



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS EN EL
PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DURANTE EL
INTERNADO MÉDICO ENERO 2020 – ABRIL 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR**

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**YEANNEAN GALVEZ DULANTO
DIEGO RENATO BARRIOS PINTO**

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

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

**COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS EN EL
PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DURANTE EL
INTERNADO MÉDICO ENERO 2020 – ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADA POR
YEANNEAN GALVEZ DULANTO
DIEGO RENATO BARRIOS PINTO**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Emma Mercedes Huamaní De La Cruz

Miembro: M.E. Luis Alfonso Gutiérrez Shack

Miembro: M.E. Jeffrey Tovar Roca

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me dieron vida, educación y apoyo incondicional

A mis hermanas, por ser mi motor y motivo

A mis abuelos, por sus consejos y amor infinito

A Diego, por ser mi compañero y alentarme siempre

A todos aquellos que recorrieron conmigo este largo camino y me dieron fuerzas para seguir adelante

Yeannean

A mis padres, por su guía y amor incondicional

A mis hermanos, por siempre brindarme alegrías y apoyo

A Yeannean, por motivarme a ser mejor cada día

A todos aquellos que me tendieron la mano o me sacaron una sonrisa en momentos difíciles a lo largo de estos años

Diego

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Pediatría	1
1.2 Medicina interna	4
1.3 Cirugía	8
1.4 Ginecología y obstetricia	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
2.1 Centro De Salud Conde De La Vega Baja	15
2.2 Centro De Salud San Juan De Miraflores	16
2.3 Hospital Nacional Arzobispo Loayza	18
2.4 Instituto Nacional De Salud Del Niño	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	39
ANEXOS	46
1. Fluxograma de manejo de endometriosis	46

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional busca: determinar la adquisición de competencias profesionales necesarias (conocimientos y experiencias) en el primer y tercer nivel de atención en salud, durante el internado médico enero 2020 – abril 2021. Cabe precisar, que, para la recolección de información, se hizo a través del método descriptivo y como técnica se utilizó la observación. Se tomaron como unidades de análisis: las rotaciones realizadas por los internos Yeannean Gálvez Dulanto y Diego Renato Barrios Pinto, en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría, revisando los casos clínicos atendidos en los Centros de Salud: C.S. Conde de la Vega Baja (I-3) - C.S. San Juan de Miraflores (I-3) y en los hospitales: Hospital Nacional Arzobispo Loayza (III-1) e Instituto Nacional de Salud del Niño (III-3). Al finalizar, se concluye que los internos de medicina adquirieron las competencias profesionales necesarias para un diagnóstico precoz y manejo correcto de una vasta cantidad de enfermedades a lo largo de las rotaciones durante el internado médico 2020-2021, además de afinar el criterio médico para una acertada toma de decisiones en favor de los pacientes. Cuestiones de gran importancia para finalizar de una manera idónea la formación profesional del médico egresado, que resulte en una atención cálida y de calidad para con la población. En consecuencia, resultó favorable en todo aspecto, el internado médico 2020 – 2021, para la formación profesional del médico.

Palabras clave: internado médico, competencias profesionales, diagnóstico médico, casos clínicos, pandemia, emergencia sanitaria.

ABSTRACT

The present professional sufficiency work seeks: to determine the acquisition of necessary professional competences (knowledge and experiences) in the first and third level of health care, during the medical internship January 2020 - April 2021. It should be specified that, for the collection of Information was made through the descriptive method and observation was used as a technique. The following were taken as units of analysis: the rotations carried out by inmates Yeannean Gálvez Dulanto and Diego Renato Barrios Pinto, in the specialties of Internal Medicine, General Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics, where clinical cases attended in the Health Centers were analyzed: CS Conde de la Vega Baja (I-3) - C.S. San Juan de Miraflores (I-3) and in the hospitals: Hospital Nacional Arzobispo Loayza (III-1) and National Institute of Child Health (III-3). At the end, it is concluded that the medical interns acquired the necessary professional skills for an early diagnosis and correct management of many diseases throughout the rotations during the 2020-2021 medical internship, in addition to refining the medical criteria for a successful decision-making in favor of patients. Issues of great importance to end in a suitable way the professional training of the graduate doctor, which results in warm and quality care for the population. Consequently, the medical internship 2020 - 2021 was favorable in all aspects, for the professional training of the doctor.

Keywords: medical internship, professional skills, medical diagnosis, clinical cases, pandemic, health emergency.

INTRODUCCIÓN

El SARS-CoV-2 llegó para cambiar la vida de todos. En ese sentido, ha tenido una gran repercusión en el sistema de salud. Como grandes testigos de los cambios en el ámbito de la salud acarreados por la pandemia, tenemos a los últimos internos de Medicina, quienes vivieron de cerca todos los cambios efectuados para la prevención, control de la enfermedad y cuidado de los pacientes.

En el Perú, la formación académica de la carrera de Medicina Humana consta de 7 años y en el último, se realiza el internado médico. Esta etapa es de carácter obligatorio en la instrucción de los próximos galenos y representa un requisito para la obtención del grado académico: “Bachiller en Medicina Humana” y el “Título profesional de Médico Cirujano”.

En el presente trabajo, se describe el desarrollo del internado enero 2020-abril 2021 de Yeannean Gálvez Dulanto y Diego Renato Barrios Pinto, estudiantes de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, tanto en el contexto previo a la pandemia, como durante la emergencia sanitaria. Yeannean, completó su formación rotando por los niveles de atención III-1 (Hospital Nacional Arzobispo Loayza) y I-3 (Centro de Salud Conde de la Vega Baja); mientras que Diego, lo hizo en los niveles III-3 (Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña) y I-3 (Centro de Salud San Juan Miraflores).

En las rotaciones previas a la cuarentena, los internos se encargaban de realizar las historias clínicas de ingreso al hospital, reportar la evolución de los pacientes, efectuar los pendientes y realizar guardias tanto diurnas como nocturnas en la emergencia del nosocomio asignado (1). El escenario cambió drásticamente con la reanudación de las actividades, ya que pasaron a centros de salud de menor complejidad, donde sus funciones serían totalmente distintas.

Es importante reconocer que antes del estado de emergencia, existía una alta carga laboral para el interno, trabajar por más de 12 horas al día, llegando a estar, en casos de guardias nocturnas, por 36 horas sin salir del hospital de rotación, sin necesariamente recibir alimentación de parte de la institución y en la mayoría de los casos sin percibir salario alguno por su trabajo (2)(3). Como no todo puede ser malo, la pandemia conllevó a que la labor del interno se dignifique y después de mucho tiempo se logró que al menos obtengan derechos laborales mínimos como: cumplir una cantidad determinada de horas a la semana, recibir Equipo de Protección Personal (EPP) y ser acreedores de un sueldo mínimo (3).

En esa búsqueda de salvaguardar la integridad de los internos de Medicina Humana, se les otorgó una inducción de bioseguridad y charlas sobre las características tanto fisiopatológicas como epidemiológicas del SARS-COV 2, conocimientos de vital importancia como el correcto uso de los equipos de protección personal y su respectivo descarte, entre otros; todos útiles para salvaguardar su vida, la de sus familiares y de los pacientes.

Por otro lado, la importancia de este año no solo para los internos, sino también para los médicos en general es inconmensurable, debido a que tuvieron que enfrentar a una enfermedad desconocida de la mano de un sistema de salud olvidado por años y teniendo como principales enemigos a la falta de empatía y desinformación de la población en general, pero con la gran responsabilidad de evitar la propagación del virus, tratar los casos sintomáticos y evitar la muerte de más personas.

Es por eso que, a través del presente Trabajo de Suficiencia Profesional, los autores buscan compartir sus experiencias laborales, haciendo una comparativa entre diferentes niveles de complejidad de atención y rescatar las competencias profesionales logradas a partir del internado médico.

ANTECEDENTES

Las actividades del internado médico 2020 iniciaron bajo el marco del Decreto Supremo N°020-2002-EF, una norma de 18 años de antigüedad que estipulaba una compensación remunerativa (equivalente a 400 soles) para internos de Medicina Humana y Odontología. Este mandato se cumplía de

manera parcial previo al inicio de la pandemia, menos del 60% recibían el pago y si hablamos de aquellos que pertenecen a una universidad privada, el porcentaje disminuía sustancialmente (4). Cabe recalcar que su efecto ha quedado suspendido durante la vigencia de la emergencia sanitaria (3).

Por otro lado, en el año 2005 se promulgó la Ley 28518 o “Ley sobre modalidades formativas laborales”, que establecía las modalidades formativas en el ámbito de la actividad privada. Como el internado se desarrollaba en su gran mayoría en instituciones del MINSA o ESSALUD, esta ley no fue relevante, pese a que se constituía en una alternativa de solución, porque solo atendía a una pequeña proporción de la población objetivo, los internos rotantes en clínicas privadas (5).

En el mismo año, se emitió el Decreto Supremo N°007-2005-TR, que establecía una remuneración que no debe ser menor al mínimo vital, junto a una subvención adicional cada 6 meses. De igual manera, este decreto solo aplicaba para ESSALUD y clínicas (6).

Asimismo, en el 2008 el Decreto Supremo N°003-2008-TR implantó una jornada máxima de 6 horas diarias o 150 mensuales, además de un régimen de guardias nocturnas con sus respectivos descansos pre y post guardia. Estos derechos solo quedaron escritos en el papel y nunca fueron plasmados en la práctica (7).

