



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA QUE SE LLEVÓ ACABO EN LAS SEDES
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL Y HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERÍODO ENERO
2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

KAROLA ANGHELA MEDRANO CANCHARI

ASESOR

Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

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 MÉDICA QUE SE LLEVÓ ACABO EN LAS
SEDES INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL Y
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL
PERÍODO ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
KAROLA ANGHELA MEDRANO CANCHARI**

**ASESOR
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Karin Narda Gálvez Carillo

Miembro: M.E. Rodolfo Antonio Cruz Pazos

Miembro: Mg. Noymi Edelina Soto Espinoza

DEDICATORIA

Dentro del recorrido de toda la carrera me pude dar cuenta que hay muchas cosas para lo cual uno no nace sabiendo. Pero a lo largo de todo el camino, frente a las adversidades y pruebas que se presenta; uno encuentra destrezas y habilidades las cuales se van forjando y desarrollando. Nunca desistir frente a un obstáculo o situación complicada porque nuestro deber no solo repercute en el paciente que tenemos en frente sino a todas las personas que le rodean, pues detrás de un paciente está su familia y seres queridos, por ello siempre tratar de buscar el mejor resultado.

Dedico este trabajo a mi dulce abuelita, quien con sus actos siempre me tuvo presentes dichas reflexiones; mi querida abuelita quien ahora descansa al lado de Dios, ambos guían mi camino y me dan fortaleza para continuar.

Karola Anghela Medrano Canchari

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis anhelos, por creer y confiar en mis habilidades y expectativas. Gracias a ellos por la compañía en una larga noche de estudio; por el alcance de una taza de café o un aperitivo tras una larga jornada de trabajo y por cada palabra de aliento y consejo después de un largo día en el hospital o tras un suspiro; palabras que me ayudaron a no desvanecer y continuar a cumplir mis más anhelados sueños.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Gineco obstetricia	1
1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	4
1.3 Rotación en Medicina Interna	7
1.4 Rotación en Cirugía	12
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO	
LA EXPERIENCIA	16
2.1 Instituto Nacional Materno Perinatal	16
2.2 Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”	17
2.3 Contexto Pos Pandemia COVID-19	18
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31

RESUMEN

El presente trabajo consta en plasmar todo el aprendizaje obtenido durante el internado médico, que en la carrera de medicina humana viene a ser el año que todo estudiante de medicina aspira a llegar, pues es la oportunidad de poner en práctica todo lo aprendido durante los años de pregrado; aprender estrategias que solo en la vida diaria, con los distintos casos con cada particularidad de cada paciente, el interno va ganando experiencias que luego servirán al momento de ejercer la carrera como profesionales titulados y colegiados, enfrentándose al paciente absolutamente solos ya sin una guía detrás.

El internado médico es el último año de toda la carrera médica, dónde se estipula que se debe rotar por las cuatro áreas básicas que todo médico debe tener como conocimiento básico siendo estas: el área de medicina interna, área de pediatría, área de cirugía y por último área de ginecología y obstetricia. Y generalmente son realizados en establecimientos de mayor complejidad.

Lo particular y se podría decir que beneficioso en algunos aspectos pero en otros no; pues la promoción del año 2020 le tocó cursar una época difícil para todo el mundo, que aún en el presente se sigue viviendo. Pues la pandemia del SARS-COV 2 se inició el mes de marzo del 2020, cuando solo se había llegado a realizar una rotación del internado, de las cuatro rotaciones que está estipulado según el reglamento del internado médico, incluso sin haberla concluido del todo. Ello llevo a cada interno a escoger nuevas sedes para culminar su internado, pues muchas sedes hospitalarias de nivel III cerraron sus puertas para evitar el posible contagio del interno de medicina. Una de las normas que sacó el estado para que se pudiera continuar y culminar el internado médico fue que el interno que no estaba permitido el retorno a su sede original tendría que adjudicar a un establecimiento de salud de nivel I, como consecuencia el internado médico tuvo muchos cambios.

PALABRAS CLAVE: Internado médico, Gineco – obstetricia, Pediatría, Medicina interna, Cirugía general.

ABSTRACT

The present work consists in the use of all knowledge obtained during the medical internship, which becomes the year that every medical student aspires to arrive, as is the opportunity to put into practice everything learned over the previous years of career; learning strategies that could be used in daily shifts, with different clinical cases and patients, the intern gains experiences that will later serve when exercising the career as qualified and collegiate professionals, facing the patient absolutely alone and without a guide behind. The medical internship is the last year of the medical career, where it is stipulated that it must be rotated through the four basic areas that every doctor must have basic knowledge, these are: internal medicine, pediatrics, surgery; and gynecology and obstetrics that are generally carried out in higher level establishments.

The promotion of the year 2020 had to go through a difficult time, which is still living today, the SARS-COV 2 pandemic began in March 2020, when only one rotation of the internship had been carried out, of the 4 rotations that are stipulated according to the regulations of the medical internship, even without having fully concluded it. This led each inmate to choose new sites to complete their internship, as many level III hospitals closed their doors to avoid the possible contagion of medical interns. One of the regulations that the government imposed so that the medical internship could continue and culminate was that interns who were not allowed to return to their original hospitals would have to adjudicate to a level I health facility, as a consequence the medical internship year had many changes.

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

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como intención dar a conocer el proceso de aprendizaje y experiencia durante el último año de prácticas como estudiantes, que viene a ser el internado médico dónde en resumen viene a ser las prácticas pre profesionales. Por ende este último año se va adquiriendo habilidades tanto en el aspecto clínico como quirúrgico; por ello la importancia de realizar prácticas en las cuatro distintas áreas básicas que vienen a ser ginecología – obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

La primera rotación realizada fue ginecología – obstetricia, la cual fue llevada en el Instituto Nacional Materno Perinatal, está ubicado en la ciudad de Lima. En dicho establecimiento el interno de medicina recibió inducción al internado médico y se nos repartió un afiche “reglamento del internado médico” antes de que se iniciara dichas labores; en dicha inducción y afiche mencionaba las funciones que debe cumplir el interno. El INMP instauró una evaluación al inicio dónde acorde a los resultados, los internos podrían elegir a qué área pertenecer; pues en el INMP existen cuatro servicios de hospitalización: servicio A dónde veías todas las patologías gineco-obstétricas en la población adolescente; servicio B, patologías relacionadas a hemorragias durante el embarazo en población adulta; servicio C, todo lo relacionado a clave azul en adultas; y servicio D, todo lo relacionado a infectología en gestantes adultas. Una vez que el interno eligió su servicio, también realizaría rotaciones en centro obstétrico, emergencia, puerperio, consultorio externo, fertilidad y el área de ginecología. Otras de las funciones del interno fue cumplir con un número determinado de guardias diurnas, guardias nocturnas, realizar partos siendo en un principio guiadas y luego individuales una vez que el interno adquiriera la capacidad necesaria, también de la evolución diaria de cada paciente hospitalizado, monitoreo de gestantes durante su trabajo de parto, monitoreo del puerperio inmediato, participar en procedimientos como

legrados uterinos, cesáreas, colocación y consejería de métodos anticonceptivos, ecografías obstétricas, referencias en caso el paciente no tuviera un diagnóstico delicado y actividades académicas. Cabe decir que todas las tareas fueron supervisadas por un residente médico o asistente de turno.

Ante la llegada del virus SARS-CoV-2 llegó al país y llegó a declararse una pandemia, en el mes de Marzo del año 2020, el Gobierno declaró cuarentena a nivel nacional para evitar la propagación del virus. Lo que conllevó al retiro inmediato de los internos de sus sedes hospitalarias para cuidar de su salud ya que se encontrarían en alto riesgo. El mes de Noviembre del 2020, MINSA decretó que los internos del área de salud retornarían a sus actividades (1); sin embargo no todos podrían culminar el internado en un centro hospitalario de nivel II en adelante, muchos tendrían que culminar sus actividades en centros de salud de primer nivel.

El interno de medicina pudo retomar sus actividades del internado en el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" dónde se realizó las demás rotaciones en el siguiente orden: pediatría, medicina interna, cirugía general.

