



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO PRE Y POST COVID-19 EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VITARTE Y EN EL CENTRO
MATERNO INFANTIL DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO 2019-2021**

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

**PRESENTADA POR
ALITHÚ NURIA BARRUETA NIZAMA**

ASESOR

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO PRE Y POST COVID-19 EN
EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VITARTE Y EN EL CENTRO
MATERNO INFANTIL DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO 2019-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ALITHÚ NURIA BARRUETA NIZAMA

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

DEDICATORIA

A mis padres por darme la bendición de la vida y permitir mi desarrollo profesional, a mi hermana por acompañarme a lo largo de estos 25 años y finalmente, pero no menos importante a Yago y Urpi por ser mis fieles compañeros, a todos ellos por ser la razón de mi vida y éxitos.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por ser el pilar más importante en mi vida, a mis amigos que han hecho llevadera toda mi carrera universitaria, a mi sede inicial el Hospital de Emergencias Vitarte donde pude llevar a cabo mi rotación de cirugía, ginecología y pediatría, a mi centro de salud de Villa María del Triunfo que me brindó la oportunidad de reanudar mis prácticas y finalmente a cada uno de mis maestros que estuvo involucrado en mi aprendizaje, brindándome consejos tanto profesionales como de vida

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía	3
1.2 Medicina interna	5
1.3 Pediatría	8
1.4 Ginecología	10
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
1.1 Cirugía	16
1.2 Medicina interna	21
1.3 Pediatría	24
1.4 Ginecología	26
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA	31
FUENTES DE INFORMACIÓN	37
ANEXOS	40

RESUMEN

El internado es el último año académico que se desarrolla dentro de la carrera de medicina en los centros hospitalarios donde los alumnos deberán poner en práctica las habilidades, aptitudes y todo lo aprendido en la universidad consiguiendo de este modo consolidar e integrar el conocimiento; así mismo, basados en la experiencia, la evidencia científica y el juicio crítico aprenderán a tomar decisiones por sí mismos frente a problemas esenciales que ocurran dentro de la comunidad. En el presente trabajo de suficiencia profesional se hablará acerca como se desarrolló el internado desde el año 2019 hasta el 2021, el cual se extendió debido al contexto de pandemia en el cual nos encontramos, el objetivo se basa en narrar como fue la experiencia dentro del internado, relatando la trayectoria profesional, el contexto en el que se desarrolló ésta, la aplicación profesional y finalmente una reflexión crítica acerca de la experiencia adquirida.

ABSTRACT

The internship is the last academic year that takes place within the medical career in hospital centers where students must put into practice the skills, aptitudes and everything learned at the university, thus achieving the consolidation and integration of knowledge; Likewise, based on experience, scientific evidence, and critical judgment, they will learn to make decisions for themselves in the face of essential problems that occur within the community. In the present work of professional sufficiency, we will talk about how the internship was developed from 2019 to 2021, which was extended due to the pandemic context in which we find ourselves, the objective is based on narrating how the experience was within the internship, recounting the professional career, the context in which it was developed, the professional application and finally a critical reflection on the experience acquired.

INTRODUCCIÓN

A fines del año 2019 hasta inicios del 2021 se realizó el internado médico correspondiente al último año de carrera a nivel nacional, lamentablemente a raíz del contagio por COVID-19, todos los internos debieron paralizar sus actividades a meses de haberlo iniciado, retomándolos en algunos casos hasta 8 meses después ya sea en hospitales o en centros de primer nivel de atención.

El internado es el año más importante en lo que concierne a la carrera de medicina ya que aquí se pondrá en práctica todo lo aprendido en ciclos previos y se aprenderá a tomar decisiones guiadas bajo la supervisión de los doctores a cargo he ahí su relevancia.

Previamente a la pandemia las prácticas solían realizarse en hospitales donde conjuntamente con los doctores residentes y asistentes, se atendían las áreas de emergencia, hospitalización y consultorio, también se asistía en sala de operaciones y se contaban con turnos de hasta 36 horas. Sin embargo, posterior a ello ya no pudo realizarse del mismo modo, debido al contagio y a la alta exposición que se presentaba motivo por el cual en muchas rotaciones se restringió el acceso a ciertas áreas como emergencia y consultorio por las altas tasas de contagio, rotaciones como medicina interna no aceptó internos en ciertos hospitales y los turnos quedaron reducidos a 6 horas diarias con asistencia de 15 días al mes, lo cual lamentablemente limitó el aprendizaje.

En el presente trabajo de suficiencia profesional se hablará acerca de cómo fue realizar las rotaciones de cirugía, ginecología, pediatría y medicina interna tanto pre como post pandemia en el Hospital de Emergencia Vitarte y en el Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, donde además se discutirán los casos clínicos más resaltantes dentro de las 4 rotaciones y el respectivo manejo basado en evidencia según casos clínicos, guías clínicas y normas técnicas.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado es en nuestro medio el último año académico incluido en el plan de estudio de la Facultad de Medicina, se realiza en el 7mo año en los diversos hospitales, este año debido a la pandemia debió ser realizado tanto en hospitales como en centros de salud de primer nivel I-3 o I-4. Es un año obligatorio en el cual se pondrá en práctica lo aprendido a lo largo de la carrera y de este modo logra que se consolide e integre el conocimiento adquirido, es aquí donde radica su importancia.

El desempeño dentro del campo de la salud es necesario debido a que permite a los alumnos utilizar las diversas aptitudes, habilidades, conocimientos, juicio crítico, capacidad de análisis y de decisión frente a las diversas situaciones que puedan presentarse dentro de la práctica profesional bajo la guía y supervisión de los docentes encargados y equipo de salud, de este modo se desarrolla un interno apto con la capacidad de poder resolver problemas esenciales de la comunidad en la posterior práctica médica.

Siendo el año 2020 un año tan particular, se tenían mayores expectativas, lamentablemente debido al contexto en el cual se desarrolló, las prácticas tal cual fueron en si un promedio de 2 meses y medio. Posterior a ello según la resolución ministerial N.º 622-2020-MINSA (1) donde se detallaban los lineamientos para el inicio o reanudación progresiva de actividades de los internos en el marco del Decreto de Urgencia N.º 090-2020, estas fueron reanudadas a partir del mes de noviembre asistiendo 15 días presenciales y 15 días remotos en los centros de salud, donde no se contaban con todas las especialidades debido a que pertenecen al primer nivel de atención o por la

pandemia no se atendían. Asimismo, fue una experiencia enriquecedora y lo más cercana a lo que se vivirá en el SERUMS.

En el caso de cirugía dado a que se llevó antes de la pandemia, se pudo realizar la mayoría de procedimientos como manejo de heridas, suturas; asimismo, patologías como hernias, perforaciones intestinales, apendicitis, hemorroides, abscesos, neoplasias, manejo de quemaduras, manejo de pacientes politraumatizados. En la rotación de urología que tuvo un promedio de duración de 1 semana, se veía tanto consultorio como hospitalización, se vieron patologías como hiperplasia prostática, torsión testicular y se realizaron procedimientos como cambios de sonda. En la rotación de otorrinolaringología se acudía a consultorio y se atendía en emergencia patologías como cuerpos extraños muy frecuentes en niños, se realizaban las extracciones o se refería al paciente según sea el caso también manejo de epistaxis con taponamientos anteriores. Lamentablemente la rotación de traumatología no se pudo llevar a cabo ya que se vio interrumpida por el inicio de la cuarentena y especialidades como oftalmología, cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía, no se encontraban disponibles en el hospital.

En el caso de la rotación de pediatría y neonatología se desarrolló en un promedio de 15 días, se atendió en hospitalización y unos días de emergencia, en neonatología se realizaban las hojas perinatales, atención al recién nacido, la evolución de las 2 y 4 horas de vida, se veían patologías como sepsis neonatal, hipoglicemia, ectopias testiculares, lesión de plexo braquial, ictericias neonatales, En el caso de pediatría se veían patologías como asma, síndromes de obstrucción bronquial aguda, enfermedad diarreica aguda, neumonías, faringitis, bronquitis, tuberculosis, infección del tracto urinario, en emergencias básicamente muchos casos de sospecha de COVID-19, dermatitis, síndromes febriles, intoxicaciones, entre otros.

La rotación de ginecología y obstetricia fue desarrollada por un periodo de 15 días en los cuales se vieron más casos de obstetricia, en ginecología solo casos de miomas, en el caso de obstetricia en consultorio se veían los controles prenatales, en hospitalización casos como anemia, embarazos múltiples, incompatibilidad ABO y RH, infecciones del tracto urinario y en el caso de

emergencia, abortos, desprendimiento prematuro de placenta, embarazos ectópicos.

Finalmente, la rotación de medicina interna no fue llevada como tal debido a que el Hospital de Vitarte no la habilitó por la alta tasa de contagios; sin embargo, en el centro de salud se atendió el área de emergencia donde se apreciaron casos como crisis hipertensivas, celulitis, infecciones urinarias, síndromes dolorosos abdominales, entre otros.

