



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MEDICO EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS EN EL PERIODO
2020-2021, LIMA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

TRILCE ESTRELLA SARAVIA RUIZ

ASESOR

DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON

**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

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MEDICO EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS EN EL
PERIODO 2020-2021, LIMA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
TRILCE ESTRELLA SARAVIA RUIZ**

**ASESOR
DR. SIXTO ENRIQUESANCHEZ CALDERON**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Edelina Soto Espinoza

Miembro: Dra. Yanire Patty Macedo Alfaro

Miembro: Dr. Carlos Alberto Baldarrago Luna

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por haber estado presente en cada momento trascendental de mi vida impartíendome consejos, valores y su absoluto respaldo en cada decisión que implico mi carrera. Gracias a ellos porque fueron mi principal motivación en este proceso y nunca me dejaron sola. Por todo el amor incondicional que me brindaron este trabajo es para ellos.

Trilce Estrella Saravia Ruiz

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Importancia de internado en la profesión	1
1.2 Qué se esperaba y que se logró	2
1.3 Casos clínicos	2
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
3.1 Rotación de Pediatría	15
3.2 Rotación de Gineco-obstetricia	17
3.3 Rotación de Cirugía	18
3.4 Rotación de Medicina Interna	19
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	21
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
FUENTES DE INFORMACIÓN	25

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es conocer cómo se realizaron las actividades del internado médico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el año 2020-2021, periodo pre-pandemia y durante la pandemia, cuáles fueron las expectativas y realidades que se encontraron frente a esta transición y como es que esto afectó en la formación médica.

Se analizó la importancia que le daba el interno de medicina al último año de la carrera profesional, el desarrollo de actividades por cada rotación en un contexto diferente al de años anteriores y cuáles fueron las dificultades encontradas.

Los principales hallazgos fueron que el interno de medicina cataloga al último año de la profesión como una etapa imprescindible para el desarrollo de habilidades y formación médica. Que el internado debería ser reestructurado en cuanto al marco legal, ya que cuenta con muchos vacíos y no se ajustan a las expectativas formativas.

Se concluye que a pesar de la suspensión temporal y las restricciones dada por el contexto de la pandemia por el virus SARS-COV-2, se pudo adquirir los conocimientos y habilidades fundamentales que requiere este último año.

ABSTRACT

The aim of this work is to know how the activities of the medical internship at Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas were carried out in the year 2020-2021, pre-pandemic period and during the pandemic, what were the expectations and realities that were found in the face of this transition and how this affected medical training.

The importance that the medicine intern gave to the last year of the professional career was analyzed, the development of activities for each rotation in a different context from previous years and what were the difficulties encountered.

The main findings were that the medical intern classifies the last year of the profession as an essential stage for the development of medical skills and training. That medical internship should be restructured in terms of the legal framework, since it has many gaps and does not meet training expectations. In conclusion, that despite the temporary suspension and the restrictions given by the context of the pandemic caused by the SARS-COV-2 virus, it was possible to acquire the fundamental knowledge and skills that this last year requires.

INTRODUCCION

El internado médico, es el último año de la carrera de medicina humana, por el cual este se considera un periodo indispensable en la formación de los estudiantes de la carrera de medicina para poder integrar, consolidar y poner en práctica conocimientos adquiridos durante los ciclos previos de la Carrera.

(1)

Durante esta fase, aún se mantiene un vínculo con la Universidad para concluir la formación profesional, entendiéndose como el proceso de consolidación para un posterior desempeño en el ámbito laboral. Periodo que se realiza en el sector salud público o privado, con el objetivo de garantizar el desarrollo de nuevas competencias en la atención integral de los problemas de salud individuales y colectivos, así mismo permitir la oportunidad del contacto permanente con los pacientes. Siendo además requisito obligatorio para obtener el título profesional. (2)

El internado medico realizado en el periodo 2020-2021 se llevó a cabo en dos etapas, debido al contexto actual de la pandemia por el virus SARS-COV-2, dividiéndolo en el periodo pre-pandemia y el actual pandémico.

La primera etapa del internado, periodo pre-pandemia, se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), centro hospitalario publico peruano, categoría III-2, fundado mediante la Ley N°8896, el cual presta servicios de salud a la población que sufre distintos tipos de cáncer a nivel Nacional. (3) Al inicio de las labores del internado en esta primera etapa, se brindó una amplia inducción, con el objetivo de brindar al interno de medicina una efectiva orientación general sobre las funciones que desempeñará durante este periodo y los fines que persigue la institución, estableciendo actitudes favorables de los internos hacia la institución, su política y su personal.

Periodo en el que se asistió cada día, con una jornada laboral promedio de aproximadamente 10 horas diarias, pudiéndose extender hasta 36 horas sin descanso en días de guardia. Desarrollándose el internado hasta ese momento de forma habitual a los años anteriores. (4)

La segunda etapa del internado, periodo pandémico, se reinició después de haber estado suspendido por más de cinco meses desde el inicio del estado de Emergencia Sanitaria a nivel nacional declarada según Decreto Supremo N° 008-2020-SA, publicado el 11 de marzo de 2020 (5). Siguiendo con esta medida, el Ministerio de Educación mediante la Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU dispone la suspensión total de actividades lectivas en todos los niveles de educación; por lo cual La Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM) decide recomendar el retiro de los internos de medicina de los establecimientos de salud, dada su condición de estudiantes de último año, el desabastecimiento de equipos de protección personal (EPP) y seguros. (6)

El 15 de agosto de 2020, se promulgó el Decreto de Urgencia N° 090-2020, el cual establecía la reanudación de forma progresiva del interno a sus actividades con medidas excepcionales y temporales para el cierre de brechas de recursos humanos frente a la pandemia por el COVID-19, donde se establece derechos temporales mientras dure la emergencia sanitaria como la entrega de EPP, remuneración no menor a la mínima vital de 930 soles, y seguro de salud y vida. (7) Bajo la Resolución Jefatural N° 344-2020-J/INEN se resolvió en reanudar las actividades de los internos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres (USMP), a partir del 02 de noviembre de 2020 hasta el 31 de abril de 2021. (8) Previo inicio a este segundo periodo, se realizó un curso de Medidas de Prevención y Control de COVID-19, con una duración de 5 días, con la finalidad de reducir el riesgo de contagio por COVID-19. Desarrollándose así el periodo de internado 2020-2021 de modo diferente, con múltiples variaciones.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Importancia del internado en la profesión

