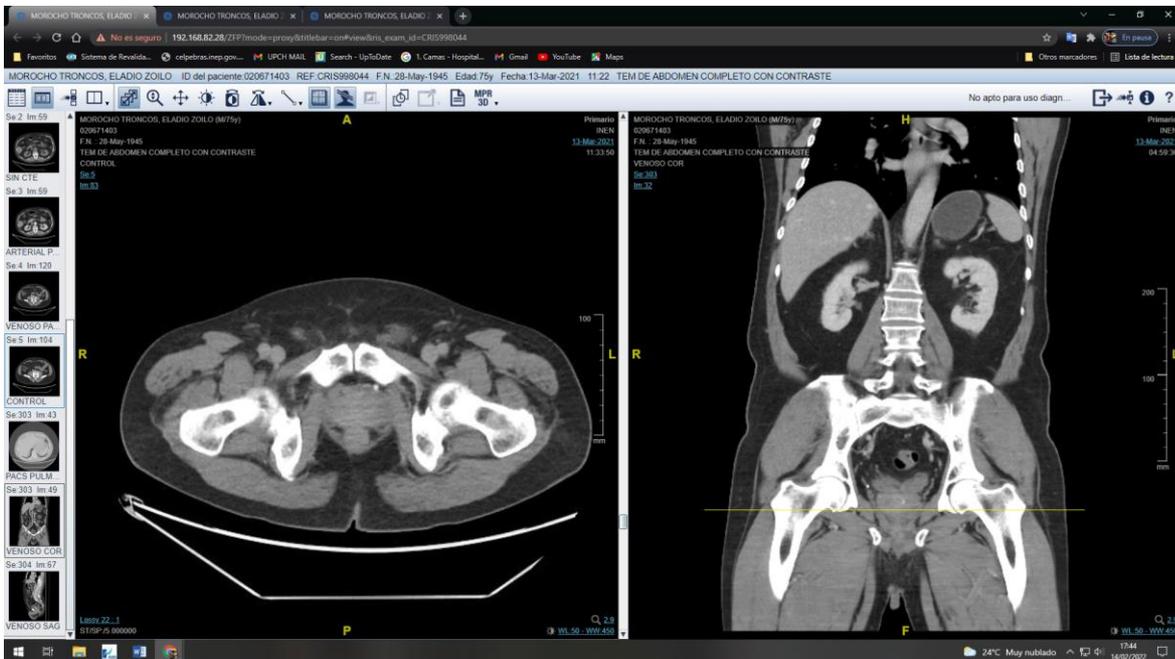


Imagen 3: TEM de abdomen completo con contraste (13/03/2021)

RESULTADOS DE LABORATORIO

- BK en esputo (26/07/2021): BAAR (-)
- Grupo sanguíneo, Factor Rh, Hemograma completo y Perfil de coagulación (26/07/2021): Hb: 15.2, Hto: 48.1, Leuco: 8560, Linfo: 41%, Neu Seg: 46%, Plaq: 265, TP: 13, INR: 0.97, O+, Coombs Indirecto: Negativo
- Bioquímicos (26/07/2021): Urea: 3.9, Crea: 83, Na: 141, Cl: 101, K: 4.64
- Serológicos (26/07/2021): AgHBs: <0.1, VIH 1-2: <0.05, Sífilis Tamizaje: 0.1
- AGA (26/07/2021): pH: 7.39, PCO2: 36.8, HCO3: 22, PO2: 87.7, SatO2: 96.5%

Infectología le dan pase a hospitalización tras resultado de PCR SARS-CoV-2 NEGATIVO el 27/07/2021 a la cama 552.

1.1.2. Caso clínico 2

Paciente varón de 33 años, natural y procedente de Ica, con un tiempo de enfermedad de 6 meses caracterizado por incremento del volumen del testículo derecho, por lo que acudió a otra institución en la cual se le solicitó una ecografía testicular el 11/01/2022, se halló masa testicular derecha multinodulada de 71.1 x 40.4 x 54.7 cm, con doppler central y periférico. Con exámenes de laboratorio del 08/01/2022: DHL: 199, B-HCG: 2.2, AFP: 6.8, con los cuales acude al INEN por emergencia.

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes quirúrgicos: Niega

Al ingreso por emergencia:

Examen físico:

Signos vitales: PA: 139/86 mmHg, FC: 94 lpm, FR: 20 rpm, T°: 36.3 °C, SatO2: 99%

PYF: Piel tibia, elástica, poco hidratada. No cianosis, no ictericia. Llenada capilar <2”

TYP: MV pasa bien en ACP. No rales, no tirajes.

CV: RCR de BI, no soplos audibles.

ABD: B/D, no distendido, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. RHA (+)

GU: PPL (-), PRU (-), Portador de sonda Foley. Pene sin alteraciones, Testículo izquierdo en bolsa escrotal 3x3 cm sin alteraciones. Testículo derecho en bolsa escrotal de 8x7 cm aproximadamente y móvil, impresiona cordón espermático libre, no flogosis.

Locomotor: Moviliza 4 extremidades en rango funcional normal.

SNC: LOtep, Glasgow 15/15. Despierto y reacciona a estímulos.

Impresión diagnóstica de tumor testicular D/C tumor de células germinales (TCG).

Paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente sin oxígeno suplementario.

Paciente nuevo para la institución.

Disposición: Ampliar exámenes de laboratorio y de imagen para confirmar diagnóstico y estadiaje. A reevaluación para identificar si el paciente es tributario de conducta quirúrgica (de emergencia) vs médica. Interconsulta a Infectología para toma de hisopado PCR para SARS-CoV-2.

Resultados:

IMAGENOLÓGICOS

- Ecografía testicular (09/02/2022): Nódulo de aspecto neofornativo en testículo derecho, se sugiere correlación con marcadores tumorales. Testículo izquierdo de morfología adecuada con microlitiasis en su interior.
- TEM de tórax c/c (09/02/2022): Dentro de límites normales.
- TEM de abdomen completo c/c (09/02/2022): Tumoración sólida heterogénea a nivel de testículo derecho en relación con NM.

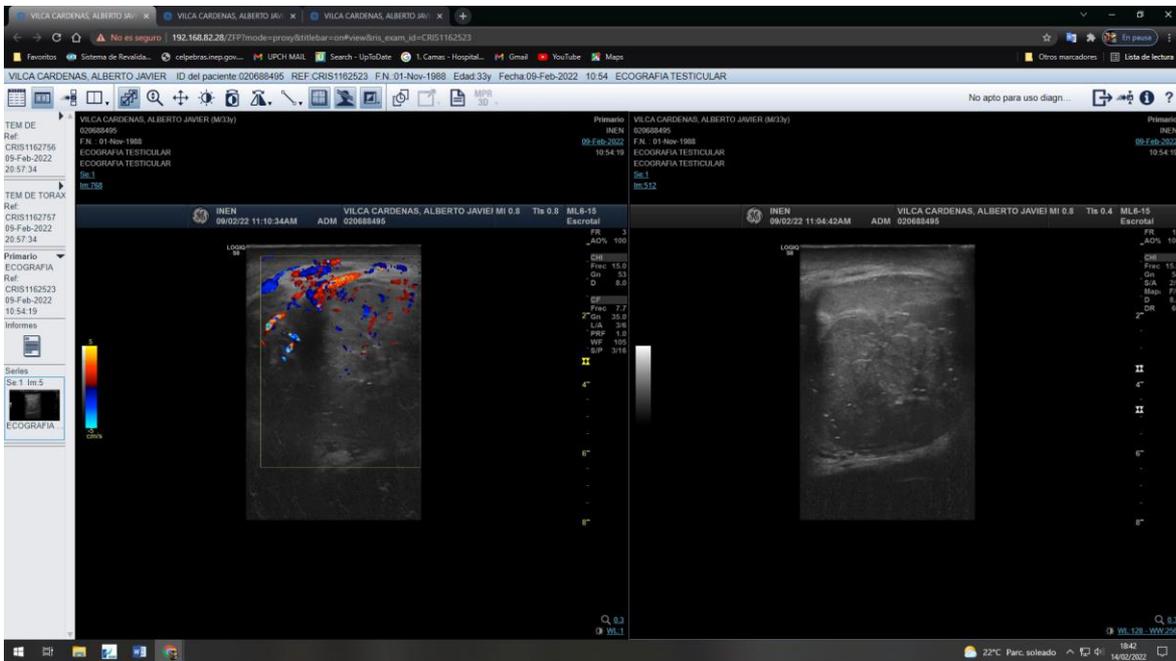


Imagen 4: Ecografía testicular (09/02/2022)

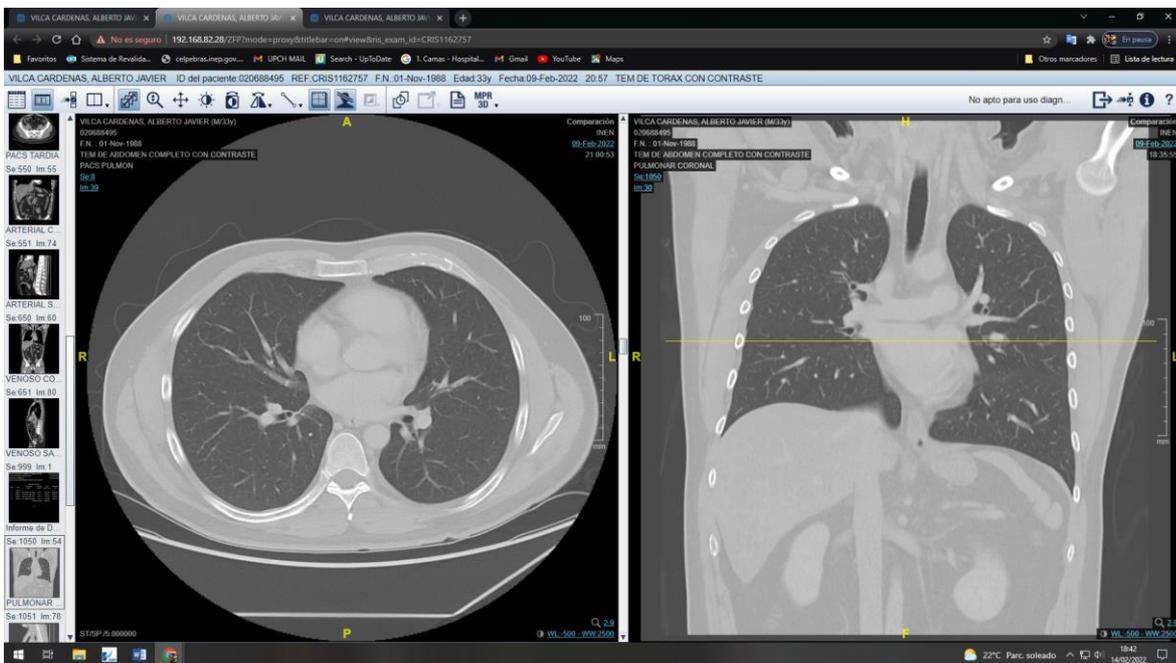


Imagen 5: TEM de tórax c/c (09/02/2022)