1.1 Cirugía

Caso 1

Anamnesis: Paciente varón de 50 años ingresa caminando acompañado de su familiar (esposa) quien refiere que sufre agresión por parte desconocidos con un objeto contuso (bate de béisbol) en la cabeza, ocasionándole un sangrado profuso, motivo por el cual acude a emergencia. Hora de ingreso 11:30 p.m.

Al examen físico:

Cráneo: Herida contusa cortante de aproximadamente 10 cm de largo y 2 cm de profundidad en región parietal derecha, se evidencia sangrado moderado. CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados. ABD: Blando, depresible, RHA presentes. Locomotor: Moviliza 4 extremidades, fuerza conservada. SNC: Lúcido, orientado en tiempo y espacio, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

Dx:

- Herida en cabeza
- TEC leve

Plan: Sutura de herida, limpieza y antibioticoterapia.

Evolución: Se realiza sutura y limpieza de la herida cuando el paciente empieza a realizar sonidos incomprensibles, posteriormente se recuesta y no obedece a la orden verbal, ni al estímulo doloroso. Las pupilas se encuentran anisocóricas.

El Glasgow decae a 5 (M: 3, V: 1, O:1) motivo por el cual se decide intubar y realizar referencia al Hospital Hipólito Unanue. Hora: 12:15 a.m.

En el transcurso del camino el hospital no contestaba la referencia, pero se lleva al paciente con bolsa de ambú y monitorización continua. El Glasgow desciende a 4 (M:2, V:1, O:1). El Hospital Hipólito decide rechazar la referencia alegando que no existió una coordinación previa; sin embargo, el doctor a cargo Dr. Pedro Ruiz indica que al ser esta una ley de emergencia debe ser atendido el paciente, motivo por el cual finalmente se acepta la referencia y se ingresa al paciente al servicio de trauma-shock, donde se le realiza una tomografía sin contraste evidenciándose un hematoma epidural, se programa al paciente para cirugía, ingreso a sala hora 4:50 a.m.

Caso 2

Anamnesis: Paciente varón de 11 años es traído por familiar quien refiere que ingirió una moneda 2 horas antes del ingreso debido a que su padre no le dio permiso para ir a las cabinas de internet por lo cual decidió ocultar el objeto debajo de la lengua y en un descuido la ingirió.

Al examen físico:

Cabeza: Normocéfalo. CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no se escucha estridor. ABD: Blando, depresible, RHA presentes (1/3). Locomotor: Moviliza 4 extremidades, fuerza conservada. SNC: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Dx:

- Cuerpo extraño en esófago.

Plan:

- Rx AP de tórax.

Evolución:

Rx AP de tórax evidencia imagen circular hiperintensa a nivel central de tórax, sobre ápices pulmonares. Resto sin alteraciones. Motivo por el cual se realiza referencia al Instituto Nacional del Niño de San Borja.

Una vez aceptada la referencia, se solicita nueva placa radiográfica para tener la localización actual de cuerpo extraño y una vez obtenida se realiza procedimiento en el cual se utilizó una sonda Foley y 5 ml de CINA al 0,9%, se coloca al paciente en decúbito dorsal, se introduce la sonda poco a poco hasta que llegue a nivel de la carina, donde se insufla el balón con cloruro y se retira rápidamente empujando de esta manera el cuerpo extraño y al mismo instante el paciente debe cambiar de posición a decúbito ventral para evitar la asfixia o atragantamiento. Finalmente se logra la extracción de manera exitosa.

1.2 Medicina interna

Caso 1

Anamnesis: Paciente mujer de 8 años es traída por familiar en brazos, quien refiere que la encontró así al llegar a su casa, presume que ingirió un insecticida llamado "Chica Verano" ya que encontró el sobre encima de la mesa con un vaso al costado y refiere que estaba jugando con su hermanito. Se evidencia presencia de sialorrea.

Al examen físico:

Cabeza: Se evidencia sialorrea abundante. CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados. ABD: Blando, depresible, RHA presentes (1/3). Locomotor: Fuerza muscular disminuida en 4 extremidades, debilidad generalizada, fasciculaciones. SNC: Pupilas mióticas, desorientada.

Dx:

- Intoxicación por piretroides

Plan:

- Lavado gástrico con solución salina (2L)

- Atropinización de 1 mg cada 3 min.

Evolución: Paciente presenta vómitos de contenido alimentario al iniciar el lavado con solución salina. Se administra atropina cada 3 min sin obtener respuesta, después de 20 minutos de atropinización las pupilas se vuelven isocóricas, con evolución favorable por lo cual se decide hospitalizar a la paciente.

Caso 2:

Anamnesis: Paciente mujer de 51 años refiere que hace 15 días presenta tos con abundante expectoración, sensación de alza térmica por las noches, sudoración y dolor en región escapular. Refiere que un familiar (hijo) que vive en el mismo domicilio presenta una sintomatología similar desde hace ya 1 mes, tos y dolor en región escapular, motivo por el cual acude a centro de salud.

Examen físico:

Paciente en AREG, AREN, AREH. PyF: Tibia, elástica y húmeda. Llenado capilar <2 seg. CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho. ABD: Blando, depresible, RHA presentes. Locomotor: Moviliza 4 extremidades, fuerza conservada. SNC: Lúcida, orientada en tiempo y espacio, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

Dx:

- D/C tuberculosis
- D/C COVID-19

Plan:

Se realiza consulta médica y se analizan los factores de riesgo para ver si hay resistencia

Se solicita la prueba sensible rápida de 2 muestras de BK en esputo

Se obtiene el consentimiento informado

Se solicita la batería de exámenes auxiliares

Se registra el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben tratamiento de primera línea

Se entrevista a los contactos

Evolución: Rx AP de tórax sugiere imagen de cavitación en región perihiliar de pulmón derecho y múltiples condensaciones en lóbulo superior de pulmón izquierdo.

Entrevista a contactos:

- Paciente varón de 19 años: (hijo)

Anamnesis: Paciente refiere tos y dolor en región escapular hace aproximadamente 1 mes.

Examen físico:

Paciente en AREG, AREN, AREH. PyF: Tibia, elástica y húmeda. Llenado capilar <2 seg. CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo. ABD: Blando, depresible, RHA presentes. Locomotor: Moviliza 4 extremidades, fuerza conservada. SNC: Lúcida, orientada en tiempo y espacio, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

- Paciente mujer, 10 años de edad: (Hija)

Anamnesis: Paciente niega sintomatología.

Examen físico:

Paciente en AREG, AREN, AREH. PyF: Tibia, elástica y húmeda. Llenado capilar <2 seg. CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. ABD: Blando, depresible, RHA presentes. Locomotor: Moviliza 4 extremidades, fuerza conservada. SNC: Lúcida, orientada en tiempo y espacio, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

- Paciente varón, 50 años de edad: (Esposo)

Anamnesis: Paciente niega sintomatología.

Examen físico:

Paciente en AREG, AREN, AREH. PyF: Tibia, elástica y húmeda. Llenado capilar <2 seg. CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. ABD: Blando, depresible, RHA presentes. Locomotor: Moviliza 4 extremidades, fuerza conservada. SNC: Lúcida, orientada en tiempo y espacio, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

Se ingresa a paciente y contacto (hijo) al programa de control de tuberculosis

Se inicia tratamiento con Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol por un periodo de 6 meses.

1.3 Pediatría

Caso 1:

Anamnesis: Paciente varón con 2 horas de vida, nacido por parto natural con 4200 g, grande para la edad gestacional, sin antecedentes prenatales de importancia, en quien se evidencia poca función en miembro superior derecho.

Al examen físico:

Cráneo: Normocéfalo, fontanelas normotensas, con leve cabalgamiento de huesos parietales. CV: RCR de buena intensidad, no soplos. TyP: Clavículas pares íntegras, amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados. ABD: Blando, depresible, RHA presentes, no hay presencia de visceromegalias, cordón umbilical sin signos de flogosis. Locomotor: No moviliza miembro superior derecho, el cual se encuentra en aducción y rotación interna, codo en extensión y muñeca en flexión (postura de “propina de mesero”). SNC: Despierto, reactivo a estímulos, moro asimétrico, succión (+), prensión palmar y plantar (+) en miembros que se movilizan.

Dx:

- D/C parálisis de plexo braquial

Plan:

- Se realiza I/C a traumatología
- Se solicita Rx AP de tórax

Evolución: Rx de tórax no evidencia fractura a nivel escapular ni en miembros superiores. Traumatología sugiere I/C con medicina física y rehabilitación, para terapia del plexo superior.

Caso 2:

Anamnesis: Paciente mujer de 2 años de edad es traída por familiar (tía) quien refiere que se hace cargo de la menor debido a que su madre falleció y su papá se encuentra no habido, refiere que ha podido notar que la infante presenta tos con una duración de aproximadamente 20 días, sudoración nocturna y fiebre de 38 grados ya varios días, motivo por el cual acude a emergencia.