En el área de pediatría se rotó en hospitalización, UCIN, intermedios, atención inmediata, UCIP, consultorio externo y emergencia; las dos últimas rotaciones fueron solo por un mes ya que los casos positivos del coronavirus fueron ascendiendo y fueron suspendidas. Por otro lado se realizó discusión de casos clínicos, donde se evaluaba los signos y síntomas para llegar al diagnóstico y el plan terapéutico.

En el área de medicina interna las rotaciones se dividieron en hospitalización de medicina general, hospitalización de medicina especialidades (cardiología, neumología, nefrología, gastroenterología y neurología), procedimientos en consultorio externo, Unidad de Cuidados Intermedios y guardias diurnas en emergencia. Se nos asignó temas académicos para exponer y discusión de casos clínicos supervisados por los asistentes de las diferentes especialidades.

En el servicio de cirugía general las rotaciones fueron las siguientes: piso hospitalización de cirugía general, piso de hospitalización de traumatología,

hospitalización de cirugía especialidades (que comprende: cirugía pediátrica, urología, neurocirugía) y tópico de cirugía, traumatología y cirugía pediátrica. La situación nacional sobre los casos positivos a coronavirus para el mes de Octubre habrían descendido a como fue al inicio de la pandemia (2), por lo que dio lugar a reincorporación del internado. Ya que el interno cumple un papel manejo del hospital, sobre todo cuando a nivel nacional nos dimos el golpe con la realidad de la falta de recursos humanos a nivel del área de salud. Para ello, tanto como todas las profesiones del área de salud, lo necesario fue que se nos otorgara equipos de protección personal (EPP) para preservar la salud del personal de salud. Así mismo el día que llegó la vacuna para el personal de primera línea, también fueron incluidos los internos del área de salud.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La importancia del internado médico es vital para la carrera de medicina humana, pues es la etapa dónde el interno va a consolidar sus conocimientos teóricos y fortalecerá la habilidad de seleccionar una teoría para el respectivo caso o paciente al que se va a enfrentar. De ese modo generará experiencias en labor de médico general; y así al momento de ejercer su profesión y ya no se encuentre bajo una guía o tutoría de un médico de mayor jerarquía, pueda identificar la patología y resolverla sin mayores inconvenientes.

El internado médico en el INMP cumplió con las expectativas del interno, pues al realizar sus rotaciones en el área de emergencia pudo identificar que patologías obstétricas y cuándo referirlas, adquirió práctica en el manejo de un parto y alumbramiento. Tuvo perspectivas diferentes y estrategias para cada población tanto gestantes adolescentes como adultas.

Algo ventajoso que fue dado como consecuencia de la pandemia, el continuar el internado en un hospital de la provincia de Ayacucho, fue justo eso, conocer, entender su pensamiento, cultura e idioma de dicha población. Tener perspectiva de cómo es el interior del país, fuera de la capital y viene a ser un plus ya que el siguiente paso para el interno es el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

A lo largo de las prácticas pre profesionales el interno pudo ser partícipe de varios casos clínicos que lo ayudaron a afianzar sus conocimientos, de los cuales serán detallados algunos.

1.1 Rotación de Gineco obstetricia

CASO CLÍNICO N°1

Paciente mujer de 21 años de edad, proveniente de San Juan de Lurigancho, ocupación estudiante. Motivo de consulta sangrado vaginal moderado, dolor en hipogastrio y dolor pélvico.

Relato: paciente refirió ser gestante de 8 semanas por fecha de última regla (FUR), mostró resultados de primera ecografía. Por la mañana de dicho día sufrió una caída por las escaleras del segundo piso; presentó leve dolor pélvico seguido por un sangrado vaginal de moderada cantidad con presencia de coágulos, asociado a dolor lumbosacro.

Antecedentes patológicos personales no refiere.

Antecedentes ginecológicos: menarquía a los 13 años, ciclo menstrual dura más de 28 días, es regular y menstrua 4 días, no hace uso de ningún anticonceptivo.

Antecedentes obstétricos grávida 1 PARA 0000.

Al examen físico:

PA: 120/90 mmHg FC: 97 latidos por minuto (lpm)

FR: 20 por minuto T°: 36.8°C

Paciente se encontraba orientada en tiempo/espacio/persona, facie dolorosa. En ventilando espontáneamente sin dificultad respiratoria paciente hemodinamicamente estable.

Pulmones: murmullos vesiculares pasan bien en ambos campos pulmonares

Aparato cardiovascular: ritmo cardíacos rítmicos de buen tono, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, doloroso a la palpación a predominio de hipogastrio.

Genitales: al tacto vaginal: presencia de restos embrionarios en el canal vaginal y coágulos.

Sistema nervioso: despierta, obedece órdenes, Glasgow 15/15.

Con todo lo recopilado en la anamnesis y el examen físico la impresión diagnóstica fue:

- Aborto incompleto

Se le solicita: hemoglobina: 13.4 gr/% leucocitos: 8700 mm³ plaquetas 272000 mm³, grupo sanguíneo y factor Rh: O positivo, serológicos (VIH,

sífilis, hepatitis B) negativos. Informe de ecografía trans vaginal aborto incompleto.

El plan terapéutico fue Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Se le dejó en observación por cuatro horas y se le reevalúa, no presentaba sangrado, funciones vitales con parámetros normales, control de hemograma sin alteración. Por lo cual se le dio de alta con cobertura antibiótica de doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días, analgésico como ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas por 3 días, anticonceptivo y control por consultorio externo en 3 días.

CASO CLÍNICO N°2

Paciente mujer de 32 años, procedente del distrito de La Victoria, ocupación de comerciante. Motivo de emergencia: gestante de 33 semanas 5/7 días por FUR con pérdida de líquido amniótico.

Relato: paciente refirió pérdida de líquido amniótico de aproximadamente 19 horas, pérdida de tapón mucoso y 2 horas antes del ingreso refiere dolor abdominal que correlaciona con contracciones uterinas esporádicas, movimientos fetales presentes, niega tinitus, náuseas, cefalea o escotomas.

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes obstétricos: G2 P1001. Infección de tracto urinario en el segundo trimestre con tratamiento.

Al examen físico:

PA: 100/60 mmHg FC: 108 lpm FR: 21 por minuto

SATO2%: 96% T°: 36.4 °C

Paciente en aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, orientada en tiempo/espacio/persona.

Examen obstétrico:

Mamas: blandas, simétricas

Útero: grávido, altura uterina 26 cm, LCF 156 por minuto, feto longitudinal cefálico derecho.

Anexos: libre

Genitales externos: se evidencia a la valsalva pérdida de líquido claro ligeramente sanguinolento. Pelvis ginecoide.

Cérvix: tacto vaginal: dilatación 4 cm, incorporación 70%, membranas rotas, altura de presentación -1.

Se tuvo como impresión diagnóstica: gestante de 33 semanas 5/7 por FUR, RPM de 19 horas, trabajo de parto pre término.

Se solicitó: Hemoglobina de 11.2 gr/%, leucocitos 28.540 mm³ plaquetas: 348 000 mm³, test de Fern positivo, ecografía: gestante de 33 semanas 1/7 por perfil biofísico con Oligohidramnios severo.

Se reevalúa a la paciente y continua con contracciones.

Como diagnóstico definitivo se tuvo:

- Gestante de 33 semanas de 5/7 por FUR
- Ruptura Prematura de Membranas
- Oligohidramnios severo
- Trabajo de parto pre término

El plan terapéutico fue el siguiente: antibioticoterapia (ampicilina 1 gr EV cada 6 horas), maduración pulmonar, cesárea.

1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología

CASO CLÍNICO N°1

Recién nacido prematuro extremo de 26 semanas por Capurro en sus primeros 30 minutos de vida, que presenta dificultad respiratoria severa, actualmente con retracción xifoidea, disbalance toraco-abdominal, aleteo nasal, tiraje interscostal. Se le realizó procedimiento de intubación para colocación de sufactante en atención inmediata. Y RN pasa a UCI neonatal.