El internado de pregrado en ciencias de la salud forma parte del plan de estudio de la carrera de Medicina, siendo esta de carácter obligatorio. Consiste en las practicas pre-profesionales durante el último año de estudio, periodo indispensable en la formación para poder integrar, consolidar y poner en práctica conocimientos adquiridos durante los ciclos previos de la Carrera. (2)

A finales del del siglo XIX, se inició la reglamentación de la enseñanza en hospitales en los países de Alemania, Australia, Inglaterra y Francia; posterior a ello paso a los Estados Unidos de América donde en 1904 se logra formalizar el internado y las residencias médicas. (4) En el Perú, el marco legal del internado en ciencias de la salud cuenta con muchos vacíos, por lo cual resulta impreciso afirmar que las practicas pre-profesionales del área de la salud tienen su propia regulación. (1)

El paso al internado posee una vital importancia en la vida de formación del médico, la cual marca el fin de una etapa en el desarrollo del individuo y su paso hacia otra de mayor complejidad o rango que la anterior. Con el ingreso al internado, el hospital incorpora al interno como parte de su estructura, otorgándole un lugar en el orden jerárquico médico y, con él, una serie de responsabilidades y derechos, dándole así una doble condición de estudiante aún en formación, por un lado, y personal de salud, por otro. Durante ese año se espera superar deficiencias, adquirir conocimientos y habilidades nuevas de médicos con mayor experiencia, así como la profundización de la relación médico-paciente. (9)

1.2 Qué se esperaba y qué se logró

En relación con el contraste entre lo que se esperaba y que se logró, muchas de las expectativas fueron corroboradas, la práctica del día a día junto a las clases integradas reforzaron los conocimientos, a pesar de las restricciones dadas por la pandemia. El ambiente laboral fue de respeto, las relaciones interpersonales que se formaron en el transcurso del internado quedaron afianzadas; los lineamientos de bioseguridad fueron muy marcados con relación a años anteriores para poder evitar el contagio hacia familiares y el entorno más próximo; existió una alta carga de trabajo superior a la que se esperaba, incluso excesiva en algunos servicios, con ello una falta de tiempo para dedicarse al estudio, a los amigos y familia. Sin embargo, no cabe duda de que el año del internado fue una etapa de grandes experiencias tanto en lo personal como en lo profesional, con grandes posibilidades de aprendizaje y maduración.

1.3 Casos clínicos

Pediatría

- **Caso N° 1**

FILIACION Y ANTECEDENTES: Paciente de iniciales ASM de 9 meses de edad, sexo masculino, religión católico, natural y procedente de Lima. Antecedentes de importancia: niega enfermedad crónica, niega reacción adversa a medicamentos, niega nebulizaciones, niega cirugías previas, niega hospitalizaciones, vacunas completas.

INGRESO POR EMERGENCIA: Tiempo de enfermedad 3 días, forma de inicio insidioso, curso progresivo. Relato cronológico: paciente 3 días antes del ingreso inicia con vómitos alimentarios 2 veces al día. Un día antes del ingreso se agrega diarrea líquida sin moco, sin sangre que rebalsa el pañal 10 veces al día, el día del ingreso madre evidencia paciente con irritabilidad, avidez por los líquidos, persistencia de diarreas por lo que acude a emergencia.

EXAMEN FÍSICO: Frecuencia cardiaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 37 por minuto, T° 37°C, Sat. O2 99%, peso 8kg. Ojos hundidos. Piel y mucosas: tibia, hidratada, tensa, llenado capilar <2", signo del pliegue negativo, mucosas secas, no cianosis, no ictericia. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no tirajes, no ruidos agregados. Cardio-vascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, pulso periférico presente. Abdomen: ruidos hidroaéreos incrementados, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda, diuresis conservada. Sistema nervioso central (SNC): despierto, activo, irritable (calma con madre), reactivo al estímulo, Escala Glasgow 15/15, no signos meníngeos, ni de focalización.

DIAGNOSTICO: Diarrea aguda infecciosa, deshidratación moderada.

MANEJO: Suero de rehidratación oral 8cc cada 5 min. x 4 horas, volumen total 400CC/4 horas (50mg/kg/4h) con reevaluación a la 1ª hora, buena respuesta, alta con indicaciones.

- **Caso N° 2**

FILIACION Y ANTECEDENTES: Paciente de iniciales TAV de 7 años de edad, sexo masculino, religión católica, natural Huancayo, procedente de Lima. Antecedentes de importancia: niega enfermedad crónica, niega reacción adversa a medicamentos, niega nebulizaciones, niega cirugías previas, niega hospitalizaciones, niega contacto tuberculosis (TBC) y vacunas completas.

INGRESO POR EMERGENCIA: Tiempo de enfermedad 2 días, forma de inicio abrupto, curso progresivo. Relato cronológico: paciente 2 días antes del ingreso inicia con malestar general, alza térmica cuantitativa 38°C, asociado a hiporexia, odinofagia y cefalea. Un día antes del ingreso persiste síntomas y se agrega dolor de garganta y nauseas.

EXAMEN FISICO: Frecuencia cardiaca 98 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, T° 39°C, Sat. O2 98%, peso 22kg. Orofaringe: amígdalas hipertróficas, eritematosas con exudado y petequias en ambos pilares anteriores. Cuello: se palpan 2 adenopatías derecha e izquierda de 2 cm y 3 cm de diámetro respectivamente, dolorosas, móviles y blandas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos

campos pulmonares, no tirajes, no ruidos agregados. Cardio-vascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, pulso periférico presente. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda, diuresis conservada. SNC: despierto, activo, reactivo al estímulo, Escala Glasgow 15/15, no signos meníngeos, ni de focalización. Puntaje Centor y FeverPAIN: 5

DIAGNOSTICO: Faringoamigdalitis probablemente bacteriana.

MANEJO: Antibioticoterapia: amoxicilina 500 mg vía oral cada 12 horas x 10 días. Antipirético y analgesia: Paracetamol 120 mg/5ml 14ml cada 6h condicional a fiebre o dolor. Líquidos a voluntad más dieta blanda. Se explica signos de alarma. Control por consultorio externo en 48 horas.