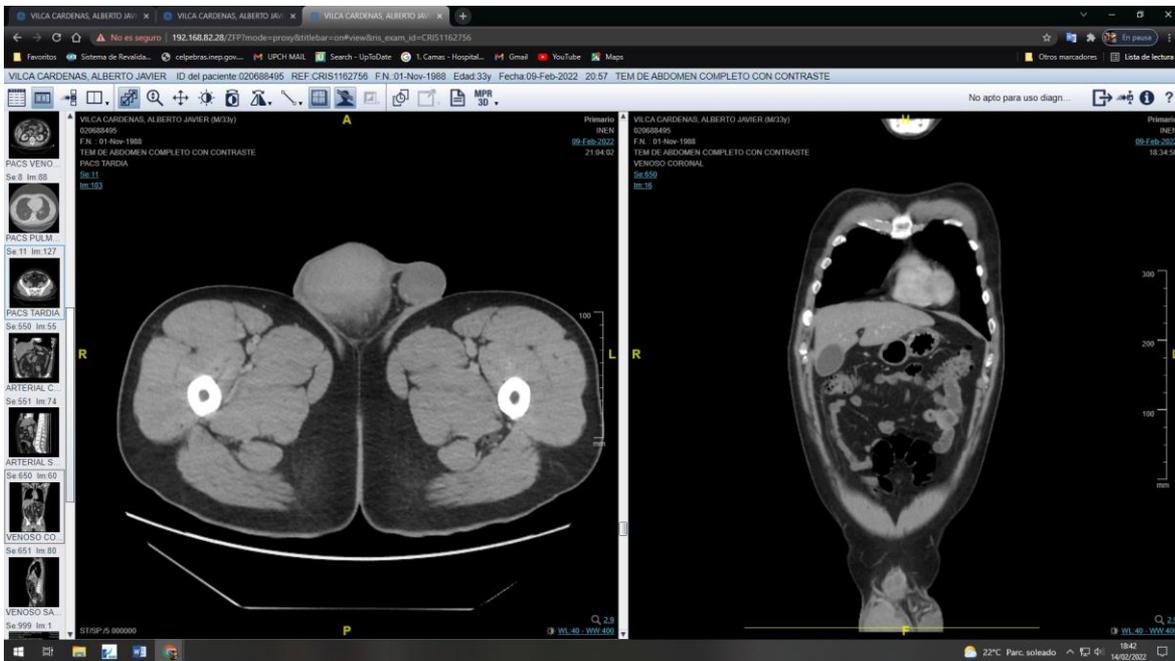


Imagen 6: TEM de abdomen completo c/c (09/02/2022)

RESULTADOS DE LABORATORIO

- Hemograma completo, Perfil de coagulación, Grupos sanguíneo y Factor Rh (09/02/2022): Hb: 14.4, Hto: 43.3, Leuco: 5.24, Segmentados: 33%, Linfo: 37%, TP: 13.2, INR: 0.97, TTPA: 31.2, Coombs indirecto: Negativo, Grupo: O+.
- Bioquímicos (09/02/2022): Glucosa: 6.7, Urea, 3.2, Crea: 60, Proteínas totales: 77, DHL: 271, Na: 142, K: 4.35, Cl: 101, Ca+: 1.27, P: 1.33, Mg: 0.7, Ác. úrico: 426
- Serológicos (09/02/2022): AcHBc: 0.13, AgHBs: <0.100, Antic. AntiHCV: 0.11, VIH 1-2: 0.06, HTLV 1-2: 0.14, Sífilis Tamizaje: 0.08.
- Marcadores tumorales: HCG: <2.00, AFP: 5.76

1.2. Medicina

1.2.1. Caso clínico 1

Paciente femenina de 48 años, natural y procedente de Lima, con diagnóstico de NM DE CÉRVIX EC IIB + QT + RT, acude a Emergencia del INEN por presentar rectorragia y síntomas urinarios (oliguria, disuria).

Antecedentes personales: Electrofulguración en 2014

Antecedentes patológicos: Infección por E. coli BLEE en 2017. Niega HTA, niega DM, niega TB, niega asma

Signos vitales: PA 90/55 mmHg, FC 105, FR 20, T° 37.2, SatO2 93%

Al examen físico:

AREG, AREN, AREH.

PYF: Piel tibia, ligeramente elástica, ligeramente hidratada. Palidez +/-, Llenado capilar >2"

CV: RCR de buena intensidad, taquicárdicos, no soplos audibles.

TYP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales, no tirajes.

ABD: Blando/depresible, prominente por tejido graso, no se palpan masas, no doloroso a la palpación, RHA (+).

GU: Genitales de características normales a excepción de vagina sinequiada en tercio superior, no se palpan tumoraciones. PPL (-), PRU (-), anuria, no globo vesical.

LOCOMOTOR: Moviliza extremidades en rango funcional normal con dificultad.

SNC: Desorientada en tiempo y espacio, orientada en persona. Glasgow 13/15.

Al momento hemodinámicamente inestable con hipotensión, ventila espontáneamente sin soporte oxigenatorio con leve dificultad respiratoria. Desorientada en tiempo y espacio.

Exámenes auxiliares:

IMAGENOLÓGICOS:

- TEM de tórax sin contraste (08/02/2022): Signos sugestivos de proceso parenquimal inflamatorio difuso bilateral a predominio de la región basal derecha caracterizado por engrosamiento pleural posterior y zonas de consolidación.
- TEM de abdomen completo sin contraste (08/02/2022): Pelvis de aspecto no tumoral, leve hidroureteronefrosis izquierda y moderada hidroureteronefrosis derecha, con algunas adenopatías retroperitoneales. Signos sugestivos de litiasis vesicular.

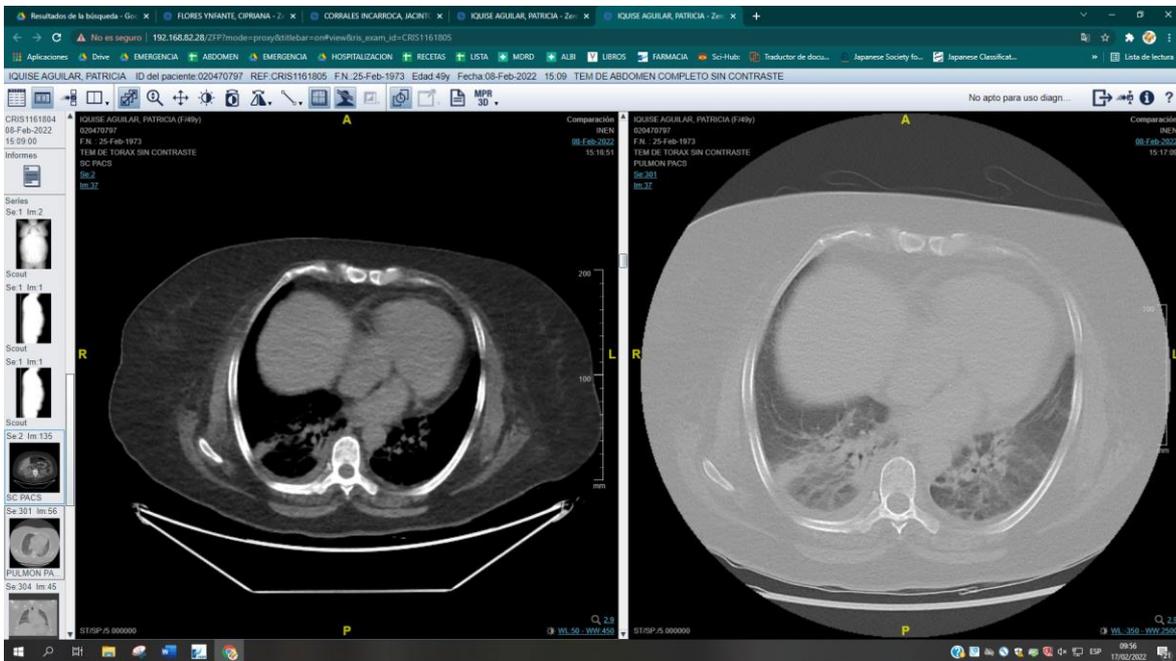


Imagen 7: TEM de tórax sin contraste (08/02/2022)

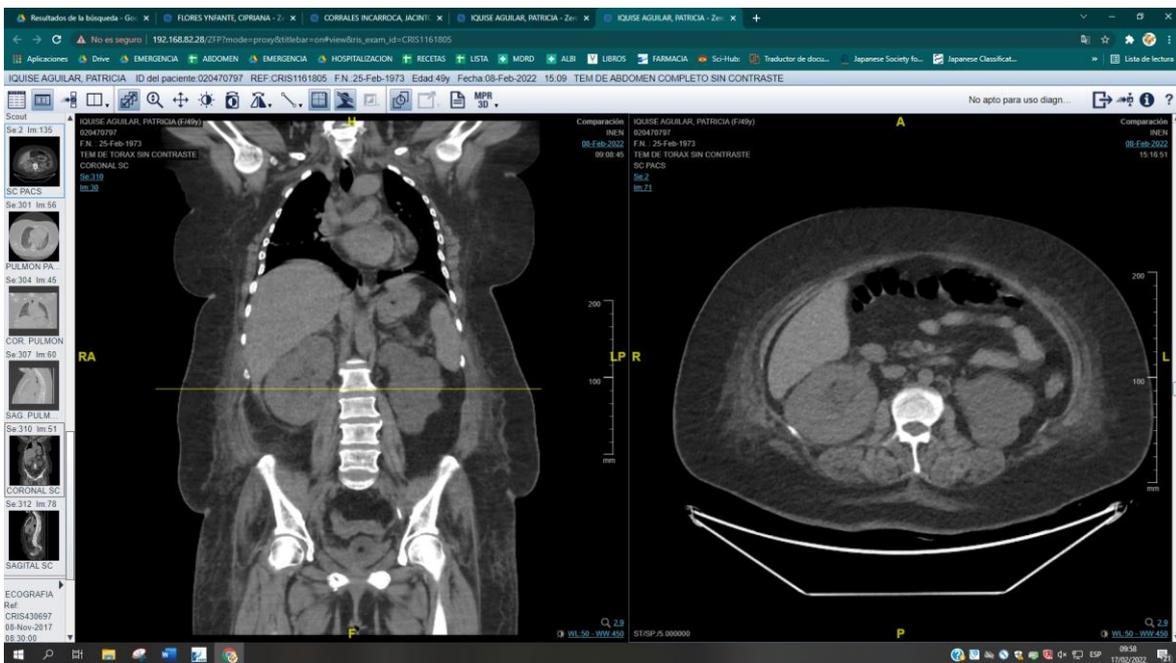


Imagen 8: TEM de abdomen completo sin contraste (08/02/2022)

RESULTADOS DE LABORATORIO

- Hemograma completo y perfil de coagulación (07/02/2022): Hb: 11.6, Hto: 36.3, LEUCO: 12400, LINF: 5%, SEGMENTADOS: 89%, PLAQ: 57 000. TP: 17.2, INR: 1.28, TTPA: 33.9
- Bioquímicos (07/02/2022): Glucosa: 51.5 mmol/L (927.52 mg/dl), Urea: 20.7, Crea: 358, Alb: 25.9 g/L, Na: 115, Cl: 80, K: 4.05, Ca+: 1.07, P: 1.1, Mg: 0.56, Ác. úrico: 560

Paciente es hospitalizada en Emergencia.

1.2.2. Caso clínico 2

Paciente mujer de 12 años ingresa a la Emergencia del INEN con un cuadro clínico caracterizado por malestar general, astenia y distensión abdominal. Refiere que el 11/12/2021 fue a OI en Chimbote por estreñimiento e hiporexia, el 20/12/2021 presentó alza térmica no cuantificada remitente, por lo que fue llevada a la nueva OI donde le fueron realizados exámenes de laboratorio, más no cuenta con los resultados. Fue traída a esta institución por decisión propia de la familia antes de esperar los documentos de referencia.

Antecedentes familiares: Abuelos paterno y materno con DM; prima lejana con cáncer de mama.

Antecedentes patológicos: Niega

Operaciones: Niega

Alergias: Niega

Transfusiones: Niega

Hábitos nocivos: Niega

Al examen físico: LOTEPE, AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente

Signos vitales: PA 100/60 mmHg, FC 101 lpm, FR 22 rpm, T° 36.6, SatO2 95%

PYF: T/H/E, Palidez +/+++ , no cianosis. Llenado capilar <2”

CYC: Ganglios palpables bilaterales. Derechos: 0.5x0.5 cm y 1x1 cm; izquierdos: 0.5x0.5 cm y 1x1 cm

TYP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, taquicárdicos, no soplos audibles

ABD: Hepatoesplenomegalia que cubre la mayoría del abdomen, no se pueden definir límites con claridad, leve dolor a la palpación superficial y profunda. RHA escasos.

GU: Genitales de características normales para sexo y edad. PPL (-), PRU (-). Micción clara.

SNC: Orientada en tiempo, espacio y persona. Activa y reactiva a estímulos.