En el 2018, el Decreto Legislativo N°1401 trajo consigo el régimen especial que regula las modalidades formativas de servicios en el sector público. Sin embargo, exceptúa específicamente a los internos de ciencias de la salud.

Por último, en el 2020 se aprobó el Decreto de Urgencia N°090-2020 que insta medidas temporales y excepcionales como: un estipendio equivalente al mínimo vital, equipo de protección personal, un seguro de salud y un seguro de vida para así ayudar a disminuir la brecha de recursos humanos en la lucha contra el COVID-19. De esta manera, se fomentó la reanudación voluntaria y progresiva al internado.

Los autores consideran importante que los Centros de Salud, tutores y sobre todo los mismos internos sepan sobre los derechos amparados por ley que

poseen, de esta manera poder desarrollar de la mejor manera posible sus labores, generando un ambiente ideal para consolidar conocimientos, aplicar los conceptos aprendidos a lo largo de toda la carrera y nutrirse de experiencia en la atención de los pacientes, por supuesto, bajo la dirección de un médico especialista.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la importancia de los conocimientos y experiencias adquiridas en el primer y tercer nivel de atención en salud durante el internado médico enero 2020 – abril 2021.

Objetivos específicos:

- a) Identificar los derechos laborales inherentes a los internos de Medicina Humana y su aplicación en el contexto pre COVID-19, como durante la pandemia.
- b) Contrastar el aprendizaje adquirido en el internado médico durante las rotaciones en el primer y tercer nivel de atención en salud.
- c) Determinar la importancia en la formación médica de realizar el internado médico en el primer nivel de atención en salud.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El realizar el internado médico en un marco de pandemia fue de gran utilidad, puesto que permitió acercar al médico en formación al primer nivel de atención, sector menospreciado por los pacientes e incluso por el mismo personal de salud. Sin embargo, este primer nivel de atención debería ser el destino de la inversión y de todos los esfuerzos del Estado, si el objetivo es mejorar el sistema de salud. En ese sentido, el interno pasó de ver patologías complejas que necesitaban de un alto nivel resolutivo a observar las enfermedades comunes de la población y su respectivo tratamiento, según el petitorio de fármacos del MINSA y sobre todo perfeccionar el criterio para saber cuándo hacer una referencia oportuna a los pacientes que lo necesiten.

Al haber rotado tanto en centros de nivel III y I, los internos pudieron participar de casos clínicos de diferente complejidad. Lamentablemente, ambos solo pasaron por el servicio de pediatría (incluyendo neonatología) en centros de tercer nivel y continuaron en el primer nivel con los servicios de medicina, cirugía y gineco-obstetricia. A continuación, se detallan algunos de los casos clínicos que pudieron presenciar a lo largo del internado médico:

PEDIATRÍA

Caso 1

Neonato de sexo masculino, de 38 semanas por Capurro, nacido de parto vaginal en HNAL, APGAR 9/9, peso al nacer 4020 gramos, hijo de madre diabética, tiempo de vida de 6 horas, se encuentra en alojamiento conjunto con su madre quien refiere que su hijo presenta falta de succión, “sobresaltos” y está como “dormido” desde hace 1 hora.

Al examen:

- Temperatura: 37 °C. Frecuencia cardiaca: 128 por minuto. Frecuencia respiratoria: 31 por minuto.
- Se evidencia neonato hipoactivo, reflejo de moro exagerado y tremores.
- No ictericia ni cianosis

Exámenes auxiliares

- Hemograma: sin alteraciones
- PCR: normal
- Glucosa sérica: 28 mg/dL

Impresión diagnóstica

- Hipoglicemia neonatal

Tratamiento:

- Minibolo de 8 cc de dextrosa al 10% luego infusión de dextrosa con velocidad de infusión de glucosa (VIG) de 5
- Control de glucosa en 30 minutos

Caso 2

Paciente de 3 años, acude con su madre a la emergencia del INSN por presentar cuadro de diarrea, refiere 5 episodios en 1 día, de regular cantidad, acuosa, sin moco, sin sangre. Además de fiebre de 38 °C y vómitos en 2 ocasiones. Niega otras molestias.

Al examen:

- Peso: 14 kg. Talla: 96 cm. Temperatura: 37.1 °C
- Aparente buen estado general, de hidratación y de nutrición.
- Piel y tejido celular subcutáneo (TCSC): no se evidencia signos de deshidratación y tiene mucosas húmedas. Llenado capilar menor a 2 segundos y signo del pliegue negativo.
- Neurológico: no presenta alteración del sensorio, está activo y conectado con su entorno.

Impresión diagnóstica:

- Enfermedad diarreica aguda de presunto origen infeccioso
- Deshidratación leve

Tratamiento:

- Alta con indicaciones
- Plan de rehidratación oral A

Caso 3

Madre acude por primera vez con su niño de 7 meses a consulta externa del Centro de Salud Conde de La Vega para control. De rutina, el servicio de nutrición le realiza tamizaje de anemia con hemoglobímetro que arroja un resultado de 10.2 gr% de hemoglobina. Niega molestias.

Al examen:

- Peso: 8 kg Talla: 71 cm
- Aparente buen estado general, de hidratación y nutrición.
- Activo, conectado con su entorno.
- No se evidencia palidez de piel ni mucosas.
- Resto del examen físico sin alteraciones

Impresión diagnóstica:

- Anemia leve

Tratamiento:

- Hierro polimaltosado 10 gotas diarias por 1 mes.
- Acudir a cita control en 1 mes

Caso 4

Paciente de 4 años acude con su madre a la consulta externa del Centro de Salud San Juan de Miraflores. Madre refiere que su hijo presenta hace 2 días congestión nasal, rinorrea, tos, fiebre (no cuantificada), malestar general y lo encuentra “decaído”.

Al examen:

- Peso: 16 kg. Talla: 102 cm. Temperatura: 37.4 °C
- Paciente despierto, activo, aparente buen estado general.
- Cabeza y cuello: se evidencia rinorrea transparente, de consistencia acuosa. No se palpan adenopatías cervicales.
- Orofaringe: eritematosa, sin exudados.
- Tórax y pulmones: amplexación conservada, el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares y no se auscultan ruidos agregados.

Impresión diagnóstica:

- Faringitis aguda

Plan:

- Paracetamol en jarabe de 120 mg/5mL: 7.5 mL condicional a fiebre (máximo cada 6 horas)
- Clorfenamina en jarabe de 2mg/5mL: 3.5 mL cada 6 horas
- Amoxicilina en jarabe de 250 mg: 5 mL cada 8 horas por 1 semana

MEDICINA INTERNA

Caso 1

Paciente de sexo femenino de 22 años con antecedente de asma desde la niñez y actualmente sin tratamiento, acude al centro de salud San Juan de Miraflores refiriendo que hace aproximadamente 1 hora presenta sensación de falta de aire, “pitos” en el pecho y tos con expectoración.

Al examen:

- Peso: 50 kg Talla: 155 cm
- Funciones vitales: saturación: 96%. Frecuencia cardiaca: 96 por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 por minuto. Presión arterial 100/70 mmHg
- Paciente sentada, con dificultad respiratoria leve, puede hablar oraciones completas, está lúcida y orientada en tiempo espacio y persona.

- Tórax y pulmones: a la inspección no se observan tirajes. A la auscultación: espiración prolongada, sibilantes espiratorios y roncales.

Impresión diagnóstica:

- Asma bronquial
- Crisis asmática leve

Tratamiento:

- Salbutamol (inhalador) de 100 mcg: 4 puff cada 20 minutos con aerocámara.
- Prednisona: tableta de 50 mg cada 24 horas por 3 días
- Budesonida (inhalador) de 100 mcg: 2 puff cada 12 horas por 1 mes

Caso 2

Paciente de sexo masculino de 43 años, sin antecedentes de importancia, acude a consulta externa del Centro de Salud Conde De la Vega por presentar fiebre de 39°C desde hace 2 días, con tos con expectoración, dolor torácico y malestar general.

Al examen:

- Funciones vitales: Temperatura: 38.8 °C. Frecuencia cardiaca: 101 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 22 por minuto. Saturación de oxígeno: 97%
- Aparente moderado estado general, de hidratación y de nutrición. Con dificultad respiratoria leve.
- Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.
- Tórax y pulmones: A la inspección, se observa amplexación conservada y no uso de musculatura accesoria ni presencia de tirajes. A la auscultación se escuchan crépitos basales en hemitórax derecho y no se ausculta soplo tubárico.

Exámenes auxiliares:

- En la radiografía de tórax se aprecia infiltrado alveolar en lóbulo inferior de pulmón derecho.

- Prueba molecular SARS COV 2: negativo

Impresión diagnóstica:

- Neumonía adquirida en la comunidad

Tratamiento:

- Paracetamol 1 gr condicional a fiebre (máximo 6 gramos al día)
- Amoxicilina 1 gr cada 8 horas por 7 días
- Se informa al paciente sobre signos de alarma

Caso 3

Paciente de sexo femenino de 36 años edad acude a Centro de Salud Conde de La Vega Baja por presentar dolor abdominal en “boca del estómago” de intensidad 8 sobre 10 desde hace 3 horas que se irradia en banda hacia ambos lados. Además, refiere náuseas, vómitos en 4 oportunidades y falta de apetito.