Antecedentes perinatales

Maternos: 2 CPN inadecuados, ITU en segundo trimestre con tratamiento, VIH negativo, RPR o VDRL negativo,

Neonatales: parto distócico cesárea segmentaria transversa por RPM de 2 horas, edad gestacional 26 semanas por FUR y por Capurro.

Pretermino. Peso 1310 gr, perímetro cefálico 28 cm, perímetro torácico: 24 cm, APGAR 7 puntos al primer minuto y 8 puntos a los cinco minutos. Peso adecuado para edad gestacional (AEG). No requirió de reanimación neonatal.

Al examen físico:

T° 37°C FC: 142 lpm FR: 52 por minuto

SAT O2: 93% con CPAP nasal

Escala Silverman: 7 puntos Escala Downes: 6 puntos

No orinó No meconio

Paciente con dificultad respiratoria. Aleteo nasal, en tórax se observa tiraje intercostal (+/+++), en abdomen hay desbalance toraco-abdominal, neurológico se encuentra hipoactivo, reactivo a estímulos, reflejo de succión (-), moro (-). Resto de sistemas sin alteración.

Impresión diagnóstica:

- RN prematuro extremo de 26 semanas / AEG
- Muy bajo al nacer
- SDR severo: EMH
- Riesgo de sepsis por procedimiento invasivo
- Riesgo de trastorno metabólico

Hemograma: hemoglobina de 14.6 gr/%, plaquetas 175000 mm³, leucocitos 38740 mm³, bastones 5%, neutrófilos 69%.

Como tratamiento se le administró surfactante pulmonar stat, se le puso en ventilación mecánica para una saturación mayor de 90%, se le dio cobertura de antibióticos, se le dio gluconato de calcio y citrato de cafeína para evitar eventos de apnea, incubadora para una temperatura de 37°C y protocolo de mínima manipulación.

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente varón de 4 años con tiempo de enfermedad de 1 día, cuya madre refiere vómitos en escasa cantidad, disminución del apetito, deposiciones líquidas con moco, sin sangre 4 veces al día asociado a dolor abdominal de moderada intensidad en mesogastrio y abdomen inferior, alza térmica de 38.5°C y la mamá le da repriman 1 cucharadita vía oral, el paciente

continúa con los síntomas por lo cual la madre decide llevarlo al hospital HRA.

Antecedentes:

Producto de 2 gestaciones. Tuvo sus controles pre natales adecuados.

Inmunizaciones: BCG, antipolio todas las dosis, DPT todas las dosis, vacunada contra sarampión, hepatitis B todas las dosis.

Negó antecedentes patológicos y epidemiológicos.

Al examen físico:

FC: 142 lpm

FR: 32 por minuto

Peso: 14kg

Piel ligeramente pálida, mucosas secas, abdomen blando – depresible no distendido, doloroso a la palpación en mesogastrio e hipogastrio.

Quejumbroso, reactivo a estímulos.

Como impresión diagnóstica se tuvo:

- Síndrome febril
- Síndrome doloroso abdominal
- D/C Disentería aguda infecciosa de origen viral versus bacteriana

Se le solicitó exámenes auxiliares, donde los resultados fueron los siguientes: hemoglobina 14.3 gr/%, plaquetas 301000 mm³, leucocitos 2710 mm³, bastones 13%, neutrófilos 73%. PCR 103.83. En la reacción inflamatoria se observó leucocitos abundantes, 80% de polimorfonucleares y 20% de mononucleares. Se le realizó una ecografía para descartar un cuadro apendicular; sin embargo no se evidenció inflamación ni alteración del apéndice. Por lo cual fue hospitalizado en el servicio de pediatría. Fue hospitalizado con terapéutica de nada por vía oral (NPO), fluido terapia con dextrosa al 5% 1000cc más cloruro de sodio al 20% 15 cc más cloruro de potasio al 20% 7.5cc todo ello pasar a XII gotas por minuto, se le administró antibióticos como ceftriaxona endovenoso cada 12 horas, omeprazol endovenoso cada 24 horas, paracetamol condicional a temperatura mayor a 38°C.

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente de 5 años de sexo femenino, con diagnóstico de nacimiento de fenotipo Down. Ingresó al servicio porque madre del menor refirió que

desde hace 3 semanas antes del ingreso, el paciente presentó puntitos rojos pequeños que fue evidenciándose con los días por todo el cuerpo, a predominio de extremidades inferiores, asociado a zonas de equimosis en muslos y piernas. Madre mencionó que su menor hijo había disminuido de peso. Un día antes del ingreso presentó sensación de alza térmica no cuantificada, motivo por el cual decidió acudir al hospital.

Al examen físico despierto, activo, reactivo a estímulos, aparente regular estado de hidratación, ventilando espontáneamente sin dificultad respiratoria, febril (temperatura de 38.3°C), frecuencia cardíaca de 132 por minuto, frecuencia respiratoria de 34 por minuto; se observó petequias diseminadas por todo el cuerpo a predominio de extremidades más equimosis en muslos y piernas. Adenopatía cervical palpable. Resto de sistemas no alterado.

Se le solicitó hemoglobina 6.93 g/dl, leucocitos 30 000 mm³, plaquetas 7 000 mm³. Lámina periférica donde se observa en la serie blanca, blastos 15%; serie roja, anisocitosis dos cruces; serie de trombocitos, trombocitopenia. También se le realizó ecografía abdominal donde se visualizó hepatomegalia.

Con los hallazgos de laboratorio y la clínica que presentó el paciente se plantearon los diagnósticos:

- Leucemia linfoblástica aguda
- Síndrome de Down
- Anemia severa.

Se le hospitaliza, luego se transfundió paquete globular 300 ml, plaquetas 200 cc, se deja antibiótico terapia con ceftriaxona y amikacina, bajar temperatura con medios físicos, oxígeno condicional, aislamiento invertido, no intramusculares y control estricto de sangrado. Se realizó informe médico para referencia a un hospital de mayor complejidad solicitando manejo oncológico - pediátrico.

1.3 Rotación de Medicina Interna

CASO CLÍNICO N°1

Paciente mujer de 19 años, que ingresa con un tiempo de enfermedad de siete días, el motivo de emergencia es dolor abdominal. El paciente refiere que siete días antes del ingreso presentó orina amarillo oscuro que se le cataloga como colúrica; cuatro días antes del ingreso se presentó dolor abdominal a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho tipo cólico que fue intensificando con los días hasta llegar a un EVA de 8/10 por lo que es llevada al centro de salud de su comunidad Churimpiari, donde se le aplicó medicamentos endovenosos, un día después el paciente se encuentra en mal estado general, inapetente, aumento de sed e incrementa el dolor en epigastrio con EVA 10/10, tipo punzante asociado a náuseas y vómitos con cuadros de tres a cuatro veces por día; por lo cual fue referida a nuestro nosocomio HRA.

Como antecedente el paciente fue diagnosticado de litiasis vesicular hace tres años. Cursó con dengue a los 10 años.

Al examen físico se le encontró: despierto, en decúbito dorsal activo, presión arterial 110/60 mmHg, taquicardia 144 latidos por minuto, taquipneico 28 respiraciones por minuto, IMC 29.3 se encuentra en sobrepeso, piel ictérica ++/+++ y escleras ictéricas. A nivel de tórax, pulmón y sistema cardiovascular no se encontró alteraciones. A nivel abdominal el paciente se encontraba con abdomen globuloso, ligeramente tenso, no presencia de circulación colateral, ruidos hidroaereos presentes, a la percusión abdomen timpánico, a la palpación superficial y profunda abdomen doloroso a predominio epigastrio que se irradiaba a hipocondrio derecho, no visceromegalia.

Se plantearon los siguientes síndromes:

- Síndrome doloroso abdominal
- Síndrome ictérico
- Síndrome emético
- Síndrome colestásico

El paciente ingresa a hospitalización con diagnóstico:

- Pancreatitis aguda
- Coledocolitiasis por antecedente

En sus exámenes auxiliares se observó la amilasa con valor de 191.3 u/L y lipasa en valor de 598.6, PCR en 76.88, TGP 187 u/L, TGO 83 u/L, fosfatasa alcalina 279 u/L, bilirrubina total 10.43 mg/dl a predominio directo 8.99 mg/dl. Se le solicitó ecografía abdominal donde se evidenció dilatación del colédoco condicionado por coledocolitiasis, líquido intraabdominal 2600cc de volumen. En la tomografía abdominal con contraste se evidenció hallazgos relacionados con una pancreatitis necrotizante con extensas colecciones retroperitoneales, líquido intraabdominal volumen 1600 cc y litiasis vesicular. Finalmente el paciente entro a sala donde le realizaron una laparotomía más necresectomía pancreática más drenaje.