Exámenes auxiliares:

IMAGENOLÓGICOS

- Ecografía abdominopélvica (comparación ingreso vs egreso; 03/01/2022 vs 31/01/2022): Hepatoesplenomegalia marcada vs Hepatoesplenomegalia leve-moderada.

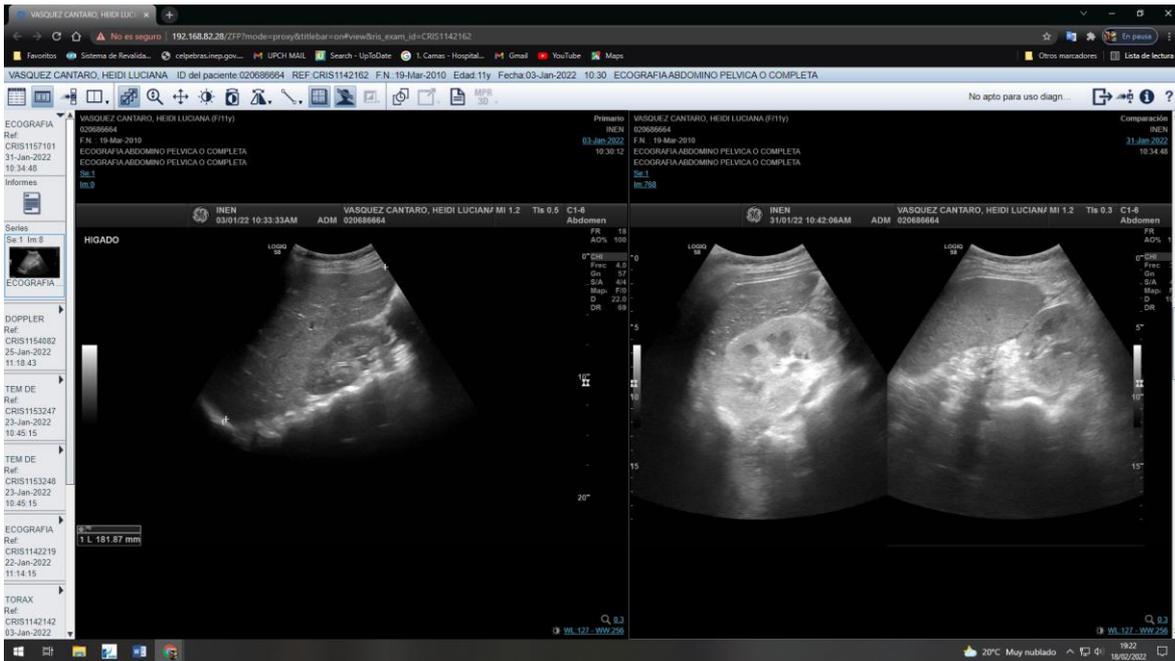


Imagen 9: Ecografía abdominopélvica (03/01/2022 vs 31/01/2022)

RESULTADOS DE LABORATORIO

- Hemograma completo, Grupos sanguíneo, Factor Rh y perfil de coagulación (03/01/2022): Hb: 5.9, Leuco: 3290, Segmen: 35%, Promielocitos: 5%, Blastos: 10%, Pla: 835 000, INR: 1.7, TPPA 54, Fibrinógeno: 3.32, Grupo: O+
- Bioquímicos (03/09/2021): Na: 141, Cl: 102, K: 4.02, Ca+: 1.29, P: 1.48, Mg: 0.74, Ác. úrico: 162, Urea: 0.9, Crea: 35, Glucosa: 4.8 mmol/L

Paciente es hospitalizada en el área de Emergencia del nosocomio.

1.3. Pediatría

1.3.1. Caso clínico 1

Paciente femenina de 7 años, cursa con cuadro clínico caracterizado por tos y sibilancias desde hace 3 días, niega fiebre, llega el 07/02/2022 a la Emergencia pediátrica del Hospital de Vitarte. Tiene un contacto COVID positivo. Hace un mes fue hospitalizado por crisis asmática.

Antecedentes familiares: Niega

Antecedentes patológicos: Desconoce

Al examen físico: AREG, AREN, AREH. LOTEP. Ventila espontáneamente.

Signos vitales: PA 110/80 mmHg, FC 146, FR 22, T° 37.5°C, SatO2 97%

PYF: T/H/E. No palidez, no cianosis.

TYP: MV pasa en ACP. Espiración forzada, sibilantes difusos en AHT, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

ABD: B/D, no distendido. No doloroso a la palpación superficial ni profunda.

GU: PPL (-), PRU (-)

Locomotor: Moviliza 4 extremidades en rango funcional normal y tono adecuado

SNC: Despierta. Activa y reactiva a estímulos.

Exámenes auxiliares:

IMAGENOLÓGICOS

Rx de tórax demuestra Hiperinsuflación (horizontalización de las costillas)

RESULTADOS DE LABORATORIO

Se le solicitó una prueba de SARS-CoV-2, la cual resultó negativa el 07/02/2022.

1.3.2. Caso clínico 2

Paciente varón de 1 año que cursa con cuadro clínica caracterizado por deposiciones líquidas sin moco y sin sangre (5 cámaras), alza térmica no cuantificada, llega de posta en la cual los padres refieren, luego de presentar una convulsión, “desviación de la mirada 15 minutos”.

Antecedentes: no refiere antecedentes patológicos ni familiares ligados a convulsiones, tampoco alergias ni transfusiones.

Al examen físico: AMEG, AREN, AREH. LOTEP. Ventila espontáneamente.

Signos vitales: PA 120/90, FC 120, FR 26, T° 39°C, SatO2 97%

PYF: T/H/E. No palidez, o cianosis. Llenado capilar <2”

Orofaringe: Congestivo, amígdalas hipertróficas

TYP: MV pasa bien en ACP. No estertores, no tirajes

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles

ABD: B/D. No distendido. No doloroso a la palpación superficial y poco doloroso a la palpación profunda. RHA presentes e incrementados en frecuencia e intensidad

GU: PPL (-), PRU (-). Genitales externos de características normales

Locomotor: Moviliza las cuatro extremidades en rango funcional normal

SNC: Despierto. Activo y reactivo a estímulos

Exámenes auxiliares:

IMAGENOLÓGICOS

No solicitados

EXÁMENES DE LABORATORIO

Todos del 22/12/2021.

Reacción inflamatoria en heces y Adenovirus/Rotavirus: Leucocitos:>100/c, 80% neutrófilos, 20% monocitos. Negativo para adenovirus y rotavirus

Hemograma completo: Hb: 11, Hto: 33, Leucocitos: 19060, Segmentados: 83%, Linf: 22%, Monocitos: 5%

Bioquímicos: Creatinina: 0.5, Glucosa: 117 mg/dl, Urea: 15, Ca sérico: 10.3, Na: 138, Cl: 112, K: 3.9

Queda en observación en el área de hospitalización de Emergencia Pediátrica.

1.4. Gineco-obstetricia

1.4.1. Caso clínico 1

Paciente mujer de 23 años, gestante de 30 semanas, refiere haber presentado un cuadro de convulsión a las 6:30 am el 16/02/2022, indica antecedentes de epilepsia y medicación.

Actualmente informa de pérdida de líquido de aspecto claro desde la hora de la convulsión, además percibe movimientos fetales, y niega sangrado vaginal.

Antecedente de uso de ácido valproico, actualmente con lamotrigina 50 mg VO ½ tableta c/24h.

Signos vitales: PA 100/65 mmHg, FC 75 lpm, FR 16 rpm, T° 36.7°C, SatO2 99%

Examen físico: LOTEPE, AREG, AREN, AREH.

PYF: T/H/E. No palidez, no cianosis

TYP: MV pasa bien en ACP

CV: RCR de BI, no soplos audibles

ABD: Grávido, AU: 31 cm, LCF: 145x/min, SPP, LCD.

GU: TV: 0 cm, I: 0 CM, AP: -4. M: Rotas de aspecto claro

SNC: Despierta, activa y reactiva a estímulos

Exámenes auxiliares:

IMAGENOLÓGICOS

- Ecografía transvaginal (16/02/2022): Longitud de cérvix de 45 mm, OCI cerrado. Útero en AVF, contorno regular, ecoestructura homogénea y volumen incrementado. Ocupado por saco gestacional único de contornos regulares de implantación corporal. Se observa embrión y vesícula vitelina (3 mm) con embrión positivo. Anexos de forma y medida conservados, sin evidencia de lesiones. Saco de Douglas libre de colecciones líquidas. FPP: 27/04/2022. GESTACIÓN ÚNICA Y ACTIVA DE 6 SEMANAS.

- Ecografía abdominal obstétrica (16/02/2022):
+Feto único de posición longitudinal cefálico derecho. Biometría fetal: DBP: 74 mm, CC: 263 mm, CA: 242 mm, LF: 61 mm. LCF presentes y rítmicos, 145 lpm. Movimientos fetales presentes. Ponderado fetal de 1478 g.
+Placenta de ubicación fúndica de grados I/III (Graduum), 44 mm de grosor, Índice de líquido amniótico (ILA): 119 mm. Longitud de cérvix de 45 mm, OCI cerrado. Gestación única activa de 30 semanas y 1 día por biometría fetal.

RESULTADOS DE LABORATORIO

- PCR SARS-CoV-2 (16/02/2022): Negativo
- Hemograma completo (16/02/2022): Hb: 11.4, Hto: 34, Leucocitos: 11820, Linfocitos: 10%, Segmentados: 87%. TP: 13.5
- Grupo sanguíneo y Factor Rh (16/02/2022): O+

- Bioquímicos (16/02/2022): Crea: 0.48, Glucosa: 83, Urea: 6

1.4.2. Caso clínico 2

Paciente mujer de 57 años de edad, natural y procedente de Cajamarca, con un tiempo de enfermedad de 2 años, caracterizado por sangrado vaginal postmenopáusico, por lo que acude a OI donde le realizan biopsia de endometrio resultando CARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE ENDOMETRIO G1, le realizaron una laparotomía exploratoria + biopsias múltiples de peritoneo, cuyo informe operatorio refiere cavidad abierta, observándose múltiples adherencias vesicouterinas, parietocólicas y uterovesicales, además de implantes de carcinomatosis en serosa uterina, vejiga, intestinos delgado y grueso, difiriendo cirugía de estadiaje. Con estos resultados es referida al INEN al Departamento de Ginecología Oncológica el 03/12/2021. Cuenta con láminas de biopsia en OI que señalan metaplasia mesotelial reactiva e inflamación crónica, negativas para neoplasia. Se hospitaliza el mismo 03/02/2022, tras el resultado de prueba PCR SARS-CoV-2 negativa.

Antecedentes familiares: tía paterna con osteosarcoma

Antecedentes patológicos personales: HTA (-), DM (-), ASMA (-), TB (-)

Antecedentes quirúrgicos: Cesárea en 2010, miomectomía 2 veces en 2004 y 2008, laparotomía exploratoria el 19/11/2021

Medicación actual: Niega

Alergias: Niega

Transfusiones: Niega

Tratamiento para infertilidad: Fecundación in vitro con óvulo donado

Al examen físico: AREG, AREN, AREH

Signos vitales: PA 100/66 mmHg, FC 78 lpm, FR 18 rpm, T° 36.5°, SatO2 99%, ventila espontáneamente, afebril.

PYF: T/H/E, no palidez, no cianosis. Llenado capilar < 2”

TYP: MV pasa bien en ACP, no estertores, no tirajes

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares de buen tono, no soplos audibles

ABD: Herida operatoria mediana y suprapúbica en buen estado, RHA (+), timpanismo conservado, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales

GU: Genitales externos normales con evidencia de sangrado activo escaso, PPL (-), PRU (-), micción espontánea, orina clara. Tacto vaginal: cérvix empotrado con OCE, lateral hacia la izquierda y parametrios móviles.