Al examen:

- Aparente regular estado general. Aparente mal estado de hidratación. Aparente regular estado de nutrición. No ictericia.
- Abdomen: A la inspección: Abdomen no globuloso, no cicatrices. Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes. A la palpación: Dolor a la palpación profunda en epigastrio.

Impresión diagnóstica:

- Abdomen agudo a descartar pancreatitis aguda

Plan de trabajo:

- Colocación de vía periférica
- Se hace referencia al Hospital Nacional Arzobispo Loayza por emergencia

Caso 4

Paciente de 44 años, sexo masculino, nacionalidad venezolana, vive en un cuarto con 4 personas. Acude a consulta del Centro de Salud San Juan de

Miraflores refiriendo tos con “flema” hace aproximadamente 1 mes y baja de peso de 3 kilos. Niega otras molestias.

Al examen:

- Facies de Margarito Gautier: aparente buen estado general y de hidratación, aparente mal estado de nutrición. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.
- Tórax y pulmones: a la inspección no se observa uso de músculos accesorios. A la auscultación: estertores apicales en hemitórax izquierdo. No se auscultan soplos.

Impresión diagnóstica:

- Sintomático respiratorio a descartar tuberculosis pulmonar.

Plan de trabajo

- Se solicita: BK en esputo (2 muestras)
- Retornar a consulta externa con resultado de BK en esputo.

Ampliación de caso clínico:

Paciente vuelve a las 2 semanas, con resultado de BK en esputo: ++

Se hace diagnóstico definitivo de TBC pulmonar, se solicita prueba rápida de sensibilidad (MODS) la cual sale sensible para isoniacida y rifampicina.

Se inicia esquema de tratamiento para TBC pulmonar sensible:
2HREZ/4H3R3

Caso 5

Paciente de 46 años, sexo femenino, sexualmente activa, premenopáusica, acude a consulta externa del Centro de Salud Conde de La Vega Baja por presentar disuria, tenesmo y polaquiuria desde hace 1 día. Niega fiebre, escalofríos y dolor en zona costolumbar.

Al examen:

- Lúcida en aparente regular estado general.
- Genito-urinario: puño percusión lumbar negativo.

Plan de trabajo

- Examen completo de orina
- Urocultivo
- Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas por 7 días
- Sacar nueva cita con resultados de exámenes auxiliares

CIRUGÍA

Caso 1

Paciente femenino de 50 años, acude de urgencia a Centro de Salud San Juan de Miraflores refiriendo que desde hace aproximadamente 14 horas presenta dolor abdominal difuso, no localizado, falta de apetito, náuseas y vómitos en 2 ocasiones. Actualmente presenta dolor en fosa iliaca derecha desde hace aproximadamente 6 horas de intensidad 7/10, constante que no se irradia.

Al examen:

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca 92 por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Temperatura: 38 °C.
- Facies dolorosa, en posición antálgica.
- Abdomen: No globuloso. A la auscultación: ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible. Doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Punto doloroso de McBurney positivo. Signo de Blumberg negativo.

Impresión diagnóstica:

- Abdomen agudo quirúrgico a descartar apendicitis aguda

Plan de trabajo:

- Se refiere a Hospital María Auxiliadora para manejo por el servicio de cirugía.

Caso 2

Paciente de 52 años, sexo femenino, acude a Centro de Salud Conde de la Vega Baja acompañada de su hija refiriendo dolor abdominal desde hace 6

horas en hipocondrio derecho de intensidad 8/10 que se irradia a zona dorsal derecha y sensación de alza térmica. Refiere que ha tenido episodios similares de dolor abdominal pero que calmaban con antiinflamatorios no esteroides (AINES).

Al examen:

- Funciones vitales: Temperatura 38.6 °C. Frecuencia cardiaca: 97 por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Saturación de oxígeno: 99%.
- Facies dolorosa, inclinada hacia adelante, ictericia leve.
- Abdomen: No globuloso. Ruidos hidroaéreos presentes. Doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Punto doloroso de Murphy positivo. Signo de rebote negativo.

Impresión diagnóstica:

- Abdomen agudo quirúrgico a descartar colecistitis aguda

Plan de trabajo:

- Referencia a Hospital Nacional Arzobispo Loayza para realización de exámenes auxiliares y manejo.

Caso 3

Paciente mujer de 72 años, obesa, acude a consulta externa del Centro de Salud Conde de la Vega Baja por presencia de bulto en zona abdominal inferior que aparece cuando hace esfuerzos. Niega dolor, niega fiebre. Funciones biológicas conservadas

Al examen:

- Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Aparente buen estado general, de nutrición y de hidratación.
- Abdomen: Abundante tejido adiposo, ruidos hidroaéreos presentes. A la inspección no se aprecia bultos ni signos de flogosis. A la palpación superficial no se evidencia masas ni dolor y a la maniobra de Valsalva se evidencia presencia de masa a nivel inguinal de 3 x 2 cm, reductible.

Impresión diagnóstica:

- Descartar hernia inguinal derecha

Plan de trabajo:

- Se solicita ecografía abdominal. Volver con resultados
- Si ecografía abdominal confirma el diagnóstica, se hará referencia a Hospital Nacional Arzobispo Loayza para manejo por cirugía (consultorio externo)

Caso 4

Paciente de 39 años acude a consulta externa del Centro de Salud San Juan de Miraflores por presentar dolor a la defecación hace 3 días, de intensidad 10 sobre 10, además sangre rojo rutilante en heces y al momento de la limpieza de la zona perianal post defecación. Niega sensación de bulto, fiebre y otras molestias. Refiere que sufre de estreñimiento hace meses.

Al examen:

Región perianal: Se evidencia zona eritematosa con una fisura anal en línea media posterior.

Impresión diagnóstica:

- Fisura anal

Plan de trabajo

- Naproxeno 550 mg cada 12 horas por 7 días
- Baños de asiento 2-3 veces por semana por al menos 4 semanas
- Crema de acetato de dexametasona 0.025g, clorhidrato de lidocaína 2g: aplicar en región perianal después de cada defecación.
- Lactulosa 3.3 gr jarabe: 15 ml cada 8 horas por 15 días

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso 1

Segundigesta de 13 semanas por fecha de última regla (FUR) acude a su control prenatal del Centro de Salud San Juan de Miraflores trayendo sus

resultados de la primera batería de exámenes. Niega molestias urinarias. Niega fiebre, prurito vaginal, pérdida de líquido, sangrado vaginal.

Al examen:

- Altura uterina: 10 cm
- Situación, presentación, posición: no aplica
- Latidos cardiacos fetales: 140 por minuto
- Movimientos fetales: no aplica
- Dinámica uterina: no aplica
- Especuloscopia y tacto vaginal: diferido

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 12 semanas por fecha de última regla
- Sífilis latente

Plan de trabajo:

- Penicilina G benzatínica 2.4 millones: 1 ampolla intramuscular 1 vez por semana, 3 dosis

Caso 2

Paciente de 36 años, gestante de 34 semanas, G1P000, acude a consulta en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja por presentar disuria, polaquiuria y dolor abdominal bajo desde hace 3 días. Niega fiebre y otras molestias.

Al examen:

- Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Altura uterina: 31 cm
- Situación, presentación, posición: Longitudinal, cefálico, derecho
- Latidos cardiacos fetales: 150 por minuto
- Movimientos fetales: presentes
- Dinámica uterina: ausente
- Especuloscopia y tacto vaginal: no aplica

Impresión diagnóstica:

- Infección del tracto urinario

Plan de trabajo

- Examen completo de orina
- Urocultivo + antibiograma
- Tratamiento:
 - o Nitrofurantoina 100 mg cada 6 horas por 7 días
 - o Volver terminado el tratamiento para control

Caso 3

Paciente femenino de 51 años, refiere que presenta un “tumor” en mama izquierda hace aproximadamente 6 meses que fue aumentando de tamaño. Hace aproximadamente 2 semanas notó secreción hemática por el pezón izquierdo, razón por la cual acude al Centro de Salud Conde de la Vega Baja.

Al examen:

- Lúcida, orientada en tiempo espacio y persona.
- Examen de mamas: A la inspección se evidencia retracción de piel periareolar en mama izquierda. Se palpa masa de 3 x 4 cm en cuadrante superior externo, doloroso, adherido a planos profundos, semiblando. A la compresión del pezón secreción hemática.

Impresión diagnóstica:

- Masa mamaria a descartar cáncer de mama

Plan de trabajo:

- Se refiere a Hospital Nacional Arzobispo Loayza para manejo por especialidad

Caso 4

Paciente femenino de 24 años acude a consulta externa del Centro de Salud San Juan de Miraflores por presentar desde hace varios meses dismenorrea incapacitante. También refiere estreñimiento, disquecia y dispareunia profunda en sus días de menstruación. Además, acné en rostro y espalda, y caída de cabello. Niega uso de algún método anticonceptivo. FUR: no recuerda

Antecedentes gineco-obstétricos:

- G0P000
- Régimen catamenial: irregular, 7 días cada 40-45 días.
- Andría: 1

Al examen físico dirigido:

- Especuloscopia: Orificio cervical externo cerrado, puntiforme, sin secreciones cervicales, no se aprecia flujo vaginal patológico.
- Palpación unimanual: Paredes vaginales rugosas, cérvix de consistencia conservada. Dolor a la palpación en fondo de saco posterior.
- Palpación bimanual: Útero con movilidad reducida.