Ginecología

- **Caso N° 1**

FILIACION Y ANTECEDENTES: Paciente de iniciales RTL de 27 años de edad, sexo femenino, soltera, religión católica, educación secundaria, natural y procedente de Lima. Antecedentes personales: menarquia a los 12 años, régimen catamenial 4-5/28, primera relación sexual a los 15 años, andria 5. Fecha de última regla (FUR): hace 1 semana. Fórmula obstétrica: G1 P1001, G1 parto eutócico recién nacido (RN) varón de 6 años, 2800 gr. Tuvo actividad sexual con pareja de relación inestable hace 3 semanas. No usa método anticonceptivo y ni barrera de protección. Antecedentes patológicos: Niega reacción adversa a medicamentos, niega cirugías previas, niega contacto TBC. Antecedentes familiares: madre hipertensa no tratada, no conoce a padre. INGRESO POR EMERGENCIA: Tiempo de enfermedad 2 semanas, forma de inicio insidioso, curso progresivo. Relato cronológico: paciente 2 semanas antes del ingreso refiere flujo vaginal verde amarillento con olor desagradable y prurito vulvar leve, el día del ingreso refiere persistencia de los síntomas y no haber podido venir por falta de consultorios por pandemia.

EXAMEN FISICO PREFERENCIAL: Frecuencia cardiaca 72 por minuto, frecuencia respiratoria 17 por minuto, T° 37°C, Sat. O2 98%, peso 46kg.

Genitales externos: vulva discreta irritación. Especuloscopía: cérvix con ectropión en ambos labios, muy eritematoso y sangra al roce. Se evidencia secreción amarillenta que sale por orificio cervical externo. Vagina con secreción verde amarillento con olor desagradable, Test de Aminas positivo. Tacto vaginal: vagina tibia, paredes elásticas, no dolor. Cérvix: leve dolor a la movilización, superficie irregular. Útero anteversoflexo de 7 cm, superficie regular, consistencia normal, móvil, discreto dolor a la movilización. Fondos de saco libres. Anexos no se palpan.

DIAGNOSTICO: Vulvovaginitis por Trichomonas vaginalis y enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) estadio I.

MANEJO: Ambulatorio: ciprofloxacino 500mg dosis única + doxiciclina 100mg cada 12 horas por 14 días + metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días. Reevaluación en 72 horas.

- **Caso N° 2:**

FILIACION Y ANTECEDENTES: Paciente de iniciales MFU de 28 años de edad, sexo femenino, casada, religión católica, educación superior, natural y procedente de Lima. Antecedentes personales: generales, niega tabaco, niega ingesta de alcohol, grupo sanguíneo "O" positivo, niega transfusiones, vacunas completas; fisiológicos, menarquia a los 11 años, régimen catamenial 3-5/28, primera relación sexual a los 17 años, andría 3, uso de métodos anticonceptivos implante FUR: hace 38 semanas. Formula obstétrica: G1 P1001, G1 parto eutócico recién nacido mujer de 1 día, 3000 gr. Antecedentes patológicos: Niega enfermedad crónica, niega reacción adversa a medicamentos, niega cirugías previas, niega contacto TBC. Antecedentes familiares: padre y madre en aparente buen estado general.

INGRESO A SERVICIO DE PUERPERIO: Relato cronológico: paciente 1 día antes del ingreso acude por emergencia por presentar contracciones uterinas frecuentes cada 5 minutos, movimientos fetales presentes, niega pérdida de líquido amniótico y no sangrado vaginal, pasa a centro obstétrico con el diagnóstico de G1 nulípara 38 semanas 6 día por eco del 1r trimestre, trabajo de parto fase activa, 3 horas después parto vaginal sin complicaciones. Paciente ingresa al servicio de Puerperio,

servicio E, procedente del servicio de recuperación como puérpera de parto vaginal de 2 horas.

EXAMEN FÍSICO: Frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, T° 37°C, presión arterial 90/60. Sat. O2 98%, peso 52 kg. Aparente regular estado general, regular estado nutricional, regular estado hemodinámico. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia, no palidez. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no tirajes, no ruidos agregados. Cardio-vascular: ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, pulso periférico presente. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación profunda, útero contraído debajo de cicatriz umbilical, altura uterina 14cm. Genitales externos: presencia de loquios hemáticos escasos, no mal olor. Tacto vaginal: No gases, no hematomas, leve dolor en zona perineal. No edemas. SNC: despierta, activa, reactiva al estímulo, Escala Glasgow 15/15, no signos meníngeos, ni de focalización.

DIAGNOSTICO: Puérpera de 18h, parto vaginal, anemia leve (Hb. 10.2), PCR- COVID 19 negativo.

MANEJO: Alta, dieta completa, retirar vía endovenosa, ibuprofeno 400 mg 1 tableta vía oral condicional a dolor, sulfato ferroso + Ácido fólico 2 tabletas diarias por 6 meses, lactancia, masaje uterino externo.

Cirugía:

- **Caso N° 1**

FILIACION Y ANTECEDENTES: Paciente de iniciales CCHV de 43 años de edad, sexo femenino, soltera, idioma español, religión católica, educación superior, natural y procedente de Ucayali. Antecedentes personales: niega tabaco, niega ingesta de alcohol, niega exposición solar, no uso de bloqueador solar, grupo sanguíneo "O" positivo, niega transfusiones, vacunas completas. Antecedentes fisiológicos; menarquia a los 12 años, régimen catamenial 4-5/28, primera relación sexual a los 17 años, andría 3, no uso de métodos anticonceptivos FUR: hace 2 semanas. Antecedentes patológicos: niega reacción adversa a medicamentos,

operada de laparotomía exploratoria por neoplasia maligna (NM) de vesícula biliar el 14 de marzo del 2021, niega contacto TBC. Antecedentes familiares: padre con diagnóstico de NM colon y madre en aparente buen estado general.

INGRESO A CONSULTORIO: Paciente mujer de 43 años natural y procedente de Ucayali, operada el 14.03.2021 de Laparotomía exploratoria más biopsia de pared abdominal con resultado de Anatomía patológica (AP): Tejido muscular esquelético y adiposo infiltrado por adenocarcinoma metaplásico, refiere que posterior a la intervención quirúrgica, presenta distensión abdominal marcada, dolor intenso que dificulta micción, le genera malestar.