Exámenes auxiliares:

IMAGENOLÓGICOS

- TEM de tórax C/C (15/12/2021): Atelectasias laminares en segmento basal posterior de ambos lóbulos inferiores. Espondilosis degenerativa dorsal. Calcificaciones en mamas sospechoso de fibroadenomas involutivos.
- TEM abdominopélvica C/C (15/12/2021): Útero con tejido hipodenso en su interior de aspecto heterogéneo neofornativo, asociado a líquido libre en cavidad pélvica. Colección quística parauterina. Resto sin alteraciones.
- EcoTV (31/12/2021): Endometrio engrosado que parece infiltrar >50% del miometrio. Sugestivo: quistes complejos de origen anexial izquierdo y derecho.
- Rx de tórax simple (31/02/2022): Espondilosis degenerativa en columna dorsal. Aortoesclerosis. Resto con características normales.

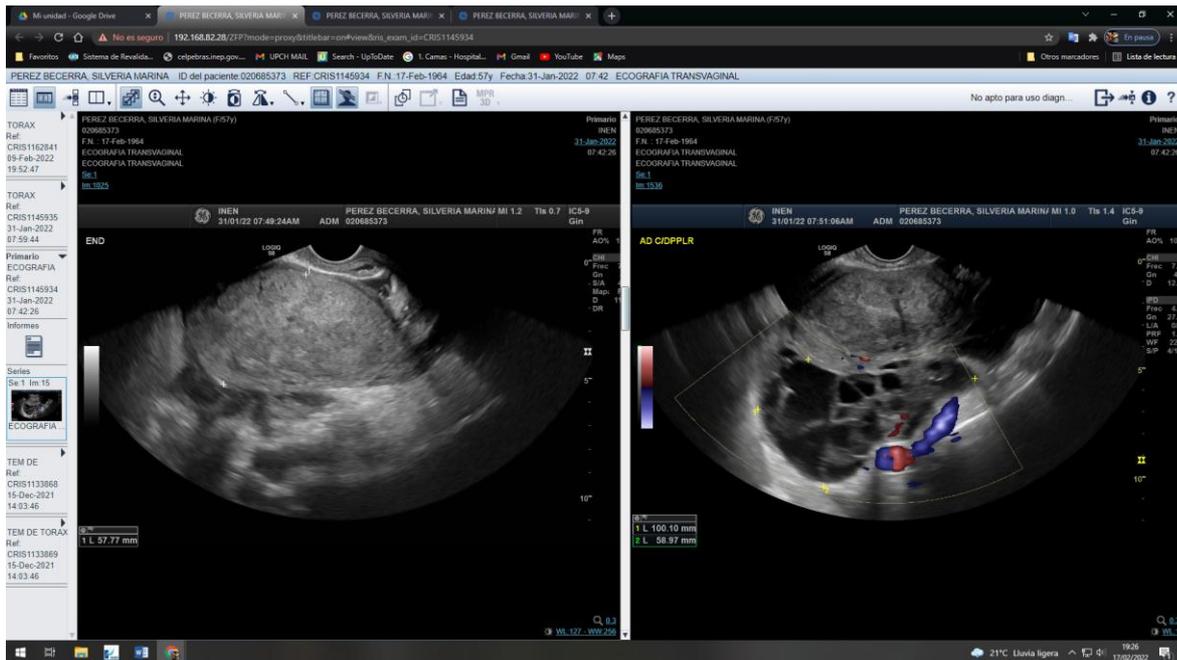


Imagen 10: EcoTV (31/01/2022)

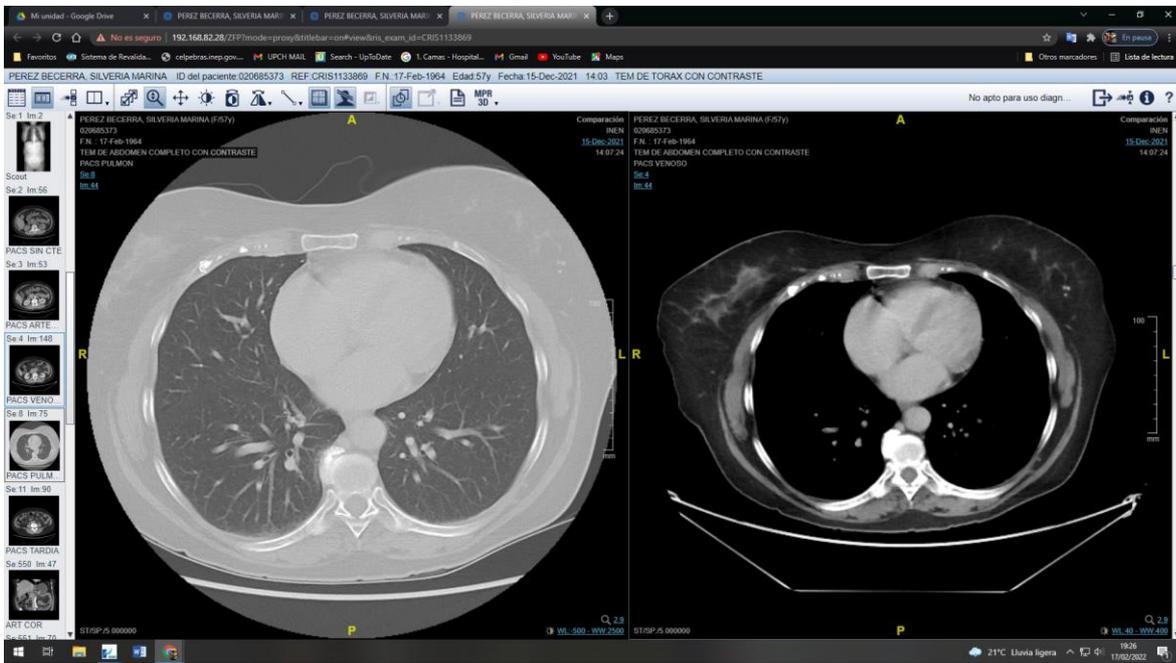


Imagen 11: TEM de tórax C/C (15/12/2021)

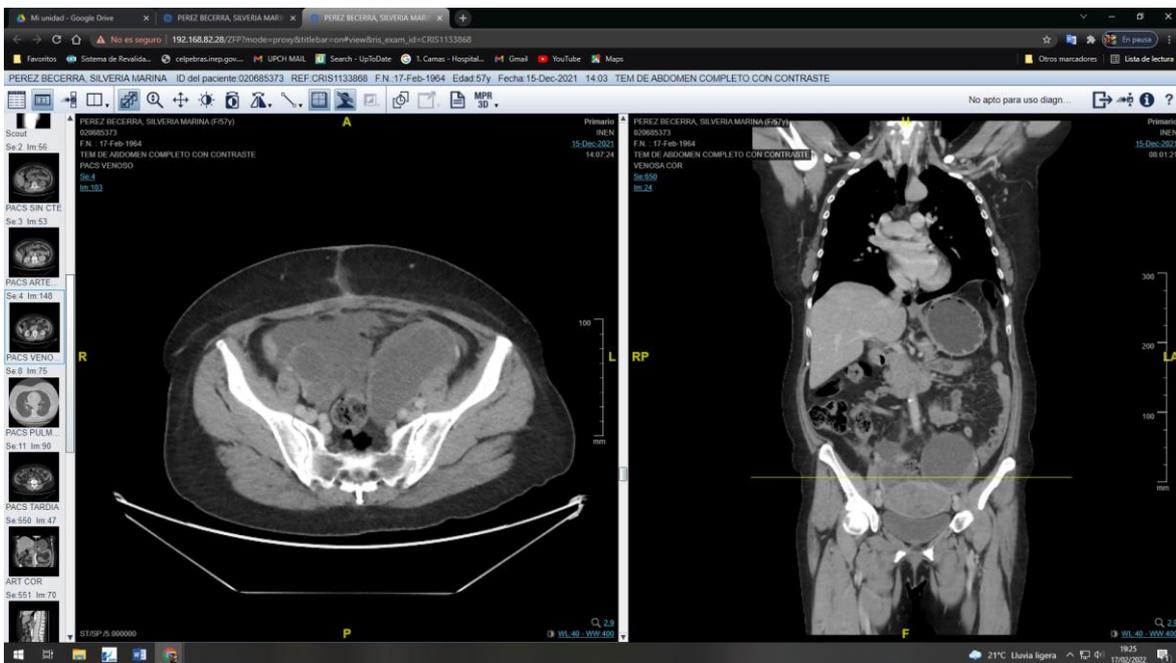


Imagen 12: TEM AP C/C (15/12/2021)

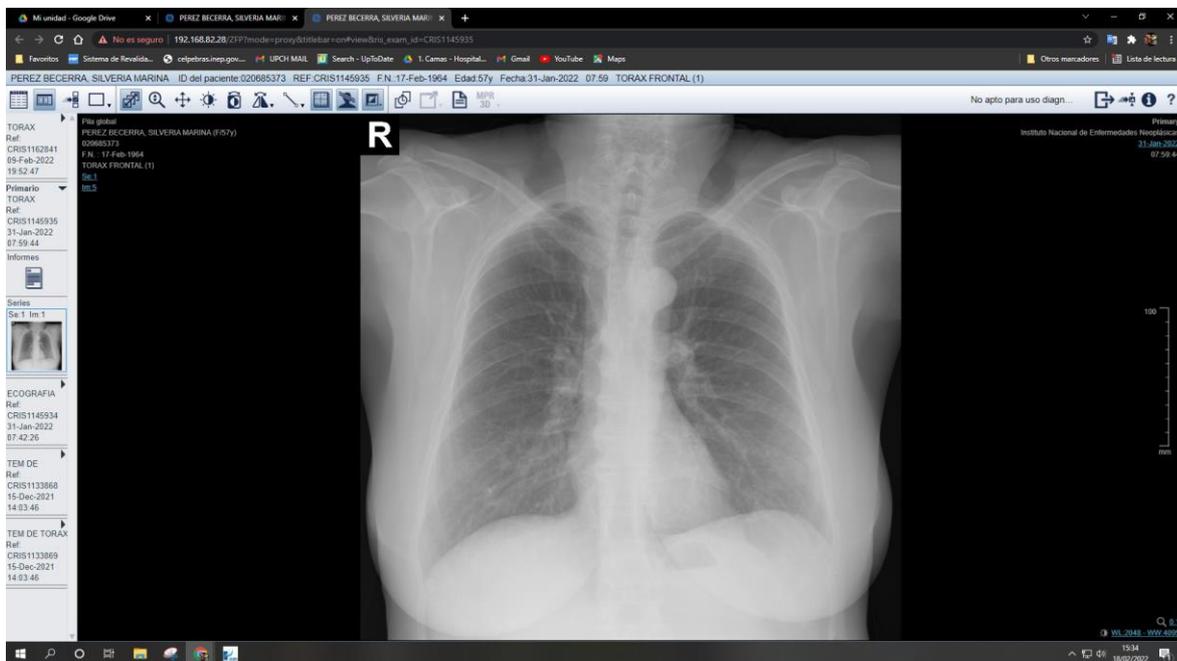


Imagen 13: Rx de tórax simple (31/01/2022)

RESULTADOS DE LABORATORIO

- Hemograma completo (21/01/2022): Hb: 11.9, Hto: 36.4, Pla: 332, Leuco: 9960, Linf: 27%, Segmen: 63%, Monocitos: 7%
- Hemoglobina-hematocrito (10/02/2022): Hb: 14, Hto: 10.9
- Serológicos (21/01/2022): AgHBs: >1000.00
- Serológicos (03/02/2022): AgHBs: >1000.00, AchHBe: <4.500, AchHbC: >8.000
- Urocultivo (21/02/2022): Negativo

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Los casos presentados sucedieron durante el internado del autor, reflejando los casos seleccionados a similares en servicio en el que se encontrase rotando en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y el Hospital de Vitarte.

Por un lado, tenemos al INEN, el cual es un instituto de salud de alta complejidad nivel III-2, ubicado en Av. Angamos 2025 desde 1985. Anteriormente se encontraba en Av. Alfonso Ugarte N° 825, Lima, cambió de sede debido al creciente número de pacientes neoplásicos referidos a esta sede (la capacidad asistencial e infraestructura fue rebasada, tuvo un incremento del 70% del número de pacientes entre 1980-1987). Se maneja con autonomía técnica y administrativa

como instituto especializado y desconcentrado del Minsa, de acuerdo al Decreto Supremo N° 057-87-SA, del 19 de noviembre del año 1985.