Impresión diagnóstica:

- Hemorragia uterina anormal
- Descartar Síndrome de ovario poliquístico
- Descartar Endometriosis

Plan de trabajo:

- Se solicita: Ecografía transvaginal, dosaje de estrógenos, DHEAS, testosterona, FSH, LH.
- Próxima cita con resultados

Ampliación del caso clínico:

Paciente vuelve con resultados de imágenes que muestran lo siguiente

- Ecografía transvaginal: Presencia de 26 folículos en ovarios derecho y 22 en el izquierdo. Ovarios aumentados de tamaño. Cavidad uterina no ocupada. Se evidencia focos endometriósicos profundos en recto.

Paciente no pudo realizarse exámenes de laboratorio.

Diagnósticos:

- Síndrome de ovario poliquístico
- Endometriosis

Plan de trabajo:

- Etinilestradiol + levonorgestrel (30 microgramos + 150 microgramos)
- Se deriva al área de ginecología para manejo más especializado.

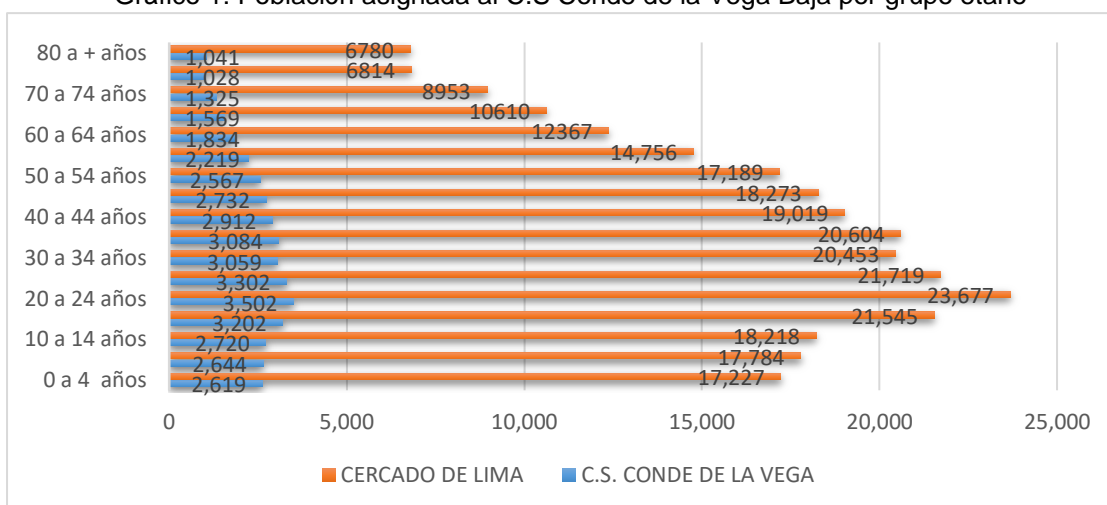
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA

El Centro de Salud Conde de la Vega Baja se encuentra ubicado en el distrito de Cercado de Lima, pertenece a la DIRIS Lima Centro y al nivel de atención I-3 (10).

La población asignada al centro en el 2018 era de 53465 (de los 275988 habitantes del Distrito de Cercado de Lima, es decir un 14.98%) y la mayor cantidad se encuentra entre las edades de 20 a 24 años tal y como se muestra en el gráfico 1 (10).

Gráfico 1: Población asignada al C.S Conde de la Vega Baja por grupo etario



Actualmente la jefatura del Centro de Salud está a cargo de la doctora Rocío Jiménez Camaná y el área de epidemiología del doctor Paul Curo Morales.

Además, cuenta con servicios como: laboratorio, ecografía, radiología, tóxico, centro obstétrico (no hay atención de parto), consultorios, etc.

La población que se atiende en el centro recibe un aproximado de 5 atenciones por persona al año (intensidad de uso), según se menciona en el ASIS 2018, este valor ha aumentado a través de los años y se debe principalmente al aseguramiento universal que permite el acceso a los servicios de salud, además de haber adoptado el modelo de atención integral en salud que permitía que cada persona tenga más atenciones (10).

Con respecto a la morbilidad, se menciona que, en la etapa de vida del niño (0 a 11 años), los 2 principales motivos de consulta la constituyen las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, seguido de otras deficiencias nutricionales (refiriéndonos a la anemia en la mayoría de los casos). En la etapa de vida adolescente (12-17 años), joven (18-29 años) y adulto (30-59 años) sucede de manera similar, ubicándose primero las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, seguido de infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y por último otras deficiencias nutricionales (10).

Los pacientes adjudicados a este centro, de ser necesario, deben ser referidos al Hospital Nacional Arzobispo Loayza para un manejo más especializado (nivel III-1). Actualmente, por pandemia, muchos servicios se encuentran cerrados dificultando así el tratamiento oportuno de algunas enfermedades más complejas. Asimismo, con respecto al área de obstetricia, se refiere a toda gestante mayor a 37 semanas al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (III-1) o al Hospital Nacional Arzobispo Loayza para el plan de parto (10).

CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES

El Centro de Salud San Juan de Miraflores se encuentra ubicado en el distrito del mismo nombre, pertenece a la DIRIS Lima Sur y al nivel de atención I-3. Para el 2020, la población asignada de este establecimiento es 42,291 habitantes, como se aprecia en la Tabla N°1 (11).

Tabla N°1: Población jurisdiccional asignada al C.S. San Juan de Miraflores 2020

COD. RENAES	DISTRITO / ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORIA	POBLACION	0	1 a 4	5 a 11	12 a 17	18 a 29	30 a 59	60 a +	28 DIAS	0-5 MESES	6 a 11 MESES	NACIMIENTO	POB. FEM. TOTAL
6115	C.S. San Juan de Miraflores	I-3	42,291	626	2537	4487	4,147	9,337	16042	4515	50	314	311	604	21,265

Actualmente la jefatura del centro de salud está a cargo de la Dra. Sofía Gómez Gallegos.

Cuenta con servicios como: laboratorio, tópico, centro obstétrico (no hay atención de parto), consultorios de medicina, plan de control de tuberculosis, área de odontología, psicología, nutrición y ahora también ofrece a la población un área para el manejo de pacientes COVID.

En la tabla N° 2 se observa el sistema de referencia y contrarreferencia asignado al C.S. San Juan de Miraflores para el año 2020, tanto para el apoyo diagnóstico como para una atención especializada. Respecto a la especialidad de Obstetricia, a partir de la semana 37, las gestantes serán referidas ya sea al Centro Materno Infantil Manuel Barreto o al Hospital María Auxiliadora de ser necesario (11).

Tabla N°2 Sistema de referencia y contrarreferencia C.S. San Juan de Miraflores 2020

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TIEMPO DE DEMORA	MOTIVO DE REFERENCIA			
		ATENCIÓN ESPECIALIZADA	APOYO AL DIAGNÓSTICO		
			RAYOS X	ECOGRAFIA	LABORATORIO
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	20 min	X	X	X	X
CMI MANUEL BARRETO	20 min	X	X	X	
CMI. DANIEL ALCIDES CARRION	30 min	X			
C.S. LEONOR SAAVEDRA	15 min		X	X	
C.S. JESUS PODEROSO	15 min			X	
C.S. TREBOL AZUL	30 min				X

En caso de requerirlo, los pacientes son referidos al Hospital María Auxiliadora, nosocomio de nivel III-1, para una atención especializada en las áreas médicas y quirúrgicas. Con la consigna de descongestionar la atención en los hospitales, se ha implementado el servicio de REFCON, mediante interconsultas virtuales a los médicos especialistas, a cargo del personal médico del centro (11).

Por último, para pruebas de imágenes de ayuda diagnóstica como radiografías y ecografías, los establecimientos designados son C.M.I Manuel Barreto y C.S. Leonor Saavedra (11).

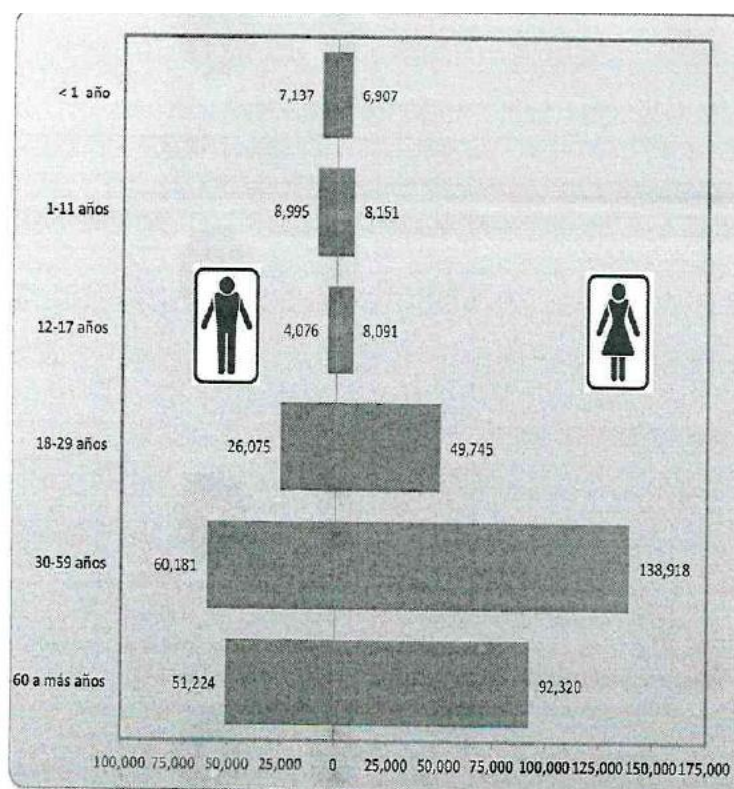
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

El hospital Nacional Arzobispo Loayza se encuentra ubicado en el distrito de Cercado de Lima, es de fácil acceso y depende funcional, estructural y financieramente del Ministerio de Salud (MINSa) (12).