Antecedente: Tía refiere que la madre falleció a causa de trombosis pulmonar según le informaron en el hospital y no se llegó a realizar el descarte de COVID-19. Abuela materna que actualmente vive con ellas es sintomática respiratoria.

Al examen físico:

Cráneo: Normocéfalo, fontanelas normotensas. CV: RCR de buena intensidad, no soplos. TyP: Clavículas pares íntegras, amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en hemitórax derecho, murmullo vesicular pasa disminuido en ápice de hemitórax izquierdo. ABD: Blando, depresible, RHA presentes, no hay presencia de visceromegalias. Locomotor: Moviliza 4 extremidades. SNC: Despierta, reactiva a estímulos, quejumbrosa.

Dx:

- D/C tuberculosis
- D/C COVID-19

Plan:

- Hospitalización
- Realizar PPD

- Realizar Rx de tórax
- BK en esputo

Evolución: Resultado de PPD (+), no se puede realizar la radiografía debido a que el personal encargado de imágenes se encuentra con COVID-19, tampoco se puede realizar BK en esputo en el servicio de laboratorio debido a la alta exposición que conllevaría realizar dicho procedimiento, motivo por el cual se decide realizar una referencia al Instituto Nacional del Niño de San Borja para obtener una teleconsulta con el servicio de neumología pediátrica. Finalmente, en la interconsulta el médico a cargo refiere que es un caso muy sugestivo de tuberculosis por lo cual la paciente es referida al INSN para realizarle los estudios restantes y dada de alta para llevar el tratamiento ambulatorio en su posta más cercana.

1.4 Ginecología

Caso 1

Anamnesis: Mujer de 37 años de edad, puérpera de 2 horas, tiene por parto vaginal a un bebé macrosómico de 4200 gramos, grande para la edad gestacional, sin antecedentes perinatales de importancia, se evidencia dolor pélvico intenso e incapacidad para la deambulaci3n. No puede dar de lactar al neonato y solo se mantiene en posici3n dec3bito dorsal.

Paciente en AREG, ABEN, ABEH. CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexaci3n conservada, murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados. ABD: Blando, depresible, RHA presentes. Locomotor: Dolor intenso a la palpaci3n superficial en pubis. SNC: L3cida, orientada en tiempo y espacio, pupilas isoc3ricas reactivas a la luz.

Dx:

- D/C diástasis de pubis

Plan:

- I/C a traumatología
- Rx antero-posterior de pelvis
- Se instruye a madre con nueva técnica de lactancia materna

- Se administran analgésicos

Evolución: En la radiografía A-P de pelvis la imagen muestra la separación entre ambas ramas. Traumatología sugiere inmovilización, administración de analgésicos y posterior terapia física y rehabilitación.

Caso 2:

Anamnesis: Paciente mujer de 30 años, refiere que hace aproximadamente 1 año atrás siente tumoración en mama derecha la cual al inicio fue pequeña, pero a medida que pasó el tiempo empezó a crecer, causándole incomodidad al momento de lactar, también refiere que no pudo asistir a consulta antes ya que inició la pandemia y posterior a ello se embarazó, actualmente tiene una lactante menor de 3 meses.

Antecedentes familiares: Abuela fallecida hace 5 años por cáncer de ovario y madre fallecida hace 2 años de cáncer de mama.

Examen físico:

CV: RCR de moderada intensidad, no soplos. TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados, clavículas pares e íntegras, no se palpan adenopatías. Mamas y axilas: Mama derecha: Aumentada de tamaño, eritema leve, dolor a la palpación profunda, presenta tumoración dura, móvil, de bordes irregulares, de aproximadamente 5 cm de largo x 6 cm de ancho en cuadrante interno superior e inferior. Axila derecha: Se palpan adenopatías en cara interna de pirámide axilar. ABD: Blando, depresible, RHA presentes. Locomotor: Moviliza las 4 extremidades, fuerza conservada. SNC: Lúcida, orientada en tiempo y espacio, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

Dx:

D/C cáncer de mama

Plan:

Se realiza referencia al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

Se inició el internado en el Hospital Emergencia Ate Vitarte que se encuentra ubicado en la Av. José Carlos Mariátegui 364 en el distrito de Ate, actualmente laboran 924 trabajadores, de los cuales 142 son Médicos de las diferentes especialidades tales como Gineco – Obstetricia , Pediatría , Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Plástica, Anestesiología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Dermatología, Gastroenterología, Radiología, Psiquiatría, Urología, Intensivo, Medicina Familiar, Medicina General, cuenta con 78 camas, 2 salas de operaciones, equipo de rayos X, ecógrafos, la atención es 24 horas en emergencias de las principales especialidades, en laboratorio, rayos X y hospitalización. Los consultorios externos se encuentran disponibles en el turno mañana y tarde (2). El día 28 de diciembre del año 2019, día en el cual se convocó a todos los internos de medicina que iban a rotar en el área de cirugía, se dio la bienvenida con la presentación de los doctores a cargo en el caso de cirugía el doctor Medrano y en el caso de traumatología el doctor Oscar, los cuales informaron acerca del manejo dentro del área, como iban a desarrollarse las actividades (en emergencia, hospitalización y consultorio), horarios, funciones, sanciones y el desarrollo de seminarios por parte de cada tutor con guías de manejo para cada patología.

Al inicio según la distribución se dividió a los 18 internos en grupos de 3, la primera parte fue desarrollada en emergencia donde cada turno era de 6 horas con 2 a 3 internos a cargo los cuales debían realizar la anamnesis, examen físico, probable diagnóstico y manejo, si algún paciente requería entrar a sala el interno a cargo de su historia podía asistir al doctor; en general se vieron casos como

sutura de heridas, mordedura de perros, politraumatizados, heridas por arma de fuego y arma blanca, apendicitis agudas, obstrucciones intestinales, hemorragias por diverticulitis, hernias estranguladas, entre otros.

En el área de hospitalización se encontraban los pacientes post-operados por apendicectomías, colecistectomías tanto laparoscópicas como convencionales, colostomías y la función principal era básicamente realizar el examen físico para luego pasar visita con los doctores asistentes a cargo, se realizaba un pre visita a las 7 am junto con la residente a cargo que era la doctora Vera y la visita en sí se realizaba a las 8 am con los asistentes encargados de piso generalmente eran los doctores Huamán, Reátegui, Céspedes y Medrano, en la cual se discutían la fisiopatología, manejo y complicaciones de los casos clínicos asimismo se practicaban los procedimientos tales como limpiezas de herida operatoria, drenajes, toma de AGAs, entre otros.

En el caso de consultorio se llevó a cabo en el mes de marzo donde se rotó por las diversas especialidades tales como otorrinolaringología, urología y cirugía en el nuevo hospital de Vitarte donde se realizaba básicamente la anamnesis, examen clínico y probable diagnóstico de las diversas patologías, también se realizaban las historias que eran programadas para piso. Esta rotación se desarrolló entre los meses de diciembre hasta mediados de marzo ya que debido al contexto de la pandemia debió ser suspendido.

Previo al retorno se llevo un curso sobre bioseguridad contra COVID-19 (anexo N° 1) con el fin de prepararnos para el ingreso. Posteriormente en el mes de noviembre se realizaron las rotaciones restantes en centros de salud en donde hasta la actualidad se vienen desarrollando las actividades con las que cada uno de ellos cuenta y tiene a disposición. Cada alumno eligió una sede en este caso fue el Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo, el cual queda ubicado en Av. Pedro Valle S/N, altura de la cuadra 18 de la Av. El Triunfo en el distrito del mismo nombre, cuenta con los servicios de inmunizaciones a cargo de la licenciada Brenda Mallqui donde se lleva a cabo el programa de inmunizaciones y también campañas, el programa de control de tuberculosis a cargo de la doctora Alor, anemia a cargo del doctor Naveda donde se realiza el despistaje, profilaxis y tratamiento contra la anemia, nutrición a cargo de la licenciada Ruth

donde se asesora y educa a las madres acerca del consumo y elaboración de alimentos saludables, emergencia de medicina interna y obstetricia a cargo de los doctores Pastor, Conde, Mattos e Inga donde se atienden las diversas emergencias en un servicio de 24 horas ya que se cuenta con camas de internamiento al ser este un centro con nivel I-4. Cada interno desarrolla su rotación en un promedio de 15 días según lo establecido y dispuesto en la norma, debido a la coyuntura en la que nos encontramos cada persona debe contar con su equipo de protección personal dentro del centro que consta de un mandilón, gorro, botas, mascarilla KN95 y protector facial, los cuales son implementos del día a día para evitar el contagio y propagación tanto del personal que labora como hacia la población y familiares.

Después, la universidad informó que podían realizarse rotaciones externas en diversos hospitales dentro de los cuales el Hospital de Vitarte aceptó por lo cual se desarrolló la rotación de ginecología a cargo del doctor Marimon en el mes de diciembre, la cual contó con los servicios de emergencia, hospitalización y consultorio. En emergencia la practica consistía en realizar la anamnesis, examen físico, llegando a un probable diagnóstico y finalmente el manejo a seguir bajo la supervisión de los residentes y médicos a cargo. En hospitalización las funciones a desarrollar consistían en elaborar la historia clínica, examen físico a las puérperas y finalmente el plan de trabajo, a las 8 am se pasaba visita junto con los doctores asistentes. En consultorio se realizaba el examen físico y anamnesis, en el caso de las gestantes se hacia el llenado de la cartilla prenatal conjuntamente con las maniobras de Leopold. Por las noches se realizaban sesiones de zoom donde desarrollábamos exposiciones diarias de las patologías más comunes junto a los residentes.

Ya para el mes de febrero se realizó la rotación externa de Pediatría y Neonatología a cargo de la doctora Huerta en el hospital de Vitarte, el horario de ambos servicios se alternaba, en este caso solo se podía rotar en hospitalización y emergencia debido a que el contagio por COVID-19 se encontraba en picos altos, principalmente en los infantes. En el caso de neonatología y pediatría hospitalización, iniciaba a las 6 a.m. donde se realizaba el llenado de la historia clínica, examen físico, plan de trabajo y se impartía mucho las técnicas de lactancia materna, ya siendo las 8 a.m. se pasaba visita junto a los doctores

asistentes. En emergencia de pediatría la práctica era de 6 horas y en general se veían casos como faringitis, dermatitis, intoxicaciones y muchos casos de sospecha de COVID-19. Finalmente, por las tardes se realizaban exposiciones diarias junto a los residentes para reforzar los conocimientos adquiridos.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1.1 Cirugía

Caso 1: Traumatismo encéfalo craneano y hematoma epidural

Los hematomas epidurales tienen muy baja frecuencia menos del 1% en pacientes con lesiones a nivel cerebral y menos del 10% en pacientes con un traumatismo encéfalo craneano (TEC) que se encuentran en coma. En la tomografía presentan forma biconvexa y su origen más común es una lesión a nivel de la arteria meníngea media en la región temporal o parieto-temporal. Un signo representativo del hematoma epidural es que el paciente presenta un intervalo con una clínica aparentemente normal entre el momento que es producida la lesión hasta que comienza el déficit neurológico.

Las lesiones se clasifican según el grado de severidad en: leves con una escala de coma de Glasgow entre 13 y 15, moderadas con una escala de coma de Glasgow entre 12 y 9 y severas cuando la escala de coma de Glasgow es igual o menor a 8, es por ello que en base a la clasificación se realizará el manejo.

En el caso de un paciente con un TEC leve se debe realizar un examen general para excluir cualquier lesión en otros aparatos o sistemas, una vez excluidos el examen debe limitarse al área neurológica, teniendo en cuenta el mecanismo de lesión, el tiempo que duró ésta, si existió o no pérdida de conciencia inmediatamente o posterior, el nivel de alerta, cefaleas leves, moderadas, severas o si el paciente vomitó.

El examen de elección será la tomografía siempre y cuando cumpla con los criterios que a continuación se detallan:

Alto riesgo: la escala de coma de Glasgow es menor a 15 puntos pasadas las 2 horas de ocurrida la lesión, signo de fractura de cráneo ya sea que se encuentre abierto o deprimido, signo de fractura de base de cráneo (ojos de mapache, rinorrea, otorrea, hematoma retroauricular, etc.), vómitos en más de 2 ocasiones y una edad mayor a 65 años.

Bajo riesgo: Pérdida de conocimiento mayor a 5 minutos, amnesia retrógrada una vez ocurrido el impacto mayor a 30 min y si existió un mecanismo de lesión que indique peligro elevado (accidente automovilístico, caídas de alturas superiores a 3 pies o 5 peldaños)

Al evaluar la tomografía si esta es patológica, el paciente continúa con la sintomatología o empieza a tener clínica neurológica deberá ser hospitalizado o consultar con un neurocirujano si el establecimiento cuenta con uno, caso contrario se deberá referir.

En el caso que no cumpla con los criterios para realizarse una tomografía y el paciente se encuentre asintomático, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona, tampoco presente déficit neurológico, puede quedarse en observación varias horas, si al reevaluarlo posteriormente continúa normal puede ser dado de alta, con un acompañante que pueda supervisarlos las siguientes veinticuatro horas con las respectivas señales de alerta como cefalea intensa, vómitos, clínica neurológica escritas en una orden.

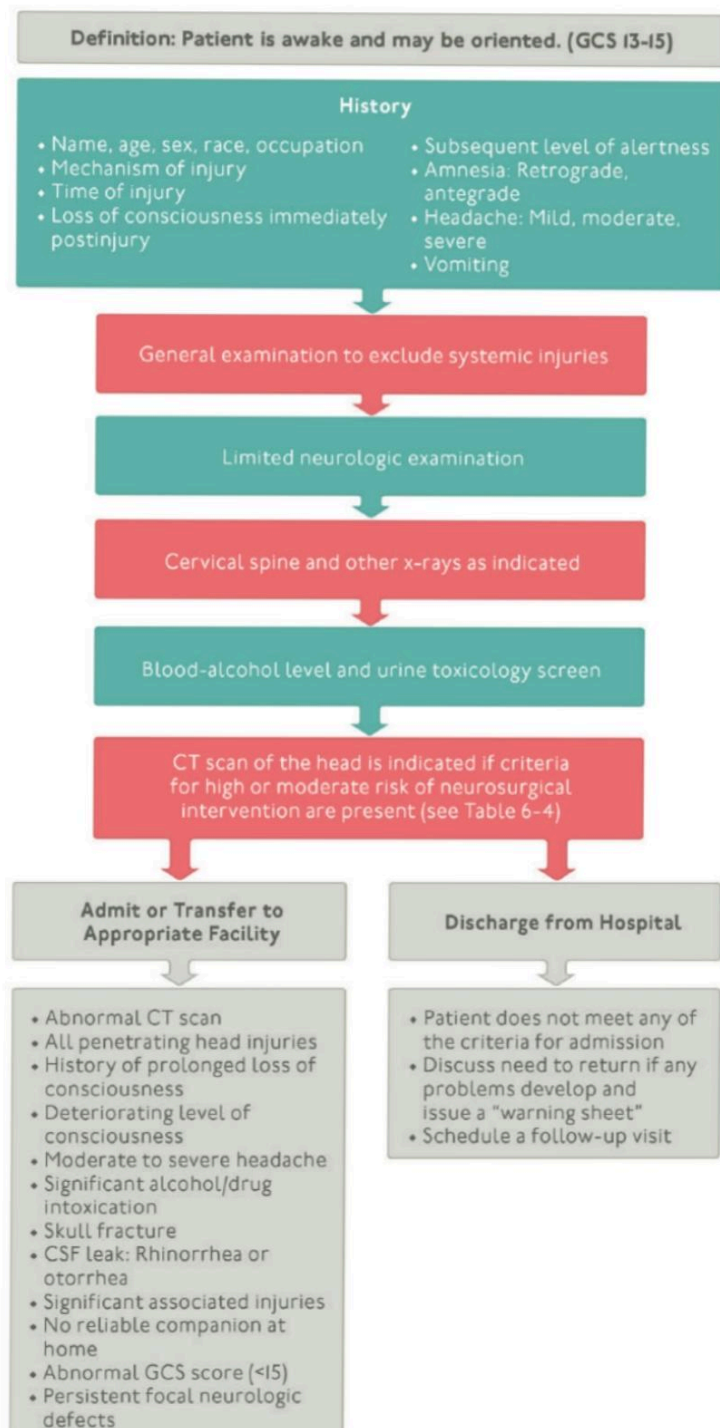


Figura 1. Algoritmo para el tratamiento de la lesión cerebral leve. Elaborado por: ATLS

En el caso que el paciente presente un TEC severo se hará una evaluación primaria y se aplicará el ABCDE, verificar la vía aérea, ampliar el examen neurológico rápido y centrado en 3 parámetros principales: escala de coma de

Glasgow, reacción pupilar a la luz y el déficit neurológico focal, todo esto previo a la intubación y finalmente verificar la saturación de oxígeno.

Después evaluaremos la presión sanguínea, si la sistólica se encuentra debajo de 100 debemos pensar en realizar un ecoFAST o un lavado peritoneal diagnóstico para después realizar una laparotomía quedando en segundo lugar la tomografía. Si la presión sistólica se encuentra mayor a 100 y existe clínica neurológica que nos oriente a una probable masa intracraneal debemos priorizar la tomografía. Una vez confirmada la masa intracraneal como es el caso del hematoma epidural, se procederá a realizar una cirugía a cargo del neurocirujano. Se deben tener los cuidados necesarios si se administran analgésicos o anticoagulantes, se debe evitar asimismo la hiper o hipoventilación (3).

En el caso del paciente que se presentó a emergencia no se tuvo la sospecha inicial de que podía tratarse de un hematoma epidural, ya que como refiere la literatura pueden cursar con un lapso de lucidez antes de la instauración del déficit neurológico, debido a que inicialmente ingresó caminando en compañía de su esposa, aparentemente lúcido, orientado, no mostraba ningún signo de focalización y con funciones vitales estables; por ello, fueron considerados los diagnósticos de TEC leve y herida en cabeza, posterior a ello, fue progresivamente decayendo la escala de coma de Glasgow hasta que el paciente que se encontraba hablando sentado en la camilla, se echó, dejó de hablar y cerró los ojos, es ahí cuando se decide despertarlo a la orden verbal, al estímulo doloroso y ante la respuesta negativa en ambos casos, inmediatamente se evalúan pupilas encontrándose anisocóricas, es ahí donde se intuba al paciente y se decide realizar la referencia al Hospital Hipólito Unanue, en el camino el paciente comienza a mostrar la clínica de descebración y posterior a ello la decorticación, una tomografía hubiera sido ideal dentro del manejo; sin embargo, no se cumplían los criterios para su realización además que la instauración del déficit fue tan abrupta que, como refieren las guías de manejo, no se puede retrasar la referencia por no contar inmediatamente con los estudios de imagen. Finalmente, el paciente al realizarse la tomografía donde se halló un hematoma epidural fue llevado a sala para la posterior operación.

Caso 2: Ingesta de cuerpo extraño

El riesgo que existe en el caso de ingesta de objetos extraños va a depender del tamaño que tenga, la forma, ubicación y composición de este. Dentro de los más comunes tenemos a las pilas de botón, canicas, monedas, aretes, chapas de botellas, frejoles, agujas, chinches, tornillos, en el caso de estos últimos su importancia radica en que puede existir el riesgo de perforación del tracto gastrointestinal, es por ello que dependiendo del riesgo y el estado del paciente se realizara el manejo (4).

En el caso de ingesta de moneda según los protocolos diagnósticos y terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría (AEPED), inicialmente se debe verificar si el paciente se encuentra sintomático o no, una vez evaluado realizar una buena anamnesis y solicitar: una radiografía de cuello, tórax y abdomen, en el caso de las monedas se apreciará una imagen radiopaca, si se localiza en esófago o faringe deberá ser extraída, si ya pasa al estómago, observar y revisar en heces (5).

En el caso del paciente debido a que se encontraba estable y asintomático, se solicitó una radiografía de cuello y tórax y al encontrarse en esófago se determinó que fuera referido al INSN para la extracción de este objeto, debido a que no se contaba con la experiencia e instrumentación necesaria para realizar esta clase de procedimientos. Una vez ahí se realizó la extracción por los profesionales a cargo de manera sencilla y rápida con instrumentos de fácil acceso.

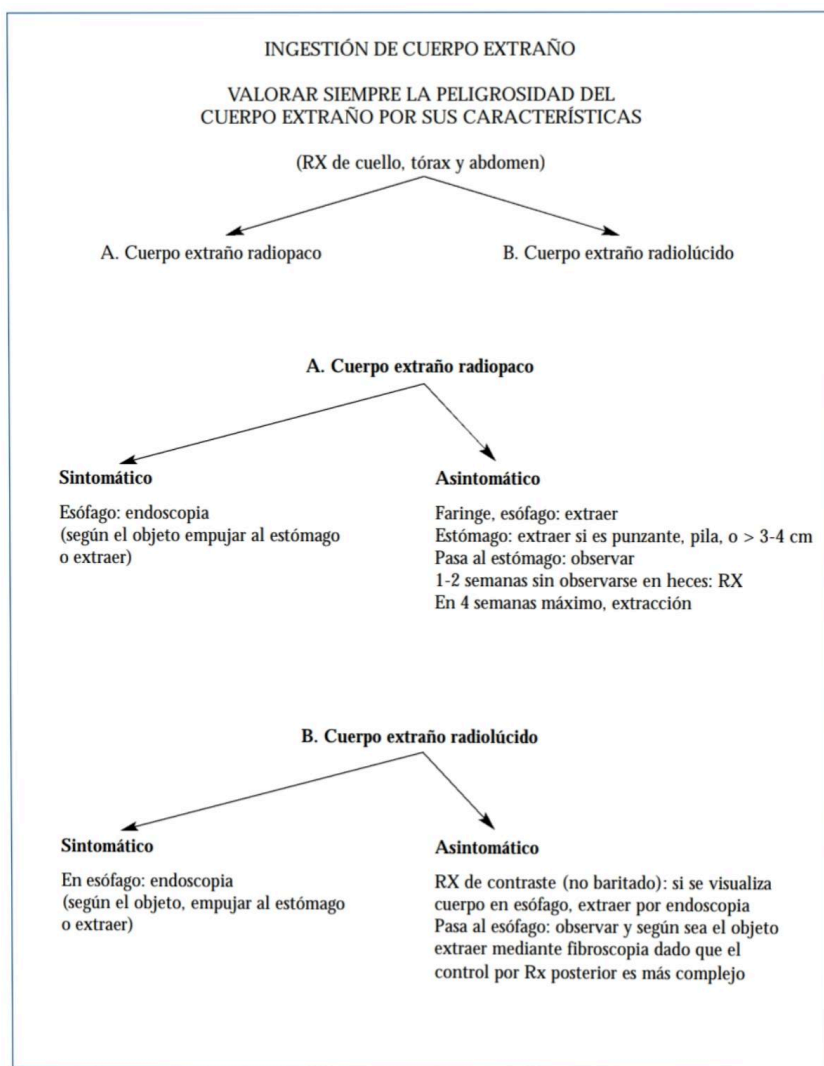


Figura 2. Algoritmo de ingestión de cuerpos extraños. Elaborado por AEPED.

1.2 Medicina interna

Caso 1: Intoxicación por piretroides

Chica verano es uno de los insecticidas utilizados con mucha frecuencia en el país, la intoxicación puede darse por distintas vías: cutánea, digestiva y vía aérea, su composición está dada por piretroides tipo II dentro del cual la cipermetrina es el principal componente. Su efecto neurotóxico presenta las siguientes características clínicas: Incoordinación, temblores, sialorrea, vómitos, diarrea, hiperexcitabilidad frente a un estímulo externo y debilidad general. Dentro de las más severas: Hipotensión, bradicardia, y paro respiratorio.

El manejo en sí es la atropinización y medidas de soporte oxigenatorias y cardiovasculares debido a que no existe antídoto (6). Sin embargo, otras guías como la asociación española de Pediatría sugieren el uso de carbón activado aunado a catárticos (7). En el caso de esta paciente de 8 años fue conectada a un monitor para evaluar sus funciones vitales, se administró atropina a dosis de 1mg cada 3 min; sin embargo, debido a que las pupilas aun continuaban mióticas se elevó la dosis a 1,5 mg cada 3 minutos y se realizó el lavado gástrico con CINA al 0,9% concomitante. Posterior a ello las funciones vitales se estabilizaron, las pupilas retornaron a su tamaño normal, las fasciculaciones desaparecieron aún

continuaba un poco confusa, pero poco a poco fue restableciéndose y paso a hospitalización en el área de pediatría para dar las correspondientes medidas de soporte.

Caso 2: Tuberculosis pulmonar

En la actualidad nuestro país es uno de los primeros que a nivel mundial presenta índices elevados de TBC con 31518 casos reportados hasta el año 2017 (8) teniendo a las regiones de Lima, Callao, Ica, Ucayali y Madre de Dios con las mayores tasas de morbilidad según el Ministerio de Salud, por lo cual constituye un problema de salud pública, a pesar que esta no es una enfermedad reciente sino muy al contrario se remonta a tiempos lejanos en los cuales como parte del tratamiento se enviaba a la personas a vivir a otras ciudades, Jauja, es una de ellas, retomando la actualidad la prevalencia de TBC sensible está disminuyendo; sin embargo, la multidrogoresistente es la que está incrementándose con una tasa de 1335 en el año 2017 comparado a los anteriores años (9).

El manejo según la norma técnica del año 2018, dependerá de la sensibilidad o resistencia que presente el paciente a los fármacos de primera, segunda y tercera línea. La tuberculosis sensible es definida como aquellos pacientes que sean sensibles al tratamiento de primera línea que constan de 4 fármacos: Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol.

El inicio del tratamiento deberá ser dentro de las 24 horas de ser diagnosticado y constará de los siguientes pasos:

1. Realizar una consulta médica y evaluación de factores de riesgo para tuberculosis resistente.
2. Verificar que se encuentre en proceso la muestra de esputo para PS rápida.
3. Obtener el consentimiento informado
4. Solicitar la batería de exámenes auxiliares basales: Hemograma completo, glicemia en ayunas, creatinina, perfil hepático, prueba rápida o ELISA para VIH 1-2, prueba de embarazo, radiografía de tórax, prueba de sensibilidad rápida, evaluación por el médico tratante y otras especialidades, control de peso y evaluación por especialidad según comorbilidad.
5. Realizar entrevista de enfermería
6. Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea e inicio del registro de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea.
7. Realizar visita domiciliaria para verificación de domicilio y censo de contactos

Una vez demostrada la sensibilidad con una prueba rápida de sensibilidad molecular (PS) o una MODS, el tratamiento constará de 50 dosis (de lunes a sábado) por un periodo de 6 meses, 2 con Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol diario y 54 dosis por 4 meses con el núcleo básico 3 veces por semana. La Isoniacida deberá administrarse en una dosis de 5mg/Kg en la primera fase y se duplicará en la segunda fase, la Rifampicina, en una dosis de 10 mg/kg tanto en la primera y en la segunda fase, en el caso de la Pirazinamida se dará en dosis de 25 mg/kg y el Etambutol en dosis de 20 mg/kg, ambos solo en una primera fase diaria (9).

En el caso de la paciente se llevaron a cabo todos los procesos establecidos según lo dispuesto en la norma técnica y se inició el tratamiento para tuberculosis sensible tanto para ella como para su hijo mayor, ya que ambos eran

sintomáticos respiratorios y contaban con placas radiográficas que evidenciaban las cavitaciones.

1.3 Pediatría

Caso 1: Lesión de plexo braquial superior

La mayoría de las lesiones del plexo braquial son unilaterales y dentro de ellas la que representa aproximadamente la mitad de los casos son las lesiones del plexo braquial superior, las que comprenden a C5, C6 y en algunos casos C7. Estas pueden ir asociadas a fracturas de clavícula y húmero, subluxación de hombro y columna cervical e inclusive lesiones a nivel de la médula espinal (11)

El diagnóstico puede realizarse a través de la clínica que se presente y suele ser sencillo, dentro de lo más común tenemos a la “postura del camarero”, consta de una aducción de miembro superior con rotación interna, extensión de codo y flexión de muñeca y dedos, también puede presentar un moro asimétrico, el rango de movimiento articular se verá restringido, si hay la presencia de hemiparesia o un déficit neurológico es sugerente de una lesión a nivel de sistema nervioso central.

Existen pruebas que pueden ser útiles para ayudar a complementar el diagnóstico inicial y las posteriores decisiones terapéuticas como la electromiografía la cual determina la localización y gravedad de los nervios comprometidos, la ecografía también puede ser útil para observar las raíces nerviosas, la radiografía puede mostrar una elevación del diafragma sugerente de lesión a nivel de C4. La mielografía junto con una tomografía son muy específicas y determinan si existe una avulsión al igual que una resonancia, la cual se prefiere debido a que no es invasiva.

El manejo de estos pacientes debe realizarse en terapia ocupacional y fisioterapia con ejercicios pasivos para aumentar la movilidad a nivel articular y prevenir futuras contracturas ya que la mayoría de los casos tendrá una recuperación espontánea, se tiene un buen pronóstico cuando los músculos inervados por el plexo superior como el bíceps braquial recuperan la fuerza contra la gravedad en aproximadamente en 2 a 3 meses, algunos autores incluso sugieren esperar el plazo de hasta 9 meses. Son pocos los pacientes que

requerirán una cirugía como es el caso de las parálisis totales y el tiempo en el cual se debe realizar es aún controversial (12).

En el caso de este paciente se realizó la interconsulta a traumatología donde se sugirió el manejo inicial en el área de medicina física y rehabilitación, también se realizó una radiografía para descartar otras lesiones comúnmente asociadas como fracturas, subluxaciones, entre otros; sin embargo, la imagen no evidenció ningún tipo de lesión.

Caso 2: Tuberculosis pulmonar en infante

La tuberculosis en niños es muy infra diagnosticada, suele darse generalmente por contagio con algún familiar cercano y suele ser menos contagiosa. El bacilo pocas veces se encuentra presente en las secreciones bronquiales, debido a ello, la propagación es menor. La incubación se realiza en un periodo comprendido entre 4 y 8 semanas, es aquí donde se desarrolla el complejo de Ghon o también llamado primario (13).

Puede o no existir sintomatología específica, si hay suele ser muy similar a la de un adulto, en caso contrario puede llegar a haber solo fiebre de origen desconocido, en estos casos en nuestro país siempre debe descartarse en primera instancia a la tuberculosis.

Los criterios para el diagnóstico son epidemiológicos, clínicos, radiográficos y tuberculínicos, todos ellos se unen en un sistema de puntuación realizados por Stegen y Kaplan modificados por Toledo, los cuales se detallan a continuación:

- Hallazgo del Bacilo de Koch (7 puntos)
- Granuloma específico (4 puntos)
- PPD mayor de 10 mm (3 puntos)
- Antecedente epidemiológico (2 puntos)
- Radiografía sugestiva (2 puntos)
- Cuadro clínico sugestivo (2 puntos)

Si la sumatoria es $>$ o igual a 7 puntos, el diagnóstico es definitivo y debe iniciarse tratamiento, entre 5-6 es factible y amerita iniciar tratamiento, entre 3-4 es posible, pero amerita más estudios y $<$ o igual a 2 queda descartado (14).

El tratamiento es similar al de los adultos, solo varían las dosis. La Isoniacida deberá administrarse en una dosis de 10mg/Kg en la primera fase y en la segunda, la Rifampicina, en una dosis de 15 mg/kg tanto en la primera y en la segunda fase, en el caso de la Pirazinamida se dará en dosis de 35 mg/kg y el Etambutol en dosis de 20 mg/kg, ambos solo en una primera fase diaria.

En el caso de esta paciente los criterios de Stegen-Toledo fueron de 7 puntos, 3 de PPD (+), 2 de antecedente epidemiológico y 2 de cuadro clínico; por lo cual con ese puntaje el diagnóstico era de certeza, debido a ello se realizó la interconsulta con el neumólogo pediatra para llevar a cabo las pruebas restantes y de este modo dar de alta a la paciente, para que inicie su tratamiento en la posta más cercana a su domicilio.

1.4 Ginecología

Caso 1: Diástasis de sínfisis de pubis posparto

La diástasis de sínfisis del pubis es una patología poco frecuente que ocurre en pacientes al final del embarazo o después del parto. Esta articulación tiene 4 ligamentos de sostén: anterior, posterior, superior e inferior, puede tener una medida de hasta 10 mm en adulto, cuando el rango se encuentra entre 10 hasta 14 mm se habla de una subluxación y mayor este involucra un daño de la articulación (15).

La diástasis puede deberse a factores intraparto como: partos precipitados, partos instrumentados, desproporción céfalo-pélvica, abducción excesiva de los muslos, distocia de hombros, macrosomía fetal, maniobra de Mc Roberts. Factores maternos: osteomalacia, artritis, displasia congénita, raquitismo.

El diagnóstico se realiza con los hallazgos clínicos y radiográficos. Dentro de la clínica la paciente presenta dolor súbito a la movilización y es característica la “marcha de pato”, donde pueden oírse crépitos, hay edema, inflamación y dolor a la palpación en vulva, al tacto puede sentirse el distanciamiento entre ambos huesos púbicos. La confirmación se realiza a través de las imágenes, la radiografía antero-posterior de pelvis nos muestra la distancia precisa que existe en la articulación. Aunque con este examen es suficiente, puede complementarse con otros como la tomografía que nos brinda la distancia

antero-posterior, el anillo pélvico-posterior y la articulación sacro-iliaca. En el caso de la resonancia podemos analizar estructuras como tejido blando y edema perilesional (16).

El manejo en la mayoría de casos suele ser conservador cuando la separación de la articulación es menor a 40 mm, ya que existe una recuperación espontánea entre las 4 y 8 semanas post-lesión. Dentro de las medidas inmediatas a tomar está la analgesia, limitación de la actividad, reposo en decúbito lateral, después podemos iniciar terapia física e iniciar la deambulacion con dispositivos de soporte. Cuando la separación sobrepasa los 40 mm o el manejo conservador no fue suficiente las medidas a tomar serán quirúrgicas para mantener la estabilidad, la incisión a utilizar será la Pfannenstiel y una sinfisiodesis con placas y tornillos proporcionará la estabilidad sacro-iliaca.

En el caso de esta paciente sin antecedentes patológicos previos, ni episodios similares se administró analgésicos, se solicitó una placa radiográfica antero-posterior y se realizó interconsulta con el servicio de traumatología quienes al evaluar a la paciente y los estudios de imágenes confirmaron el diagnóstico de diástasis y la posterior terapia física y rehabilitación. A la madre se le instruyó acerca de nuevos métodos de lactancia materna debido a que, al no poder movilizarse, no podía dar de lactar correctamente al neonato.

Caso 2: Cáncer de mama

El cáncer de mama en el Perú tiene una incidencia y mortalidad anual de 28 y 8,5 casos por cada 100 000 habitantes respectivamente. En el año 2013 fue el tercero en la lista de los cánceres más notificados (17)

Se recomienda realizar tamizajes a partir de los 40 años de edad a mujeres con riesgo promedio, dentro de un intervalo de cada 2 a 3 años, con edades comprendidas entre los 50 a 70 años; sin embargo, existe una brecha de equipos de mamografía, a nivel nacional solo se cuenta con alrededor de 200 establecimientos que disponen del servicio de mamografía dentro de ellos tenemos al Ministerio de Salud, ESSALUD, SISOL y las fuerzas armadas que en conjunto representan un 45%, el resto pertenece al sector privado. Lamentablemente según reportes del MINSA, hasta el año 2018 solo se habría

conseguido una cobertura del 0,6%, por lo cual no es considerada aún una estrategia que permita reducir la mortalidad (17).

En consulta, los signos y síntomas por los cuales acuden estas pacientes son en orden de frecuencia: masa tumoral, masa dolorosa con presencia de úlcera, cambios en la piel como eritema o aumento del grosor, retracción del pezón y secreción del pezón. Sin embargo, al presentarse en el momento de la gestación o la lactancia pueden ser reconocidos tardíamente, ya que suelen ser atribuidos a estas etapas.

Para el diagnóstico de cáncer de mama se requiere de un buen examen físico, técnicas de imagen y biopsia.

Dentro de las técnicas de imagen se tiene a la ecografía y a la tomografía, debido a que ambos representan un bajo riesgo y son el mejor método de detección.

Según los hallazgos tomográficos se puede clasificar a la tumoración en benigna o maligna denominada Breast Imaging Reporting and Data System (18) (BIRADS)

	Categoría BI-RADS	CONDUCTA
1	Negativa(ningún hallazgo)	Requieren control bianual (cada 02 años).
2	Apariencia Benigna	
3	Significa que es probablemente benigna	Requiere repetir el estudio en 06 meses.
4	Hallazgos sospechosos de Cáncer Mama	Las categorías BI-RADS 4 y 5 deben ser referidos al hospital de mayor complejidad de la Red Asistencial
5	Hallazgos altamente sospechosos de Cáncer mama	
6	Lesiones con malignidad comprobada.	Se utiliza en casos de segundas opiniones o en la monitorización de la quimioterapia neo adyuvante.
0	Significa estudio incompleto	Requiere estudios complementarios (ecografía, compresión, magnificación u otro).

Figura 3. Adaptado de la Clasificación de la American College of Radiology (ACR) “Breast imaging reporting and data system (BI-RADS) - ESSALUD

Tanto en la gestación como en el puerperio existen cambios en los patrones hormonales los cuales conducen a una proliferación de la mama por lo cual se recomienda el uso de biopsia trucut para realizar el diagnóstico histológico (19).

Para el tratamiento del cáncer de mama se puede utilizar la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. La cirugía puede ser conservadora siempre y cuando después sea asociada con radioterapia, caso contrario se preferirá la mastectomía, esta puede ser radical modificada siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos (19):

- Tamaño > 3 cm
- Multifocales
- Estadio I y II
- Tratamiento multimodal en estadio III
- Durante el embarazo
- Recidiva después de una cirugía conservadora

La quimioterapia está contraindicada durante la lactancia ya que estos pueden alcanzar altos niveles en la leche. La radiación adyuvante está indicada en el periodo posparto (20).

En el caso de esta paciente en base a la clínica que presentaba más el antecedente familiar el cuadro clínico era sugestivo de una patología maligna de mama; por lo cual, se decidió realizar una referencia a un centro de mayor complejidad; sin embargo, según el nivel de atención el manejo a seguir debió ser realizar un estudio histopatológico ya sea con aspirado con aguja fina o con aguja trucut y una vez confirmada la patología, recién debió ser referida a un centro de atención de nivel 3. Lamentablemente debido al contexto en el cual nos encontramos el servicio de patología se encuentra saturado y las citas ya no se encuentran disponibles hasta en 3 o 4 meses; por lo cual, esta paciente hubiese tenido que esperar mucho tiempo, debido a ello es que se tomó la decisión de referirla inmediatamente.

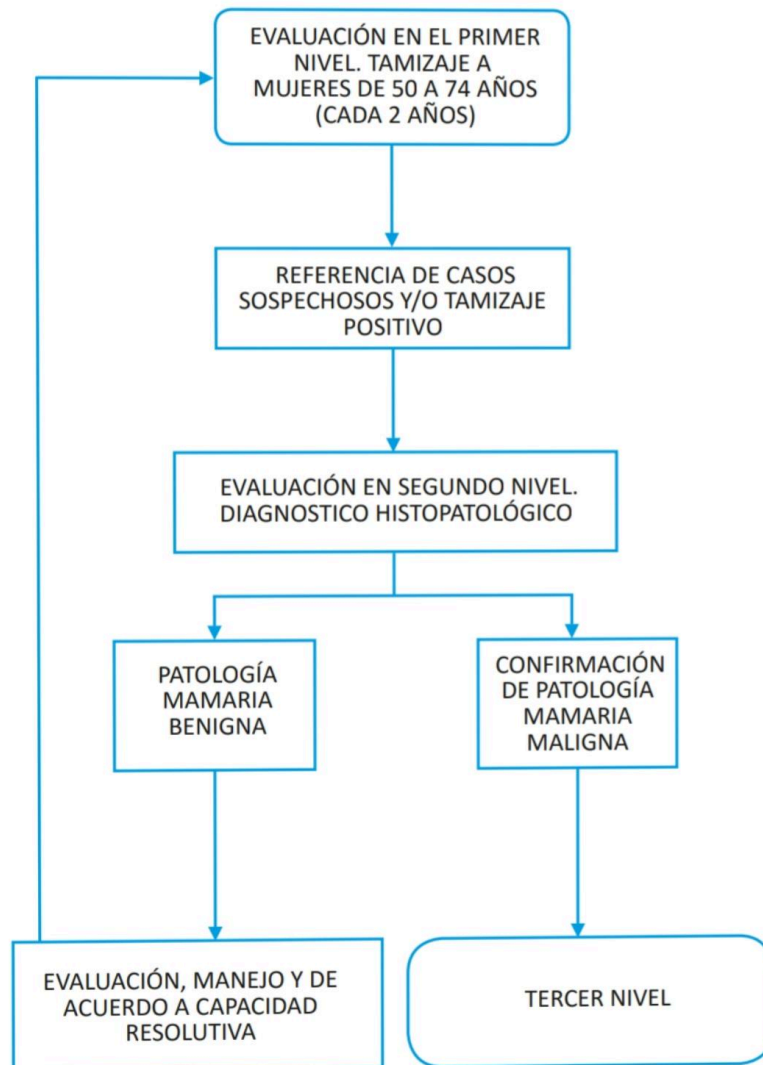


Figura 4. Algoritmo de detección temprana del cáncer de mama de acuerdo a niveles de atención - ESSALUD

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA

Definitivamente dentro del campo profesional la práctica es distinta a la teoría ya que muchas veces a pesar de contar con el conocimiento adquirido resulta difícil poder aplicarlo, debido a diversos motivos, como la precariedad de condiciones en las que se vive el día a día en los distintos establecimientos de salud, el punto de vista y manejo que cada profesional tiene frente a una misma patología; sin embargo, a pesar de todas las deficiencias que pudieran existir siempre se encuentra presente las ganas y el entusiasmo de querer hacer lo correcto.

Esta generación de internos ha pasado tanto el proceso previo a la pandemia y posterior a ella, el cual ha tenido un impacto importante, no fue fácil adaptarse a la situación, ver a tanta gente morir de un día para otro, ya sean familiares cercanos o la población en general, tener la incertidumbre de saber en qué momento podría llegar alguien a enfermarse, causó mucha incertidumbre entre todos, pero finalmente se realizó al recordar el objetivo con el cual se inició dentro de este mundo de la medicina, el querer aprender para ayudar a las personas que más lo necesiten.

Antes las prácticas resultaban ser más agotadoras viéndolas desde ese punto de vista, pero después de haber atravesado el proceso post pandemia, eran totalmente enriquecedoras, aprender a manejar desde los casos más sencillos hasta los más complicados, gracias a la enseñanza que se tuvo dentro de cada sede, el esfuerzo traía recompensas. A pesar que ahora el trabajo ha disminuido porque no se realiza bajo la misma presión ni la carga anterior, del mismo modo fue el aprendizaje que se obtuvo, pero a pesar de ello, se aprende de cada experiencia, se valora más el hecho de no contar con la misma disponibilidad de

recursos y tener que buscar soluciones ante situaciones adversas que tal vez en un hospital sea muy fácil de resolver, resulta totalmente distinta y de difícil manejo en un centro de salud nivel I.

El estar en centros de primer nivel de atención enseña a realizar procedimientos que, aunque muchas veces parezcan muy sencillos y del día a día, si no son puestos en práctica, pueden resultar complicados en un momento de tensión. La práctica dentro de estos centros debería ser parte de la curricula estudiantil por lo menos un par de meses dentro del año de internado, de este modo podrían obtenerse conocimientos básicos que todo profesional de la salud debería saber para el posterior desarrollo de la carrera tanto en el SERUMS como en la práctica diaria.

Tal vez resulte un poco más complicado el ejercicio de la carrera, después de haber tenido todos estos inconvenientes que nadie se esperaba, pero ha desarrollado en esta promoción de internos habilidades como entender la problemática desde otro ángulo en el cual se puede estar más cerca de la población, atender necesidades que estando en un centro de salud de mayor complejidad muchas veces no son tomadas en cuenta, porque aparte de ser profesionales también somos humanos y como muchas veces se dice, no se debe tratar a la enfermedad, se debe tratar al enfermo.

CONCLUSIONES

El internado es de uno de los años más importantes dentro de la carrera universitaria, ya que va a permitir consolidar el conocimiento con la práctica y aprender a tomar decisiones por sí mismos, frente a circunstancias a las cuales nos vamos a enfrentar en el día a día, ya sea en el SERUMS o más adelante.

Puede realizarse tanto en hospitales como en centros de primer nivel, si bien es cierto en ambos se van a percibir realidades distintas, en un hospital aprenderemos a un nivel macro, procedimientos que requieren mayor destreza y de mayor complejidad, en cambio en la posta aprenderemos de patologías propias de la comunidad, más sencillas de manejar, pero que serán las más frecuentes, además se podrán realizar procedimientos básicos que todo profesional de la salud debería saber.

Donde sea que se realice el internado debe ser aprovechado, hacer exámenes físicos detallados, anamnesis más profundas, dialogar con el paciente, los cuales siempre estarán dispuestos a contar a detalle lo que les acontece, más allá de la enfermedad, ya que el ser humano es un conjunto en sí, funciona a modo de engranaje y si una de esas piezas no funciona, las demás tampoco lo harán.

Finalmente cabe mencionar que el contexto que se desarrolla actualmente está resultando difícil dentro del ámbito hospitalario, ya que pone ciertas restricciones con respecto a la evaluación íntegra que requiere todo paciente, limita a solicitar exámenes, realizar interconsultas con áreas especializadas, ausencia de personal, sin mencionar la alta exposición que existe; por lo cual, contar con la medidas de bioseguridad serán necesarias tanto para el personal de salud a

cargo como con los pacientes, será la única manera de protegerse y poder continuar con las prácticas, sin poner en riesgo la salud de nadie.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del presente informe van para la próxima generación de internos, debido a la pandemia hay muchos cabos que quedarán sueltos, muchas lecciones que no quedarán bien aprendidas, es por ello que deben reforzarse estudiando más y aprovechar ahora que hay más tiempo libre para investigar, leer, acceder a diversos artículos, manuales, guías, videos de procedimientos, sacarle provecho a la tecnología que tenemos a la mano ahora y nos facilita mucho la vida.

Muchas veces el Estado no podrá cumplir con las medidas que están establecidas dentro de la normativa más ahora porque las gestiones están centradas en tratar de frenar las olas de la pandemia es por ello que existirán retrasos en diversos ámbitos, por lo cual siempre deben contar con las medidas de bioseguridad necesarias, comprar los implementos que se requieran para protegerse, no exponerse de más.

Adaptarse a los cambios puede resultar complicado tanto para los docentes como para los alumnos e inclusive para los pacientes, pero es necesario, les permitirá desarrollarse como profesionales y si algún procedimiento no resulta como esperaban en la primera oportunidad, no se preocupen, no se frustren, este año está hecho justamente para eso, para aprender, al inicio puede ser complicado, pero después será más sencillo y llevadero.

La recomendación en materia de salud, es que se tome en cuenta un poco más al personal que labora, son dejados de lado, no se les brinda las facilidades para poder trabajar con lo mínimo, los cuales en ciertas ocasiones deben poner incluso materiales que faltan de su propio pecunio, realizan jornadas de 24 horas

y no existen muchas capacitaciones a diferencia de otros sectores, cuando se sabe que la ciencia se encuentra en constante cambio y actualización. Si uno invierte en capacitar a su personal, este por ende tendrá un mejor rendimiento; de este modo, se brindará un mejor servicio también.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. Gob.pe. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
2. Ministerio de Salud - Hospital Vitarte [Internet]. Gob.pe. [cited 2021 Apr 16]. Available from: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/index.php?mod=content&action=view&id=5>
3. Advanced trauma life support, ATLS, curso avanzado para cirujanos, 10ma edición, año 2018.
4. Baños-Rocha LM, Ignorosa-Arellano KR, Quesada-Tortiello AI, Cadena - León JF, Toro-Monjaraz EM, Zárate-Mondragón FE, Loredó-Mayer A, Cervantes-Bustamante R, Ramírez-Mayans JA. Ingestión de cuerpo extraño (batería de botón) con presentación atípica en el lactante. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. Acta Pediatr Méx 2020; 257-63.
5. Carrillo CM, Calderón VV, Pinedo AB. Ingesta de cuerpos extraños [Internet]. Aeped.es. [cited 2021 Apr 16]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/c_extranos.pdf
6. Torrez KM, Viruez JL, Villafuerte P, Ilaya P. Intoxicación por piretroides: Reporte de caso. Rev Med La Paz 2020; 26(1). [Citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmplp/v26n1/v26n1_a07.pdf
7. Crespo E, Falero MP, Capapé S, García S, Andrés A, et al. Manual de intoxicaciones en pediatría. [Internet]. 2012. Available from: https://seup.org/pdf_public/gt/intox_manual3_enr.pdf
8. MINSA. Modificatoria de la NTS N° 104 - MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. Aprobado por RM N° 752-2018/MINSA. [Internet] 2017 [Acceso: 14/04/2021] Disponible

- en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.PDF>
9. TUBERCULOSIS EN EL PERÚ: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, AVANCES Y DESAFÍOS PARA SU CONTROL. Rev Perú Med Exp Salud Publica. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/2777>
 10. Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). MINSA. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>
 11. Selcen D. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 13]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/neonatal-brachial-plexus-palsy?search=paralisis%20de%20plexo%20braquial&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H774209207
 12. Vergara-Amador E. Parálisis obstétrica del plexo braquial. Revisión del estado actual de la enfermedad. Rev. Fac. Med. 2014; 62:255-263.
 13. Agreda J. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE TUBERCULOSIS EN NIÑOS Y ADULTOS INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO 2018 [Internet]. [Lima-Perú]: UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6445>
 14. ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/TUBERCULOSIS_DOC/presentaciones_XI_Congreso_TB_2016/02-Actualizacion-en-la-prevenci%C3%B3n-diagnostico-y-manejo-de-la-TB-infantil.pdf
 15. Rondón-Tapia Marta, Reyna-Villasmil Eduardo, Torres-Cepeda Duly. Diástasis de la sínfisis púbica posparto: Reporte de caso. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 oct [citado 2021 Abr 13]; 65(4): 545-548. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2214>.

16. Agustín-Oliva A, Díaz-Rabasa B, Estallo-Bernardos V, Rodríguez-Solanilla B, Padin-Fabeiro M, Castán-Mateo S. Diástasis de la sínfisis púbica posparto. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 13]; 85(6): 396-402. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600396&lng=es.
17. Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017-2021. 1ra edición. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2017.
18. Seguro Social de Salud – EsSalud. Detección temprana del Cáncer de Mama en EsSalud. Directiva N°003-GG-EsSalud-2016. Lima, Perú: EsSalud; 2016.
19. Núñez Arroba S del P, Ramadán Cornejo CM. “Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III sometidas a mastectomía radical tratadas en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA).
20. Tapias CA, Borrero RC, Luna RJM, Quintero HI, Roldan RHA. Actualización del manejo clínico del cáncer mamario asociado al embarazo. Revisión de la literatura. Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca. 2018; 20 (1): 24–32.

ANEXOS

UNAM UNIVERSIDAD NACIONAL DE MOQUEGUA
Dirección de Proyección Social y Extensión Cultural

CERTIFICADO
Otorgado a:

BARRUETA NIZAMA ALITHÚ NURIA

Por su participación como **Asistente** en el Curso Internacional **Webinar Bioseguridad anti Covid19**, organizado por la **Escuela Profesional de Ingeniería Ambiental**, durante el mes de Agosto, con una duración de 32 horas académicas.

Moquegua, 9 de octubre del 2020

Temario
Microbiología, virología y sociedad
Bioseguridad, niveles, riesgos biológicos e importancia
Diagnóstico Moleculares, Inmunología y desarrollo de vacunas
Ética e investigaciones en tratamientos, vacunas, estudios clínicos y perspectivas futuras de la bioseguridad

Dr. ALBERTO JOSÉ COHAILA
Vicepresidente Académico

Dr. ALEJANDRO ECOS ESPINO
Director Escuela Académico Profesional de Ingeniería Ambiental

Dr. MARÍA FÉLIX MANTILLA
Curso Bioseguridad
Comité Organizador

Dr. ROBINÓN ALMANZA CABE
Dirección de Proyección Social y Extensión Cultural

REGISTRO N° 2029, FOLIO N° 114 – 134, DEL LIBRO 2020 - I