Cuenta con servicios como Cirugía Oncológica (Cabeza y Cuello, Tórax, Abdomen, Mamas y Tejidos Blandos, Ortopedia, Urología, Neurocirugía, Plástica), Medicina Oncológica, Especialidades Médicas (Neumología, Cardiología, Oftalmología, Nefrología), Genética, Patología, Microbiología, Bioquímica, Hematología, Inmunología), Radiodiagnóstico, Radioterapia y Quimioterapia. Trabaja en autonomía, convenio con Minsa, DIRIS Centro.(1)

Posee más de 500 camas de hospitalización entre todos los servicios, pero la demanda supera a la capacidad, por lo que en 2002 se descentralizó hacia otras regiones (Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas, IREN), y actuando como Organismo Público descentralizado desde 2006.

Además, desde el inicio de la pandemia por el SARS-CoV-2, muchos protocolos tuvieron que ser actualizados respecto a ingresos, evaluaciones, personal enviado a teletrabajo por mayor riesgo de cursar con enfermedad grave en caso de contagiarse y contrataciones CAS, afectando no solo al instituto en la reanudación de manejos/controles de pacientes, sino también al ingreso al resindentado e internado.

Debido a su nivel III-2, es un establecimiento de salud de referencia de muchos otros en provincias o en la capital, pues cuenta con los exámenes imagenológicos (tomógrafos, resonador, radiógrafos, ecógrafos, entre otros) y reactivos (para inmunología, hematología, bioquímicos, genética, etc.).

Se hace uso del sistema SISINEN 2.0 como forma de colocar en línea la base de datos de los pacientes de la institución, contando con un sistema de usuario y contraseña, y teniendo ahí acceso a exámenes de imagen, de laboratorio, de patología, datos personales de los pacientes, consultas, interconsultas, recetario, órdenes y solicitudes, entre otros (Anexo 1).

Se contaba con técnicas dinámicas de aprendizaje, aparte de la sala de operaciones (SOP) como la Cirugía Experimental, aquella realizada en cerdos anestesiados en ambientes simulados para ser lo más cercana a una SOP, pruebas de grapas para cierres de heridas,

máquinas de sutura tipo laparoscópica y libre uso de materiales de sutura en materiales análogos a la piel.

Por otro lado, tenemos al Hospital de Vitarte, trabajando como hospital desde el 20 de marzo de 1957, pero siendo reconocido como tal el 5 de agosto del 2003. En 1961 se trasladó al Ministerio de Vivienda en Ate, y posteriormente a su actual sede en el kilómetro 7 de la Carretera Central del distrito de Ate-Vitarte, contando con un área de 1672 metros cuadrados.

Actualmente tiene un personal de 924 trabajadores, siendo 142 de ellos médicos de las diferentes especialidades presentes en el hospital como Ginecología-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía general, Cirugía plástica, Oftalmología, Neumología, Dermatología, Traumatología, Anestesiología, Gastroenterología, Radiología, Ortopedia, Psiquiatría, Urología, Medicina Intensiva, Medicina familiar, Medicina general. También cuenta con 92 enfermeras, 191 técnicos y auxiliares, 39 obstetricas, 12 tecnólogos médicos, entre otros. Dispone de 2 salas de operaciones.

Se ciñe con las normas y políticas del Minsa, DIRIS Este. (2) Sus protocolos tuvieron que ser replanteados por la pandemia del COVID-19. Se adoptaron nuevas medidas de seguridad y sanidad, criterios de hospitalización, manejo y control de enfermedades, etc. Al ser un establecimiento de salud II-2 algunos casos-a criterio médico- serán derivados a otra institución de mayor complejidad. Se hace uso del sistema “pacientes” como forma de presentar en línea la información de los pacientes que se atienden en este hospital, al registrar digitalmente sus historias clínicas, datos personales, resultados de exámenes de laboratorio e imágenes, así como solicitudes de exámenes y evaluaciones por otros servicios por el mismo sistema, con la finalidad de agilizar la revisión de los mismo, y disminuir el uso de papel, tinta y espacio para los mismos dentro nosocomio. (Anexo 2).

Las normas actuales del Minsa establecen 150 h al mes, con horarios de 6 h en el día (de 7:00 a. m. a 2:00 p. m.) y una guardia diurna por semana. Sin embargo, debido criterios no descritos en documentos, los horarios de los internos variaban en el INEN, a diferencia del Hospital de Vitarte que seguía los horarios determinados en los lineamientos del Minsa.

Ambos hospitales ofrecían desayuno, almuerzo y cena libre de cargos a los internos que continuaban sus labores en la institución respectiva, dentro de sus horarios. Los ingresos de

los internos fueron establecidos en 770 soles. Debido a un déficit presupuestal para el resto de profesionales de la salud, se solicitó un pago en el año 2021.

Finalmente, la prolongación de la pandemia ha llevado a tomar medidas alternativas para el refuerzo de lo aprendido en ambos establecimientos de salud, como las exposiciones en formato “.ppt” desde aplicativos como Zoom o presenciales.

La pandemia ha hecho más lenta la de revisión de casos de pacientes, sus hospitalizaciones, citas y programaciones en consultorio y cirugías. Asimismo, la sintomatología respiratoria en el personal de salud ha diezmando el número de profesionales disponibles para esta atención, enlenteciéndolas aún más y, en caso de ser pacientes, postergando sus tratamientos y exámenes, debido a que el aislamiento se prolongará, dependiendo de la duración de los síntomas de quien padece COVID-19 y, en caso no serlo, aislarse hasta el resultado de la prueba PCR.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se continuará el relato de los casos descritos en el primer capítulo, recolectando los hallazgos y discerniendo sobre ellos para identificar el diagnóstico, manejo y tratamiento adecuados, respaldándose en las bases teóricas estudiadas en la carrera del interno de medicina.

3.1. Cirugía

3.1.1. Caso clínico 1

Paciente de 76 años con diagnóstico de NM DE PRÓSTATA LOCALIZADO DE RIESGO INTERMEDIO FAVORABLE (ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA, Gleason 4+3=7/10), tributario de PROSTATECTOMÍA RADICAL + LINFADENECTOMÍA PÉLVICA BILATERAL debido al diagnóstico por ser de riesgo intermedio favorable localizado, linfadenectomía de ganglios pélvicos por posible afectación ganglionar no identificable en estudio tomográfico. Se le diagnosticó al contar con un PSA: 15.1 (>10, punto de corte para idear un NM de próstata, junto con síntomas urinarios como disminución del volumen urinario, y presentar en el tacto rectal una próstata de 4x4 cm de consistencia fibromuscular).

La biopsia viene a ser la prueba confirmatoria del diagnóstico de cáncer de próstata, resultando un adenocarcinoma Gleason 4+3 (4+3 o 3+4 con considerados de riesgo intermedio) favorable por el reducido nivel de extensión por tomografía, la cual ayuda para el estadiaje, Estadio Clínico

II al encontrarse localizado y ser hallado en examen dígito-rectal. Clasificación de D'Amico: Mediano riesgo (abarca T1c-T2b, PSA 10-20, Gleason 7, demostrando 20-50% de falla bioquímica a 5 años).(8)

Para el diagnóstico de un NM de próstata se requieren ciertos criterios.

- Historia clínica: Alto riesgo en caso de edad avanzada, familiares que hayan tenido NM de próstata y síntomas urinarios.
- Tacto rectal: Percibir una masa indurada a nivel de la próstata.
- PSA: <4 ng/ml no demuestra alteraciones, 4-10 ng/ml refleja duda de probabilidad diagnóstica y toma de muestra (se realiza índice de PSA, el cual al ser <20% indica biopsia) y >10 ng/ml que denota probabilidad de NM de próstata e indica biopsia, aunque la hiperplasia benigna de próstata y la prostatitis también pueden incrementarla.

Se enviaron interconsultas de los servicios de Neumología, Cardiología y Anestesiología para el pase a sala de operaciones (SOP) del paciente.

- Neumología: Al examen físico, MV pasa bien en ACP, afebril, sin sintomatología respiratoria. Tras evaluación del paciente junto con resultado de BK en esputo negativo, AGA en valores normales y Rx de Tórax sin alteraciones, dejó como indicaciones mantener la SatO₂>92%, evitar sangrado excesivo y fisioterapia respiratoria, principalmente.
- Anestesiología: Identificó acceso venoso: accesible, espacios interventriculares palpables, TYP: MV pasa bien en ACP, LOTEPE, Glasgow 15, garganta no congestiva, cuello móvil, central, simétrico. Mallanpati: I, Distancia tiromentoniana: >6.5 cm, movilidad cervical: 90°. Indicó inspirometría de incentivo y profilaxis antitrombótica, principalmente. ASA 2.
- Cardiología: EKG en ritmo sinusal y sin alteraciones, indicó controlar FC y FR.

Tratamiento PRE-SOP con NPO, ceftriaxona 2 g EV 30 min antes de entrar a sala, captopril 25 mg tab VO PRN PA>150/90, omeprazol 20 mg VO c/24 h, fisioterapia respiratoria con triflow.

Tras esto, tuvo pase a SOP. Operación programada para el 27/07/2021 de PROSTATECTOMÍA RADICAL + LINFADENECTOMÍA PÉLVICA BILATERAL, se le administró anestesia general, se efectuó LAPAROTOMÍA EXPLORADORA + PROSTATECTOMÍA RADICAL + LINFADENECTOMÍA PÉLVICA BILATERAL + COLOCACIÓN DE DREN TUBULAR. Esta cirugía por abordaje retropúbico fue realizada al ser tributario el paciente, por tener una esperanza de vida mayor a 10 años, ser un NM de próstata localizado y contar con el equipo adecuado y personal calificado. (8)

Hallazgos: Al ingreso al espacio de Retzius, se observó próstata de 4x4x3 cm, uretra no

aparenta estar comprometida, ganglios pélvicos derechos e izquierdos aumentados de consistencia. Se preservan bandeletas neurovasculares (tratar de conservar la función eréctil del pene).

Se ingresó 2300 de NaCl 0.9% y poligelina 500 cc, se calculó 180 cc de diuresis y 800 cc de sangrado, se utilizó clip de titanio 3x6. Portador de vía epidural.

Manejos posts operatorios: Dieta líquida, Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% (2) + KCl (1), Metamizol 1 g EV c/8h, Omeprazol 40 mg EV c/24h, Paracetamol 1 g VO PRN dolor intenso, Metoclopramida 10 mg VO c/8h, ácido tranexámico 1 g EV c/8h, fisioterapia respiratoria con triflow, deambulación. Manejo del dolor por anestesia: solución analgésica con bupivacaína 0.125% y morfina 0.2 mg/ml >>> VT = 10 ml vía epidural.

En los días postoperatorios se le realizó limpieza diaria de herida operatoria con gasas y alcohol usando guantes quirúrgicos estériles, al cambio de gasas no había secreciones en ellas ni signos de infección o flogosis.

Exámenes de laboratorio post cirugía: Hemograma: Hb: 11.3, Hto: 34.9, Glucosa: 8.3, Urea: 5.1, Crea: 86, Na: 139, K: 3.81, Cl: 110.

Se le dio de alta en el día post operatorio 4, al no presentar signos de herida operatoria, íleo post cirugía, dolor intenso ni problemas a la deambulación. Sus indicaciones de alta fueron dieta completa, Cefuroxima 500 mg VO c/12 por 5 días, Paracetamol 500 mg 2 tab VO c/8h por 5 días y Omeprazol 20 mg VO c/24h por 10 días; con control de consultorio el 06/08/2021, en el cual no se halló alteraciones en herida operatoria y sonda Foley, permeable con orina clara, se le programó control en 6 semanas con PSA. (8)

3.1.2. Caso clínico 2

Paciente varón de 33 años con diagnóstico de tumor testicular derecho D/C NM, TEM abdominopélvica y de tórax con contraste no muestra metástasis a distancia, pero sí ganglios de apariencia reactiva en región inguinal bilateral. No signos de metástasis en campos pulmonares. Paciente hemodinámicamente estable, sin complicaciones, tributario de manejo quirúrgico: ORQUIECTOMÍA RADICAL DERECHA. PCR SARS-CoV-2: Negativo. Tributario de SOP de emergencia. El paciente presentó solamente el incremento de volumen testicular, sin alteraciones respiratorias ni del sensorio, no luminiscencia al examen de transiluminación y

doppler aumentado de flujo central y periférico guían a posible NM de testículo, intervención quirúrgica permitiría evaluación de pieza quirúrgica por Patología. (8)

El 10/02/2022 se programa ORQUIECTOMÍA RADICAL DERECHA. Se dejan indicaciones pre-SOP: NPO, cefazolina 2 g EV 30 min antes de cirugía, uso de medias antiembólicas.