CASO CLÍNICO N°2:

Paciente mujer de 67 años, con ocupación de negociante, proveniente de la provincia San Miguel. Paciente ingresa al Hospital Regional de Ayacucho, por emergencia, con un tiempo de enfermedad de un año y un episodio actual de hace un mes. Por ende la forma de inicio de la enfermedad fue insidioso y de curso progresivo. El motivo de la consulta a la emergencia fue una tumoración cervical, dolor y distensión abdominal. El relato cronológico de la enfermedad fue la siguiente, desde hace un año atrás de su ingreso la paciente refirió, que evidenció una tumoración cervical izquierda que con el pasar de los meses se volvió ulcerosa y secretaba continuamente una sustancia blanquecina espesa aproximadamente 100cc de volumen a la presión algunos días se asociaba a dolor y eritema de dicha tumoración; el paciente lo curaba con remedios caseros de hierbas naturales. Por otro lado el paciente mencionó que había perdido peso de aproximadamente 10 kg en los últimos meses, mencionó alza térmica esporádica no cuantificada, negó tos persistente. Refirió que un mes antes de su ingreso el dolor en dicha tumoración incrementó asociado a secreción de características ya mencionadas; sumado a todo ello evidenció distensión abdominal progresiva acompañado de dolor a predominio de hipocondrio derecho tipo cólico, de

intensidad EVA 7/10, y edema generalizado. Seis días antes al ingreso al hospital, el cuadro se exacerba presentando dificultad respiratoria.

En cuanto a las funciones biológicas el paciente mencionó tener el apetito disminuido y el sueño alterado. Como antecedentes patológicos mencionó que por temporadas presentó tos esporádica. No refirió otras patologías. En cuanto a su vivienda la paciente refirió tener todos los servicios básicos pero ser de recursos económicos bajos, pues llevaba una alimentación basada en carbohidratos y escasas proteínas.

Al examen físico la paciente se encontraba con una presión arterial y frecuencia cardíaca adecuada, afebril, taquipneica al ingreso, con sobrepeso según su IMC. Requirió de apoyo de oxígeno por cánula bi nasal a un FIO₂ 0.32 para saturación mayor de 90%. Se observó edema en miembros inferiores que ascendía hasta abdomen. Se palpó ganglios múltiples de 2 x 2 cm en cadena linfática cervical derecha e izquierda, móviles, no dolorosas al momento de la palpación. En cuello se palpa tumoración cervical izquierda indurada 3 x 4 cm, de borde irregular con signos de cicatrización (figura n°1). A nivel pulmonar amplexación y murmullo vesicular ligeramente disminuidos en hemitorax derecho, se auscultó crépitos y subcrépitos en tercio superior en tercio superior de hemitorax derecho. En abdomen a la inspección se observó una distensión severa con circulación colateral, a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación signo de la oleada positivo, doloroso a la palpación superficial y profunda en todo el abdomen, a la percusión matidez desplazable. A nivel del sistema nervioso no se observó signos meníngeos.

Se le hospitaliza a la paciente con los siguientes problemas como:

- Escrófula
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Síndrome parenquimal
- Síndrome doloroso abdominal
- Síndrome consuntivo
- Insuficiencia hepática (síndrome ascítico + síndrome edematoso + síndrome de hipertensión portal)

Se le solicita exámenes para descartar TBC ganglionar o linfadenitis tuberculosa, TBC pulmonar, cirrosis hepática descompensada.

Los resultados de los exámenes fueron: hemoglobina de 9 gr/%, leucocitos 24 000 mm³, neutrófilos 89%, bastones 7%, linfocitos 8%, plaquetas 245 000 mm³, TP 18.94 seg, TPT 63.97 seg, proteínas 5.60 g/dL, albumina 2.13 g/dL, TGO 99 U/L, TGP 25 U/L, GGT 228 U/L , fosfatasa alcalina 381 U/L, glucosa sérica 196 mg/dl, PCR 86.6, BK en esputo primera muestra negativo pero la segunda muestra se reportó 8 BAAR. Se le realizó una paracentesis y se llevó a estudio donde glucosa en líquido ascítico fue de 108 mg/dl, proteínas 0.61 gr/dl, albúmina 0.22 gr/dl, DHL 55 u/l, ADA 2.83 u/l, celularidad poliformonucleares 12% y monomorfonucleares 88%, GASA 1.97.

Se le realizó ecografía de partes blandas del cuello donde se encontró signos ecográficos de TBC ganglionar. Y la ecografía de abdomen se evidenció hallazgos ecográficos compatibles con cirrosis hepática, ascitis severa con volumen de 2114 cc.



Figura N°1: Hospital Regional de Ayacucho. Diciembre 2020. Foto capturada por la interna de medicina)

1.4 Rotación de Cirugía

CASO CLÍNICO N°1

Paciente varón de 65 años ingresa al tópico de cirugía con un tiempo de enfermedad de dos semanas. Ingres a la emergencia por dolor en hemiabdomen derecha. El paciente relata que dos semanas antes del ingreso tuvo una caída a un pozo golpeándose el hemiabdomen derecho

con un objeto romo; desde ese momento inicia el cuadro clínico de dolor en hemiabdomen derecho a predominio de fosa iliaca derecha de leve intensidad que incrementa a la palpación, dicho cuadro fue acompañado de estreñimiento, negó náuseas, negó vómitos, no alza térmica. Con el pasar de los días aumentó el dolor por lo que decidió acudir al hospital. Como antecedente el paciente refirió que le realizaron colecistectomía el año 2020 en el mes de setiembre. Negó otros antecedentes patológicos. Al examen físico la presión arterial del paciente fue de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 67 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura 36,4°C. El paciente se encontraba en aparente regular estado general, ventilando espontáneamente sin dificultad respiratoria. A nivel abdominal, abdomen blando, depresible, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes aumentados, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, McBurney positivo, masa palpable aproximadamente de 3 cm en fosa iliaca derecha, Rovsing negativo. El resto de sistema no alterado.

Se planteó como diagnóstico:

- Plastrón apendicular no complicado

Se le solicitó hemograma completo donde se vio hemoglobina 15.7 gr/dl, leucocitos 9 000 mm³, neutrófilos 77%, bastones 2%, examen de orina no patológico, se le realiza ecografía abdominal donde se visualiza imagen de ecogenicidad mixta en fosa iliaca derecha de 27 x 22 x 28 cm y McBurney ecográfico positivo. Por lo cual se decide hospitalizar al paciente en NPO, hidratación, antibioticoterapia ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas, analgésicos y lactulosa. Al segundo día de hospitalizado hizo un pico de temperatura se le solicitó hemograma control donde se evidenció valores similares al ingreso, ecografía control donde se sigue evidenciando la masa en FID de 36 x 24 x 34 cm y continua McBurney positivo. Se le añade metrodinazol a la terapéutica 500mg endovenoso cada 8 horas, a los días cede la fiebre, disminuye dolor, se inició dieta, termina los días de tratamiento de antibiótico y se le da de alta al paciente con cobertura antibiótica por 7 días, cita por consultorio externo.

CASO CLÍNICO N° 2

Paciente mujer de 49 años quien ingresa a la emergencia por accidente de tránsito en carretera hace aproximadamente 12 horas. La paciente mencionó que el impacto fue sobre el hemicuerpo derecho. Familiares mencionaron que tras el impacto la paciente perdió la consciencia y reportaron un episodio de vómito durante el traslado. Paciente refería dolor a nivel del abdomen, parrilla costal y pierna del lado derecho. Al examen físico presentó presión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 23 por minuto, saturación 90% a fio2 0.21, respiración superficial, cefalea de moderada intensidad, no náuseas, no vómitos. A nivel pulmonar se auscultó murmullo vesicular permeable en hemitórax izquierdo y disminuidos en hemitorax derecho, no ruidos agregados. A nivel abdominal abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial en hemiabdomen derecho, el miembro inferior derecho limitaba movimiento por dolor intenso, no deformidad evidente. Glasgow 15/15.