EXAMEN FISICO: Frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, T° 37°C, presión arterial 100/62. Sat. O2 98%, peso 52 kg. Aparente mal estado general, regular estado nutricional, regular estado hemodinámico. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia, no palidez. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no tirajes, no ruidos agregados. Cardio-vascular: ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, pulso periférico presente. Abdomen: distendido, matidez presente, oleada positivo, cicatriz subcostal derecha, sin defectos en pared aparentemente, doloroso a la palpación superficial y profunda, no tolera el decúbito. SNC: despierta, activa, reactiva al estímulo, Escala Glasgow 15/15, no signos meníngeos, ni de focalización.

DIAGNOSTICO: Tumor maligno de vesícula biliar. Descartar NM de vesícula metastásico, ascitis

MANEJO: Eco marcaje (volumen de 2085 mL), paracentesis evacuatoria. Tramadol 50 mg subcutánea 1 ampolla, interconsulta con medicina del dolor.

- **Caso N° 2**

FILIACION Y ANTECEDENTES: Paciente de iniciales CAMG de 70 años de edad, sexo femenino, casada, idioma español, religión católica, educación superior, natural y procedente de Cusco. Antecedentes personales: niega tabaco, niega ingesta de alcohol, niega exposición

solar, uso de bloqueador solar, grupo sanguíneo "O" positivo, niega transfusiones. Antecedentes fisiológicos; menarquia a los 11 años, primera relación sexual a los 15 años, andria 5. Antecedentes patológicos: alergia a penicilina y martillate, colecistectomía 1964, histerectomía hace 4 años, niega contacto TBC. Antecedentes familiares: sin antecedentes de importancia.

INGRESO A HOSPITALIZACIÓN: Tiempo enfermedad 7 meses, inicio insidioso, curso progresivo. Relato cronológico: Paciente mujer de 70 años de edad, natural y procedente de Cusco, acude a consultorio por dispepsia y dolor tipo cólico por lo cual se le realiza una colonoscopia en otra institución, resultado de lesión polipoidea y elevada a 70cm del margen del ano con resultados AP de Adenocarcinoma infiltrante, dicha colonoscopia además se describe múltiples pólipos sésiles y pediculados a nivel de sigmoides, Además cuenta con tomografía (TEM) de abdomen y pelvis: engrosamiento patológico a nivel de colon descendente. TEM de tórax con discretos cambios de aspecto residual a adenomegalia mediastinal. Con estos resultados acude al INEN, en donde se realiza revisión de patología el cual cuenta con un AP: Adenoma tubular con displasia de bajo grado, paciente se hospitaliza para tratamiento quirúrgico.

EXAMEN FISICO: Frecuencia cardiaca 85 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, T° 36.6°C, presión arterial 120/70. Sat. O2 98%, peso 60 kg. Aparente regular estado general, regular estado nutricional, regular estado hemodinámico. Ventilando espontáneamente, afebril. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, conjuntivas pálidas +/-+++, no ictericia. Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no tirajes, no ruidos agregados. Cardio-vascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, pulso periférico presente. Abdomen: no distendido, cicatriz subcostal izquierda, blando, depresible, no doloroso, no masas, no reacción peritoneal. SNC: despierta, activa, reactiva al estímulo, Escala Glasgow 15/15, no signos meníngeos, ni de focalización.

DIAGNOSTICO: neoplasia maligna de colon izquierdo.

MANEJO: Hemicolectomía laparoscópica.

Medicina

- **Caso N°1**

FILIACION Y ANTECEDENTES: paciente de iniciales YGT de 25 años de edad, sexo masculino, natural y procedente de Lima, idioma español, religión católica, educación superior; con antecedentes patológicos personales de Parálisis facial resuelto hace 1 año, antecedente quirúrgico de Apendicitis Aguda hace 15 años, niega alergias medicamentosas, sin antecedentes oncológicos familiares.

INGRESO A HOSPITALIZACION: 13.04.21 Relato cronológico: Paciente varón de 25 años, con tiempo de enfermedad de 3 semanas caracterizado por cefalea, sensación de alza térmica no cuantificada, malestar general, debilidad, sangrado de encías, sudoración, palpitaciones. Por lo que acude a emergencia donde le realizan Hemograma, evidenciando Pancitopenia (03.04.21): plaquetas (PLT) 31, Hb. 6.5, glóbulos rojos 3.2 (Blastos 1%, Linfocitos Anómalos 7%) por lo que recibe soporte transfusional; al control de Hemograma (06.04.21) PLT 33, Hb. 8.2, glóbulos blancos 1.54 (Blastos >20%), durante su estancia presentó pico febril de 39°C por lo que recibió Cefotaxima (9 días) y Clindamicina (9 días). Motivo por lo cual es referido a nuestra institución ingresando por emergencia (12.04.21) referido por Anemia Severa, Plaquetopenia y Neutropenia Febril por Leucemia Aguda. Se le inicia Piperacilina-Tazobactam y solicitó hemocultivo (12.04.21) Negativo 24h. Se realizó aspirado de medula ósea (AMO) + PCR (13.04.21); recibió soporte transfusional de paquete globular (PG). Infectología refiere que paciente cuenta con PCR SARS COV 2 con resultado negativo (12.04.21), por lo que ingresa a hospitalización para comenzar tratamiento oncológico y manejo médico.

EXAMEN FÍSICO: Presión arterial 110/70, frecuencia cardiaca 82 x min T°: 36.3°C, frecuencia respiratoria 18 por minuto, SatO₂: 96% FIO₂ 21%, peso, 83.4Kg, talla 1.72m, superficie corporal (SC): 1.99m². Paciente refiere leve sensación nauseosa intermitente posterior a las comidas. Piel y Mucosas:

Tibia, hidratada, elástica, palidez +/+++ , llenado capilar < 2seg, petequias en miembro superior izquierdo. Linfático: No adenopatías palpables. Tórax: Buen pasaje del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Cardio-vascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, hígado palpable a 2cm debajo de reborde costal derecho, bazo palpable a 5cm debajo de reborde costal izquierdo. SNC: Despierta, lucida orientada en tiempo espacio y persona, EG 15/15, no signos de focalización.

EXAMENES AUXILIARES: AMO (13.04.21): blastos 95% + mieloperoxidasa negativo + linfoblastos B patológicos 96.75% + no se observaron metafases. TEM abdominal (12.04.21): Hepatoesplenomegalia. TEM Tórax (12.04.21): Límites normales. TEM Cerebro (12.04.21): No patología inflamatoria ni sangrado por este método.