Es un hospital de alta especialización y de referencia en el ámbito local, nacional e internacional, catalogado como categoría de nivel III-1 que además de brindar servicios a la población también fomenta la docencia e investigación en salud.

Con respecto a la población, el HNAL no tiene una población asignada puesto que se trata de un centro de referencia nacional. Sin embargo, se puede observar en el gráfico N°2 la pirámide poblacional según sexo y edad que muestra que el género con mayor número de atenciones es el femenino (65.86%) y el grupo etario es el de 30 a 59 años (43.11%) (12).

Gráfico 2: Pirámide poblacional según sexo y edad. ASIS 2019

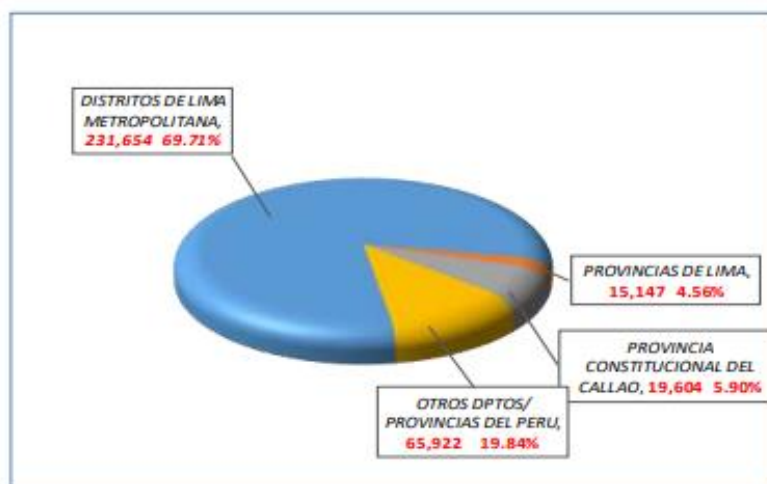


Además, en el 2019 de los 23214 pacientes que egresaron del HNAL, el 73.6 procede de Lima, el 26.4% de las regiones y sus provincias a nivel nacional (12).

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

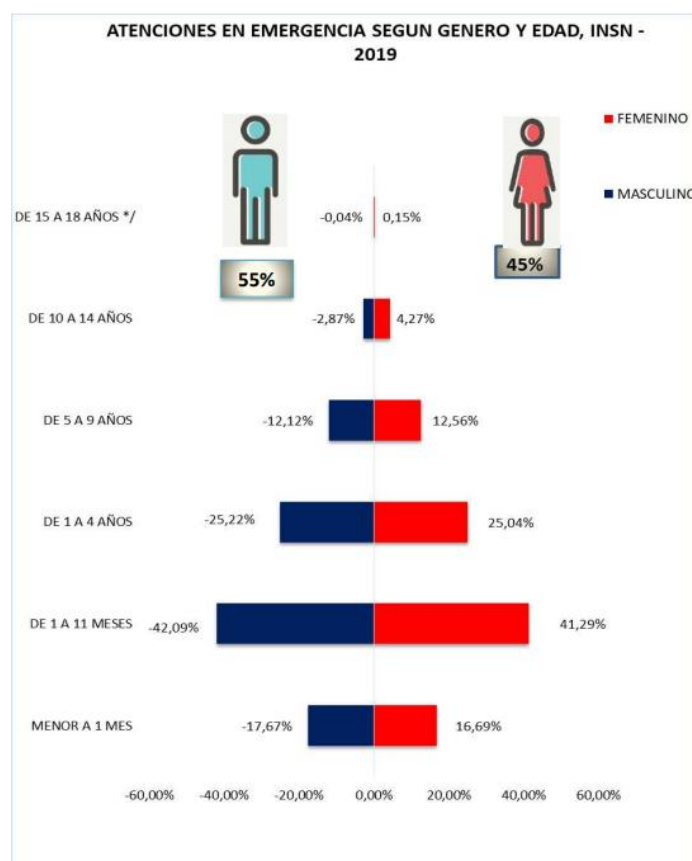
El INSN-Breña es el centro hospitalario especializado de mayor complejidad en el área pediátrica del Perú (nivel III-3). La oferta de los servicios que brinda está concentrada en especialidades de Atención Médica (Dpto. de Medicina, Cirugía, Psiquiatría, Genética, entre otros) y no Médica (Enfermería, Inmunizaciones, Servicio Social, Nutrición, Fisioterapia, Odontología, Psicología entre otros). Llegando en el año 2019 a un total de demanda institucional de 679 970 atenciones (13).

Gráfico 3: Procedencia de la consulta externa (atenciones médicas) INSN 2019



Este Instituto, atiende a niños y adolescentes referidos de los distintos establecimientos de salud a nivel nacional. Prueba de ello, son las 332 327 atenciones registradas en consulta médica para el 2019, de las cuales un 69.71% procedieron de Lima Metropolitana, seguido del 19.84% procedentes de otros departamentos o provincias del Perú (13).

Gráfico 4: Atenciones en emergencia según género y edad, INSN - 2019



En cuanto al Servicio de Emergencia, se pudo registrar una demanda de 67754 pacientes para el año 2019. Del total de atenciones, se observó que el 45% representó al sexo femenino y el 55.0% al sexo masculino. Por otro lado, el grupo etario de mayor demanda fue de 1 a 11 meses, grupo de edad de mayor riesgo, con 28270 representando el (41,7%), seguidamente de los grupos de edad de 1 a 4 años (25,1 %), menor a 1 mes con (17, 2%), y así respectivamente las otras edades (13).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Con respecto al caso 1 de pediatría se puede apreciar que el diagnóstico y manejo han sido correctos, al tener un neonato hijo de madre diabética se sabe que es un factor de riesgo para hipoglicemia neonatal debido al hiperinsulinismo fetal que esto conlleva, además, es macrosómico, otro antecedente importante (14). Asimismo, la clínica también nos orienta al diagnóstico.

Recordando la fisiopatología, en el momento de la adaptación fisiológica a la vida extrauterina, la glicemia en el neonato a término sano disminuye durante las dos primeras horas después del parto hasta llegar a no menos de 40 mg/dl. Sin embargo, esto no ocurre en los neonatos con ciertos factores de riesgo como en el presente caso, donde puede disminuir mucho más (15).

La mayoría de las guías utilizadas en la práctica clínica proporcionan diferentes umbrales del valor de glucosa para iniciar la intervención a pesar de las controversias en torno a la definición de hipoglucemia. Para fines prácticos, como dice la guía de práctica clínica del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, se tomará como una glicemia menor a 45 mg/dL (15).

Este paciente tuvo una glicemia de 28mg/dL, además de estar sintomático, por lo tanto, el manejo es con minibolo de 8 cc de dextrosa al 10% tal y como se muestra en el caso y se basa en la guía de práctica hospitalaria ya mencionada y *UpToDate* (14).

En el caso 2 de pediatría, vemos un típico cuadro de enfermedad diarreica aguda. Por la anamnesis, al mencionar que son deposiciones no

sanguinolentas, la presencia de fiebre y vómitos, nos orientan a pensar en una gastroenteritis viral, trastorno diarreico más común en la práctica médica. Si hubiera habido sangre macroscópica o el moco en las heces se hubiera considerado una probable enteritis bacteriana y ameritaba otro manejo (16).

Asimismo, una consecuencia de la diarrea aguda es la deshidratación y en Perú la enfermedad diarreica aguda es una causa importante de morbimortalidad en menores de 5 años por tal motivo. Esto sucede porque los pacientes pediátricos se deshidratan más rápido ya que tienen una mayor pérdida insensible y mayor área de superficie corporal con relación al peso. Por eso es importante evaluar signos de deshidratación en el paciente, que en este caso no presentaba ninguna (no tiene signos claves como trastorno del sensorio, sed y signo de pliegue). Es por ello que el manejo de este paciente fue el adecuado, indicando el plan de rehidratación A, tal y como dicen la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda y cólera en la niña y el niño” del MINSA 2017 (17).

Por otro lado, en el caso 3, se presenta un paciente con anemia, un gran problema de salud pública en Perú. El manejo de la anemia en niños dependerá de la edad (si son mayores o menores de 6 meses) o si han sido prematuros, además, la dosificación también puede realizarse según el peso del paciente. Para el correcto tratamiento de la anemia se basan en la Norma técnica para el Manejo Terapéutico y Preventivo de La Anemia en Niños, Adolescente, Mujeres Gestantes y Puérperas (18).

Este paciente fue diagnosticado correctamente con una anemia leve y fue tratado con hierro polimaltosado en la dosis correcta (usando gotas por kilo de peso). Sin embargo, este caso clínico nos enseña que aún no se logra hacer una correcta suplementación preventiva de hierro que en pacientes nacidos con bajo peso al nacer y/o prematuros debe iniciar a los 30 días de vida y en los nacidos a término o con adecuado peso al nacer desde los 4 meses de edad. Asimismo, recalcar que el médico tratante debe generar adherencia al tratamiento explicándole a la madre la importancia de la hemoglobina en el niño y las consecuencias de la anemia.