Se le solicitó hemoglobina 11.4 gr/%, hematocrito 34.7%, plaquetas 193000 mm³, leucocitos 9450 mm³. Radiografía de tórax anteroposterior donde se vio opacidad en ángulo costofrénico derecho y cuarta, quinta costilla con fractura. Radiografía de miembro inferior izquierdo se evidenció solución de continuidad en platillo tibial derecha no desplazado. Ecografía abdominal se evidenció líquido libre a nivel espacio de Morrison con volumen de 42.44cc. Ecografía renal sin hallazgos significativos. Ecografía torácica se reportó efusión pleural a predominio de lado derecho con volumen de 237ml aproximadamente. Tomografía sin contraste de cerebro no se evidenció edemas o fracturas en bóveda craneana.

Se le colocó tubo de drenaje torácico del lado derecho y férula en miembro inferior derecho.

Se la hospitaliza con los siguientes diagnósticos:

- Trauma torácico cerrado con hemotórax derecho
- Trauma abdominal cerrado
- Fractura de tibia derecha

Se la dejó en NPO, se administró analgésicos, antibiótico ceftriaxona 2 gr, protectores gástricos, ácido tranexánico 1gr, se colocó sonda Foley.

Ya hospitalizada se le solicitó TEM abdominal no se evidenció daño permanente de órganos blandos, control de ecografía abdominal se evidenció disminución de líquido intraabdominal, e interconsulta a traumatología para posibilidad de manejo quirúrgico con fijadores de placa.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Instituto Nacional Materno Perinatal

La autora del presente realizó la primera rotación en el Instituto de Salud Especializado Materno Perinatal (INMP), el cual es un establecimiento de salud nivel III-2 que fue catalogado como tal en el año 2015 (3), está ubicado en el distrito de Cercado de Lima, Jirón Miro Quesada 941. Actualmente el director del instituto es Dr. Enrique Guevara Ríos. Fue fundada el año 1826 por el médico Don Hipólito Unanue. En un principio comenzó con la atención de mujeres al momento del parto, sobre todo de las mujeres de bajos recursos, luego de muchos años tras dar mayor impulso al lado científico y tratar de perfeccionar el arte de traer nuevas vidas al mundo, generar estudios en el ámbito no solo de la obstetricia sino también ginecológicos y en la neonatología; consecuencia de todo ello se dio la primera realización de cesárea en el país, fruto de todos los logros se cataloga como un instituto para brindar atención tanto a la madre como su bebé.

El INMP tiene como misión disminuir la morbimortalidad materno perinatal, por ello su principal función al ser un instituto es recepcionar referencias de gestantes de alta complejidad en el área de obstetricia; como preeclampsia con signos de severidad, síndrome de HELLP siendo las más frecuentes según la sala situacional de dicho instituto (4), hemorragia pos parto, aborto, sepsis de foco obstétrico o no. No por ello deja de atender a cualquier paciente que recurra al hospital.

Según estadísticas dadas por el INMP muestra que los distritos de dónde más frecuentaron fueron los siguientes San de Lurigancho encabezando la lista, Ate vitarte, El Agustino, Lima Cercado, La Victoria, San Martin de Porres, entre

otros. El hospital cuenta con 4 servicios de obstetricia y 247 camas en ellas, servicio de ginecología con 20 camas, UCI materna con 30 camas, medicina fetal, medicina reproductiva, también está el servicio de neonatología, atención inmediata, otras especialidades como cardiología, endocrinología, oftalmología, otros (5). La tecnología avanza cada año por ello, el hospital ahora cuenta con un centro de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que ayuda a realizar teleconsultas en caso no se pueda referir a la paciente o se requiera de alguna opinión de mayor experticia.

Las patologías más frecuentes son: anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio principalmente, infección genital en el embarazo, infecciones de vías urinarias en el embarazo, atención materna por presentación de nalgas o déficit de crecimiento fetal. Y los casos más frecuentes de ginecología: leiomioma del útero, vaginitis aguda, enfermedad inflamatoria del cuello uterino, enfermedad inflamatoria pélvica, estados de menopausia, también se atiende infertilidad femenina asociada a falta de ovulación o de origen tubárico, entre otras (5).

2.2 Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”

Las restantes rotaciones fueron en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” está catalogado como un establecimiento de salud nivel III-1. Se encuentra ubicado en Avenida Alcides Carrión S/N cuadra 01, distrito de Andrés Avelino Cáceres, Ayacucho. Dirección Ejecutiva actualmente está a cargo de la Dra. María Elena, Márquez Calvo.

Dicho establecimiento está a cargo de 600 mil habitantes aproximadamente. Dentro del departamento de Ayacucho viene a ser el establecimiento de mayor complejidad y recepciona referencias de patologías complejas de provincias y distritos de Huancavelica, Cuzco y Apurímac y envía referencias en casos de requerir servicio de unidad de quemados, cirugía plástica, oncología pediátrica. En el año 1963 entra en funcionamiento tras la culminación de la infraestructura; sin embargo en el año 1964 durante el gobierno de Fernando Belaúnde Terry se inaugura con el nombre de Hospital Centro de Salud de Ayacucho. En el año 2003 se cambia el nombre mediante resolución del Gobierno Regional de Ayacucho, llevando el nombre del

médico ayacuchano alias “El Médico de los Pobres” Miguel Ángel Mariscal Llerena. Actualmente la población incrementó comparado con los años anteriores y los requerimientos de salud fueron volviéndose complejos y de mayor demanda, entonces se necesitaba un establecimiento que contara con más especialidades. Por ende se decidió construir un nuevo local, que a inicios del año 2020 se realizó el traslado (6).

Los servicios con los que cuenta el hospital son cardiología, cirugía, traumatología, cirugía pediátrica, cirugía oncológica, gastroenterología, medicina interna, gineco-obstetricia, medicina rehabilitación, neumología, nefrología, neurocirugía, UCI general, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, reumatología, urología (6).

Dentro de las principales causas de morbilidad en hospitalizados están parto único, parto por cesárea de emergencia, apendicitis aguda no especificada, abortos, traumatismo intracraneal, sepsis bacteriana del recién nacido, falso trabajo de parto prematuro, bronquiolitis aguda, hiperplasia de próstata (6); si bien no figura en las estadísticas, durante la rotación se vio que llegaban muchos casos de síndromes mielodisplásicos en debut o incluso pacientes ya diagnosticados con leucemia sobre todo en pacientes pediátricos, mayormente menores de cinco años, más que en adultos.

La sala situacional del Hospital Regional de Ayacucho con respecto a los casos covid-19 reporta el pico a nivel regional desde la 29 semana epidemiológica hasta la semana 39, que más o menos correspondería a los meses de Agosto, Setiembre, Octubre del año 2020. Reporta también las más frecuentes comorbilidades en los casos positivos que vienen a ser: enfermedades cardiovasculares siendo la más frecuente, diabetes, embarazo, enfermedad pulmonar, enfermedad renal (7,8).

2.3 Contexto Pos Pandemia COVID-19

Ante la llegada de la pandemia, los hospitales a nivel nacional tuvieron que realizar cambios en su estructura y distribución de ambientes para evitar la propagación del virus y contener lo más que se pudiera, muy aparte del uso de los equipos de protección personal.

El Instituto Nacional Materno Perinatal abrió una carpa de atención inicial en la parte exterior del hospital, donde se realizaría el tamizaje de los pacientes y de ese modo clasificarlos en covid positivos o negativos. Dentro del nosocomio se tuvo que abrir hospitalizaciones de pacientes con casos de covid positivo. Entonces tres servicios de hospitalización de obstetricia se convirtieron en hospitalización de covid, con el tiempo y los casos iban en incremento la UCI materna también terminó siendo ocupada por casos de covid positivo; en el área de neonatología abrieron una sala exclusiva para casos positivos. Y se canceló consultorios externos hasta que disminuyera la prevalencia de casos.