DIAGNOSTICOS: Leucemia linfoblástica aguda Células B estadio común, anemia grado 2 + plaquetopenia grado 2

MANEJO: Quimioterapia, seguimiento de panel Leucemia linfoblástica aguda y protector gástrico, fortalecer antiemesis, vigilar signos de alarma.

- **Caso N°2**

FILIACION Y ANTECEDENTES: paciente de iniciales MMA de 27 años de edad, sexo masculino, natural y procedente de Lima, idioma español, religión católica, educación superior; sin antecedentes patológicos personales; niega alergias medicamentosas; sin antecedentes oncológicos familiares; sin antecedentes quirúrgicos.

INGRESO A HOSPITALIZACION: 27.04.21 Relato cronológico: Paciente varón de 18 años, con tiempo de enfermedad de 2 semanas, caracterizado por sensación de alza térmica no cuantificada, palidez, lesiones equimóticas en tórax, abdomen y extremidades de aparición espontánea no asociada a traumatismos; por lo que acude al hospital donde le realizan Hemograma (24.04.21) con Bicitopenia: Hb. 9.2, PLT 38, glóbulos blancos 8.78 (Blastos 30%, Promielocitos 20%), por lo que es referido a nuestra institución ingresando por emergencia (26.04.21), con Hb. 8.2, PLT 20, glóbulos blancos 7.13 con promielocitos 61%, por lo que le inician Inducción

Leucemia promielocítica aguda (LPA) (26.04.21); le realizan AMO (27.04.21): Blastos 1%, Promielocitos 70%, Mielocitos 1% + PCR, compatible con LPA; recibe soporte transfusional de PLT y plasma fresco congelado. Infectología solicitó PCR SARS COV 2 con resultado negativo (26.04.21), por lo que sube a piso (27.04.21) para continuar tratamiento oncológico y manejo médico.

EXAMEN FISICO: Frecuencia cardiaca 67 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, T° 36.6°C, presión arterial 119/72. Sat. O2 99%, peso 87.7 kg, talla 1.75 m, superficie corporal 2.06 m². Aparente mal estado general, regular estado nutricional, regular estado hemodinámico. Ventilando espontáneamente, afebril. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, palidez +/-, no cianosis, no ictericia, equimosis en zonas de venopunción de extremidades. Ganglios linfáticos: no adenopatías periféricas. Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no tirajes, no ruidos agregados. Cardio-vascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos, pulso periférico presente. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso, no masas. SNC: despierta, activa, reactiva al estímulo, Escala Glasgow 15/15, no signos meníngeos, ni de focalización.

DIAGNOSTICO: Leucemia promielocítica aguda más neutropenia afebril grado 1 más anemia grado 1 más plaquetopenia grado 3 más hipofibrinogenemia más hiperfosfatemia.

MANEJO: Continuar quimioterapia, continuar con hidratación y gastroprotección, corrección de trastorno hidroelectrolítico, interconsulta a unidad de catéter venoso central, transfusión de plaquetas, transfusión de crio-precipitados.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El desarrollo de internado tuvo lugar, tanto en el periodo pre-pandemia y durante la pandemia, en la misma sede de origen. Este se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, centro hospitalario público peruano, categoría III-2, fundado mediante la Ley N°8896, el cual presta servicios de salud a la población que sufre distintos tipos de cáncer a nivel Nacional. Ubicado en el departamento de Lima, provincia de Lima y distrito de Surquillo. (3)

En condición de Organismo Público Descentralizado del sector Salud, mediante la ley N°28748, adquiere la capacidad de autonomía normativa, financiera, administrativa y presupuestal. Teniendo como función establecer políticas, estrategias, programas y proyectos institucionales en materia oncológica a nivel nacional con la finalidad de promocionar, prevenir, proteger, diagnosticar, tratar y rehabilitar en los distintos niveles de complejidad de atención del cáncer. (4)

En la primera etapa del internado, periodo pre-pandemia, al inicio de las labores del internado se brindó una amplia inducción, con el objetivo de brindar al interno de medicina una efectiva orientación general sobre las funciones que desempeñaría durante este periodo, así como recomendaciones sobre medidas de bioseguridad y bases del reglamento del internado. Periodo en que el INEN contaba con el 100% de la prestación de servicios, por lo cual se podía realizar cada rotación en todas las áreas, teniendo una asistencia diaria con una jornada laboral promedio de aproximadamente 10 horas diarias, pudiéndose extender hasta 36 horas sin descanso en días de guardia. Desarrollándose el internado hasta ese momento de forma habitual a los años anteriores. (9)

La segunda etapa del internado, periodo pandémico, se reinició después de haber estado suspendido por más de cinco meses desde el inicio del estado de Emergencia Sanitaria a nivel nacional declarada según Decreto Supremo N° 008-2020-SA, publicado el 11 de marzo de 2020. (5) Siguiendo con esta medida, el Ministerio de Educación mediante la Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU dispone la suspensión total de actividades lectivas en todos los niveles de educación; por lo cual La Asociación Nacional de Facultades de Medicina decide recomendar el retiro de los internos de medicina de los establecimientos de salud, dada su condición de estudiantes de último año, el desabastecimiento de equipos de protección personal y seguros de salud. (6)

El 15 de agosto de 2020, se promulgó el Decreto de Urgencia N° 090-2020, el cual establecía la reanudación de forma progresiva del interno a sus actividades con medidas excepcionales y temporales para el cierre de brechas de recursos humanos frente a la pandemia por el COVID-19, donde se establece derechos temporales mientras dure la emergencia sanitaria como la entrega de EPP, remuneración no menor a la mínima vital de 930 soles, y seguro de salud y vida. (7) Bajo la Resolución Jefatural N° 344-2020-J/INEN se resolvió en reanudar las actividades de los internos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, a partir del 02 de noviembre de 2020 hasta el 31 de abril de 2021. (8) Previo inicio a este segundo periodo, se realizó un curso de Medidas de Prevención y Control de COVID-19, con una duración de 5 días, teniendo como objetivo comprender el mecanismo de transmisión y manifestaciones clínicas para reconocer y aplicar medidas de prevención y control, reduciendo así el riesgo de contagio por COVID-19. Desarrollándose así el periodo de internado 2020-2021 con múltiples variaciones. Este tuvo como régimen una asistencia continua de 15 días en áreas no-COVID, seguidas de 15 días de descanso. Contando así con dos grupos de internos por cada mes. Se estipuló un horario para el desarrollo de las actividades, teniendo como máximo 6 horas diarias de lunes a sábado y guardias diurnas de 12 horas con un máximo de 2 por mes. (7)