Finalmente, en el último caso de pediatría, se muestra un caso típico de faringitis aguda, causa frecuente de consulta. En este caso, tanto el diagnóstico como el tratamiento no fueron los adecuados ya que, gracias a la anamnesis y examen físico, se puede constatar que el paciente no cumple con más de 3 de los criterios de Centor (cuadro 1) usados para valorar etiología bacteriana, por ende, se plantea con mayor probabilidad que sea de etiología viral, de tal manera que el manejo no debió ser con antibióticos, sino solo con sintomáticos (19).

Cuadro 1: Criterios de Centor para el diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana

Criterios de Centor
Exudados amigdalares
Linfadenopatía cervical anterior dolorosa
Fiebre
Ausencia de tos

Con respecto al caso 1 de medicina interna, el antecedente de asma en esta paciente cobra mucha importancia para poder realizar nuestro diagnóstico. Aplicando los parámetros de la guía GINA 2019, se estaría ante un claro caso de crisis asmática leve (definida por hablar frases, no estar agitado, frecuencia respiratoria aumentada pero no mayor a 30 por minuto, no uso de músculos accesorios, frecuencia cardíaca elevada pero no mayor a 200 por minuto) (20).

Esta guía menciona el manejo de una crisis en el primer nivel de atención con el uso de uso de los beta agonistas de acción corta (SABA) y ciclo corto de 3 a 5 días con corticoides (prednisona a dosis de 1 mg/kg) al alta (20). Por lo tanto, se concluye que el diagnóstico fue acertado y se hizo un correcto manejo de la patología.

Siguiendo con el caso 2, el diagnóstico fue el correcto ya que la anamnesis orienta a que se trata de una infección de vías respiratorias bajas, al ser un cuadro agudo, brusco, con fiebre alta, dolor torácico y examen físico muy característico obliga a pensar en una neumonía de etiología bacteriana típica, es decir, por *Streptococo pneumoniae* (21)(22).

Además, es la etiología más frecuente en adultos de la cuarta década de vida. Por lo tanto, el manejo correcto es con terapia antibiótica dependiendo de la

presencia de factores de riesgo, que en este caso no tiene ninguno. Sin embargo, aunque el uso de amoxicilina no estuvo mal indicado, la guía de *UpToDate* recomienda doble terapia de un beta lactámico más un macrólido como azitromicina (23).

Al analizar el caso 3 de medicina interna, el caso clínico orienta a un abdomen agudo. La presunción diagnóstica fue acertada, una probable pancreatitis aguda caracterizada por el dolor abdominal moderado severo con irradiación típica en banda o cinturón (24)(25). Se trata, entonces, de un abdomen agudo médico, que como muy bien se dijo, debe ser derivado para tratamiento en un centro de mayor complejidad, en este caso, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde se realizarán pruebas de laboratorio como amilasa y lipasa sérica (24), pruebas con las que no cuenta el centro de salud nivel I-3.

En el caso clínico número 4, se habla de un paciente sintomático respiratorio. Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad en nuestro país, se debe pensar automáticamente en una tuberculosis pulmonar (26). Además, presenta otros síntomas muy característicos de esta enfermedad como baja de peso, sudoración nocturna y fiebre vespertina. Asimismo, es importante mencionar la relevancia de los factores de riesgo para tuberculosis pulmonar como el hacinamiento y falta de ventilación. Por ende, el diagnóstico y manejo de este caso fue preciso, basándose en la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis del 2013 (26). Sin embargo, podría agregarse en el plan de trabajo que se debe realizar el seguimiento de los contactos para poder diagnosticar oportunamente otro caso de tuberculosis además de educar al paciente y su entorno para evitar la transmisión. Sin olvidar que por el contexto actual de pandemia es imprescindible descartar la COVID 19 en todo paciente con síntomas respiratorios.

Para finalizar con la rotación de medicina interna, en el caso número 5 se puede observar el típico caso de una infección urinaria baja (cistitis aguda no complicada) que suele suceder en mujeres premenopáusicas y sexualmente activas (27). Esta vez el diagnóstico fue correcto, mas el plan de trabajo no fue el adecuado. Las guías plantean, como tratamiento de primera línea,

antibióticos como: nitrofurantoina (macrocrisales) 100mg vía oral cada 12 horas por 5 días, trimetropin-sulfametoxazol de 160/800mg vía oral cada 12 horas por 3 días o fosfomicina 3g vía oral en única dosis (27)(28). Sin embargo, se hizo caso omiso al tratamiento de primera línea; inclusive no están indicados el examen de orina ni el urocultivo en mujeres con síntomas típicos de cistitis aguda simple (27).

Cambiando de especialidad, en el caso 1 de cirugía tanto el diagnóstico como el plan de trabajo fueron acertados. La paciente acude al centro de salud por un cuadro claro de abdomen agudo quirúrgico, al presentar la cronología de Murphy orienta al diagnóstico de una apendicitis aguda. Asimismo, por la cantidad de horas desde el comienzo del dolor y la presencia de fiebre se puede inferir que está en la etapa clínica 3 que indica necrosis o gangrena del apéndice, aún sin perforación, razón por la cual aún no presenta reacción peritoneal (29). Hubiera sido ideal colocar el puntaje obtenido de la escala de Alvarado (cuadro 2) sin embargo no se contaba con exámenes de laboratorio, a pesar de ello, la paciente presentaba al momento un puntaje de 6 puntos, razón por la cual sí debió ser derivada de emergencia a la especialidad de cirugía de un centro de mayor complejidad para manejo específico, probablemente quirúrgico (29).

Cuadro 2: Escala de Alvarado para el diagnóstico de apendicitis aguda

Feature	Point
Migratory right lower quadrant pain	1
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Tenderness in the right lower quadrant	2
Rebound tenderness in the right lower quadrant	1
Fever >37.5°C (>99.5°F)	1
Leukocytosis of white blood cell count >10 x 10 ⁹ /liter	2
Total	9

Respecto al caso 2, también se realizó un adecuado diagnóstico y manejo. Una paciente que presenta dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis siempre debe hacer sospechar de una colecistitis aguda, además

la presencia de signo de Murphy positivo en la exploración física apoya el diagnóstico (30). Sin embargo, tal y como se menciona en los criterios de Tokyo (cuadro 3) es necesario la confirmación mediante imágenes, como una ecografía, que demuestre el engrosamiento de la pared vesicular, edema de la pared de la vesícula biliar o un signo de Murphy ecográfico (31).

Cuadro 3: Criterios de Tokyo para el diagnóstico de colecistitis aguda.

<p>A. Signos de Inflamación Local: (1) Signo de Murphy, (2) Masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho</p>
<p>B. Signos de Inflamación Sistémica: (1) Fiebre, (2) PCR elevada, (3) Recuento de GB elevados.</p>
<p>C. Hallazgo Imagenológico característico de colecistitis aguda</p>
<p>Diagnóstico Sospechoso: Un ítem de A más uno de B Diagnóstico Definitivo: Un ítem de A más uno de B más uno de C</p>

El plan de trabajo implica exámenes de laboratorio como hemograma completo y proteína C reactiva, y una ecografía, sin embargo, el centro de salud no tiene los recursos para realizarlo por lo que debe derivarse a un centro de mayor complejidad tal y como se menciona en el caso.

Con relación al caso 3 de cirugía se plantea el diagnóstico de hernia inguinal sin embargo no se especifica si es directa o indirecta. Sin embargo, se puede inferir que se trata de una hernia directa, aquella que, anatómicamente, protruye medial a los vasos epigástricos inferiores dentro de triángulo de *Hesselbach*, y es debido a factores que debilitan la *fascia transversalis* como la edad de la paciente y multiparidad (32)(33).

Asimismo, el diagnóstico de hernia inguinal se puede realizar basándose en la anamnesis y la exploración física, sin necesidad de más estudios. Sin embargo, se solicitaron imágenes para poder confirmar el diagnóstico, en este caso la ecografía que es la mejor modalidad de diagnóstico inicial para

identificar dicha patología (32). Una vez confirmado, se debe derivar al servicio de cirugía por consulta externa para manejo específico como hernioplastía.

En cuarto y último caso de cirugía, se presenta un paciente con hematoquecia que por las características del sangrado y sintomatología asociada se trata de un caso de fisura anal, patología donde el dolor anal es el síntoma cardinal además de la asociación con sangrado anal.

A menudo, las fisuras anales se diagnostican erróneamente como enfermedad hemorroidal, como ha sucedido en este caso, debido a que ambos diagnósticos son relativamente comunes y comparten a signos y síntomas. Para poder diferenciarlos se necesita realizar un examen físico además de ser más minuciosos en la anamnesis ya que por ejemplo el síntoma característico de las fisuras anales es el dolor de grado severo y que se exagera por la defecación, diferente a la patología hemorroidal que se caracteriza por un dolor más leve y no muy relacionado con la defecación (34)(35).

En el examen físico, aunque las condiciones del centro de salud no lo permiten, se debió colocar al paciente en una posición de *Sims* y separar suavemente los glúteos observando la línea media posterior donde se apreciaría un desgarró longitudinal (36).