El Hospital Regional de Ayacucho tuvo una ventaja, pues al crear otro local y se dio el traslado antes de la pandemia; se distribuyó al personal de salud y se implementó en el antiguo local para que funcionara como hospital exclusivo de casos de covid positivo, de ese modo disminuía el riesgo de contagio al personal de salud de dicha planta. Sin embargo al ser hospital que recibe referencias del mismo departamento y otros ya mencionados, contar en el nuevo hospital con UCI neonatal y pediátrica o al colapsar la UCI general del antiguo hospital; se tuvo que recibir a los casos positivos. El antiguo hospital no contaba con sala de operaciones suficientes, por lo cual se abrió un piso exclusivo para casos positivos y UCI covid en el nuevo local. La situación actual de pandemia afectó de manera singular al nivel de salud pues no dimos cuenta que no tenemos los suficientes recursos humanos y recursos materiales para poder salir airoso de dicha situación. Tuvimos lamentables pérdidas de profesionales con riqueza en su trayecto profesional en todas las áreas de la salud, profesionales muy valiosos que cuesta muchos años tanto al estado como a su entorno familiar en forjarlos. Tampoco no se pudo evitar algunas pérdidas incluso en estudiantes del área de salud. En el campo laboral se evidenció la carga laboral incrementada por falta de recursos humanos, sea por personal contagiado y que se encontraba realizando su aislamiento o personal que ya nunca se pudo reincorporar. Otro punto resaltante que observé el interno fue que gracias a la demanda de pacientes positivos se estuvo dejando de lado las patologías comunes, muchos de esos pacientes llegaban al hospital con complicaciones o descompensados de sus enfermedades, pues tenían miedo de acudir a un centro hospitalario por ser

contagiados. Pues ahí se encontraba el reto del interno en identificarlos y ayudar en su manejo, aconsejándolos, capacitándolos en actitudes y actividades de promoción y prevención de la salud.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En el presente capítulo se abordará la metodología, prácticas y la aplicación de la teoría que tuvo el interno en la participación del manejo del paciente, preservando la ética y la buena relación médico – paciente; comparando con conocimientos ya plasmados en la literatura y de ese modo seguir aprendiendo y fortalecer los conocimientos.

En seguida se mencionará la discusión de los casos presentados dos capítulos anteriores. El primer caso del servicio de ginecología obstétrica fue catalogado como aborto incompleto; en la guía obstétrica de la maternidad define el aborto como “interrupción espontánea o provocada en una gestación antes de las 22 semanas, con un peso aproximadamente de 500 gramos o 25 cm” (9). La guía también refiere una clasificación de aborto espontáneo que vienen a ser: aborto en curso, aborto retenido-frustro, aborto incompleto y aborto completo. Define el aborto incompleto como “expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado” (9). Dentro de los factores de riesgo asociados se encuentra los riesgos maternos y dentro de ellos está el factor traumático, como el caso de la paciente ya que mencionó que sufrió una caída por las escaleras. Como se menciona en la guía los criterios para llegar al diagnóstico son: edad reproductiva, dolor en hipogastrio con sangrado vaginal, amenorrea, se debe correlacionar con ecografía transvaginal o transabdominal. El manejo de trabajo que plantea el INMP es identificar primero si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable o inestable. Si se encuentra estable se instala una vía endovenosa con cloruro de sodio al 9% y se realizará el procedimiento el tamaño uterino si es menor de 12 cm: se realiza AMEU ambulatorio, pues no es complicado, con dilatación del cuello uterino. Si tamaño uterino es mayor a 12 cm: si

metrorragia no abundante, se madura el cuello uterino con misoprostol 200ug y luego proceder a legrado uterino; si la metrorragia es abundante se colocará vía con oxitocina y evacuar el útero en sala de operaciones.

Up ToDate menciona que hay tres enfoques en el tratamiento: expectante, medicación y quirúrgico. La administración de medicamentos son dos mifepristona y misoprostol por 24 a 48 horas y en cuanto a lo quirúrgico se puede realizar aspirado de vacío manual (10). Un estudio realizado por Ramos y Ríos publicada en la Revista Peruana de Ginecología dónde evalúa el tratamiento con AMEU versus lo médico; concluye que dosis de 600 mcg de misoprostol es buena opción para complicaciones siendo tan aceptable como el AMEU (11).

El segundo caso de obstetricia es ruptura prematura de membranas, definida como “rotura espontánea de las membranas antes del inicio de trabajo de parto en una gestante posterior a las 22 semanas”, dada por la guía de la maternidad (9). Menciona que es la causa de parto prematuros en un 50% (9). Se debe tener en cuenta en que momento de la gestación se produce ya que si es menos de la semana 34 de gestación evaluar la maduración pulmonar; si es entre semana 34 a 36, corroborar feto y pulmón maduro; si es más de 37 semanas, el feto y pulmón están maduros. Up ToDate menciona como presentación clásica chorro de líquido transparente por la vagina que tiene que empapar la ropa, la gestante no debe encontrarse en trabajo de parto activo, no cambios de cuello uterino; a la especuloscopia se va a observar salida de líquido por el cuello cervical (12). El test de Fern o del helecho es uno de los exámenes auxiliares para determinar el diagnóstico, dónde con un hisopo de algodón se humedece en el orificio cervical luego se frota en una lámina y se visualizará una arborización con cristales de cloruro de sodio formando una imagen de helechos pues indicará que el test es positivo. Para descartar corioamnionitis se debe monitorizar cada 24 a 48 horas con hemogramas completos, PRC y evaluar el bienestar fetal con monitoreos mediante perfil biofísico o test estresantes si son mayor de 34 semanas o no estresante de ser menores de 34 semanas de gestación con un período de dos veces por semana (9). Para el tratamiento se clasifica si la gestante es mayor igual de 34 semanas con o sin corioamnionitis: se decide hospitalización, reposo e hidratación, inicio de antibióticos profilácticos

después de seis horas de RPM, como sugerencia se da ampicilina o cefalosporina de primera generación y término de gestación al inicio de trabajo de parto. En gestantes de 24 a 33 semanas, se hospitaliza, restringe tactos vaginales, controles obstétricos cada 6 a 8 horas, hidratación, antibiótico profilaxis, si no se demuestra madurez pulmonar se realiza maduración pulmonar con corticoides como betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis; o dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis (9, 13, 14).

El siguiente caso clínico es del área de pediatría donde se consigna como diagnóstico enfermedad de membrana hialina se observa en recién nacidos prematuros sobre todo prematuros tempranos. La clínica viene a ser evidente al poco tiempo de nacido se evidenciará taquipnea franca, quejido, esfuerzo respiratorio que se manifestará mediante tirajes intercostales, aleteo nasal, disociación toraco-abdominal; en casos graves se puede observar cianosis. El diagnóstico se realizará con una radiología de tórax donde se evidenciará un patrón reticulogranular difuso asociado a broncograma aéreo (15). El tratamiento que se propone es que todo recién nacido con dicha patología debe recibir medidas generales como: calor, hidratación, nutrición parenteral, antibióticos como ampicilina/gentamicina o cefotaxima y sobre todo sufactante exógeno. Este último es el más importante en la presente patología; administrar por vía traqueal se menciona que produce rápida mejoría en la oxigenación y la función pulmonar (15,16).

Segundo caso de pediatría fue consignado como disentería aguda infecciosa, es una patología muy frecuente en los niños; pueden presentarse de dos tipos la acuosa y la disentérica, la disentérica se observará deposiciones con moco y con sangre generalmente son de causa bacteriana y parasitaria, en contraste la acuosa generalmente son por virus y toxinas. Se debe tener cuidado con ambas ya que sus complicaciones de cada ponen en riesgo la vida del menor la diarrea acuosa tiene el riesgo de una deshidratación severa, mientras que la diarrea disentérica tiene mayor riesgo de llegar a una sepsis. Dentro de los agentes más comunes para una diarrea acuosa son: *Escherichia coli enterotoxigénica*, *Vibrión cholerae*, rotavirus y adenovirus. Para la diarrea disentérica los patógenos comunes: *Escherichia coli entero patógena*, *Escherichia coli entero invasiva*, *Escherichia coli entero hemorrágica*,

Shiguelia, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Entamoeba histolítica*. El diagnóstico de gold estándar será el coprocultivo. El manejo de diarreas acuosas no justifica el uso de antibióticos, pero sí una buena hidratación; en la diarrea disentérica si requerirá de antibióticos, la guía de Brasil para el uso de antibióticos en niños, mencionan azitromicina, ceftriaxona, cirpofloxacino (17, 18).

Tercer caso clínico de pediatría es con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda. Se sospecha en un niño con palidez persistente, que curse con fiebre, sangrado, dolor de hueso, hematomas y linfadenopatías. Muchos de los pacientes cursan con hepatoesplenomegalia. Dentro de los exámenes auxiliares se solicita un recuento completo de los elementos formes de la sangre, en su mayoría se evidencia una pancitopenia; se debe realizar una lectura de lámina periférica o morfología de células de médula ósea y contabilizar blastos. La citometría de flujo sirve para caracterizar el inmunofenotipo, lamentablemente no todos los hospitales cuentan con este procedimiento (19). En Up ToDate menciona que la fase inicial del manejo viene a ser la terapia de inducción en el cual es lograr remisión completa, erradicar las células detectables (20).

El siguiente caso clínico es de medicina interna, sobre una pancreatitis aguda. La pancreatitis aguda se puede categorizar en dos tipos: pancreatitis aguda edematosa, donde se evidencia una inflamación aguda del parénquima peripancreático y pancreático, sin necrosis; mientras que la pancreatitis aguda necrotizante, que es la que cursó el paciente, es caracterizada por una inflamación asociada a necrosis del parénquima pancreático. La amilasa y lipasa son buenas para el diagnóstico pero no son de mucha utilidad en casos de pronóstico. La tomografía computarizada abdominal no es eficaz realizarla de rutina ya que la extensión de la necrosis se puede aclarar a las 72 horas de haber comenzado el cuadro clínico. Se debe de monitorizar funciones vitales dentro de las 24 a 48 horas, analgésicos e hidratación adecuada a una velocidad de 5 a 10 ml /kg por hora con solución cristaloide isotónica (21).

El siguiente caso de medicina es tuberculosis ganglionar. Generalmente se debe a una reactivación de enfermedad previa; epidemiológicamente en países en vías de desarrollo 60% con casos de tuberculosis extrapulmonar dentro de ella está linfadenitis tuberculosa. Sobre las manifestaciones clínicas

dependiente mucho del estado inmune del portador. Estudios mencionan que la adenopatía puede estar presente incluso 12 meses antes que se le realice el diagnóstico. Las adenopatías cervicales es la presentación más frecuente. El diagnóstico se realiza por histopatología y PAAF con frotis de BAAR. El tratamiento consta de antimicobacterianos múltiples si son sensibles el tratamiento es dos meses de rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida; a continuación cuatro meses de rifampicina e isoniazida (22).

En el servicio de cirugía el primer caso clínico viene a ser un plastrón apendicular no complicado. En cuanto al tratamiento médico con antibioticoterapia, hubo un estudio dónde comparaba el antibiótico con la drenaje; el tratamiento conservador dio buenas luces ya los pacientes con antibióticos con amplio espectro dio buen resultados pues los pacientes a los pocos días fueron dados de alta y se logró postergar la cirugía. Sin embargo dos pacientes del total de quienes se le dio tratamiento convencional, reingresaron al centro de salud y se les realizó una apandicectomía. Para beneficiarse de un tratamiento u otro la gravedad del cuadro clínico (23).

El último caso clínico viene a ser un trauma abdominal cerrado. En el manual de la Asociación de Cirugía, primero en todo paciente politraumatizado se debe realizar una evaluación primaria que viene a ser el A (permeabilidad de vía aérea) – B (correcta ventilación/oxigenación) – C (control de circulación) – D (valoración neurológica) – E (desnudar al paciente); evaluar si el paciente se encuentra en hemodinámicamente estable o en estado de shock primero se le estabiliza, fluidoterapia y por último irá a una laparotomía. También hace referencia a los criterios cuando un trauma abdominal no es operable: el paciente debe estar hemodinámicamente estable, presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg, frecuencia cardíaca menor de 120 lpm, diuresis mayor de 50 mL/hora, nivel de lactato menor 2,2 mmol/L. Puede haber lesión hepática pero que el paciente continúe estable, trauma esplénico grado I, II o III y paciente estable, trauma renal grado I, II o III y paciente estable (24).

En el estudio de trauma abdominal F. Pacheco jefe del servicio de cirugía, menciona que en los pacientes inestables debemos percatarnos de los signos abdominales patológicos como la distensión abdominal, neumoperitoneo, peritonismo todos ellos se pueden visualizar con una radiografía, pues estos pacientes deberán tener indicación inmediata de

laparotomía. En caso de pacientes estables como nuestra paciente, pueden tener un tratamiento conservador; y se debe realizar las siguientes pruebas en el orden: ecografía abdominal FAST en caso no se encuentre lesiones el paciente quedará en observación. Realizando controles de hematocrito a las 6 y 12 horas. El estudio de TAC que viene a ser el mejor en estos pacientes para el control se debe realizar al inicio y poco tiempo después como control al igual que la ecografía, en caso no se encuentre lesiones el paciente continuará en observación y si hay lesiones se indicará una laparotomía (25).

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es una etapa muy esperada para el estudiante de pre grado de la carrera de medicina humana, pues es la oportunidad dónde se pondrá a prueba, saber si está listo para su vida profesional. Va a consolidar sus conocimientos que fue adquiriendo por tantos años; pues la carrera de medicina humana es muy celosa y demandante para el estudiante, pues realizó sacrificios para llegar dónde se encuentra.

Antes de la pandemia mundial de covid-19, el internado médico solía desarrollarse durante un año calendario; sin embargo, el año 2020 se declaró pandemia dicho virus y el Gobierno Nacional declaró cuarentena, obligando al retiro inmediato de los internos de sus sedes, por lo cual el internado del año 2020 se prolongó hasta abril del año 2021. Siendo el internado más duradero que se dio en la historia.

El inicio del internado en la maternidad muy emotivo, emocionante, lleno de expectativas por cumplir y aprender habilidades con respecto al área. Con ganas de ser partícipe desde los casos más sencillos a los más complejos, poder brindar mi ayuda al médico de turno o al médico residente asignado; ya que más que ayudar al futuro colega al realizar los pendientes, acelerar los exámenes auxiliares o monitorizar al paciente; se trata de mejorar la calidad de vida de la persona que se queja por un mal y vino por ayuda, ayudarle a que goce de buena salud. Y cuanta emoción siente uno al recibir la gratitud del paciente al haber aliviado su dolor, al despejarle de una duda. Y es que de eso se trata nuestra carrera dar la mano al que lo necesita. El plus del contacto con el paciente es que al evaluar lo ves todo lo que leíste en el libro, claro que no todos son iguales; porque no tratamos enfermedades sino personas pues obviamente van a ser diferentes y es ahí donde uno adquiere

la experticia para la carrera profesional. Muchas veces uno se puede sentir exhausto por la carga laboral, por los horarios estrictos; sin embargo todos esos sentimientos eran reemplazados cuando por primera vez, sola, podías realizar la atención de un parto por completo. Muy contenta de traer una pequeña vida al mundo, una vida llena de vigor, rompiendo en llanto.

No olvidar que las reglas y las normas estrictas sirven para formación de nuestro carácter durante nuestro camino profesional.

En el internado pos pandemia la convivencia no fue la misma tanto con los trabajadores de salud como con el paciente, pues se debía respetar el distanciamiento social y los protocolos de bioseguridad. Ello también llevó que en un inicio no se pudieran realizar las discusiones de caso clínico o presentación de temas académicos, entonces salió a flote los recursos audiovisuales, no se iba a dejar de desarrollar las actividades académicas ya que son muy valiosas muchas veces al recordar los hechos uno se percata de los errores que se pudieron cometer y de ellos uno va aprendiendo. A todos nos afectó la pandemia ya que muchas oportunidades quedaron cerradas pero todos buscamos la mínima oportunidad de realizar algún procedimiento o de lo contrario observar. Otro cambio notorio fue la reasignación que muchos internos terminamos el internado en sedes que nunca pensamos, muchos en primer nivel otros en provincia, de algún modo eso nos sirve para tener mayor perspectiva de los distintos pobladores, comunidades y costumbres que hay en nuestro país, que será de mucha utilidad cuando realicemos el SERUMS.

En el ámbito social tuve la dicha de conocer co-internos con los mismos objetivos por cumplir, en ambas sedes hospitalarias. Médicos asistentes que te dan enseñanzas no solo académicas sino también conocimientos para la vida convirtiéndose en amigos. Y como todo interno nuevo que recién va conociendo el hospital, siempre se encuentra a alguien quien te guíe el camino hacia los distintos servicios.

CONCLUSIONES

Se concluye que el año del internado médico es un año de vital importancia para la formación de la carrera profesional de medicina humana, las bases del perfil profesional.

Tras la pandemia hubo muchas particularidades: se alargó la duración del internado, cambio de sedes inesperadamente a provincias o primer nivel de atención. También aprendimos a ser más cuidadosos dado el contexto de la pandemia, mantener siempre los lineamientos de bioseguridad que siempre debe estar presente en un hospital, ser flexibles a todo cambio que pueda suceder. Sobre todo lo peculiar fue cuando se dio la reasignación de sedes, al rotar en diferentes lugares nos llevó a conocer más de cerca diferentes poblaciones y culturas de nuestro país, pobladores a la que vamos a tratar en un futuro como serumistas.

Aprendimos a ser más atentos a la búsqueda de patologías que se estaban dejando de lado por la sobrecarga de casos positivos para coronavirus; rescatando la mejor lección de aprendizaje de cada paciente, ya que no todos los pacientes son como los casos que leíste en el libro al contrario cada paciente tiene su punto particular.

Finalmente, aún está pendiente un largo camino por recorrer para que salgamos de la situación actual con el virus, pues para ello estamos dispuestos a enfréntalo, ayudar a formar parte de la primera línea y poder salir de esta situación sin más bajas.

RECOMENDACIONES

En general se recomienda mejorar la organización para cumplir con la demanda de plazas a nivel nacional, adjudicando a centros de salud desde el nivel I hasta niveles de mayor complejidad.

Asegurar el estipendio mensual, pues se requiere de movilidad y mudanzas para evitar el contagio a familiares y a uno mismo.

Asegurar la vacunación, por los internos también forma parte de la primera línea, detrás de ellos hay hermanos, madre, padre y abuelos.

Para los futuros internos: siempre den lo mejor de uno, esfuércense por el paciente, recuerden que están atendiendo a una persona que puede ser su familiar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. MINSA. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020. [Internet]. Ago 2020. [citado 13 abril 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
2. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. Situación actual covid 19 Perú 2020. [Internet]. Diciembre 2020. [citado 02 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus311220.pdf>
3. Instituto Nacional Materno Perinatal. Sala de prensa. [Internet]. Noviembre 2015. [citado 02 de mayo 2021]. Disponible en : <https://www.inmp.gob.pe/noticia/inmp-es-asignado-como-establecimiento-de-salud-nivel-iii-2>
4. Instituto Nacional Materno Perinatal. Sala situacional. [Internet]. Febrero 2020. [citado 02 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/sala-situacional/1421334856>
5. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín epidemiológico 1er semestre 2020. [Internet]. [citado 02 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605>
6. Breve reseña histórica del Hospital Regional de Ayacucho. [Internet]. [citado el 02 de mayo 2021]. Disponible en: <https://hrayacucho.gob.pe/index.php/nosotros/nuestra-historia>
7. Sala situacional 117-Hospital Regional de Ayacucho. [internet]. [citado 02 mayo 2021]. Disponible en:

https://hrayacucho.gob.pe/hra_epidemiologia_2020/upload/117-Sala%20Situacional%20Hospital%20Regional%20Ayacucho0521.ppt.pdf

8. Hospital Regional de Ayacucho. Índices de epidemiología 137 sala situacional. [Internet]. [citado 02 de mayo 2021]. Disponible en : <https://hrayacucho.gob.pe/index.php/publicaciones-epidemiologia>
9. Instituto Nacional Materno Perinatal. GUÍA DE PARÁCTICA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. [internet]. 2018. [citado 02 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
10. Comité de Boletines de Práctica del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos — Ginecología. Boletín de prácticas de ACOG No. 200: Pérdida temprana del embarazo. *Obstet Gynecol* 2018; 132: e197.
11. Gutiérrez Ramos, Guevara Ríos. Controversia en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2015; 61: 57-64.
12. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Corticosteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 3: CD004454.
13. Comité de Boletines de Práctica-Obstetricia. Boletín de prácticas de la ACOG núm. 199: Uso de antibióticos profilácticos en el trabajo de parto y el parto. *Obstet Gynecol* 2018; 132: e103.
14. Park CK, Isayama T, McDonald SD. Terapia prenatal con corticosteroides antes de las 24 semanas de gestación: revisión sistemática y metanálisis. *Obstet Gynecol* 2016; 127: 715.
15. Muhlhausen Muñoz G. Uso convencional de surfactante en recién nacidos con enfermedad de membrana hialina. *Revista Pediatría Electrónica – Universidad de Chile*. [en línea] 2020, Vol 17, N° 2. [citado 02 de mayo 2021]. Disponible en: <http://www.manuelosses.cl/BNN/USO%20CONVENCIONAL%20DE%20SURFACTANTE.pdf>
16. Protocolo simplificado para tratamiento de diarreas agudas infecciosas infantil. Repositorio. Saolucas. [Internet] 2019. [citado 02 de mayo

- 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3382/Pedro%20Henrique%20Cantareira%20Borges.%20et%20al%20Protoc%20B3lon%20protocolo%20simplificado%20para%20tratamiento%20de%20diarrea%20..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 17.** Guía antibioticoterapia para las principales infecciones de la infancia. Repositorio SaoLucas. [Internet]. [citado 02 de mayo 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3381/Luana%20Kamila%20Catilho%20%20Rodrigues%20et%20al.%20Guia%20de%20antibioticoterapia%20para%20as%20principais%20doe%20cas....pdf?sequence=1>
- 18.** Hambre SP, Mullighan CG. Leucemia linfoblástica aguda en niños. *N Engl J Med* 2015; 373: 1541.
- 19.** Rubnitz JE, Lensing S, Zhou Y, et al. Muerte durante la terapia de inducción y primera remisión de la leucemia aguda en la infancia: la experiencia de St. Jude. *Cancer* 2004; 101: 1677.
- 20.** Rudant J, Orsi L, Bonaventure A, et al. ARID5B, IKZF1 y factores no genéticos en la etiología de la leucemia linfoblástica aguda infantil: el estudio ESCALE. *PLoS One* 2015; 10: e0121348.
- 21.** Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al. Directriz del Instituto de la Asociación Estadounidense de Gastroenterología sobre el tratamiento inicial de la pancreatitis aguda. *Gastroenterología* 2018; 154: 1096.
- 22.** Mert A, Tabak F, Ozaras R, et al. Linfadenopatía tuberculosa en adultos: una revisión de 35 casos. *Acta Chir Belg* 2002; 102: 118.
- 23.** Hernandez et al. Apendicitis y plastrón apendicular: entre la cirugía y la antibioticoterapia de amplio espectro. *Revista Neuronum* 2020; 7: 152-187.
- 24.** Manual de Cirugía del Trauma: Tratamiento no operatorio de los traumatismos abdominales. Sociedad Argentina de Cirugía. [Internet]. [citado 02 de mayo 2021]. Disponible en:
http://aac.org.ar/manual_trauma/archivos/12.Cap%20ADtulo%209_01.pdf

25. Anamaría Pacheco F. Trauma de abdomen. Rev Med Clin Condes. 1 de septiembre de 2011;22(5):623-30.