Esta transición afectó notablemente en el aprendizaje diario puesto que al acortar las horas de asistencia al centro hospitalario se pierde el contacto permanente con el paciente y el seguimiento desde su ingreso hasta su

egreso; además de realizar otro tipo de actividades como papeleos o administrativas, el cual no contribuyen con la formación y restan aún más tiempo con los pacientes. Por otro lado, la restricción a gran parte de las áreas de rotación limitó la adquisición de conocimientos teórico-práctico y con ello la experiencia que se necesita para el desarrollo de habilidades y destrezas para un buen desempeño profesional. (10)

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Pediatría

- **Caso N° 1**

El paciente con los diagnósticos de diarrea aguda infecciosa más deshidratación moderada, según el Manual de Urgencias y Emergencias en Pediatría usado por el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), fue manejado con suero de rehidratación oral (SRO), debido a la tolerancia oral. En caso de tolerancia oral, la reposición es de forma directa con SRO dependiendo del grado de deshidratación, 30-80 ml/kg/4 horas. Se recomienda SRO reducidas en contenido de sodio de 60 meq/l y 75 meq/l debido a que presentan una equivalencia terapéutica para la prevención y tratamiento de la deshidratación, además de asociarse significativamente con una menor tasa de diarrea, gasto fecal y frecuencia en vómitos en comparación con las SRO con mayor contenido de sodio, 90 meq/l. (11)

Según las pautas de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) y la Sociedad Europea de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (AAP) la terapia de rehidratación oral (TRO) es el tratamiento de primera línea para las pérdidas de líquidos y electrolitos causadas por la diarrea debida a la gastroenteritis en niños con deshidratación leve a moderada, en comparación con la hidratación endovenosa, ya que incluyen un costo más bajo, fácil administración, una intervención menos invasiva, un tratamiento que puede realizarse o continuarse en casa y una tasa más baja de visitas al servicio de urgencias. Este tratamiento se divide en 2 fases, fase de reposición y fase

de mantenimiento. En la fase de reposición, la hidratación debe restablecerse administrando SRO en un volumen de 50 a 100 ml/kg por cuatro horas, la reevaluación debe realizarse cada hora. En la fase de mantenimiento, se reinicia la alimentación con el objetivo de devolver al paciente a una dieta sin restricciones apropiada para su edad. En ambas fases se continúa la lactancia, así como la administran adicional de SRO para reemplazar las pérdidas gastrointestinales en curso, 10 ml/kg de SRO por cada deposición líquida o blanda, y 2 ml/kg por cada episodio de vómitos. (12)

- **Caso N° 2**

El paciente con el diagnóstico de Faringoamigdalitis probablemente bacteriana, fue manejado con antibioticoterapia más antipirético y analgesia según el Manual de Urgencias y Emergencias en Pediatría usado por el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN). El tratamiento con antibióticos produce mejoría clínica reduciendo así el periodo sintomático en un tiempo de 12 a 24 horas, también disminuye el periodo de contagio y como objetivo principal la reducción notable del riesgo de complicaciones supurativas y de fiebre reumática. Teniendo a la penicilina como tratamiento de primera elección por su actividad universal frente al estreptococo beta hemolítico del grupo A. (11)

Según el “Tratamiento y Prevención de la faringitis estreptocócica en adultos y niños” publicada por UpToDate, La penicilina es el tratamiento de elección para el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBGA) faringitis, debido a su alta eficacia, seguridad, espectro estrecho, y bajo costo. Además de no haberse documentado resistencia a la penicilina entre los aislados clínicos de EBGA. Es el único antibiótico que se ha estudiado y se ha demostrado que reduce las tasas de fiebre reumática aguda. Entre las opciones pediátricas se tiene a la penicilina V oral o amoxicilina, se prefiere esta última por el saber de la suspensión que es más agradable, además de poder administrarse una vez al día independiente del tipo de liberación ya sea inmediata o prolongada. (13)

3.2 Rotación de Ginecología

- **Caso N° 1**

La paciente con los diagnósticos de vulvovaginitis por *Trichomonas vaginalis* y enfermedad pélvica inflamatoria tipo I, fue manejada mediante antibioticoterapia según la Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS, la cual incluye dos antibióticos efectivos, uno contra *Neisseria gonorrhoeae* y el otro contra *Chlamydia trachomatis*, debido a la dificultad de distinguir clínicamente una de otra, además de poder coexistir hasta en un 40%. Dentro de este manejo también se incluye consejería de enfermedades de transmisión sexual y VIH, supervisión del cumplimiento del tratamiento, promover el uso de condones, referir para el tratamiento de contactos y regresar para un control. (14)

Según “Enfermedad pélvica inflamatoria: tratamiento en adultos y adolescentes” publicado por UpToDate. Para mujeres con EPI estadio leve o moderado que pueden tolerar medicamentos por la vía oral y tengan una buena adherencia al tratamiento se sugiere una cefalosporina de acción prolongada, preferentemente ceftriaxona 500 mg dosis única intramuscular más doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 14 días vía oral más metronidazol 500 mg 2 veces al día durante 14 días por vía oral. (15)

- **Caso N° 2**

Paciente con los diagnósticos de puérpera de 18h, parto vaginal, anemia leve (Hb. 10.2), PCR- COVID 19 negativo, fue manejada mediante hematínicos según NORMA TÉCNICA - Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia En Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes Y Puérperas-MINSA. El tratamiento con hematínicos será de acuerdo con el grado de anemia que presente la puérpera. El tratamiento será de 1 dosis diaria de 120 mg de hierro elemental + 800 ug de Ácido Fólico por 6 meses, tendrá un control cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance un valor mayor o igual a 11 g/dl ajustados a los 1000 msnm. Este tratamiento está dirigido a corregir la anemia y reponer las reservas de hierro en los depósitos. En el caso de inadecuada adherencia al sulfato ferroso, se pasará a reemplazar por hierro polimaltosado. Cuando la hemoglobina

alcance valores mayores o igual a 11 g/dl, este se continuará con la misma dosis por un lapso de 3 meses adicionales. Al terminar el mismo se continuará con una dosis de prevención hasta los 30 días post parto para reponer las reservas de hierro. (16)

3.3 Rotación de Cirugía

- **Caso N° 1**

Paciente con los diagnósticos de Tumor maligno de vesícula biliar. A descartar NM de vesícula metastásico, ascitis, fue manejado mediante paracentesis según “Ascitis relacionada con malignidad” publicado por UpToDate. La Paracentesis terapéutica es el pilar del tratamiento de la carcinomatosis peritoneal, excluyendo al cáncer de ovario. Con tan solo unos pocos litros de líquido extraídos aproximadamente un 90% de los pacientes con ascitis responden sintomáticamente a la paracentesis. A diferencia de los pacientes con diagnóstico de ascitis debida a hipertensión portal, a los pacientes con ascitis que están relacionados con una neoplasia maligna se les puede extraer grandes volúmenes de líquido hasta 21L. sin temor a secuelas hemodinámicas. El objetivo en los pacientes con ascitis que están relacionadas con una neoplasia maligna es drenar efectivamente todo el líquido fácilmente extraíble. Esto reducirá el tiempo que el paciente pasa sometido al procedimiento y el número de visitas al hospital, prolongándose el tiempo antes de que se requiera la siguiente paracentesis. (17)

En la técnica primero elegir el lugar de inserción, a 2 traveses de dedo por encima y medial a la espina iliaca anterosuperior. Otra alternativa es la media, caudal al ombligo. Luego de realizar la asepsia introducir la aguja haciendo un movimiento en “z” y así evitar la fuga de líquido ascítico al retirarla. Retraer la piel caudalmente introducir la aguja y soltar una vez penetrado el peritoneo, empujando la aguja poco a poco, aspirando en forma intermitente para punzar un vaso sanguíneo. No introducir jamás en zonas muy vascularizadas, línea media, encima del ombligo o cerca de

tejido cicatricial, por riesgo de hematoma o perforación de víscera adherida a la cicatriz. (18)

- **Caso Nº 2**

Paciente con el diagnóstico de NM de colon izquierdo, fue tributario para una hemicolectomía laparoscópica. La hemicolectomía asistida por laparoscópica, en reemplazo de la hemicolectomía abierta, es preferida para los pacientes que cuentan con ciertas características como cáncer de colon no obstruido, no perforado y no localmente avanzados que no se hayan sometido a una cirugía abdominal extensa previa. En pacientes adecuadamente seleccionados y en manos de gran experticia, tienen resultados oncológicos comparables, morbilidad y mortalidad perioperatorias comparables y una recuperación más rápida con la cirugía laparoscópica a diferencia de la cirugía abierta. (19)

3.4 Rotación de Medicina:

- **Caso Nº 1**

Paciente con los diagnósticos de Leucemia linfoblástica aguda Células B estadio común, anemia GII + plaquetopenia, recibió quimioterapia. El pronóstico en este tipo leucemias se asocia con la edad la edad, las características clínicas y las características citogenéticas / genéticas. Las características clínicas que se verán asociadas con un pronóstico desfavorable incluyen la edad ≤ 1 año o ≥ 10 años, sexo masculino, recuento de leucocitos mayor o igual a 50.000/microL, raza negra o hispana debido a factores socioeconómicos y variaciones genómica. En cuanto a la edad, gran parte de los lactantes presentan translocaciones que afectan al KMT2A en 11q23, lo que se ve asociado a un pronóstico precario a cualquier edad; en los niños mayores hay mayor frecuencia hiperdiploidia y, lo que les confiere un mejor pronóstico; en el adulto estas leucemias se asocian con mayor frecuencia con las anomalías t ot de mal pronóstico, y la supervivencia en casos infantiles es más precaria. (20)

- **Caso N° 2**

Paciente con los diagnósticos de leucemia promielocítica aguda más neutropenia afebril GI más anemia GI más plaquetopenia GIII más hipofibrinogenemia más hiperfosfatemia, recibió quimioterapia. La leucemia promielocítica aguda (LPA) representa una emergencia médica con una alta tasa de mortalidad temprana, frecuentemente debido a una hemorragia por una coagulopatía característica. Es por ello fundamental iniciar el tratamiento con un agente de diferenciación como Tretinoína (ácido retinoico todo trans o ATRA) sin demora, tan pronto como se sospeche el diagnóstico según los criterios citológicos, e incluso antes de que se haya realizado la confirmación citogenética o molecular definitiva del diagnóstico. Sin tratamiento, la LPA tiene una mediana de supervivencia muy corta de menos de un mes como resultado de una hemorragia incontrolada. Sin embargo, con la terapia moderna, se asocia con la mayor proporción de pacientes que presuntamente están curados de su enfermedad. (21)

CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

Se observo que la fase de internado medico de pregrado es de gran importancia en la formación de futuros médicos, es por ello que pasar por la transición de un periodo pre-pandemia y pandemia por el virus SARS-COV-2 hizo que las expectativas hacia el desarrollo de un buen internado se vean afectadas en gran medida. A pesar de que no hubo un cambio de sede hospitalaria principal, a diferencia de otros internos a los que se tuvo que reubicar en nuevos centros de salud, la existencia de múltiples variaciones en el desarrollo de las actividades (régimen de asistencia, número de horas, restricción a múltiples servicios) hizo que se perdiera el medio propicio donde existía el equilibrio de la asistencia, aprendizaje docencia e investigación.

Dentro de este contexto, se presentaron diversas dificultades en medidas diferentes en cada rotación, las cuales pudieron ser manejadas y contribuir con el crecimiento profesional. La primera rotación que se llevó a cabo fue Pediatría, la cual se desarrolló en el periodo pre-pandemia, donde la principal dificultad fue el primer contacto con el paciente, que debido al grupo etario existe una mayor dificultad en establecer una relación médico-paciente, esta fue resuelta mediante la ayuda de accesorios y juegos didácticos los cuales atraían su atención y hacían más factible la evaluación médica. La segunda rotación fue Gineco-obstetricia, a partir del cual se dio el inicio al segundo periodo donde se reanudo el internado, una de las mayores dificultades que se tuvo al inicio fue en el área de Centro Obstétrico, donde se necesita ser más acuciosos y prestos para cualquier medida que se requiera en cualquier momento, habilidad que se fue adquiriendo en el proceso. La tercera rotación fue Medicina, la cual debido a la alta carga laboral y falta de personal técnico implico inversión de gran parte del tiempo en otras actividades como papeleos y administrativos, las cuales no contribuyeron a la formación aunado a la restricción de horas, hicieron de esta una rotación muy deficiente. La última

rotación fue Cirugía, donde al ser realizado en un centro hospitalario de mayor complejidad no se tuvo acceso para realizar procedimientos quirúrgicos básicos, por lo cual hubo mayor dificultad para adquirir destrezas en este campo a pesar de ser complementadas con videos ilustrativos; por otro lado, se pudo observar cirugías de alta complejidad, las cuales no hubieran sido posibles en otros centros de salud.

CONCLUSIONES

El internado de medicina, a pesar de la suspensión temporal y las restricciones dada por el contexto de la pandemia por el virus SARS-COV-2, sigue siendo considerada como una fase esencial en el desarrollo profesional de esta carrera, puesto que este periodo es necesario para poder integrar, consolidar y poner en práctica conocimientos adquiridos durante los ciclos previos de la carrera, adquiriendo valores y actitudes que caracterizan a la profesión médica. Sin embargo, se ha criticado la forma en que el interno es tratado durante el desarrollo en los hospitales, siendo considerado como el último peldaño en la escala jerárquica. Con este trabajo se pone en evidencia la existencia de muchos vacíos en cuanto al marco legal, que no se ajustan a las expectativas formativas y no ayudan al buen desempeño de este, puntos que deberán ser analizados para que esta fase se convierta en una experiencia aún más enriquecedora.

RECOMENDACIONES

Se considera necesario crear un reglamento o ley de prácticas pre-profesionales en ciencia de la salud, el cual defina los derechos y obligaciones de los internos del sector salud. Así mismo, mejoras en los servicios del sector salud y educación, condiciones mínimas para su desarrollo y normativas que garanticen que el internado de la medicina y otras carreras, sean dignos de calidad y que proporcionen las herramientas necesarias para una formación médica adecuada, dentro del marco de la salud y seguridad tanto como de los internos y familiares. Puesto que la larga suspensión de las actividades del internado responde a la falta de estos.

FUENTES DE INFORMACION

1. Rosa, Rosa, Syr Salas Perea, Ramón, Rodríguez-Orozco, Alain R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educación Médica Superior [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 15];21(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005
2. Sanchez A, Flores R, Urbina R. Investigación en Salud [Internet]. ; Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf>
3. Reseña Histórica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. Inen.sld.pe. 2020 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
4. Decreto Supremo N° 001-2007-SA [Internet]. Wwww.gob.pe. 2021 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/250496-001-2007-sa>
5. Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19-DECRETO SUPREMO-N° 008-2020-SA [Internet]. Elperuano.pe. 2020 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2/>
6. Aprueban la Norma Técnica denominada “Disposiciones para la prevención, atención y monitoreo ante el Coronavirus (COVID-19) en universidades a nivel nacional”-RESOLUCION VICE MINISTERIAL-No 081-2020-MINEDU [Internet]. Elperuano.pe. 2020 [cited 2021 Apr 16]. Available

from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-norma-tecnica-denominada-disposiciones-para-la-resolucion-vice-ministerial-no-081-2020-minedu-1864131-3/>

7. 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]. Elperuano.pe. 2020 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>

8. Resolución Jefatural N° 344-2020-J/INEN [Internet]. Www.gob.pe. 2020 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/inen/normas-legales/1439754-344-2020-j-inen>

9. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. ACTA MEDICA PERUANA [Internet]. 2020 Dec 30 [cited 2021 Apr 16];37(4). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172020000400562&script=sci_arttext

10. De C, Capítulo L, Generales D. REPÚBLICA LEY QUE CREA EL RÉGIMEN ESPECIAL QUE REGULA LA MODALIDAD FORMATIVA DE LAS PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES DE INTERNADO EN [Internet]. ; Available from: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL06969-20210119.pdf

11. Alarcon Rojas KA, Alegre Tuesta T, Alza Rodas RR, et al. Manual de urgencias y emergencias en pediatría. 3a ed. Lima: 2018.

12. Freedman S. Oral rehydration therapy (2020). In T.W. Post. Mattoo TK, Statck AM (Eds), UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/oral-rehydration-therapy?search=deshidratacion%20moderada%20en%20%20pediatria&sou>

rce=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1554589336

13. Pichichero M.E Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children (2021). In T.W. Post. Daniel JS, Morven SE (Eds), UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children?search=faringoamigdalitis%20estreptoc%C3%B3cica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1615325577

14. MINSA. Guía Nacional de manejo de Casos de Enfermedades de Transmisión sexual. Lima; 2016.

15. Wiesenfeld H.C Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents (2021). In T.W. Post. Marrazzo JM (Eds), UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H413397

16. Niños E, Gestantes M, Puérperas Y. NORMA TÉCNICA -MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA [Internet].; Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

17. Runyon M.D Malignancy-related ascites (2019). In T.W. Post. Friedman SL, Dizon DS (Eds), UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/malignancy-related-ascites?search=tratamiento%20de%20ascitis%20&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H255965110

18. Guía de procedimientos quirúrgicos. USMP. Lima; 2017.

19. Rodriguez M.A, Grothey A.M Overview of the management of primary colon cancer (2021). In T.W. Post. Tanabe KK, Goldberg RM (Eds), UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 18]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-primary-colon-cancer?search=Adenoma%20tubular%20con%20displasia%20de%20bajo%20grado&topicRef=2606&source=see_link#H12

20. Advani A.S, Aster J.C Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of B cell acute lymphoblastic leukemia/lymphoma (2020). In T.W. Post Larson RA (Eds), [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-b-cell-acute-lymphoblastic-leukemia-lymphoma?search=Leucemia%20linfoblastica%20aguda%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H12

21. Larson R.A, Gurbuxani S.M Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of acute promyelocytic leukemia in adults (2021). In T.W. Post Lowenberg BM (Eds), [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-acute-promyelocytic-leukemia-in-adults?search=LEUCEMIA%20PROMIELOCITICA%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H18