Finalmente, en cuanto a los casos clínicos de gineco-obstetricia, el número 1 hace referencia a sífilis en gestante, una patología muy importante. El manejo fue el adecuado haciendo una correcta prevención secundaria realizando un diagnóstico precoz (con la primera batería de exámenes que se pide a toda gestante en su primer control que incluye la prueba no treponémica RPR) y tratamiento oportuno. Ambos se basaron en la "Norma Técnica De Salud Para La Prevención De La Transmisión Materno Infantil Del VIH, Sífilis Y Hepatitis B" donde especifica que el tratamiento de elección para sífilis en la gestante es con bencilpenicilina benzatínica (Penicilina G Benzatínica) 2.4 millones, una dosis por semana hasta completar 3 dosis, además indica que los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención deben proveer y asegurar el tratamiento gratuito (37).

Por su parte, el caso 2, trata de una infección urinaria, específicamente de una cistitis aguda no complicada. El diagnóstico se basa en los síntomas de la paciente que orientan a que no existe compromiso de vías urinarias altas. Al ser una gestante el tratamiento cambia, cabe recalcar que la nitrofurantoína no se recomienda ni en primer ni tercer trimestre de gestación, razón por la cual el manejo fue inadecuado (38)(39). Según guías como *UpToDate*, se puede escoger entre los siguientes esquemas antibióticos mostrados en el cuadro 4.

Cuadro 4: Esquemas de tratamiento para cistitis aguda simple en gestantes

Antibiótico	Dosis	Duración	Notas
Nitrofurantoína	100 mg por vía oral cada 12 horas	Cinco a siete días	No alcanza niveles terapéuticos en los riñones por lo que no debe utilizarse si se sospecha pielonefritis. Evite el uso durante el primer trimestre y a término si hay otras opciones disponibles.
Amoxicilina	500 mg por vía oral cada 8 horas o 875 mg por vía oral cada 12 horas	Cinco a siete días	La resistencia puede limitar su utilidad entre los patógenos gramnegativos.
Amoxicilina-clavulánico	500 mg por vía oral cada 8 horas u 875 mg por vía oral cada 12 horas	Cinco a siete días	
Cefalexina	250 a 500 mg por vía oral cada 6 horas	Cinco a siete días	
Cefpodoxima	100 mg por vía oral cada 12 horas	Cinco a siete días	
Fosfomicina	3 g por vía oral en dosis única		No alcanza niveles terapéuticos en los riñones por lo que no debe utilizarse si se sospecha pielonefritis.
Trimetoprim-sulfametoxazol	800/160 mg (una tableta de doble concentración) cada 12 horas	Tres días	Evitar durante el primer trimestre y a término.

Asimismo, es importante pedir un examen de orina control y urocultivo después de haber cumplido el tratamiento para comprobar la eficacia (38).

El caso clínico número 3, muestra una paciente con una masa mamaria palpable con signos de malignidad. Cuando una paciente acude a consulta por esta razón se debe hacer un examen clínico minucioso, dentro de ello se encuentra (40):

- Inspección:
 - Estática: Se debe observar la forma, volumen, simetría, bultos, hundimientos, cambios de coloración de la piel, si hay exantema, ulceración o cualquier secreción que oriente a una lesión maligna de mama, como en el caso descrito.

- Dinámica: que consta de 3 pasos: el primero, sentada con ambos brazos hacia la cabeza; el segundo, sentada haciendo presión en las caderas con las manos y los hombros hacia atrás y el tercer paso, sentada e inclinada hacia adelante. Estos pasos se realizan para observar depresiones, retracción o desviación, que también nos orientarían a una patología maligna
- Palpación:
 - Se debe realizar un barrido torácico y palpación digital manual, en busca de bultos en mama. En caso de hallar uno, describir consistencia, tamaño, adherencia a planos profundos y si es doloroso. Además, es importante no olvidar la palpación de ganglios linfáticos (axilares, mamarios, supraclaviculares y subclavios) y la compresión del pezón para evidenciar secreciones.

En el caso de esta paciente, si bien no se realizó el examen clínico completo de mamas sobre todo por falta de un ambiente adecuado y tiempo, ya que el tiempo de consulta no excede los 15 minutos, se logró evidenciar muchos signos de malignidad que obligan a pensar en cáncer de mama, motivo por el cual se le dio referencia a un centro de mayor complejidad al área de ginecología para manejo por especialidad como por ejemplo solicitar una mamografía para posteriormente decidir el tratamiento, tal y como se muestra en el gráfico 5.

Gráfico 5: Algoritmo de manejo en mujeres con lesiones palpables de mama - INEN



Para finalizar, se procederá a analizar el caso 4 de gineco-obstetricia donde presentan a una paciente con dolor pélvico crónico. La “guía de práctica clínica y de procedimientos en ginecología” del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) menciona que se debe sospechar de endometriosis cuando la paciente presenta al menos uno de los siguientes síntomas: dolor pélvico crónico, dismenorrea que afecta la calidad de vida, dispareunia profunda, síntomas gastrointestinales periódicos, síntomas urinarios periódicos e infertilidad asociada a un síntoma anterior (28). La paciente, como se observa, presenta 4 de ellos, reuniendo criterios clínicos para sospechar de endometriosis. Además, la paciente presenta un útero poco móvil, que es un hallazgo contributorio.

Los exámenes auxiliares que ayudan al diagnóstico son el marcador Ca 125 (baja sensibilidad y especificidad), ecografía (útil para descartar endometriomas ováricos y también puede diagnosticar enfermedad que compromete vejiga o recto), resonancia magnética (es útil para el diagnóstico de endometriosis profunda, pero al ser más costosa que la ecografía no es de primera opción), laparoscopia (*gold standard*) y la histología (28). Sin embargo, no se puede realizar laparoscopia a todas las pacientes que acuden a consulta por dolor pélvico, es por ello que el diagnóstico de endometriosis es preferentemente clínico y se apoya con hallazgos ecográficos.

Para el tratamiento, esta guía de práctica clínica (ANEXO N°1) se enfoca en el manejo de los dos síntomas principales: el dolor y la infertilidad. Respecto al dolor, el manejo es principalmente hormonal, induciendo el hipoestrogenismo para que haya una atrofia del tejido endometrial ectópico. Dentro de los medicamentos de primera línea tenemos a los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y en caso la paciente no desee gestar se aprecian a los estrógenos/progestágenos combinados y progestágenos solos (entre ellos, el de elección es dienogest 2mg/día ya que es selectivo a los receptores de progesterona con poco efecto androgénico) (28).

En el presente caso, se medicó a la paciente con terapia combinada estrógenos/progestágenos con etinilestradiol/levonorgestrel, que es el medicamento disponible en el petitorio del MINSA.

Se considera que puede ser manejado en el primer nivel de atención y será enviado a nivel de mayor complejidad solo cuando exista falla terapéutica. En conclusión, tanto el diagnóstico como el plan de trabajo fueron los correctos, a excepción de la referencia.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Definitivamente el internado médico 2020-2021, constituye una experiencia que probablemente no se repita. Los recientes egresados, fueron los únicos que rotaron en hospitales y centros de salud, recopilando experiencias y conocimientos de distintos niveles de atención.

De por sí, la transición del pregrado al internado fue impactante. Pasar a asistir de lunes a domingo al hospital asignado, por más de 10 horas al día sin contar las guardias diurnas y nocturnas; fue un mal normalizado por años al que los internos tuvieron que acostumbrarse. Obviamente, sin desacreditar o restar mérito a la gran importancia académica y empírica que otorga el rotar en un hospital.

Esa normalidad se vio abolida con el anuncio de la cuarentena obligatoria a mediados de marzo del 2020, puesto que los internos fueron separados abruptamente de los hospitales hasta nuevo aviso. Después de muchos meses, entre octubre y noviembre, retornaron a sus actividades formativas, pero ya no a los hospitales a los que habían sido adjudicados, si no, a Centros de Salud.

Aunque muchos veían con malos ojos el primer nivel de atención, los autores consideran que fue de gran utilidad para el siguiente paso en la formación médica, el inicio de las actividades en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS). Debido a que ahora los internos están habituados a las usuales patologías de los Centros de salud, a las guías de manejo elaboradas por el MINSA y al correcto llenado del tedioso papeleo propio de este nivel de atención, que en un internado “normal”, no hubiese sido posible.

Además de todo el conocimiento médico que permite adquirir, los Centros de Salud representan una oportunidad de generar experiencia y destreza en actividades no realizadas habitualmente por los médicos, como: canalización de vías, extracción de sangre venosa para análisis laboratorial, aplicación de medicación intramuscular, entre otros. Habilidades que podrían resultar provechosas para los futuros pacientes del médico egresado en el ya mencionado SERUMS y por qué no, a lo largo de su carrera.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Se concluye que los internos de medicina adquirieron las competencias profesionales necesarias para un diagnóstico precoz y manejo correcto de una vasta cantidad de enfermedades a lo largo de las rotaciones durante el internado médico 2020-2021, además de afinar el criterio médico para una acertada toma de decisiones en favor de los pacientes. Cuestiones de gran importancia para finalizar de una manera idónea la formación profesional del médico egresado, que resulte en una atención cálida y de calidad para con la población. En consecuencia, resultó favorable en todo aspecto, el internado médico 2020 – 2021, para la formación profesional del egresado de Medicina Humana.