Se realiza cirugía utilizando anestesia raquídea. Tumor testicular 10x8 cm, indurado, bordes irregulares, impresiona cordón espermático libre, testículo adherido a pared escrotales, no impresiona infiltración. Testículo izquierdo de características normales. La pieza operatoria es enviada a Patología.

Marcadores tumorales (09/02/2022): DHL: 274, AFP: 5.76, HCG: 2.0

Se le realizó esta intervención para evitar mayor alcance metastásico y comprobar el tipo histológico y compromiso testicular de la pieza, la cual reveló ser un Seminoma tipo Clásico EC I de alto riesgo (se clasifica así por patología al ser un tumor mayor o igual a 3 cm con invasión a rete testis, lo ideal sería control periódico y ser sometido a un curso de quimioterapia con carboplatino), LDH: 271, AFP: 5.96, b-HCG: < 2.00. pT2 Nx.(8)

Después de Recuperación pasa a cama 566.

Paciente ventila espontáneamente, en decúbito dorsal activo, signos vitales en rangos de normalidad; al examen físico: ausencia quirúrgica de testículderecho, testículo izquierdo presente en bolsa escrotal, resto sin alteraciones. Herida operatoria en región inguinal derecha cubierta con apósitos.

Al paciente se le dio de alta el 11/02/2022, al encontrarse hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin equipo de oxígeno de emergencia, y sin dolor intenso, con indicaciones de dieta completa, antibioticoterapia con Cefuroxima 500 mg VO c/12h por 5 días, Paracetamol 500 mg 2 tab VO c/8h por 5 días, Omeprazol 20 mg VO c/24h por 10 días, fisioterapia con triflow, y limpieza de herida operatoria en baños diarios con agua y jabón. Además, se le realizarán exámenes de marcadores tumorales esperan 35 días después de su intervención quirúrgica. (8)

3.2. Medicina

3.2.1. Caso clínico 1

Se indicó al paciente lo siguiente:

- NaCl 0.9% 1000 cc EV I-II-III, luego NaCl 0.9% 1000 cc > 100cc/h
- Insulina R amp + NaCl 0.9% 100 cc > 9 UI/h regulable
- Control con hemoglucotest cada 2 h
- I Reto: NaCl 0.9% 100 cc EV + KCl 20% 1 amp + MgSO₄ 1 amp + Lidocaína
- Interconsulta a UCI.
- Transfusión de un concentrado de plaquetas

Se le inició el manejo con resucitación con fluidos, se le dejó 1L en una hora y luego 15 ml/kg/hora por dos horas luego otro litro, finalmente 1L más a lo largo de lo que resta el día; idealmente se espera al resultado del potasio en valores normales antes de iniciar la insulina (es correcto el uso de insulina regular en 0.1 UI/kg) para evitar la hipokalemia.(9)

Respuesta de UCI: Dx: Complicación aguda de hiperglicemia mixta: hiperosmolar/cetósico. Aparente proceso respiratorio inflamatorio.

Agrega al manejo del paciente lo siguiente:

- NPO
- Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% (2 amp) + KCl (1 amp) + MgSO₄ (1 amp) > c/2 h
- Omeprazol 40 mg EV c/24h
- Meropenem 1g EV c/12h
- Insulina R 100 UI/100 cc > Regulable hasta Glucosa <180 + HGT c/2h

Para evitar la hipoglucemia y mantener el uso de insulina R es que UCI cambió el NaCl 0.9% por Dextrosa 5%, dosis de insulina regular administrada en bolo, y posteriormente en infusión como indica la literatura. (9)

Dx definitivo: NM DE CÉRVIX EC IIB + QT + RT + CETOACIDOSIS DIABÉTICA/ESTADO HIPEROSMOLAR + INJURIA RENAL AGUDA VS UROPATÍA OBSTRUCTIVA. TRASTORNOS HIDROELECTROLÍTICOS: HIPOKALEMIA + HIPOMAGNESEMIA + PLAQUETOPENIA

08/02/2022 Cursa con ANURIA a pesar de 4000 cc. Pasa al área de críticos.

Toma de PCR SARS-CoV-2 GeneXpert.

Se indica lo siguiente:

- Colocación de nefrostoma derecho guiada por ecografía, realizado el 09/02/2022 por falta de materiales en el hospital y costos por el proveedor. Indicada por obstrucción persistente de vías urinarias, aparentemente por litiasis vesicular halladas en estudio de imágenes. (10)

A la revisión de la TEM AP del 08/02/2022, adenopatías retroperitoneales sugieren recurrencia de enfermedad no tributaria de tratamiento quirúrgico, posterior evaluación por Medicina Oncológica para manejo sistémico.

Paciente manejada por Ginecología Oncológica junto con UCI, refiere y sugiere al examen físico mejoría clínica, recuperación de valores normales en exámenes de laboratorio de hematología y bioquímica.

Presenta Diuresis por nefrostoma, a partir del 10/02/2022, siendo junto con los días posteriores 1840 cc, 2800 cc, 2600 cc, 5650 cc, 470 cc (este de 12h), 2650 cc.(10)

La paciente fue dada de alta el 15/02/2022, siguiendo indicaciones de antibioticoterapia de Infectología con Ertapenem 1g EV c/24h por 7 días.

3.2.2. Caso clínico 2

Se sospecha de debut de leucemia aguda nueva en la paciente, al contar con 4 semanas de enfermedad aproximadamente con cuadro clínico y edad compatibles. Se le realiza un examen de citometría de flujo de sangre periférica, hallándose finalmente como diagnóstico una neoplasia mieloproliferativa tipo LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN FASE CRÓNICA. Es correcto correlacionar los síntomas de cáncer hematológico en pacientes según su rango de edad (hepatoesplenomegalia, astenia e hiporexia en este caso) junto con un examen de citometría de flujo de sangre periférica o de médula ósea, como fue en este caso al hallarse el tipo de células ya mencionadas.(11)

En Emergencia empezó su tratamiento con Hidroxicarbamida 500 mg VO C/8h para su enfermedad de fondo, se le tomó un hisopado PCR para SARS-CoV-2, el cual salió negativo el 06/01/2022, por lo que subió a Hospitalización en el 5to piso Oeste de la torre antigua del INEN.

El tratamiento quimioterápico de los pacientes se inicia por protocolo una vez ingresen a Hospitalización en piso, y mientras se esperaba el resultado de la citometría es correcto el tratamiento con hidroxicarbamida o hidroxiurea (citostático antineoplásico) para ir reduciendo el número de glóbulos blancos.

En el piso, inició su tratamiento con Imatinib 400 mg VO C/24 h en la tarde hasta su alta el 15/02/2022, respondiendo positivamente y teniendo como indicación Imatinib 400 mg VO C/24h diario. Imatinib es el fármaco de elección porque, aunque haya otros fármacos que causan una respuesta más intensa y rápida, no han probado la supervivencia y la seguridad de su uso en pacientes como este.(12)

Con los resultados siguientes: Hb: 8.9, Hto: 26, Leucocitos: 5790, Segmentados: 40%, Linfocitos: 51%, sin presencia de blastos ni promielocitos.

3.3. Pediatría

3.3.1. Caso clínico 1

Paciente femenino de 7 años que cursa con roncus difusos leves y leves sibilancias que pesa 25 kg. Se le indica salbutamol por vía inhalatoria con aerocámara pediátrica dosis de rescate (4 puff cada 20 minutos por una hora) y Prednisona en jarabe (2 cucharaditas y media). Quedó en observación, al hallarse mejoría clínica la paciente fue dada de alta con Salbutamol, vía inhalatoria de rescate.

El manejo de asma que recomienda el GINA 2021 es el tratamiento de rescate Track 2 el cual es 4-6 puff con beta agonista de acción corta cada 20 minutos por una hora, y luego de reevaluar, se le puede agregar corticoide por vía inhalatoria o sistémico, dependiendo de la clínica y gravedad de la paciente, llegando incluso a contar con oxígeno de emergencia (13).

3.3.2. Caso clínico 2

Paciente varón de 1 año que pesa 10 kg que cursa con fiebre y antecedente de una convulsión a consecuencia de la fiebre.

Se le administra Metamizol EV STAT (10x25/500=0.5 ml). Al llegar a la Emergencia sin convulsiones, fiebre de 39°C y sin signos de deshidratación moderada-grave, le fue administrado Metamizol vía endovenosa, para reducir el riesgo de una nueva convulsión, y líquidos a voluntad. (14,15)

Queda en observación, y la madre refiere mejoría clínica del paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, cursa afebril.

Signos vitales: PA 100/80, FC: 100, FR: 24, T° 36.9°C, SatO2 99%; se le da de alta, y se le explican al padre los signos de alarma para traerlo nuevamente a la Emergencia.

Se plantea dejar un tratamiento preventivo para las convulsiones, y tratar la causa de la fiebre. Al tener características virales y ser negativo a adenovirus y a rotavirus, se decidió un manejo sintomatológico de la fiebre. En cuanto a la convulsión, se le administra Fenobarbital 5-8 mg/kg/dosis, útil para la prevención de otra convulsión febril. (16)

3.4. Gineco-obstetricia

3.4.1. Caso clínico 1

Al ser una pérdida de líquido amniótico antes de las 37 semanas de color claro sin olor fétido (sin características clínicas de infección) observada por especuloscopia, asociado convulsión, se diagnostica como ruptura prematura de membranas (RPM). Se le administró Dexametasona 6 mg IM STAT (se puede administrar Betametasona 12 mg IM c/24h en un total de 2 dosis o Dexametasona 6 mg IM c/12h en un total de 4 dosis, se le administró la primera dosis de Dexametasona STAT), NaCl 0.9% 500 ml a chorro, luego 500 mg a 30 gotas por minuto.

Según la literatura, este es el manejo adecuado para lo que el Hospital de Vitarte está capacitado ya que no necesita iniciar oxitocina o tratamiento antibiótico, pues no presentaba dinámica uterina ni cambios a nivel de cérvix, y presentarse hace menos de 6 horas, buscándose la prolongación del embarazo al hallarse entre las 24 y 34 semanas de gestación. (17)

Paciente estable a la reevaluación tras indicaciones. Debido al nivel de este centro de salud (H. de Vitarte), la paciente ser una gestante de 30 semanas con RPM sin dinámica uterina ni trabajo de parto, y con necesidad de tratamiento controlado de su epilepsia, es que se le hizo una referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria con una dosis STAT de dexametasona ya administrada en la Emergencia

3.4.2. Caso clínico 2

Se envía interconsultas a Anestesiología, Neumología y Cardiología para pase a SOP. También a Infectología para que evalúe a la paciente y de pase a SOP por los hallazgos de laboratorio.

Neumología: Indica heparinización profiláctica y uso de medias antiembólicas pre-SOP, control de presión arterial, saturación de oxígeno y analgesia efectiva en sala de operaciones. Además, fisioterapia respiratoria y N-acetilcisteína 300 mg c/12h EV por enfermedad hepática crónica por Hepatitis B.(18) Da pase a SOP.

Cardiología: No encuentran intercurrencias respecto a su campo. Indica monitoreo de FC y PA en SOP, evitar sobrecarga hídrica y mantener saturación >92%. Da pase a SOP.

Anestesiología: Indica seguir indicaciones de Neumología y Cardiología.

Infectología: Halla que la paciente tiene diagnóstico de hepatitis B desde 2008, demás serología de virus (-). Hígado de ubicación y densidad conservados. No contraindica cirugía, da pase a SOP.

Paciente con diagnóstico de NM de endometrio EC IB G2 (presente en cavidad uterina >8 cm y ser moderadamente diferenciado) + tumoración anexial bilateral,(19) ingresa a SOP el 09/02/2022 para realizarse estadiaje de endometrio + anexectomía izquierda + congelación. Se realiza citorreducción de endometrio + histerectomía abdominal total/simple + anexectomía derecha + congelación + anexectomía izquierda + resección de implantes en el recto + resección segmentaria de colon sigmoides + colostomía terminal tipo Hartman.

Durante la cirugía se hallaron adherencias peritoneales hacia omento, también en cavidad pélvica hacia tumoración anexial derecha 10x8 cm color, nacarado con paredes lisas sin compromiso de cápsula. Tumor anexial izquierdo color grisáceo 15x12 cm, adherido firmemente a colon casi en su totalidad, infiltrando a lo largo de la pared en 15 cm.

La mujer presentó también múltiples implantes a nivel de recto, útero AVF 12x8 cm con adherencias en cara posterior de fondo uterino. Tras realizar las intervenciones mencionadas se coloca dren Blake, pasó a recuperación.

Se le realiza la citorreducción a fin de hacer más probable el control de la enfermedad por otros servicios oncológicos, se retiró el tumor mediante histerectomía simple junto con los anexos por presentar el derecho características neoplásicas (19) y, el izquierdo, características quísticas con aumento de volumen. Al haber compromiso de sigmoides, se hizo resección del segmento afectado, realizándose una colostomía tipo Hartman luego de la misma.

Ingresos: NaCl 0.9%: 1800 cc, Poligelina: 1000 cc

Egresos: Sangrado: 1800 cc, Diuresis: 450 cc

Diagnóstico post SOP: NM de endometrio EC IV A (por infiltración a sigmoides e implantes en recto)(19) + tumoración anexial derecha AP congelación + quiste seroso de ovario derecho

Se limpió la herida operatoria de forma diaria y control de drenaje por el Dren Blake, tras drenaje seroso el 13/02/2022 es retirado. Luego de una adecuada limpieza de herida operatoria y corroboración de ejercicios de fisioterapia respiratoria en los días Post SOP, y encontrarse la paciente hemodinámicamente estable, afebril y ventilando espontáneamente, fue dada de alta el 13/02/2022 con las siguientes indicaciones.

- Dieta completa
- Ciprofloxacino 500 mg VO c/12h por 3 días (completando antibioticoterapia post SOP)
- Metronidazol 500 mg VO c/8h por 3 días (completando antibioticoterapia post SOP)
- Paracetamol 500 mg VO 2 tab c/8h por 5 días, luego condicional al dolor
- Ketoprofeno 100 mg VO 1 tab c/8h por 5 días
- Omeprazol 20 mg VO 1 tab c/24h por 7 días
- Furacin óvulos: 1 óvulo intravaginal profundo por noche por 5 días
- Lavado de zona de herida operatoria con agua y jabón
- Ejercicios con triflow 10 inspiraciones profundas c/1 hora por 2 semanas
- Uso de faja abdominal por un mes
- Control por consultorio de Ginecología Oncológica el 22/02/2022

Se esperan resultados de las piezas operatorias enviadas a Patología.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado viene a ser la última etapa en la carrera de Medicina, última experiencia de primera mano de lo que vendría a ser el ejercer la profesión. Un total de 10 meses de carácter formativo principalmente práctico en estos dos establecimientos de salud para comprender de primera mano la forma de realizar diagnósticos, decidir manejos, conocer la operación en cada nivel de las instituciones y el trato con el personal y los pacientes han sumado puntos a las aptitudes de los internos hasta desarrollarse como habilidades.

Se aprende que puede haber diferencias entre lo presentado en los textos de diferentes literaturas sobre diagnóstico y tratamiento y en la práctica, donde acoplarse a diferentes variables en ellos, viene a ser un factor importante para una correcta toma de decisiones, sin actuar desconociendo o causando daño.

Para la realización de los mismos, los médicos a cargo de los internos les enseñarán directa e indirectamente a aplicar los conocimientos teóricos ya consolidados en su mayoría por los años de estudio. Cuantos más pacientes sean evaluados en consultorio, emergencia o cirugía, mayor será la ventaja obtenida para desenvolverse en los establecimientos de salud donde se cursó el internado y en otros, además de reflejarse y prepararlos mejor para el SERUMS, donde obtienen ya las responsabilidades como médicos.

Debido al retorno parcial de más personal asistencial, se ha podido incrementar el número de pacientes tratados, incrementando exponencialmente los conocimientos de los internos al ser evaluados por ellos al punto de identificar precozmente mediante una correcta exploración física los signos, síntomas, síndromes y diagnósticos, para plantear un manejo adecuado; así como la posibilidad de asistir o realizar procedimientos bajo supervisión, recibiendo un visto bueno por parte de residentes o médicos asistentes.

Parte de estos conocimientos hacen presencia durante la visita médica, en la cual al interno se le realizan preguntas respecto al servicio en el que rotan. Ellos también se aseguran de que los pacientes cuenten con una evolución y terapéutica del día adecuada a sus necesidades diarias, además de las curaciones de sus heridas o lesiones que presenten, piezas indispensables para que conozcan cómo realizar lo antes mencionado y elevar su confianza al realizarlo.

No solo se aprende lo relacionado al servicio en el que roten durante la duración de la misma, la presentación de casos de pacientes a otros servicios según requieran, permite que el interno se exija aún más aprender más del mismo paciente, y entablar mayor conexión con él dentro de los límites de lo profesional, y al mismo tiempo estudiar lo que concierne a un servicio en el que no está rotando, pero necesita de su apoyo.

Como autoevaluación, cada interno debe preguntarse si sus esfuerzos a lo largo de su estadía en sus sedes docentes fueron suficientes o mayores respecto a lo que se necesitaba en su momento en los servicios o en sus metas de preparación para el Serums, así como haber desarrollado la capacidad de realizar procedimientos por sí mismos.

Debido a la emergencia sanitaria, durante la primera mitad del internado se solicitaba una prueba molecular para SARS-CoV-2 y sin síntomas respiratorios para ser hospitalizados en áreas no Covid, así como recibir el pase por infectología en caso del INEN (medida que fue retirada a partir de diciembre del 2021). Agregando a eso que los familiares no pueden visitar a los pacientes durante el periodo de hospitalización, a excepción de que sean pediátricos, muy ancianos o moribundos.

Debido a la pandemia, fueron retrasados muchos exámenes y evaluaciones de los pacientes por la espera de protocolos sanitarios y reducción del personal a todo nivel, además de los pacientes “perdidos”, aquellos que por el tiempo de espera se perdió el contacto con ellos para el control o diagnóstico de sus enfermedades.

Al retornar junto con el interno se pudo apreciar vívidamente la ansiedad y miedo con el que viven los pacientes.

En caso del INEN, los enfermos con el paso del tiempo solo ven cómo el cáncer los va consumiendo de a pocos (en algunos más rápido que en otros), mientras que en el Hospital de Vitarte, lo precario y pequeño del hospital antiguo hacía ver, a boca de ellos, que no tenían los recursos necesarios para que tengan una mayor protección contra el COVID-19.

En Cirugía Oncológica, el número de pacientes de las camas manejadas por este servicio variaba, pues se compartía las habitaciones con otros cinco pacientes, o uno en cuartos más pequeños. Si alguno incluso con prueba PCR negativa tenía síntomas respiratorios, ponía en riesgo a los demás del cuarto y al personal de salud a cargo de él o ella.

En Medicina Oncológica, los pacientes recibían un mayor cuidado al ser neutropénicos, por el tratamiento quimioterápico, más seguían siendo seis pacientes por habitación.

En Pediatría del Hospital de Vitarte se manejaban hasta 7 camas en un mismo ambiente donde estaban los padres, residentes, asistentes, y personal técnico y de enfermería, varios de ellos con procesos respiratorios, incrementando el riesgo de contagio en todos los presentes; mientras que en el INEN, eran ambientes más amplios, incluso con los padres no era muy notorio y estaban separados según cuán crítico era su estado.

En Ginecología, el incremento de casos fue exponencial al número de residentes rotando en ese servicio, causando que haya más pacientes de ginecología en diferentes pisos del hospital, lo que generó que se reduzca un conocimiento más personalizado de cada paciente.

En la Emergencia, se ingresaron pacientes hasta encontrarse realmente sin camilla o silla disponibles, pues el número de ellos se incrementó conforme avanzaba la pandemia, ya sea por no salir de casa para evitar el contagio o por ser una emergencia espontánea.

A comparación de los tiempos sin pandemia, los trámites de los ingresos eran menos trabajosos y se podía tratar con más pacientes pues había más número de ellos disponibles para evaluación.

CONCLUSIONES

Dentro de lo observado durante el Internado 2021-2022 se han podido identificar algunas características en ambos establecimientos que se reúnen en los siguientes puntos:

- Algunos servicios de ambos hospital no respetaban los horarios ni indicaciones propias de la institución mientras que en otros sí lo hacían, llevando a malentendidos entre servicios respecto a los mismos bajo el fin de completar los exámenes, manejos e indicaciones de los pacientes del departamento en específico.
- Siempre se consideró la alimentación como parte de los pilares de tener un personal en condiciones para ejercer sus actividades, por lo que siempre se brindó desayuno, almuerzo y cena a los trabajadores de la institución correspondiente, incluyendo internos.
- Se contó siempre con EPP y medidas de sanidad muy claras en todo ambiente dentro de los establecimientos de salud, además de exposiciones sobre los mismos, reflejándose como un mayor conocimiento de los pasos de protocolo en ellos y su práctica.
- Al haber tenido más contacto con las nuevas tecnologías, los internos tenían una mayor velocidad de aprendizaje con el uso de los sistemas digitales manejados en los hospitales.
- A pesar de las dificultades, hubo oportunidad de aprendizaje en ambos hospitales, por lo que las experiencias obtenidas podrían ponerse en práctica en el SERUMS, aun cuando algunas de las patologías vistas en INEN sean de carácter más especializado.
- Las prácticas en ambas instituciones permitieron no solo una mejora en el criterio de diagnóstico y de tratamiento de los pacientes, sino también a una mejor comunicación médico-paciente, llevando al desarrollo de una anamnesis más detallada que otorgaba datos importantes que se pudieron pasar por alto y un agradecimiento por el paciente, logrando que se encuentre más a gusto dentro de las instalaciones y esté más de acuerdo con los exámenes, tratamiento y procedimientos que se le indiquen.
- Se desarrolló la relación entre doctores y futuros colegas, creando no solo lazos académicos, sino también de amistad, que bien podrían convertirse a futuro en oportunidades.
- Los procedimientos y asistencias en sala de operaciones mayores, intermedias y menores en las cuales participaron los internos les permitieron ganar confianza. La disponibilidad de cirugía experimental y equipos de laparoscopia de práctica permitían una continua práctica fuera de la sala de operaciones.
- Se pudo apreciar el conocimiento teórico y práctico de los internos, conforme se avanzaba en las rotaciones y su tiempo en cada una de ellas.
- En ocasiones, principalmente durante la Emergencia, era cuando más posibilidad de contagio de COVID-19.

- Este trabajo puede ser utilizado como material de consulta en caso el lector vaya a presentar en su internado a alguna de estas sedes docentes.

RECOMENDACIONES

Referente a lo mencionado anteriormente, hay puntos a tomar en cuenta para un desarrollo en mejores condiciones para los estudiantes de medicina del séptimo:

- El personal administrativo encargado de la programación de horarios también debería asignar a un administrativo encargado del cumplimiento de las normas, por el bienestar de los internos.
- Coordinar desde un tiempo suficiente antes del inicio de un nuevo internado con los responsables de plazas de los hospitales con quienes una universidad tiene convenio, así como con las DIRIS correspondientes, para asegurar las plazas de los internos con anticipación, y así evitar temores y estrés en los mismos sobre cómo culminarán sus prácticas.
- Mantener habilitado los trabajos de suficiencia profesional en lo que esté con mayor disponibilidad la recolección de datos para tesis (razón principal de la existencia del mismo), y que sus pautas y modelos estén al alcance de los internos con anticipación, para evitar su realización en mayor estrés y para que se esté mucho mejor realizada.
- Asimismo, es necesaria la participación de agrupaciones como la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, el Colegio Médico del Perú y el Ministerio de Salud para poder crear rotaciones entre hospitales de mayor complejidad y centros de salud de primer nivel, para que todos tengan la misma oportunidad de aprendizaje.
- Facilitar la vacunación para prevenir contagios y cuadros severos en los internos de medicina.
- Realizar similares trabajos de suficiencia desde el cuarto año de formación, que es cuando inicia la participación activa de los estudiantes en los diferentes centros de atención médica y así llegar al internado con la experiencia necesaria para poder titularse mediante esta modalidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1-INEN, Reseña Histórica [Internet]. Perú: MINSA; - [-; 20 Febrero 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>

2-Hospital de Vitarte [Internet]. Perú: MINSA; - [-; 20 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalvitarte.gob.pe/Rese%C3%B1aHistorica.aspx>

3-USMP, Reglamento internado 2017 [Internet]. 2017 [-; 20 Febrero 2022]. Disponible en: http://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/departamentos/internado/REGLAMENTO_D E_INTERNADO_2017_2.PDF

4-Palacios-Sánchez L, Nuñez-Gómez MC, Quevedo-Vélez E. Notas para una investigación futura sobre la historia del internado médico en Colombia, siglo XX. Primera parte: antecedentes europeos y norteamericanos, (siglo XIX e inicios del XX). Iatreia [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 14 de mayo de 2022]; 32(1): 33-9. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/330353>

5-Congreso de La República. Ley N°23733. Lima; 1983. pp. 1–10.

6-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 salud para afrontar la pandemia por la COVID -19. Diario El Peruano. 3 de agosto de 2020 pp 3–5.

7-INEN, Información del personal [Internet]. Perú: MINSA; - [-; 20 Febrero 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/informacion-de-personal/>

8-Meza L., Manual de Cáncer Urológico: Diagnóstico y manejo. 1ra Edición. Perú: San Marcos; 2017.

9-Arroyo G., TEMA 12-2016: Cetoacidosis diabética y estado hiperglicémico hiperosmolar: Un enfoque práctico [Internet]. Rev CI EMed UCR. 2016 [20 Febrero 2022]; Volumen 1(1): 138-143. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161r.pdf>

10-LaRusso L. Hidronefrosis en adultos [Internet]. USA: Western New York Urology Associates; 2022 [2022; 20 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkiid=127486>

11-Van R., Clinical manifestations and diagnosis of chronic myeloid leukemia [Internet]. USA: Larson R. 29 Julio 2020 [Enero 2022; 19 Febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-chronic-myeloid-leukemia?search=leucemia%20mieloide%20crónica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H8

12-Schiffer C., Overview of the treatment of chronic myeloid leukemia [Internet]. USA: Larson R. 27 Abril 2020 [Enero 2022; 19 Febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-chronic-myeloid-leukemia?search=leucemia%20mieloide%20crónica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H9

13-GINA 2021, Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. USA: UpToDate. 2021 [2021; 19 Febrero 2022]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/05/GINA-Main-Report-2021-V2-WMS.pdf>

14-Leung A. Convulsión febril Rev Soc Vol Ped [Internet]. - [20 Febrero 2022]; -(21): 250-255. Disponible en <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v46n1/v46n1a09.pdf>

15-Minsa, Resolución Ministerial N° 755-2017/MINSA. Edición 2017. Perú: Ministerio de Salud; 2017.

16-Millichap J, Treatment and prognosis of febrile seizures [Internet]. USA: Nordli D. 10 Agosto 2021 [Enero 2022; 20 Febrero 2022]. Disponible en: [Treatment and prognosis of febrile seizures - UpToDate](#)

17-Orias M., Vista de Ruptura Prematura de Membranas [Internet]. 2020 [20 Febrero 2022]; Volumen (5):11; Páginas: 1-11. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>

18-Golberg E., Acute Liver Failure in adults: Management and prognosis [Internet]. USA: Brown R. 21 Septiembre 2020 [Enero 2020; 20 Febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-liver-failure-in-adults-management-and-prognosis?search=n%20acetic%20acid%20hepatitis%20b&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H246365968

19-Plaxe S., Overview endometrial carcinoma [Internet]. USA: Goff B. 27 Septiembre 2021 [Enero 2022; 20 Febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-endometrial-carcinoma?search=c%3A1nc%20endometrio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

ANEXOS

ANEXO 1

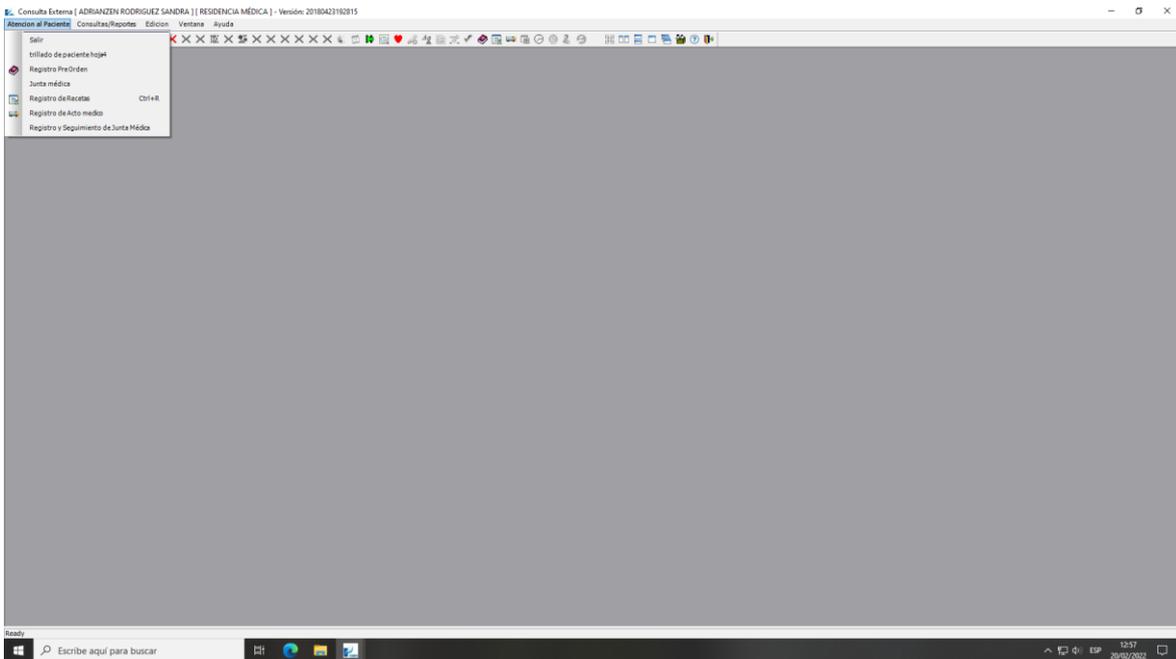


Imagen 14: SISINEN 2.0

ANEXO 2

SISTEMA PACIENTES

TABLA ADMISION EMERGENCIA HOSPITALIZACION ARCHIVO EPIDEMIOLOGIA ENFERMERIA FARMACIA UTILITARIOS

Emergencia Archivo Hospitalización A. Terminal 1 A. Terminal 2 Período Kardex Cama HO UCI Receta Farmacia Triage

321 Regs.

EI	EMERGENC	FECHA	HORA	HISTORIA	NOMBRES	SEXO	EDAD_E	PRIORIDAD_NO	CONSULTORIO_NOMBRE	SEGURO_NOMBRE	ARCHIVO	FEC_ARCHIVO	TIPO_CIEIX	CIEX
2	22012519	18/02/2022	09:46	0945427	... ESPINO GONZALES MARIA DE LOS AN...	F	21 A	PRIORIDAD III	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	O80.0
2	22012517	16/02/2022	10:52	0970076	... ARAUJO VARGAS NELLY MARGOT	F	30 A	PRIORIDAD III	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	O21.0
2	22012514	18/02/2022	05:56	0969960	... PIZAN AGUIRRE VICENTA YANET	F	23 A	PRIORIDAD I	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	PAGANTE			D	Z39.0
2	22012511	14/02/2022	14:49	0297634	... MENDOZA VILLANUEVA EDITH JUSTINA	F	36 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	O90.5
2	22012508	21/02/2022	09:35	0204327	... FLORES CABEZAS ROCIO MILAGROS	F	39 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	N93.5
2	22012507	19/02/2022	00:03	0901609	... HOBLING LOPEZ ABRIL DHANNIELLA	F	24 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	O80.0
2	22012500	18/02/2022	08:19	0799454	... DELGADO HINOSTROZA SEFORA KEH...	F	28 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS PARA TODOS			D	O34.2
2	22012435	20/02/2022	20:59	0632530	... REGALADO MATTOS GINA MAGALY	F	28 A	PRIORIDAD III	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	D50.5
2	22012398	20/02/2022	14:34	0970146	... COCHACHES POMALIA LESLIE ANABEL	F	22 A	PRIORIDAD III	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			P	B97.2
2	22012393	20/02/2022	14:09	0391587	... MAYTA PAUCAR JHOVICA LIZBET	F	30 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			P	B97.2
2	22012365	20/02/2022	10:52	0970126	... MARTINEZ RUIZ YASUBETH	F	22 A	PRIORIDAD I	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			P	B97.2
2	22012340	20/02/2022	05:16	0548989	... CERDA DE LA CRUZ MARIA SOLEDAD	F	36 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	O47.0
2	22012329	20/02/2022	02:35	0968422	... CHAHUA VILLALOBOS URSULA JHONMY	F	19 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS PARA TODOS			D	N93.5
2	22012245	19/02/2022	12:16	0672726	... HUAYTA MESCCO BENIGNA	F	23 A	PRIORIDAD III	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	O47.1
2	22012230	19/02/2022	10:31	0368672	... RODRIGUEZ ALMEIDA YESENIA URSULA	F	35 A	PRIORIDAD III	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			P	N73.5
2	22012192	19/02/2022	05:10	0970041	... MILLA CHAVEZ YAQUELINE ISABEL	F	45 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS PARA TODOS			D	D25.5
2	22012153	18/02/2022	20:16	0970028	... GUERRA POMA JESSICA DAYANNY	F	16 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS PARA TODOS			P	O23.4
2	22012087	15/02/2022	18:56	0691289	... ZAVALETA CARBAHAL ARACELY ANAIS	F	27 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO	CON HIST...	21/02/2022 09:02	D	O06.5
2	22012086	14/02/2022	17:10	0969636	... CUEVA RAMOS JUANITA LUCINDA	F	23 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO	CON HIST...	21/02/2022 09:01	D	O47.1
2	22012080	15/02/2022	20:53	0236250	... CANDIOTTI VARGAS LEYDI PATRICIA	F	20 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS PARA TODOS	CON HIST...	21/02/2022 08:52	D	O42.1
2	22012078	15/02/2022	00:13	0969994	... ROMERO SEDANO MELISA	F	23 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO	CON HIST...	21/02/2022 08:52	D	O47.1
2	22012077	15/02/2022	05:48	0441858	... ARANDA TAJPE ELIZABETH	F	29 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO	CON HIST...	21/02/2022 08:51	D	O47.1
2	22012075	15/02/2022	20:00	0903104	... PERDOMO CHIGUITA YILLIANY CAROLI	F	18 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS GRATUITO			D	O47.1
2	22012072	15/02/2022	07:09	0728527	... MANTILLA BRAVO FANNY	F	28 A	PRIORIDAD II	GINECOOBSTETRICIA (Emergencia)	SIS PARA TODOS	CON HIST...	21/02/2022 08:51	D	O47.1

HOSPITAL VITARTE Usuario: EGINECO Fecha: 21/02/2022 Período: FEBRERO DEL 2022 PC: HV-645

Imagen 15: SISTEMA PACIENTES