SEGUNDA

Asimismo, se puede concluir que los derechos laborales, propios de los internos de Medicina Humana, estuvieron olvidados previo a la pandemia, pero que, bajo el contexto de desarrollar actividades formativas en un estado de emergencia sanitaria, el cumplimiento de estos derechos se tornó más estricto para así salvaguardar la integridad de los próximos galenos.

TERCERA

Resultó sumamente trascendente el aprendizaje adquirido en el internado médico durante las rotaciones en el primer y tercer nivel de atención en salud, respectivamente, ya que se mostró dos realidades distintas desde todo punto

de vista, que consolidaron los conocimientos, a partir de una experiencia enriquecedora.

CUARTA

Se determinó la importancia en la formación médica de realizar el internado médico en el primer nivel de atención en salud, debido a la heterogeneidad de patologías y casos que se presentan a diario y que refuerzan los conocimientos adquiridos durante la carrera médica, enriquecidos con una práctica intensiva, como producto de la misma coyuntura.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Recomendar una interacción de beneficio mutuo y comunicación estrecha entre los Centros de Salud, para que todos los internos completen las rotaciones mínimas previstas y se garantice el aprendizaje empírico de éstas; sobre todo, lo referido a las áreas de obstetricia y cirugía. Ejemplo, los internos pertenecientes al nivel I3, que no cuentan con salas de partos, puedan rotar en establecimientos de mayor complejidad.

SEGUNDA

Por otro lado, recomendar estandarizar la atención médica, a través del cumplimiento de las normas técnicas del Ministerio de Salud, guías de manejo clínico nacionales y/o internacionales; apoyados en capacitaciones que garanticen la constante actualización sobre el manejo de distintas patologías. De esta manera, erradicar el uso injustificado de muchos medicamentos, sobre todo de los antibióticos y así disminuir la resistencia antibiótica en el país.

TERCERA

Asimismo, se recomienda al Ministerio de Salud y al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, perpetuar el cumplimiento de los derechos laborales mínimos otorgados de manera excepcional a los internos, para así garantizar su bioseguridad, promover un mejor aprendizaje, reconocer su labor y dignificarla.

CUARTA

Finalmente, recomendar para los futuros años de internado, incluso acabada la pandemia, establecer una rotación final en el primer nivel de atención. Con la finalidad de conocer la realidad, responsabilidades, carencias, las patologías más frecuentes y sus respectivos manejos. De esta manera, el egresado contará con habilidades y conocimientos útiles para el siguiente paso en la formación médica, el SERUMS.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rojas-Bolivar D. Diario de un interno de medicina: aproximaciones a la educación médica y al sistema de salud en Lima, Perú. 1.a ed. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2018.
2. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Med Peru. 2016;33(2):105-10.
3. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta Med Peru. 2020;37(4):562-4. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.1852>
4. DECRETO SUPREMO N° 020-2002-EF. Fijan compensación remunerativa para internos de Medicina Humana y Odontología [Internet]. 2002 p.1. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/248510/223869_file20181218-16260-5oisg2.pdf
5. LEY 28518. Ley sobre modalidades formativas laborales. 2005 p.7. Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/28518.pdf>

6. DECRETO SUPREMO N°007-2005-T. Aprueban Reglamento de la Ley N°28518 “Ley sobre Modalidades Formativas laborales”. 2005 p.62. Disponible en:

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3BEE7203C586A5C205257E22005CE1BC/\\$FILE/2_DECRETO_SUPREMO_007__19_09_2005.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3BEE7203C586A5C205257E22005CE1BC/$FILE/2_DECRETO_SUPREMO_007__19_09_2005.pdf)

7. DECRETO SUPREMO N°003-2008-TR. Dictan medidas sobre jornadas máximas de modalidades formativas reguladas por la Ley N°28518 así como las prácticas preprofesionales. 2008 p.3. Disponible en:

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/\\$FILE/DS_003_2008_TR.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/$FILE/DS_003_2008_TR.pdf)

8. DECRETO LEGISLATIVO N°1401. Decreto legislativo que aprueba el régimen especial que regula las modalidades formativas de servicios en el sector público. 2018 p.5. 2018. Disponible en:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/204726/DECRETO_LEGISLATIVO_N%C2%BA_1401.pdf

9. DECRETO DE URGENCIA N°090-2020. Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19. 2020 p.4. Disponible en:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1184155/DU090_2020.pdf

10. Jiménez R et al. Análisis de Situación de Salud C.S. Conde de la Vega Baja. Lima; 2018.

11. Gómez S. Informe de Gestión C.S. San Juan de Miraflores. Lima; 2020.

12. Huamán J et al. Análisis de Situación de Salud Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima; 2019.

13. Asdrúbal J et al. Análisis de Situación de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña. Lima, 2019.

14. August P. Jeyabalan A. Pathogenesis, screening, and diagnosis of neonatal hypoglycemia [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 19 March 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-screening-and-diagnosis-of-neonatal-hypoglycemia?search=hipoglicemia%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~69&usage_type=default&display_rank=1
15. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipoglicemia neonatal [Internet]. 2019 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Direccion/RD%20175%20SB%202020.pdf>
16. Harris J. Pietroni M. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 19 March 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
17. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda y cólera en la niña y el niño. 2017
18. MINSA. Norma técnica para el Manejo Terapéutico y Preventivo de La Anemia en Niños, Adolescente, Mujeres Gestantes y Puérperas [Internet]. 1 ed. 2017 [citado 17 abril 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
19. Fleisher G. Evaluation of sore throat in children. Evaluation of sore throat in children [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 17 March 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-sore-throat-in-children?search=FARINGITIS%20NI%C3%91OS§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H12&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H12

20. Global Initiative for Asthma(GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2019 Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>
21. Guía de práctica clínica: neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Lima: SPEIT, OPS 2009
22. Klompas M. Clinical evaluation and diagnostic testing for community-acquired pneumonia in adults [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-evaluation-and-diagnostic-testing-for-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=NEUMONIA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
23. Ramirez J. Overview of community-acquired pneumonia in adults [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=NEUMONIA&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=3#H104549599
24. Guidi M. Curvale C. Pasqua A. Hwang H. Pires H. Basso S et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam 2019;49(4):307-323
25. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
26. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2013.

27. Hooton T. Gupta K. Acute simple cystitis in women. [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women?search=infeccion%20urinaria&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=3
28. INMP. Guía de práctica clínica y de procedimientos en ginecología. 2020
29. Smink d. Soybel D. Management of acute appendicitis in adults. [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: . Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
30. MINSA. Guías de práctica clínica de las patologías más frecuentes del servicio de cirugía general del departamento de Cirugía y constan de: Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa, apendicitis aguda, colelitiasis-colecistitis, enfermedad diverticular de colon, infección del sitio operatorio. 2015
31. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J HepatobiliaryPancreatSci. 2018 Jan;25(1):41-54.
32. Brooks D. Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal%20directa&source=search_result&selectedTitle=1~10&usage_type=default&display_rank=1
33. Marengo B. Retamar M. Sanchez M. Guadalajara J. Cano A. Lopez J. Tipos de Hernias Clasificaciones actuales. Cir Andal. 2018;29(2):77-79
34. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso

de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp*. 2018;96(5):260–7.

35. Bleday R. Breen E. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=2~86&usage_type=default&display_rank=2

36. Stewart D. Anal fissure: Clinical manifestations, diagnosis, prevention [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention?search=fisura%20anal&source=search_result&selectedTitle=2~62&usage_type=default&display_rank=2

37. Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B: NTS N°159 - MINSAs/2019/DGIESP (R.M. N°1138-2019/MINSAs). Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de VIH – SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis – Lima: Ministerio de Salud; 2019.

38. Hooton T. Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infecci%C3%B3n%20urinaria%20gestante&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H253489076

39. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2019; 68:e83.

40. Sánchez M. Álvarez-Díaz M. Cárdenas C. Duran C. La técnica correcta para la exploración de mama [Internet]. Medigraphic. [cited 2021 Apr 16].

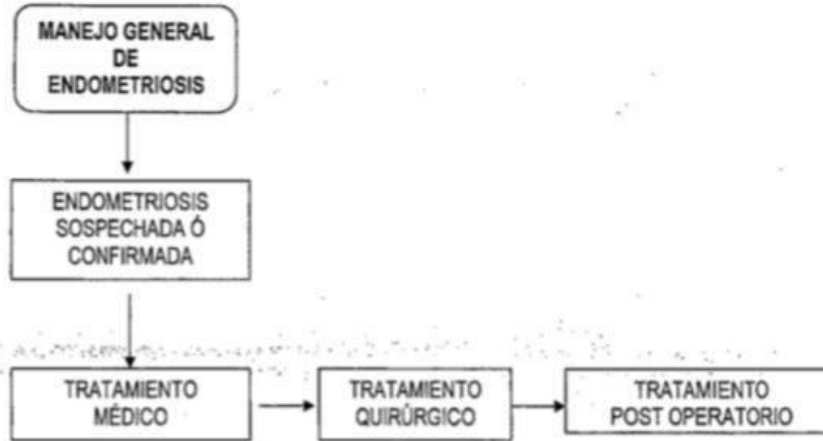
Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un182i.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1

VII. FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA N° 01: MANEJO GENERAL DE ENDOMETRIOSIS:



FLUXOGRAMA N° 02: MANEJO MÉDICO DE ENDOMETRIOSIS:

