



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

REENFOQUE DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE EMERGENCIA
SANITARIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE DIFERENTE NIVEL
DE CATEGORIZACIÓN LIMA 2020 - 2021

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

PRESENTADA POR
MARCELA ORELLANA DELGADO
ASESOR

MG. PIERINA DANOS DIAZ

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

**REENFOQUE DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE
EMERGENCIA SANITARIA EN ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE DIFERENTE NIVEL DE CATEGORIZACIÓN
LIMA 2020 - 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARCELA ORELLANA DELGADO**

**ASESORA
MG. PIERINA DANOS DIAZ**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. María Isabel Mercado Herrera

Miembro: Mg. Karin Narda Gálvez Carrillo

Miembro: M.E. Zoila Roxana Villa Zapata

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi abuelito, el Dr. Florencio Delgado Morales, quien compartió conmigo el amor a la medicina, quien me inspiró a ser, en un futuro no muy lejano, un gran médico, más humilde, más compasiva, más solidaria y más humana. En donde quiera que él se encuentre, él me cuida y me protege, guiándome en cada paso que dé en esta carrera, para cumplir este sueño que compartimos juntos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada docente que pasó por mi vida pre profesional, dejando sus enseñanzas para mi formación médica, y también lecciones de vida.

Sobre todo, ahora último, bajo esta situación de pandemia, doy gracias a todo el personal del Centro de Salud San Juan de Miraflores, desde médicos asistentes, enfermeras, obstetras, laboratorista, licenciadas en nutrición y técnicas de enfermería, que amablemente nos recibieron en el establecimiento, nos han instruido de acuerdo con su profesión y aprendí a valorar mucho más el trabajo en el primer nivel de atención.

Y no menos importante, agradezco a mis abuelos, mis padres y mi hermana por ser un gran apoyo durante toda mi carrera, ellos han sido mi sostén cada vez que las cosas no salían como esperaba, pero me enseñaron a seguir adelante, a ser fuerte y perseverante.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación por Gineco - Obstetricia en el Hospital San Bartolomé	2
1.1.1 Caso 01: Ruptura Prematura de Membranas	3
1.1.2 Caso 02: Preeclampsia	5
1.2 Rotación por Pediatría en C.S. San Juan de Miraflores y Hospital de Vitarte	7
1.2.1 Caso 03: Anemia	7
1.2.2 Caso 04: Convulsión febril	8
1.3 Rotación de Medicina en C.S. San Juan de Miraflores	10
1.3.1 Caso 05: Hipertensión arterial	10
1.3.2 Caso 06: Tuberculosis Pulmonar	11
1.4 Rotación de Cirugía General en C.S. San Juan de Miraflores	13
1.4.1 Caso 07: Herida punzo cortante en cara	14
1.4.2 Caso 08: Onicocriptosis	14
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
2.1 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	16
2.2 Centro de Salud San Juan de Miraflores	18
2.3 Hospital de Vitarte	19

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
3.1 Análisis de Casos de Gineco- Obstetricia	21
3.2 Análisis de Casos de Pediatría	24
3.3 Análisis de Casos de Medicina Interna	26
3.4 Análisis de Casos de Cirugía General	28
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	31
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	37
ANEXOS	42
ANEXO 1: Población asignada al C.S. San Juan De Miraflores 2020	42
ANEXO 2: Manejo de RPM según categoría basada en edad gestacional – ACOG 2020	43
ANEXO 3: Criterios diagnósticoS para Preeclampsia – ACOG 2020	44
ANEXO 4: Tratamiento antihipertensivo para preeclampsia – ACOG 2020	45
ANEXO 5: Valores de concentración de hemoglobina según grupo etario	46
ANEXO 6: Cartilla de manejo para suplementación preventiva y terapeuta para anemia en pediatría	47
ANEXO 7: Estratificación del riesgo cardiovascular en categorías según valores de presión arterial, factores de riesgo, comorbilidades, daño de órgano.	48
ANEXO 8: Dosificación de tabletas de dosis fijas combinadas para tratamiento antituberculoso según peso.	49

RESUMEN

En el último año de la carrera de Medicina Humana, se realiza el internado médico, periodo de máxima experiencia que tiene el estudiante tanto a nivel académico como a nivel personal.

En él se afirma y consolida los conocimientos previamente adquiridos, y realiza procedimientos siempre bajo la supervisión de un médico asistente, teniendo mayor autonomía.

Por la emergencia sanitaria a raíz de la infección del COVID-19, muchas instituciones como las Universidades y el Ministerio de Salud se han adaptado para poder seguir con la formación médica, considerando la exposición y el riesgo que existen.

En este trabajo se presentan las expectativas de los estudiantes ante un internado médico antes de la pandemia y cómo esta ha cambiado al culminar el periodo internado bajo este contexto.

ABSTRACT

In the last year of the Human Medicine career, students complete the medical internship, a period of maximum experience that the student achieves both academically and personally.

The previously acquired knowledge is affirmed and consolidated in this internship. The students always perform procedures under the supervision of an assistant doctor, having greater autonomy.

Due to the health emergency because of the COVID-19 infection, many institutions such as universities and the Ministry of Health have adapted to continue with our medical training, considering the possible risk.

This paper will present the expectations of students in front of a medical internship before the pandemic and how it has changed at the end of the internship under this context.

INTRODUCCIÓN

La definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud en 1948 es la siguiente: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad". Es decir, considera el estado saludable de una persona, según su calidad de vida y no solo el hecho de manifestar síntomas o padecer alguna enfermedad. ⁽¹⁾

La salud es una de las mayores preocupaciones a nivel nacional, siendo esta mayor por la emergencia sanitaria que se vive hoy en día, formando parte de las prioridades del Estado, por lo que las Facultades de Medicina de las distintas Universidades tienen la responsabilidad de la formación de los profesionales en salud, para que en un futuro sean parte de un mejor sistema sanitario.

Ahí nace la importancia del internado médico dentro del currículum, el cual consiste en prácticas pre profesionales en hospitales docentes, donde el interno de la salud va a consolidar los conocimientos teóricos previamente estudiados durante la carrera, y los llevará a la práctica, adquiriendo nuevas habilidades y destrezas, logrando la capacidad de autocrítica y toma de decisiones para solucionar las adversidades que se presenten en el camino. ⁽²⁾

Es en este periodo donde, además del lado académico, el alumnado ejercitará su vocación de servicio, mejorando el aspecto afectivo con los enfermos, optimizando la relación médico - paciente para que sea más cercana,

centrándose en la persona y no solo en la misma enfermedad. Fortalecerá el trabajo en equipo con sus otros compañeros y también con el resto del personal de salud que se encuentre en las diferentes áreas, entablando nuevas relaciones. ⁽³⁾

Normalmente, el internado médico se realiza en hospitales de mayor complejidad, durante todo un año, siendo jornadas desde 8 horas al día hasta guardias de 36 horas a más, rotando por las especialidades de medicina interna, cirugía general, gineco - obstetricia, y pediatría, ganando las competencias que cada una de ellas requiere.

Un estudio realizado por Nieto - Gutiérrez y colaboradores, titulado “Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014”, describe la apreciación de cada médico graduado sobre su internado médico, analizando las diferentes dificultades por las que padece el interno en este periodo. Es un estudio observacional, descriptivo y transversal, el que se encuestó a médicos que asistieron al “I Curso Regional de inducción al Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS)”, organizado por el Consejo Regional III Lima del CMP durante el año 2014. Se recolectaron datos relacionados a docencia, bioseguridad, carga laboral y administrativa, seguro médico, y agresión. ⁽⁴⁾

Por ejemplo, más de la mitad de encuestados refirió que no percibieron interés por parte de su tutor encargado, la mayoría no recibió material de bioseguridad exponiéndose a riesgos biológicos, ni capacitación sobre el tema. Tampoco contaban con seguro médico, encontrándose desprotegidos ante enfermedades contraídas durante sus rotaciones. Además, muy pocos tenían el descanso post guardia, perjudicando y contribuyendo a problemas de salud mental afectando su desempeño, a esto se le suma las agresiones verbales, acoso sexual y agresión física que se reportaron. Importante decir que el 80% comunicaron una carga laboral excesiva. ⁽⁴⁾

Este artículo nos hace reflexionar sobre las deficiencias que presentaba el internado médico.

Con la emergencia sanitaria mundial hubieron varios países que a su criterio decidieron apresurar el desarrollo de graduación suprimiendo uno de los

exámenes más importantes de la carrera como lo fue en Italia, en el Reino Unido llegaron a la conclusión de suspender el último año de la carrera de Medicina Humana, y colocar a aquellos estudiantes de manera temporal bajo el Consejo General Médico, otros destinaron a su alumnado del último año como residentes temporales por falta de personal médico. ⁽⁵⁾

En un estudio realizado por Albitress – Flores y colaboradores, titulado “Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19”, el cual tiene como objetivo describir las impresiones que tenían los internos de medicina a raíz de la suspensión del internado por la pandemia por el COVID-19. Es un estudio descriptivo, transversal aplicado a una población de 3 500 estudiantes de la salud en su último año de 41 universidades peruanas que contaban con Facultad de Medicina Humana, previo consentimiento informado. ⁽⁶⁾

Se obtuvo una muestra de 381 participantes, pero se excluyeron a 28 personas por no completar consentimiento informado, por participación previa o por no ser internos; analizándose 353 datos proveniente de internos de medicina. ⁽⁶⁾

Se pudo observar que un 54.9% de estudiantes se encontraba de acuerdo con el regreso de manera voluntaria al internado médico, siempre que se garantice las respectivas medidas de bioseguridad; además de haber mucha inquietud sobre la fecha de reincorporación y el término del año académico. Durante la cuarentena el 85.6% del alumnado se encontraba en clases virtuales de manera particular a través de las diferentes academias que existen, esto se debe a que gran mayoría de estudiantes tienen la impresión que los conocimientos adquiridos por su casa de estudio no son suficientes para por rendir satisfactoriamente el Examen Nacional de Medicina. ⁽⁶⁾

La reanudación voluntaria al internado médico fue en base a las directivas propuestas en el Documento Técnico “Lineamiento para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090- 2020”, el cual fue aprobado mediante la Resolución Ministerial 622 – 2020/ MINSA, en ella se ha

establecido una mejora en la participación del interno en ciencias de salud.

(7)(8)

Este documento pone en regla la mayoría de los inconvenientes que se analizó en el artículo previamente descrito; precisa que el interno de medicina debe estar inscrito en Registro Nacional del Personal de la Salud, debe contar con el contrato por parte del MINSA, con el pago del mínimo vital, tener cobertura de seguros, recibir equipos de protección personal y contar con prueba rápida para COVID 19 no reactivo. (7)

Asimismo, indica que el desarrollo de las actividades en adelante serán ejecutadas en centros de primer nivel de atención en áreas NO COVID, a menos que los hospitales previamente adjudicados acepten internos de regreso. Estas serán realizadas de lunes a sábado con un horario fijo, de 7:00 am a 13:00 pm, con dos guardias diurnas de 12 horas al mes, llevando a cabo un régimen de asistencias de quince días, y descansando los otros quince días. (7)

Estas prácticas son complementadas gracias a la virtualización de actividades previstas por los mismos hospitales docentes y las universidades, quienes tuvieron que adaptarse a esta nueva normalidad planteando diferentes iniciativas. Sin embargo, existen varios estudiantes que se les dificulta esta transformación hacia lo digital, ya que no todos cuentan con aparatos electrónicos para poder atender a sus clases, hay ausencia de un área dentro de casa para poder estudiar, existencia de hacinamiento dentro de ella, o el simple hecho de tener que trabajar para ayudar en casa y no tener tiempo para las clases, o tener algún familiar enfermo en el hogar, o uno mismo. (9)

Las habilidades principales para la práctica médica como es la realización de una correcta anamnesis y un buen examen físico deben ser exclusivamente en presencia del paciente, existiendo varias limitaciones ante el progreso. Es este contexto donde entra a tallar las escuelas de Medicina, en crear o direccionar el enfoque que previamente se tenía durante la carrera, para que el alumnado pueda cumplir satisfactoriamente con las prácticas en establecimientos de salud de diferente nivel, siempre velando y respaldando su salud y bienestar, incitando la investigación e innovación en educación,

adquiriendo mayor responsabilidad social para responder a sus estudiantes, analizando el sistema de salud presente en el país, y sobre todo dándole importancia al primer nivel de atención, que hemos visto que está descuidado.

(9)

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es una etapa fundamental para la formación del futuro profesional durante el pregrado, puede definirse como las prácticas pre profesionales realizadas en el último año de la carrera.

En este periodo permite a los estudiantes de medicina consolidar todo lo aprendido en años anteriores, aplicando los conocimientos teóricos y prácticos, desarrollando y alcanzando nuevas competencias y habilidades a través de la mayor carga de responsabilidad que previamente era reducida, para así participar del diagnóstico, manejo y rehabilitación de manera activa de las diferentes patologías que se presenten a lo largo de las distintas especialidades como medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia.

Los internos iniciaron este periodo con muchas expectativas de poder adquirir nuevos conocimientos al alternar con los profesionales de la salud y aprender de ellos sus habilidades en el manejo de protocolos en cada patología, además de realizar e intervenir en diferentes procedimientos, con la satisfacción de poder calmar lo que aqueja al paciente. ⁽¹⁾

Sin embargo, esto se vio perjudicado por la situación de emergencia sanitaria que se vive a nivel mundial, limitando la intervención del interno de medicina en muchos campos de la materia, esto debido a directrices por parte del Ministerio de Salud con el fin de proteger la salud y la integridad del estudiante, teniendo que adaptarse a estas normativas.

Un ejemplo de ello es la gran parte del alumnado que tuvo que dirigirse a centros de establecimiento de menor complejidad a terminar sus labores como interno de medicina, en áreas no COVID, donde, si bien es cierto el primer nivel de atención es primordial en el Sistema de Salud, el campo clínico y/o quirúrgico es reducido.

Cabe resaltar la importancia de la atención en el primer nivel pues aquí es donde se resuelven las necesidades básicas en salud más frecuentes de la comunidad, cumpliendo las actividades de prevención, promoción, atención médica, vigilancia epidemiológica, recuperación y rehabilitación.

En este nivel de salud se da el primer contacto de atención en salud al paciente, por ello la responsabilidad del interno de entablar una relación empática, brindando lo necesario para la solución de su enfermedad, bajo la tutela del médico asistente. Podemos ser apoyo para el paciente de diversas maneras, desde la promoción y educación en salud.

1.1 Rotación por Gineco - Obstetricia en el Hospital San Bartolomé

La rotación de gineco - obstetricia en el Hospital San Bartolomé consta de tres meses, pasando un mes por hospitalización en Alto Riesgo Obstétrico (ARO), quince días de puerperio normal al igual que puerperio patológico, quince días en centro obstétrico, y otros quince días en hospitalización de ginecología.

La rotación por Alto Riesgo Obstétrico suele ser demandante por la alta carga de pacientes, se observan desde casos de hemorragias de la segunda mitad de embarazo como placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, síndromes hipertensivos en el embarazo como preeclampsia e hipertensión gestacional, ruptura prematura de membranas (RPM), corioamnionitis, isoimmunización Rh, colestasis gestacional, embarazo gemelar, entre otras.

Una de las cualidades que caracteriza al Hospital San Bartolomé es su nivel de enseñanza, pues en cada visita los médicos asistentes, dependiendo de la patología que se esté tratando, dirigen preguntas académicas hacia el alumnado para poder complementar dicho tema. Además, todos los días,

tanto internos como médicos residentes, preparan presentaciones de temas de los casos que se hayan presenciado durante la pasantía. Muy aparte de ello, se ejecutaban actividades académicas todos los días a mediodía, ya sea sobre revisión de temas específicos, o análisis de artículos, al igual de casos clínicos de mayor complejidad.

Un par de internos acuden a consultorio de control prenatal donde llevaban a cabo funciones básicas como es la realización de las maniobras de Leopold para conocer la situación, posición y presentación fetal; altura uterina y escuchar latidos fetales.

Uno de los casos importantes durante el mes en ARO fue el siguiente:

1.1.1 Caso 01: Ruptura Prematura de Membranas

Paciente mujer de 34 años de edad, con 24 semanas de edad gestacional por historia clínica, G2 P0010, FUM: 08/07/2019 y FPP: 15/04/2020, acude a emergencia de gineco - obstetricia refiriendo pérdida de líquido en poca cantidad que moja ropa interior estando en consulta odontológica, no asociado a contracciones ni sangrado. Posterior a ello, refiere nueva pérdida de líquido amniótico en mayor cantidad que moja hasta muslos.

Durante la emergencia se le realiza especuloscopia evidenciándose pérdida de líquido, no se evidencia dinámica uterina. Al tacto vaginal: cuello central, blando, cerrado de 2 cm. Se le realiza una ecografía encontrando líquido amniótico disminuido (pozo mayor de 17 mm), LCI, placenta fúndica grado II. Se le solicita Test Fern, que posteriormente sale positivo, hemograma completo y PCR, examen de orina y urocultivo.

Es hospitalizada a Alto Riesgo Obstétrico con los siguientes diagnósticos:

- Gestante de 24 semanas de edad gestacional por historia clínica.
- D/c RPM lejos de término

Indicando: Si Test de Fern (+) administración de antibiótico profilaxis con Ampicilina y Eritromicina, además de maduración pulmonar con Betametasona, vigilar signos de corioamnionitis, reposo relativo.

Como antecedentes personales en el 2018 fue hospitalizada por legrado uterino por aborto espontaneo a las 9 semanas de gestación; y antecedentes familiares, su madre es diabética.

Posee siete controles prenatales, con presiones de 110/60 a 90/60, IMC de 26.22, con ganancia ponderal de 12 Kg.

Durante el embarazo cursa con síndrome febril a causa de una rinofaringitis para lo cual se le dio tratamiento sintomático con paracetamol, presenta un examen de orina patológico, y un examen de glucosa en ayunas de 94 mg/dl.

Una vez hospitalizada en ARO, los resultados de sus exámenes fueron el examen orina y urocultivos negativos, el hemograma al ingreso fue de Hemoglobina: 11.4 mg/dL, Leucocitos: 10 180, Abastionados 4%, PCR: 14.1.

Con los siguientes diagnósticos:

- Gestante de 23 2/7 semanas de edad gestacional por ecografía precoz
- RPM peri viable +/- 4 horas.
- D/c Diabetes Mellitus
- Oligohidramnios leve
- Anemia leve

Indicando: Reposo relativo, hierro polimaltosado, vigilar signos de corioamnionitis, paño perineal permanente.

Al día siguiente del ingreso se le realiza otro hemograma con los siguientes resultados: Hemoglobina: 10.6, Leucocitos: 9 600, Abastionados 1%, PCR: 10.

Durante su estancia hospitalaria, se le realizaron hemogramas cada tres días y ecografías semanales.

Otra rotación importante fue en centro obstétrico, por donde se rotaba por quince días y se realizan las guardias. Es en esta pasantía donde se adquiere las habilidades para poder realizar una correcta atención de trabajo de parto, empezando por efectuar la fase alumbramiento y, pasando el tiempo, cuanta

más experiencia se adquiere, poder realizar el trabajo de parto eutócico, siempre bajo vigilancia del médico residente y asistente. Tampoco se pierde la docencia en esta rotación, pues cada cambio de guardia a las 14:00 pm se llevaba a cabo la presentación de casos clínicos de las pacientes aun en sala, complementando con temas académicos, muchas veces dejando lecturas para integrar el conocimiento.

1.1.2 Caso 02: Preeclampsia

Uno de los casos que se pudo presenciar fue el de una paciente mujer de 18 años de edad, con gestación a término por altura uterina, G1P0000, FUR 09/05/2019, FPP: 13/02/2020, acude a emergencia de gineco - obstetricia por presentar dinámica uterina cada 10 minutos, no pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal.

Durante la emergencia se le evidencia dinámica uterina cada cinco minutos, de 25 segundos cada una, de buena intensidad. Al TV (4:30 am): incorporado 90%, dilatación de 4 cm, membranas íntegras, con una altura de presentación de C-3. Albúmina negativa.

Es hospitalizada en centro obstétrico con los siguientes diagnósticos:

- Gestante a término por altura uterina
- Trabajo de parto: fase activa

En centro obstétrico (4:50) se le toma las funciones vitales, encontrando una presión arterial de 120/90 mmHg en dos ocasiones, indicando nifedipino condicional si PA \geq 160/110.

Niega antecedentes personales. Dentro de los antecedentes familiares su abuela materna es hipertensa. Como interurrencias durante la gestación ha presentado infección del tracto urinario en dos ocasiones con examen orina patológico y anemia leve.

Posee tres controles prenatales, presión arterial dentro de lo normal, un IMC de 20 con una ganancia ponderal de 9 kg.

A las 6:30 am se le realiza un segundo TV: incorporado 100%, dilatación de 5 cm, membranas rotas: líquido amniótico claro, altura de presentación C -2, albúmina +, y PA 120/90. Se le solicita perfil de preeclampsia.

Los resultados del perfil de preeclampsia: Hemoglobina: 8.1 mg/dL, Plaquetas 208 000, Creatinina: 0.71, TGO: 17 U/L, TGP: 05 U/L, BT: 0.36 mg/dL, DHL: 349 U/L, lámina periférica sin alteraciones, I Pr/Cr: 1.05. Se le prescribe estimulación de trabajo de parto con oxitocina.

A las 8:50 am de le vuelve a tomar la presión arterial en 130/90. El TV: incorporado: 100%, dilatación de 9 cm, membranas rotas: líquido amniótico claro, altura de presentación C-1.

A las 9:30 paciente con sensación de pujo, se le vuelve a realizar TV: incorporación 100%, dilatación de 10 cm, membranas rotas: líquido amniótico claro, altura de presentación C+2. Se recibe a una recién nacida de 39 semanas por Capurro, de 3 250 Kg de peso, 50 cm de altura, Apgar 9´- 9´.

Lamentablemente, durante la pasantía en el área de ginecología, por temas de clausura de centro quirúrgico, las cirugías electivas para enfermedades como miomatosis uterinas eran diferidas, por lo que la gran mayoría de casos de emergencia como abortos. Por la misma cuestión, eran limitadas las entradas a centro quirúrgico para ver alguna operación o procedimiento como AMEU o legrado uterino. Sin embargo, es en esta rotación donde internos acuden a consultorio de ginecología y adquieren las destrezas para hacer papanicolaou, colocación de implantes, entre otros.

Las rotaciones en puerperio patológico, muy aparte de ver el desenlace de las enfermedades que padecían las pacientes que llegaban a hospitalizarse en ARO, se tuvo la oportunidad de acudir a emergencia para poder lograr las habilidades de un manejo inicial frente a casos reales, y también se rotaba por el servicio de ecografía.

La última rotación era en alojamiento conjunto, lugar donde se brindan los cuidados integrales e iniciales al recién nacido, previa consejería a la madre, llegando a fortalecer el vínculo madre - hijo, además de la identificación oportuna de signos de alarma; lamentablemente, por la emergencia sanitaria esta queda suspendida.

1.2 Rotación por Pediatría en C.S. San Juan de Miraflores y Hospital de Vitarte

A raíz de la emergencia sanitaria por el COVID 19 las actividades de los internos de medicina en los hospitales fueron suspendidas en la quincena de marzo.

A mediados de los meses de octubre a noviembre varios internos tuvieron que incorporarse ya sea en su mismo hospital, o en centros de salud de primer nivel.

El C.S. San Juan de Miraflores fue un establecimiento el cual abrió sus puertas, muy amablemente, a los internos de medicina para poder concluir sus respectivas actividades.

Este cuenta con varios programas como: despistaje de HTA, despistaje de diabetes, despistaje de anemia, inmunizaciones en menores de edad, programa de prevención y control de tuberculosis, programa de infecciones de transmisión sexual.

Para la rotación de pediatría los internos rotaron por el área de inmunizaciones, despistaje de anemia y consultorio de medicina general.

1.2.1 Caso 03: Anemia

Uno de los casos de anemia es la de un lactante varón de 6 meses de edad, de 7 kg, acude al centro de salud para su respectiva inmunización, tercera dosis de pentavalente y APO. Realizando además el descarte de anemia saliendo el resultado de hemoglobina 10 mg/dL. Por lo que se realiza una interconsulta con medicina general.

En consultorio de medicina se le receta sulfato ferroso a dosis de 3 mg/kg/día, siendo en total por peso a dosis de 21 mg/día.

Sabiendo que el frasco de sulfato ferroso en jarabe viene de 25 mg/ ml de hierro, y que 1 gota de SF = 1.25 mg de Fe elemental.

Por lo tanto, se indica 17 gotas diarias de sulfato ferroso.

El médico asistente realiza una interconsulta a nutrición.

Durante la rotación por el área de medicina, en consultorio externo, la mayoría de pacientes pediátricos acudía por temas, aparte de interconsultas del servicio de inmunización por anemia, por problemas respiratorios altos, o por deshidratación leve por anemia.

Muchos estudiantes tuvieron la dicha de poder hacer rotación externa en diferentes hospitales, uno de ellos el Hospital de Vitarte.

La rotación por neonatología en el Hospital de Vitarte consta de la atención del recién nacido y su respectiva evaluación a las dos horas y cuatro horas en alojamiento conjunto, para poder detectar signos que nos orienten a diferentes enfermedades.

Es durante la visita, donde se hace énfasis de la importancia de la lactancia materna exclusiva, enseñando a las madres la técnica correcta de la lactancia y sus beneficios.

En el servicio de pediatría, la mayoría de los casos que se presenciaron eran sintomáticos respiratorios, convulsión febril, enfermedad diarreica aguda. Aquí también se realizaban exposiciones por parte del interno de temas previamente asignados que complementan nuestras prácticas.

Además, se rotaba por el área de emergencia de donde se puede rescatar este caso:

1.2.2 Caso 04: Convulsión febril

Paciente mujer de 4 años de edad con un tiempo de enfermedad de 10 horas de evolución acude a la emergencia de pediatría por presentar deposiciones líquidas, en cuatro ocasiones con moco sin sangre asociado a fiebre de 38.5°C por lo que su madre le administra paracetamol, posterior a ello la madre refiere que menor de edad presenta movimientos involuntarios tónico - clónicos, de aproximadamente 3 minutos con pérdida y recuperación de la conciencia.

Signos vitales: FC: 110 lpm, FR: 22 rpm, Temperatura: 38.5°C. Peso: 19 Kg.

Al examen físico:

- AREG, AREH, AREN
- Cabeza: Normocéfalo.
- Piel: T/H/E, mucosas húmedas, llenado capilar < 2 seg., signo de pliegue negativo.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible, no distensible, RHA (+), no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierta, activa. Sin signos meníngeos.

Es hospitalizada en el servicio de pediatría con el diagnóstico:

- Convulsión febril
- Gastroenteritis Aguda

Se le indica:

- Dieta blanda + líquido a voluntad.
- Ranitidina 20 mg EV c/ 8 hrs.
- Diazepam 10 mg EV PRN a convulsion
- Metamizol 100 mg EV condicional a fiebre $T^{\circ} \geq 38^{\circ}C$.
- Oxígeno suplementario condicional a $SatO_2 \leq 92\%$
- CFV + OSA

Se solicita hemograma, PCR, examen orina, glucosa, electrolitos, creatinina, TGO, TGP, reacción inflamatoria.

1.3 Rotación de Medicina en C.S. San Juan de Miraflores

Volviendo al C.S. San Juan de Miraflores para las rotaciones de medicina y cirugía, en el cual se rota por las áreas de consultorio externo de medicina general, programa de prevención y control de tuberculosis, programa de prevención de infecciones de transmisión sexual, laboratorio y tópico de urgencias.

Es en consultorio externo de medicina donde podemos realizar la atención de pacientes crónicos, o casos de urgencia, muchas veces teniendo la oportunidad de desenvolvernos por nuestra cuenta siempre con la supervisión del asistente.

1.3.1 Caso 05: Hipertensión arterial

Muchas veces llegando casos de urgencia hipertensiva como el siguiente, paciente varón de 50 años de edad, acude al centro de salud por dolor de cabeza global de intensidad 9/10 con un tiempo de enfermedad de 6 horas. Al estar en triaje se le toma la presión arterial estando en 150/85 por lo que se le administró captopril sublingual STAT.

Funciones Vitales: PA: 150/85; FC: 98 lpm; FR: 18 rpm; Sat O₂: 97%; IMC: 30 kg/m².

Se le re evalúa en 30 minutos observando que la presión arterial había disminuido a 130/75.

Se indica monitoreo de presión arterial por una semana, y se solicita exámenes como hemoglobina, colesterol, triglicéridos, urea creatinina, glucosa. Además de una interconsulta por nutrición. Se le prescribe captopril de 25 mg por día, y control en una semana por medicina general.

Durante la rotación por el programa de prevención y control de tuberculosis, podemos controlar y hacer seguimiento a los pacientes del servicio, no solo por el tema de la tuberculosis, sino también algún problema aparte que estén padeciendo, ahí se practica la lectura de radiografías de tórax, la colocación y lectura del PPD. Es por ello que se pudo presenciar el siguiente caso clínico.

1.3.2 Caso 06: Tuberculosis Pulmonar

Paciente varón de 17 años de edad con un tiempo de enfermedad de 12 años, refiere tos seca, no asociado a fiebre, ni a pérdida de peso. El día 13 de febrero el paciente presenta tos con expectoración sanguinolenta, tipo “rojo vivo” en una oportunidad, posterior a ello presenta expectoraciones seguidas de coágulos aproximadamente en 10 ocasiones.

Al día siguiente se acerca a la emergencia del hospital Casimiro Ulloa donde se le realiza una tomografía de tórax, con el siguiente comentario: Lóbulo inferior izquierdo se observa consolidación parenquimal. También se evidencia focos de impactación bronquiolar con morfología de “árbol en brote” en lóbulo superior derecho e inferior izquierdo, compatibles con bronquiolitis infecciosa, que dentro del contexto clínico del paciente corresponde a etiología específica activa.

El 2 de marzo acude a SISOL a su cita por el servicio de neumología donde el especialista diagnostica Tuberculosis pulmonar en base a tomografía, e indica que acuda a centro de salud para tratamiento.

Una vez diagnosticado la tuberculosis pulmonar, en el programa de prevención y control de tuberculosis se le solicita exámenes de base como son: Hemograma completo, glucosa, creatinina, TGO, TGP, y radiografía de tórax, además de un seriado de baciloscopia, además de prueba rápida de VIH y sífilis.

Niega antecedentes personales. Dentro de los antecedentes familiares el padre y la abuela materna son hipertensos, el abuelo paterno padece de cáncer de colon.

Al examen físico:

- AREG, AREH, AREN
- Cabeza: Normocéfalo.
- Piel: T/H/E, mucosas húmedas, llenado capilar < 2 seg.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible, no distensible, RHA (+), no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierto, activo, Escala de Glasgow: 15/15.

Los resultados fueron:

➤ Baciloscopia: Fecha: 16/02/2021 - Negativo; 18/02/2021 – Negativo

➤ Cultivo de esputo: POSITIVO

➤ Hemograma:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| ● Hemoglobina: 15.20 g/dl | ● Segmentados: 61% |
| ● Hematocrito: 46% | ● Eosinófilos: 4% |
| ● Hematíes: 5 060 000 | ● Basófilos: 1% |
| ● Leucocitos: _ 9 000 l/mm3 | ● Monocitos: 3% |
| ● Neutrófilos: 61% | ● Linfocitos: 31% |
| ● Abastionados: 0% | ● Plaquetas: 310 000/ mm3 |

➤ Glucosa: 97 mg/dl

➤ Creatinina: 1.04 mg/dl

➤ TGO: 34 U/L y TGP: 13.7 U/L

➤ Prueba rápida de VIH y sífilis: No reactivo

Radiografía de tórax: Lesiones parénquimas inflamatorias, hallazgos sugestivos de COVID 19, correlacionar con antecedentes

Con todos estos resultados el paciente ingresa al programa, el cual además de la atención médica, consta de atención en varios servicios como es nutrición, planificación, odontología, y psicología. Posterior a ello, se empieza a evaluar a sus contactos, se les toma además PPD.

El paciente recibe tratamiento de primera fase a dosis fijas combinada, tomando cuatro tabletas al día, por la mañana.

- Rifampicina 150 mg
- Isoniacida 75 mg
- Pirazinamida 400 mg
- Etambutol 275 mg

Cuenta también con el programa de prevención de infecciones de transmisión sexual, el equipo conformado por la médico asistente, una licenciada en enfermería y una obstetra, cuentan también con promotores, quienes son los encargados de llevar pacientes de riesgo al centro de salud, pues se encuentran en ese entorno. El paso inicial es tomar una prueba dual de Sífilis y prueba rápida de VIH, el cual si sale positivo ingresan al programa, se les pide el control a los tres y seis meses, además de una serie de exámenes auxiliares, radiografía de tórax, PPD, y Bk en esputo. El personal de salud siempre está a disposición de ayudar a los pacientes, haciendo un control y seguimiento estricto, para que puedan seguir su medicación, proporcionarles atención médica y puedan recibir su método anticonceptivo como el condón.

Otra área por la cual se alterna es la de laboratorio clínico, donde se desarrolla la habilidad de la toma de muestra de sangre con el respectivo procesamiento con los reactivos según requiera el análisis.

Ahora último, con el desarrollo de la campaña de vacunación contra el COVID 19, pudimos ser parte del personal encargado de los Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización (ESAVI), pudiendo alcanzar las destrezas ante acontecimientos de esta índole.

1.4 Rotación de Cirugía General en C.S. San Juan de Miraflores

Para esta rotación el interno de medicina se desenvuelve en el consultorio externo de medicina general y en tópico de urgencias, pudiendo rescatar los siguientes casos:

1.4.1 Caso 07: Herida punzo cortante en cara

Llega al centro de salud una señora llevando en brazos a una menor de edad de año y medio. La madre refiere que la infante estaba sentada en una silla, y al tratar de agarrar un vaso de vidrio se cae con este. A consecuencia de ello, la menor de edad presenta herida punzo cortante en cara con sangrado activo.

Al examen físico:

- Aparenta regular estado general.
- Cabeza: Normocéfalo.
- Piel y faneras: Solución de continuidad en hemicara izquierda comprometiendo ángulo interno y párpado inferior del ojo izquierdo, y región frontal de aproximadamente 7 cm, con sangrado activo, se puede evidenciar compromiso vascular.
- Tórax y pulmones: Simétrico, no presenta lesiones.
- Abdomen: Blando, depresible, sin lesiones.
- SNC: Activa, inquieta, llorosa.

Como la lesión es a nivel de cara con compromiso de planos profundos es necesario que sea evaluado por el médico especialista, además de un oftalmólogo para descartar de alguna patología a nivel ocular. Se optó en el tópico de urgencias por compresión con gasas estériles sobre el recorrido de la herida cortante, vendando la cabeza. Es referida al hospital María Auxiliadora.

1.4.2 Caso 08: Onicocriptosis

Otro caso, paciente mujer de 13 años de edad acude con su madre al centro de salud por presentar dolor pulsátil, inflamación, y secreción en primer dedo del pie izquierdo. Niega fiebre.

Al examen físico:

- Aparenta regular estado general.

- Cabeza: normocéfalo.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando depresible, RHA presentes. No visceromegalia.
- Miembro inferior: Extremo superior externo de la uña del primer dedo encarnado, asociado a aumento de volumen, enrojecimiento y secreción.
- SNC: Orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15.

En tópico de urgencias se procede a la extracción parcial de la uña, para ello el paciente debe estar en posición decúbito dorsal con la planta del pie apoyada sobre la camilla, realizamos la asepsia y antisepsia, y colocamos el campo. Procedemos a la infiltración de lidocaína al 2% sin epinefrina de aproximadamente 2 cc a nivel de la articulación interfalángica proximal, esperamos de 5 a 10 minutos para el efecto de la anestesia. Con la sonda acanalada por debajo de la cutícula empezamos a separar la uña de su lecho ungueal de un lado hacia otro, levantando la uña. Finalmente, con una tijera cortamos verticalmente el lado supero externo del primer dedo del pie izquierdo y retiramos esa parte de la uña, limpiamos la herida con agua oxigenada, realizamos hemostasia haciendo presión con gasa estéril de manera envolvente. Indicamos antibiótico como dicloxacilina por 7 días, y analgésico como ibuprofeno por 3 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

El internado médico en un inicio desarrollado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el periodo enero - marzo 2020, establecimiento de salud de DIRIS LIMA CENTRO de categoría III - 1. ⁽¹⁰⁾

Se encuentra ubicado en la Av. Alfonso Ugarte 825, distrito de Cercado de Lima, consta de un edificio principal de seis pisos y tres pisos de ampliación lateral, donde podemos encontrar el servicio de emergencia, consultorios externos, hospitalización, unidad de centro quirúrgico, centro obstétrico y unidad de cuidados intensivos, al igual que áreas administrativas; además de un anexo denominado “La Cochera”, esta se localiza entre la Av. Alfonso Ugarte y el Jr. Chota, allí se encuentran ubicados los consultorios externos para el programa de Crecimiento y Desarrollo, Medicina Física y Rehabilitación, Nefrología, Neumología, MAMIS, profilaxis, estimulación temprana, y las oficinas administrativas como Oficina de Control Interno, además de contar con el servicio de cuna para los trabajadores del establecimiento de salud. ⁽¹⁰⁾

Es el segundo hospital en atención de partos con una buena capacidad resolutive en el manejo dentro de las áreas materno - infantil, con atenciones especializadas en gineco obstetricia, neonatología, pediatría y cirugía pediátrica.

Dispone de servicios como consulta externa para las diferentes especialidades, servicio de emergencia ya sea pediátrica, gineco - obstetricia, y unidad de Trauma Reanimación; servicio de hospitalización para la especialidad de obstetricia incluyendo salas para Alto Riesgo Obstétrico (ARO), puerperio patológico, alojamiento conjunto; ginecología, pediatría, cirugía pediátrica y cirugía neonatal. Igualmente, de la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal, pediátrico, materno, y Unidad de Cuidados Intermedios neonatal. El centro quirúrgico es especializado para la singularidad de cada área, según el ASIS 2019, para ese año se contaba con cinco salas de operaciones para cirugías electivas y de emergencia; aunque en el año 2020, el centro quirúrgico se encontraba en remodelación, por lo que se acondicionó dos salas provisionales. ⁽¹⁰⁾

A inicios del año 2019 el Hospital San Bartolomé contó con diez salas de hospitalización, con un total de 217 camas, y tres salas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con 26 camas en ella. Sin embargo, por temas de remodelación terminó con 203 camas disponibles. ⁽¹⁰⁾

La demanda medica en consultorio externo durante el año 2019 fue de 71 023 siendo el 69% mujeres y el 31% varones, en menores de cinco años quienes más acudieron era el sexo masculino, en adolescentes y jóvenes, el sexo femenino. La gran mayoría, en un 93.5%, proveniente de Lima y Callao, seguida por departamentos de la Sierra. Además, la demanda hospitalaria era en su mayoría por población adulta femenina. ⁽¹⁰⁾

Las principales comorbilidades atendidas fueron, en mayor demanda de edad de 1 a 4 años por rinofaringitis aguda, rinitis aguda; en segundo puesto atención materna por cicatriz uterina por cirugía previa; y en tercer lugar obesidad. ⁽¹⁰⁾

2.2 Centro de Salud San Juan de Miraflores

Lamentablemente, la quincena de marzo se suspende el internado por emergencia sanitaria, quedando pendiente las prácticas.

A mediados de noviembre empiezan a reincorporarse en distintos establecimientos de salud de baja complejidad, como el centro de salud San Juan de Miraflores, adscrito a DIRIS LIMA SUR, de categoría I - 3. El cual se encuentra ubicado en Psje. San Juan S/N Zona A (Junto comisaria SJM) , distrito de San Juan de Miraflores. ⁽¹¹⁾

Realizamos nuestras actividades según el Documento Técnico “Lineamiento para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090- 2020”, el cual menciona que las rotaciones en adelante serán en áreas no COVID de quince días al mes, con quince días de descanso, en un horario de lunes a sábado de 7:00 am a 13:00 pm, con dos guardias diurnas de 7:00 a 19:00 como máximo por mes. ⁽¹¹⁾

El Centro de Salud posee solo un piso, el cual consta de un patio que es rodeado por los consultorios de los diferentes servicios, además de auditorio y oficinas administrativas; posee un área lateral donde se encuentra el consultorio de odontología, laboratorio clínico, y el programa de Prevención y Control de Tuberculosis. El área de COVID se encuentra separado de los demás consultorios, disponiendo de puerta de entrada propia. ⁽¹¹⁾

Durante el año 2020 se le ha asignado una población de 42 291 habitantes, a quienes se les brinda servicios de medicina, odontología, psicología, obstetricia, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, inmunización, nutrición, terapia física, tópico, además de farmacia y laboratorio. Actualmente, por la pandemia por el SARs CoV2 se agregó el área de triaje y consultorio de medicina; asimismo proporciona actividades de telemedicina, tanto para medicina general como para SISCOVID. ⁽¹¹⁾

Dispone de establecimientos de salud para referencia, ya sea para apoyo al diagnóstico o atención especializada. Para atención de mayor complejidad de acuerdo a especialidad se encuentra el Hospital María Auxiliadora, hoy en día, por la emergencia sanitaria muchas de estas referencias se hacen previa

teleconsulta con el médico asistente asignado de dicho nosocomio. Para la atención de partos eutócicos se refiere al Centro Materno Infantil Manuel Barreto, derivando a las pacientes en su debido momento; así mismo, para el apoyo diagnóstico radiográfico, ecográfico o laboratorio se refiere a los siguientes centros de salud: C.S. Leonor Saavedra, C.S. Jesús Poderoso, C.S. Trébol Azul.

2.3 Hospital de Vitarte

Muchos estudiantes que rotaban en centros de primer nivel de atención tuvieron la oportunidad de hacer rotaciones externas en varios hospitales en especialidades como pediatría, ginecología y cirugía general.

Uno de ellos, el Hospital de Vitarte, el cual cuenta con categoría II - 1 y se encuentra ubicado en Av. Nicolas Ayllón 5880 - Carretera Central - distrito de Ate, tiene un área de 1, 672 m². Está a disposición, junto al nuevo hospital denominado "Hospital de Emergencias Lima Este", de la atención de la población general de 599 196 habitantes que cuenta el distrito de Ate, y otros distritos como Santa Anita o San Juan de Lurigancho. ⁽¹²⁾

El nuevo Hospital, según los datos recabados del Análisis Situacional de Salud 2018, cuenta con dos ambientes de Trauma shock, ocho tópicos de emergencia para las diferentes especialidades como medicina, cirugía, pediatría, gineco - obstetricia, con 28 camas para observación, así mismo 25 camas para para Unidad de Cuidados Intensivos general y pediátrico, y 36 camas para Unidad de Cuidados Intermedios. Igualmente, para el área de hospitalización las 155 camas se distribuyen por las diferentes áreas según especialización. ⁽¹²⁾

En el año 2017, la demanda en consultorios externos fue de 287 092 personas, preferentemente población del mismo distrito en un 62.36%, además del distrito de Santa Anita en un 14.51%, y el distrito de San Juan Lurigancho con un 13.3%. Por el servicio de emergencia se presentaron en total 73 923 atenciones a predominio de pacientes provenientes del distrito de Ate, al igual que los 10 092 personas que fueron hospitalizadas. ⁽¹²⁾

Las principales comorbilidades atendidas fueron diabetes mellitus, rinofaringitis aguda, hipertensión arterial, atención materna por infección de cicatriz uterina. ⁽¹²⁾

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Análisis de Casos de Gineco- Obstetricia

El hospital San Bartolomé en la especialidad de Gineco - obstetricia se basan en las guías de la “American College of Obstetricians and Gynecologists - (ACOG)”, las cuales se encuentran en su página web. Como se mencionó anteriormente, el hospital se caracteriza por ser una sede docente por lo que la gran mayoría del tiempo se podía discutir los casos clínicos con referencia a estas guías. ⁽¹³⁾

La ACOG define la ruptura prematura de membranas como la solución de continuidad de las membranas ovulares antes del trabajo de parto, esto atribuido a varios factores de riesgo como son el debilitamiento fisiológico de las membranas asociado a fuerzas de cizallamiento creadas por las contracciones uterinas en caso sea un RPM a término; o también las infección intra-amniotica, la longitud cervical corta, sangrado del segundo y tercer trimestre, índice de masa corporal disminuido, nivel socioeconómico bajo, tabaquismo y consumo de drogas ilícitas para un RPM pretérmino. ⁽¹³⁾

Existe una nomenclatura según las semanas de gestación que tenga la paciente, puede ser periviable cuando es menor de 23 a 24 semanas de EG, pretérmino cuando es de 24 a 33 6/7 de EG, pretérmino tardía cuando la EG está entre 34 y 36 6/7, o a término cuando es mayor a 37 semanas de EG. Según esta clasificación se da el manejo correspondiente. ⁽¹³⁾

El diagnóstico de rotura prematura de membranas ovulares, según la ACOG, se confirma mediante una evaluación clínica, como podría ser la visualización del líquido amniótico que pasa por el canal cervical y se acumula en la vagina; o una simple prueba de pH del fluido vaginal, o el Test de Fern que será la arborización de fluido vaginal identificado bajo microscopio, este último empleado en emergencia para confirmar la pérdida de líquido amniótico. ⁽¹³⁾

Para el primer caso presentado en el capítulo I, en hospitalización de ARO, se le calcula la edad gestacional a la paciente por ecografía precoz determinando en 23 2/7, esto encaja según las semanas de edad gestacional para un RPM peri viable.

El manejo que sugiere la ACOG para el periodo peri viable sería un manejo expectante, es decir, empezamos con el asesoramiento a la paciente, se le puede indicar antibioticoterapia, pero no se recomiendan los corticoides, ni los tocolíticos, ni el sulfato de magnesio, ni tampoco la profilaxis contra streptococo del grupo B, observando y monitoreando los signos vitales de la paciente, y signos de infección intra-amniótica. ⁽¹³⁾ (Anexo 2)

Durante la emergencia a la paciente se le indica antibiótico profilaxis con Ampicilina y Eritromicina, además de maduración pulmonar con Betametasona, habiendo calculado una edad gestacional de 24 semanas, RPM pretérmino, para lo cual, la ACOG recomienda manejo expectante, antibiótico profilaxis, un solo curso de corticosteroides, sulfato de magnesio para neuroprotección si existe un trabajo de parto anticipado en < 32 semanas de edad gestacional, realizando las mismas indicaciones. ⁽¹³⁾ Posterior a ello, en hospitalización le indicaron reposo relativo, hierro polimaltosado, vigilar signos de corioamnionitis, paño perineal permanente.

Otro tema importante de esta rotación son los síndromes hipertensivos del embarazo como es el segundo caso mencionado, pues constituyen una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal.

Dentro de ellos se encuentra la preeclampsia, el siguiente caso presentado, la cual se define, según la ACOG, como un trastorno durante la gestación asociado a hipertensión (definida como PAS > 140 mmHg o PAD > 90 mmHg en dos ocasiones con 4 horas de diferencia) de inicio reciente, en gestantes

de 20 semanas a más. Esta se puede acompañar de proteinuria de nueva aparición, o no, y presentarse con otros signos o síntomas, como lo son la trombocitopenia (plaquetas < 100,000); deterioro de la función hepática (valores de enzimas hepáticas hasta el doble de valor normal); dolor del cuadrante superior derecho o del epigástrico de manera persistente que no se explique por otros diagnósticos; insuficiencia renal (creatinina sérica > 1.1 mg/dL o el doble de su valor en ausencia de enfermedad renal); edema agudo pulmonar; o cefalea de nueva aparición que no responde al tratamiento con acetaminofén y no se explica por otros diagnósticos o trastornos visuales. ⁽¹⁴⁾ (Anexo 3)

La proteinuria en el embarazo se define como ≥ 300 mg / dL de proteína en 24 horas, o una proporción de Proteína/Creatinina mayor a 0.30, esta se puede sustituir por lectura con tira reactiva de proteínas en orina. ⁽¹⁴⁾ (Anexo 3)

La evaluación inicial se debe de pedir una batería para preeclampsia, la cual consiste en un recuento sanguíneo con plaquetas, creatinina sérica, LDH, TGO, TGP y pruebas de proteinuria a la par con una evaluación clínica materna y fetal.

Hay que prevenir la insuficiencia cardíaca congestiva, la insuficiencia o lesión renal, isquemia miocárdica, y el accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, con el tratamiento antihipertensivo.

El tratamiento antihipertensivo debe iniciarse cuando la PAS sea > 160 mmHg o PAD > 110 mm Hg o ambas, que se confirma como persistente cuando es de 15 minutos a más, con antihipertensivos como la hidralazina IV o labetalol y la nifedipina VO que son los más utilizados. ⁽¹⁴⁾ (Anexo 4)

El modo de parto en mujeres con hipertensión gestacional o preeclampsia debe determinarse por consideraciones obstétricas de rutina. Para la hipertensión gestacional o preeclampsia sin características graves, se prefiere el parto vaginal. ⁽¹⁴⁾

Como podemos inferir, todos estos actos fueron realizados durante el manejo de la paciente. La presión arterial diastólica de la paciente se encontraba elevada en centro obstétrico, se esperó cuatro horas para volver a tomar la

presión arterial confirmando la preeclampsia, previo a ello ya existía albúmina +, y posterior el índice proteína/creatinina de 1.05, se le indico un antihipertensivo condicional a valores de presión arterial elevados, y el fin de la gestación inducido con oxitocina para un parto vía vaginal.

3.2 Análisis de Casos de Pediatría

Rotando por el centro de salud para el tema de inmunizaciones y anemia se sustentaba como base las normas técnicas respectivas.

Para la anemia en pediatría se tomó en cuenta la Norma Técnica “Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas” del año 2017, y la “Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención” del año 2015. ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾

Esta define a la anemia como una baja concentración de hemoglobina en la sangre, y se puede clasificar como se observa en el Anexo 5, según grupo etareo y sexo. ⁽¹⁶⁾

Las causas de anemia por déficit de hierro pueden ser por un bajo contenido o disponibilidad de hierro en los alimentos ingeridos, consumo de leche de vaca en menores de un año de edad, disminución de la absorción, pérdida de sangre, infecciones como la malaria, prematuridad y bajo peso al nacer, corte precoz del cordón umbilical. ⁽¹⁶⁾

Según los datos que muestra la Guía de Práctica Clínica, la anemia constituye un gran problema pues existe una alta prevalencia en área urbana y rural, el 43.8% de infantes entre 6 y 35 meses en zona urbana, en cambio, en zona rural es un 51.7%. Refiere además que dentro del periodo del 2011 a 2013 la anemia en zona urbana ha aumentado de 37.5% a 43.8%. ⁽¹⁶⁾

Se menciona el manejo preventivo para anemia según edad, para menores de 36 meses y nacido a término se recomienda 2 mg/Kg/día de sulfato ferroso en gotas.

Centrándonos en el caso antes descrito, considera en menores de seis meses anemia cuando la hemoglobina esta menor a 11 g/dL, para ello, según la NT recomienda la administración de Sulfato ferroso a una dosis de hierro elemental de 3 mg/kg/día en gotas por 6 meses continuos, haciendo controles a los tres, seis meses de iniciado el tratamiento. Podemos comprobar que en el centro de salud se llevó a cabo una correcta administración del medicamento. ⁽¹⁵⁾ (Anexo 5)

Existen tablas en las cuales se especifica, ya sea para el manejo preventivo o terapéutico las dosis diarias en gotas, en mililitros según el peso del paciente, se le esté indicando sulfato ferroso o hierro polimaltosado. (Anexo 6)

Además, usamos como base artículos de la Asociación Española de Pediatría, también de UpToDate, y para la dosificación del libro “Dosificación de medicamento en pediatría de Hugo Peña Camarena”, además de aplicaciones por el celular.

Por ejemplo, en el caso 04 de convulsión febril UpToDate la define como un evento ocurrido en la niñez, que abarca entre los seis meses y los cinco años de edad, que se asocia con fiebre, pero no se evidencia infección intracraneal o causa definida. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Según La Asociación Española de Pediatría, los casos de convulsión febril a causa de una Gastroenteritis Aguda suelen repetirse en las primeras 24 a 48 horas, duran menos de 5 minutos, son limitadas, siendo la mayor cantidad de casos una convulsión generalizada, tónico - clónico, aunque en menor cantidad crisis parciales simples, hasta de ausencia. ⁽¹⁹⁾

El diagnóstico es clínico, enfocando en la anamnesis y un buen examen físico completo, evaluando la necesidad de exámenes complementarios como punción lumbar para descartar una meningitis, o electroencefalograma que estaría indicado en pacientes que ingresen con afección neurológica con una convulsión prolongada, o neuroimágenes que podría ser indicado en pacientes con macrocefalia, o un examen neurológico patológico, o habiendo signos de hipertensión intracraneana. ⁽²⁰⁾

El manejo sugerido por esta plataforma, UpToDate, es el manejo sintomático con antipiréticos, pues la mayoría de las convulsiones febriles terminan

espontáneamente al momento de la primera evaluación, en estos casos no es necesario el tratamiento activo con benzodiazepinas. ⁽¹⁸⁾

Las benzodiazepinas como diazepam o lorazepam son efectivas para controlar las convulsiones. Si esta es persistente, se puede administrar una dosis adicional. El estado hemodinámico y respiratorio del infante debe controlarse cuidadosamente, y si el estado ventilatorio se encuentra comprometido, se deberá de realizar alguna intervención avanzada. Cuando el acceso intravenoso no está disponible o no se puede lograr, el midazolam vía oral es una alternativa. ⁽¹⁸⁾

En la emergencia se optó por prescribir principalmente diazepam condicional a las convulsiones, metamizol siempre y cuando haya fiebre, ranitidina para las molestias abdominales, y oxígeno ante una saturación menor de 92%. Además, se le solicitaron exámenes auxiliares para complementar el diagnóstico, dentro de ellos, hemograma, PCR, examen orina, glucosa, electrolitos, creatinina, TGO, TGP, reacción inflamatoria. Posterior a ello, saliendo los análisis patológicos, se le solicita un coprocultivo antes de inicio con ceftriaxona a dosis de 50 mg/kg/día.

3.3 Análisis de Casos de Medicina Interna

Al igual que en el caso de pacientes pediátricos con anemia se utilizan las Normas técnicas, en las distintas patologías en adultos también se emplean.

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva asigna un nivel de riesgo cardiovascular según la presencia o no de factores de riesgo como la cuantificación de la presión arterial. Tomando en cuenta esto, más la anamnesis y examen físico del paciente se pueden realizar exámenes auxiliares como hemoglobina, glucosa en ayunas, examen de orina, creatinina y ácido úrico, colesterol y triglicéridos en un primer nivel de atención. ⁽²¹⁾

Los hipertensos con riesgo cardiovascular bajo o moderado como los hipertensos controlados con riesgo cardiovascular alto pueden ser tratados o manejados en un primer nivel de atención. ⁽²¹⁾ (Anexo 7)

Empezamos con medidas generales y preventivas como es la modificación de estilos de vida mediante la dieta, reducción del consumo de sal, actividad física, limitar el consumo de alcohol y tabaco. La Guía Técnica sugiere empezar con una terapia farmacológica cuando sean pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que ya han realizado cambios en sus estilos de vida por un tiempo de tres a seis meses y no ha habido un cambio significativo en la medida de la presión arterial, o hipertensos con niveles de PAS mayor igual a 160 mmHg o PAD mayor igual a 100 mmHg, independientemente de otros aspectos, o hipertensos con riesgo cardiovascular moderado independiente de la presión arterial. ⁽²¹⁾

Bajo esta premisa podemos decir que nuestro paciente posee factores de riesgo como es el sexo y su IMC lo que lo cataloga como obeso, entrando a un riesgo cardiovascular moderado, por lo que según la Guía Técnica se puede usar tratamiento farmacológico, como el enalapril de 10 a 20 mg dos veces al día; sin embargo, en esta ocasión se usó captopril de 25 mg una vez por día.

Así mismo, se debería hacer controles mensuales para llegar a la meta de presión arterial por un periodo de seis meses, cuatro de seis medidas de presión deben llegar al objetivo. Posterior a ello, los controles se realizarán cada tres meses. ⁽²¹⁾

Con respecto al caso 06, la Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, nos dice que el paso inicial es la detección de sintomáticos respiratorios ya sea dentro del establecimiento de salud o en la comunidad, entre los contactos de las personas con diagnóstico de TBC o en lugares que alberguen personas. ⁽²²⁾

Se les solicita dos muestras de esputo para la prueba de baciloscopia para lo cual, previamente se debe de educar al paciente sobre el correcto procedimiento para dicha recolección. Así mismo, se le pide una radiografía de tórax para ver la afectación pulmonar. ⁽²²⁾

Si la prueba de baciloscopia es negativa y la radiografía de tórax es anormal, o en el resultado de esta sale muestra paucibacilar, u otras muestras clínicas como biopsias, fluidos de casos catalogados como sospecha de TBC extra pulmonar, se indicará el cultivo para *M. tuberculosis*. Para ello en el país se cuenta con los medios de cultivo sólido como Löwenstein – Jensen, Ogawa y agar 7H10, medio líquido están MGIT (*Mycobacteria Growth Indicator Tube*) y MODS (*Microscopic Observation Drug Susceptibility*). ⁽²²⁾

Los esquemas de tratamiento para la tuberculosis son de acuerdo al perfil de sensibilidad que se tiene a isoniacida y rifampicina por la prueba rápida. En caso sea sensible a isoniacida y rifampicina el esquema consta de dos fases, en la primera fase el paciente tomará cuatro medicamentos (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) por dos meses de manera diaria, y la segunda fase, el paciente consumirá tres veces por semana dos medicamentos (rifampicina e isoniacida) por cuatro meses. ⁽²²⁾

En el caso mencionado, ante la confirmación del diagnóstico por el neumólogo particular basándose en la tomografía de tórax con la clínica respiratoria, el paciente ingresa al programa de Prevención y Control de Tuberculosis (PCT), para ello, como se mencionó anteriormente, se le solicita una batería de análisis, y podrá acudir a varios servicios como es nutrición, planificación, odontología, y psicología, que pertenecen parte de este programa.

El tratamiento que el paciente recibe es de esquema 1, sin embargo, a criterio médico se da a dosis fijas combinadas, que serían los mismos medicamentos, pero en un solo concentrado, según su peso se estima la cantidad de pastilla que tomará al día, en este caso serían cuatro. (Anexo 8)

3.4 Análisis de Casos de Cirugía General

Desafortunadamente, como se comentó anteriormente, los pacientes con alguna afección para cirugía menor en el centro de salud son escasos, sin embargo, eso no quiere decir que no se pueda aprender de alguno de ellos, como es el caso de la menor de edad de año y medio, es aquí como se

demonstró en qué momento o circunstancia se debe derivar a un paciente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

La niña presentaba solución de continuidad a nivel facial comprometiendo párpado inferior, a descartar lesión ocular, una de las razones por las que se decide referir a la paciente es que el lugar afectado es delicado. Para poder suturar se necesitará entrar a sala de operaciones, y que un especialista, como un cirujano plástico, use un hilo determinado y pueda realizarlo. Además, deberá ser evaluada por un oftalmólogo para ver si hay o no compromiso ocular. Sobre todo, habiendo especialistas en una ciudad como Lima – Perú.

Como lo explica la Norma Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencia de los Establecimientos el Ministerio de Salud, se realiza una referencia cuando el paciente presente síntomas y signos de gravedad, o estemos frente a un evento que ponga en riesgo su vida o a raíz de este pueda padecer secuelas que lo invaliden, estando en un establecimiento de salud de poca capacidad resolutive. ⁽²³⁾

Para el último caso nos basamos de varios artículos como el titulado “Manejo de la onicocriptosis en atención primaria”, al igual que la plataforma de UpToDate que está al alcance de todos mediante la aplicación en el celular.

Se concuerda que la onicocriptosis o uña encarnada es una de las enfermedades ungueales que más demanda se exige en el primer nivel de atención, es de etiología indeterminada, la cual puede traer mucho dolor, edema, secreción y tejido de granulación. ^{(24) (25)}

Existen cuatro estadios: ⁽²⁴⁾

- I. Edema, inflamación y dolor.
- II. Sobreinfección y supuración
- III. Tejido de granulación e hipertrofia laminar.
- IV. Deformidad grave y crónica de la uña

UpToDate recomienda medidas generales como el remojo del pie en agua tibia con jabón por unos 10 a 20 minutos tres veces durante el día, por aproximadamente una a dos semanas. Como es el primer episodio de la

paciente y encontramos signos de flogosis, para este tipo de uña encarnada nos refiere un manejo quirúrgico como la remoción de la uña involucrada. ⁽²⁵⁾

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es un año decisivo para muchos estudiantes, y a la vez es un periodo de esfuerzo. Las labores como interno empezaban desde muy temprano y acababan por la tarde, sin contar las guardias que a veces podían llegar a ser hasta de 36 horas seguidas, y sin acabar este “suplicio”, muchos estudiantes no contaban con las famosas “postguardia”, siendo esta situación muy dispareja.

A pesar del desgaste físico, mental y psicológico que puede llegar a padecer el interno, la ganas por aprender y adquirir nuevas destrezas viendo la mayor cantidad de casos clínicos, y sobre todo la satisfacción de poder calmar lo que le aflige al paciente vale todo el esfuerzo que uno dispone durante las prácticas, muchas veces pasando desapercibido.

Es lamentable la situación que se vive a nivel mundial, de alguna u otra forma, ha afectado a todos de manera diferente, en el caso de los estudiantes de medicina que realizaban sus prácticas, estas se vieron suspendidas a disposición del Ministerio de Salud para velar la vida del interno.

Durante la cuarentena muchos abocaron al estudio desde casa, diferentes universidades optaron por el internado virtual-, el cual se intentó por parte de la USMP, pero no se llegó a concluir; se dictaron clases de acuerdo a los temas propuestos en el Syllabus de cada especialidad con sus respectivos casos clínicos y evaluaciones, o sino otras casas de estudio optaron por prácticas en simuladores.

Nadie es ajeno a esta enfermedad, algunos tuvieron que pasar el fallecimiento de familiares cercanos, encontrando consuelo en sus familias y allegados. Otros aprovecharon en buscar trabajos “HomeOffice” para poder apoyar en sus hogares, pues la situación económica se vio fuertemente afectada.

Al llamado por parte del MINSA para retomar las actividades en los hospitales de manera voluntaria, hubo mucho temor por el alumnado ya que viven con personas vulnerables a esta enfermedad, o simplemente ellos padecían o padecen de factores de riesgo. Surgieron varias preguntas de cómo sería esta nueva “normalidad” en el hospital, pues el interno es la puerta de entrada en muchos establecimientos de salud para la atención del paciente.

Felizmente se conocieron las nuevas directivas planteadas en el documento “Lineamiento para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020”, el cual narra medidas de seguridad que se le brindarían al alumnado para disminuir su exposición ante esta enfermedad. Incluyendo desde equipos de protección personal, seguro SIS, EsSalud, compensación monetaria del mínimo vital, seguro de vida.

El internado desde este momento constaría de rotaciones en el primer nivel de atención, aunque algunos hospitales solicitaron internos, pero con aforo reducido, de duración por quince días al mes, de un horario por seis horas al día, aunque en ambientes hospitalarios esto varía, con dos guardias de doce horas, dos veces al mes; y sobre todo en áreas NO COVID, lo cual es un poco difícil porque esta enfermedad puede presentarse asintómicamente.

Se cuestiono bastante la veracidad de estos puntos, pues en el país se vivió situaciones de escasez, sobre todo de EPP, para el personal asistencial que ya laboraba durante cuarentena, además del retardo de algunos pagos para ellos. Ya en la práctica, muchos hospitales y centros de primer nivel no brindaron equipos de protección personal al alumnado, a otros les entregaban, pero en poca cantidad, teniendo que reutilizar hasta 4 turnos.

Otro tema a tratar fue los criterios de selección del centro de salud que iba a ser asignado el interno, pues hubo muchas injusticias durante este proceso, se prometió un establecimiento de salud cercano al hogar, y en muchos casos

no se dio, algunos estudiantes tuvieron que trasladarse desde muy lejos a su centro de labor, exponiéndose a un más en transporte público o gastando más dinero de lo que se tenía previsto. Sumado a ello, la falta o retrasos en los pagos, existiendo hasta la fecha internos que aún no reciben su compensación.

Rotar durante la emergencia sanitaria fue totalmente una experiencia nueva, desde como colocarse adecuadamente el equipo de protección personal, la precaución y medidas de bioseguridad como el distanciamiento social, hasta educar a la población con el uso correcto de la mascarilla, la importancia lavada de manos. Todos estos puntos son más fáciles de conducir en ambientes del primer nivel de atención en donde el paciente es ambulatorio, pero en hospitales es un poco más complicado.

Las limitaciones sobre el tipo de aprendizaje o habilidades y destrezas adquiridas en un centro de primer nivel comparado con un hospital son abismales, pero lo aprendido en centros de salud es lo básico que un médico general debe de saber, para poder aplicarlo posteriormente en el SERUMS. Sobre todo, es este año donde los internos de medicina dedican para poder comprobar a qué especialidad es la que se inclinan más, y por la disminución del aforo en hospitales o el tiempo que se emplea en las rotaciones, muchas prácticas en especialidades se han perdido, viendo afectada esta decisión. ⁽²⁶⁾

CONCLUSIONES

La emergencia sanitaria ha impactado no solo la salud sino la educación a nivel mundial, afectando de manera importante la formación médica, retando a ser orientada al primer nivel de atención. Una acción que debe ser llevada de la mano por el Ministerio de Salud junto con las distintas universidades y casas de estudio, con la implementación de plataformas virtuales y tecnología de la comunicación, aprovechando esta situación como ocasión de aprendizaje y desarrollo. A raíz de ello, se ha comprobado la necesidad de reforzar la atención primaria, y la importancia de este nivel en el Sistema de Salud, constatando que las rotaciones en un centro de salud de baja complejidad son igual de importantes que las de un hospital, complementándose entre ellas.

RECOMENDACIONES

- Una ventaja que se ha podido observar en esta situación de emergencia sanitaria por parte de las otras universidades es la inclusión del externado médico en su malla curricular, algo que la USMP no posee, y por lo que esta pandemia ha chocado más a los internos de esta casa de estudio que han tenido que rotar en centros de menor complejidad. Sería ideal la incorporación del externado médico.
- Las facultades de Medicina Humana deberían profundizar la rotación en centros de primer nivel de atención desde el primer año de carrera, pues como alumnos nos abre un panorama muy diverso de las necesidades de salud más frecuente en la población, y darles solución o referirlos a establecimientos de mayor complejidad. Además, es en este nivel donde el aprendizaje es básico para poder ir mejor encaminados hacia hospitales de mayor categoría y aplicar lo aprendido.
- El internado médico, a pesar de las dificultades que se han presentado, y las alternativas que han surgido para poder llevarlo a cabo, debería ser reconsiderado y llevado a cabo de la misma manera para todo el alumnado, imponiendo las rotaciones en hospitales para los que estén en centros de salud de primer nivel para que vayan a la par con los que realizan en su totalidad el internado en hospitales, pues hay desventaja entre ellos.

- Impulsar directivas y estrategias por parte de las entidades correspondientes para que las universidades y hospitales docentes proporcionen al alumnado el medio necesario para su formación como futuros médicos, pues en ocasiones ellos se encuentran expuestos a sobrecarga laboral, falta de seguro de salud, accidentes laborales, agotamiento físico, emocional, incumplimiento de pagos; viéndose afectado su rendimiento académico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. OMS. [en línea] [Citado el 10/04/202] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
2. VALADEZ-NAVA, S. HESHIKI-NAKANDAKARI, L. OSORNIO-CASTILLO, L. DOMÍNGUEZ-ÁLVAREZ, E. SÁNCHEZ-DE TAGLE HERRERA, R. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. Investigación en Educación Médica. [en línea] 2014. [Citado el 13/04/2021]. Volumen 3 (12). Pages 193-197. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2007505714709354?token=0A39A0B2043AE0734CE205B35FA7D8A95833250A52633D855539D9D990B5676A62C6AD38FE3295008767BD6D755558C2&originRegion=us-east-1&originCreation=20210418153621>
3. SÁNCHEZ FLORES, A. FLORES ECHAVARRÍA, R. URBINA BECERRA, R. LARA FLORES, N. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. Investigación en Salud [en línea] 2008 [Citado el 13/04/2021]; X (1): 14-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf>
4. Nieto-Gutiérrez, W. Taype-Rondan, A. Bastidas, F. Casiano-Celestino, R, Inga-Berrosipi, F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Med Peru. [en línea] 2016.

- [Citado el 13/04/2021] 33 (2):105-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a03v33n2.pdf>
5. Herrera-Añazo, P. Toro-Huamanchumo, C. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta Med Peru. [en línea] 2020. [Citado el 15/04/2021] 37(2):169-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-169.pdf>
 6. Albitres Flores, L. Pisfil Farroñay, Y. Guillen Macedo, K. Niño García, R. Alarcón Ruiz, C. PERCEPCIÓN DE LOS INTERNOS SOBRE LA SUSPENSIÓN DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE LA CUARENTENA POR LA COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [en línea] 2020. [Citado el 17/04/2021] 37(3):504-9. Disponible en: <file:///C:/Users/MARCELA/Downloads/5729-33757-2-PB.pdf>
 7. Documento Técnico “Lineamiento para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090- 2020” [en línea] 2020 [Citado el 15/04/2021] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
 8. Resolución Ministerial 622 – 2020/ MINSA [en línea] 2020 [Citado el 15/04/2021] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237051/RESOLUCIO%CC%81N_MINISTERIAL_N_622-2020-MINSA.pdf
 9. Abreu-Hernández, L. León-Bórquez, R. García-Gutiérrez, J. Pandemia de COVID-19 y educación médica en Latinoamérica. FEM [en línea] 2020 [Citado el 16/04/2021] 23 (5): 237-242. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v23n5/2014-9832-fem-23-5-237.pdf>
 10. ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE - NIÑO “SAN BARTOLOME” - 2019. [en línea] 2019 [Citado el 14/04/202] Disponible en:

<http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2019/Direccion/ASIS%202019.pdf>

11. Gómez Gallegos, S. Informe de Gestión de Centro de Salud San Juan de Miraflores - 2020 DIRIS LIMA SUR. 2020
12. ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD HOSPITALARIO – HOSPITAL VITARTE 2018. [en línea] 2018 [Citado el 14/04/2021] Disponible en: <http://www.hospitalvitar.te.gob.pe/portal/data/transparencia/2019/T2103.pdf>
13. Prelabor Rupture of Membranes. ACOG PRACTICE BULLETIN SUMMARY. [en línea] 2020 [Citado el 17/04/2021] 135 (3), 739–743. Disponible en: doi: 10.1097 / AOG.0000000000003701 // <https://sci-hub.ren/10.1097/AOG.0000000000003701>
14. Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG PRACTICE BULLETIN SUMMARY. [en línea] JUNE 2020 [Citado el 17/04/2021] VOL. 135, NO. 6. Disponible en: sci-hub.ren/10.1097/AOG.0000000000003891
15. Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. MINSA, 2017
16. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimiento de salud del primer nivel de atención. MINSA. 2015
17. Millichap, J. Clinical features and evaluation of febrile seizures. UpToDate [en línea] 2021. [Citado el 17/04/2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures?search=convulsion%20febril&source=search_result&selectedTitle=1~140&usage_type=default&display_rank=1
18. Millichap, J. Treatment and prognosis of febrile seizures. UpToDate [en línea] 2021. [Citado el 17/04/2021] Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-febrile-seizures?search=convulsion%20febril&source=search_result&selectedTitle=2~140&usage_type=default&display_rank=2

19. Lacasa Maseri, S. Ramos Fernández, JM. Moreno Perez, D. Urda Cardona, A. Martínez Anton, J. Crisis convulsivas asociadas a gastroenteritis: estudio de incidencia y análisis clínico. *An Pediatr (Barc)*. [en línea] 2013 [Citado el 17/04/2021]; 79(3):162---166 Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403313000118>
20. Padilla Esteba, M. Garcia Rebollar, S. Foullerat Cañada. Convulsión Febril. *Pediatr Integral* [en línea] 2015 [Citado el 17/04/2021]; XIX (9): 600–608 Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix09/03/n9-600-608_MarisaPadilla.pdf
21. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. MINSA. 2015.
22. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - Lima: Ministerio de Salud; 2013.
23. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. MINSA 2005
24. K. Zavala Aguilar, F. Gutiérrez Pineda, E. Bozalongo de Aragón. Manejo de la onicocriptosis en atención primaria. caso clínico. *Semergen*. [en línea] 2013 [Citado el 17/04/2021] 39(6): e38-e40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359312001426>
25. Goldstein, B. Management of ingrown toenails. *UpToDate*. [en línea] APR 2021. [Citado el 17/04/2021] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-ingrown->

toenails?search=onicocriptosis&source=search_result&selectedTitle=1~22&usage_type=default&display_rank=1

26. Byrnes YM, Civantos AM, Go BC, McWilliams TL, Rajasekaran K. Efecto de la pandemia de COVID-19 en las percepciones de carrera de los estudiantes de medicina: un estudio de encuesta nacional. *Med Educ [en línea]* diciembre de 2020 [Citado el 18/04/2021] 25 (1): 1798088. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7482653/>

ANEXOS

ANEXO 1: Población asignada al C.S. San Juan De Miraflores 2020

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	POBL. FEM. TOTAL	POBLACION MEF			
																10 - 14	15- 19	20- 49	GESTANTES ESPERADAS
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	1630	1815	10,107	822

ANEXO 2: Manejo de RPM según categoría basada en edad gestacional –
ACOG 2020

Box 1. Management of Prelabor Rupture of Membranes by Gestational Age Categories in Patients With Normal Antenatal Testing

Term (37 0/7 weeks of gestation or more)

- GBS prophylaxis as indicated
- Treat intraamniotic infection if present
- Proceed toward delivery (induction or cesarean as appropriate/indicated)

Late Preterm (34 0/7–36 6/7 weeks of gestation)

- Expectant management or proceed toward delivery (see text) (induction or cesarean as appropriate/indicated)
- Single-course of corticosteroids, if steroids not previously given, if proceeding with induction or delivery in no less than 24 hours and no more than 7 days, and no evidence of chorioamnionitis*
- GBS screening and prophylaxis as indicated
- Treat intraamniotic infection if present (and proceed toward delivery)

Preterm (24 0/7–33 6/7 weeks of gestation)

- Expectant management
- Antibiotics recommended to prolong latency if there are no contraindications
- Single-course of corticosteroids; insufficient evidence for or against rescue course
- Treat intraamniotic infection if present (and proceed to delivery)
- A vaginal–rectal swab for GBS culture should be obtained at the time of initial presentation and GBS prophylaxis administered as indicated.
- Magnesium sulfate for neuroprotection before anticipated delivery for pregnancies <32 0/7 weeks of gestation, if there are no contraindications†

Perivable (Less than 23–24 weeks of gestation)^{‡,§}

- Patient counseling; consider neonatology and maternal–fetal medicine consultation
- Expectant management or induction of labor
- Antibiotics may be considered as early as 20 0/7 weeks of gestation
- GBS prophylaxis is not recommended before viability[¶]
- Corticosteroids are not recommended before viability[¶]
- Tocolysis is not recommended before viability[¶]
- Magnesium sulfate for neuroprotection is not recommended before viability^{¶,||}

Abbreviation: GBS, group B streptococci.

*Do not delay delivery for steroids; steroids should not be administered for an imminent cesarean birth.

†Magnesium sulfate for neuroprotection in accordance with one of the larger studies.

‡The combination of birth weight, gestational age, and sex provide the best estimate of chances of survival and should be considered in individual cases.

§Perivable birth. Obstetric Care Consensus No. 6. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2017;130:187–99.

¶May be considered for pregnant women as early as 23 0/7 weeks of gestation.

Box 2. Diagnostic Criteria for Preeclampsia

Blood pressure

- Systolic blood pressure of 140 mm Hg or more or diastolic blood pressure of 90 mm Hg or more on two occasions at least 4 hours apart after 20 weeks of gestation in a woman with a previously normal blood pressure
- Systolic blood pressure of 160 mm Hg or more or diastolic blood pressure of 110 mm Hg or more. (Severe hypertension can be confirmed within a short interval (minutes) to facilitate timely antihypertensive therapy).

and

Proteinuria

- 300 mg or more per 24 hour urine collection (or this amount extrapolated from a timed collection) or
- Protein/creatinine ratio of 0.3 mg/dL or more or
- Dipstick reading of 2+ (used only if other quantitative methods not available)

Or in the absence of proteinuria, new-onset hypertension with the new onset of any of the following:

- Thrombocytopenia: Platelet count less than $100,000 \times 10^9/L$
- Renal insufficiency: Serum creatinine concentrations greater than 1.1 mg/dL or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease
- Impaired liver function: Elevated blood concentrations of liver transaminases to twice normal concentration
- Pulmonary edema
- New-onset headache unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses or visual symptoms

ANEXO 4: Tratamiento antihipertensivo para preeclampsia – ACOG 2020

Table 3. Antihypertensive Agents Used for Urgent Blood Pressure Control in Pregnancy

Drug	Dose	Comments	Onset of Action
Labetalol	10–20 mg IV, then 20–80 mg every 10–30 minutes to a maximum cumulative dosage of 300 mg; or constant infusion 1–2 mg/min IV	Tachycardia is less common with fewer adverse effects. Avoid in women with asthma, preexisting myocardial disease, decompensated cardiac function, and heart block and bradycardia.	1–2 minutes
Hydralazine	5 mg IV or IM, then 5–10 mg IV every 20–40 minutes to a maximum cumulative dosage of 20 mg; or constant infusion of 0.5–10 mg/hr	Higher or frequent dosage associated with maternal hypotension, headaches, and abnormal fetal heart rate tracings; may be more common than other agents.	10–20 minutes
Nifedipine (immediate release)	10–20 mg orally, repeat in 20 minutes if needed; then 10–20 mg every 2–6 hours; maximum daily dose is 180 mg	May observe reflex tachycardia and headaches	5–10 minutes

Abbreviations: IM, intramuscularly; IV, intravenously.

ANEXO 5: Valores de concentración de hemoglobina según grupo etario

Tabla N° 3
Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin Anemia si Hemoglobina (g/dL)
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011 (26)
Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra (25)
(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

ANEXO 6: Cartilla de manejo para suplementación preventiva y terapéutica para anemia en pediatría

Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable

CARTILLA DE MANEJO PARA SUPLEMENTACION PREVENTIVA Y TRATAMIENTO DE ANEMIA EN NIÑOS

1. MANEJO PREVENTIVO CON HIERRO EN NIÑOS

CON HIERRO POLIMALTOSADO EN GOTAS			CON SULFATO FERROSO EN JARABE				CON SULFATO FERROSO EN GOTAS		
Presentación : Frasco por 20 ml Concentración : 50 mg/ml de hierro Dosis : 2 mg/kg de peso/día			Presentación : Frasco por 180 ml Concentración : 15 mg/5ml de hierro Dosis : 2 mg/kg de peso/día				Presentación : Frasco 30 ml Concentración : 25 mg/ml de hierro Dosis : 2 mg/kg de peso/día		
Peso (kg)	Dosis diaria en gotas	N° Frascos x mes	Peso (kg)	Dosis diaria en ml	Dosis en Cuchara* de 5 ml	N° Frascos x mes	Peso (kg)	Dosis diaria (gotas)	N° Frascos x mes
5	4	0,3	5	3	1	0,6	5	8	0,4
6	5	0,4	6	4	1	0,7	6	10	0,5
7	6	0,4	7	5	1	0,8	7	11	0,6
8	6	0,5	8	5	1	0,9	8	13	0,6
9	7	0,5	9	6	1 ¼	1,0	9	14	0,7
10	8	0,6	10	7	1 ¼	1,1	10	16	0,8
11	9	0,7	11	7	1 ½	1,2	11	18	0,9
12	10	0,7	12	8	1 ½	1,3	12	19	1,0
13	10	0,8	13	9	1 ½	1,4	13	21	1,0
14	11	0,8	14	9	2	1,6	14	22	1,1
15	12	0,9	15	10	2	1,7	15	24	1,2
16	13	1,0	16	11	2	1,8	16	26	1,3
17	14	1,0	17	11	2 ¼	1,9	17	27	1,4
18	14	1,1	18	12	2 ½	2,0	18	29	1,4
19	15	1,1	19	13	2 ½	2,1	19	30	1,5
20	16	1,2	20	13	2 ½	2,2	20	32	1,6

Para pesos diferentes al cuadro o mayores de 20 kg utilizar la siguiente fórmula:
Peso del niño x 0,8 = Dosis en gotas

Para pesos diferentes al cuadro o mayores de 20 kg utilizar la siguiente fórmula:
Peso del niño x 0,66 = Dosis en ml

Para pesos diferentes al cuadro o mayores de 20 kg utilizar la siguiente fórmula:
Peso del niño x 1,6 = Dosis en gotas

2. MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS

CON HIERRO POLIMALTOSADO EN GOTAS			CON SULFATO FERROSO EN JARABE				CON SULFATO FERROSO EN GOTAS		
Presentación : Frasco por 20 ml Concentración : 50 mg/ml de hierro Dosis : 3 mg/kg de peso/día durante 6 meses continuos			Presentación : Frasco por 180 ml Concentración : 15 mg/5ml de hierro Dosis : 3 mg/kg de peso/día durante 6 meses continuos				Presentación : Frasco por 30 ml Concentración : 25 mg/ml de hierro Dosis : 3 mg/kg de peso/día durante 6 meses continuos		
Peso (kg)	Dosis diaria en gotas	N° Frascos x mes	Peso (kg)	Dosis diaria en ml	Dosis en Cuchara* de 5 ml	N° Frascos x mes	Peso (kg)	Dosis diaria en gotas	N° Frascos x mes
5	6	0,5	5	5	1	0,8	5	12	0,6
6	7	0,5	6	6	1 ¼	1,0	6	14	0,7
7	8	0,6	7	7	1 ½	1,2	7	17	0,8
8	10	0,7	8	8	1 ½	1,3	8	19	1,0
9	11	0,8	9	9	1 ½	1,5	9	22	1,1
10	12	0,9	10	10	2	1,7	10	24	1,2
11	13	1,0	11	11	2 ¼	1,8	11	26	1,3
12	14	1,1	12	12	2 ½	2,0	12	29	1,4
13	16	1,2	13	13	2 ½	2,2	13	31	1,6
14	17	1,3	14	14	2 ½	2,3	14	34	1,7
15	18	1,4	15	15	3	2,5	15	36	1,8
16	19	1,4	16	16	3 ¼	2,7	16	38	1,9
17	20	1,5	17	17	3 ½	2,8	17	41	2,0
18	22	1,6	18	18	3 ½	3,0	18	43	2,2
19	23	1,7	19	19	3 ¾	3,2	19	46	2,3
20	24	1,8	20	20	4	3,3	20	48	2,4

Para pesos diferentes al cuadro o mayores de 20 kg utilizar la siguiente fórmula:
Peso del niño x 1,2 = Dosis en gotas

Para pesos diferentes al cuadro o mayores de 20 kg utilizar la siguiente fórmula:
Peso del niño x 1 = Dosis en ml

Para pesos diferentes al cuadro o mayores de 20 kg utilizar la siguiente fórmula:
Peso del niño x 2,4 = Dosis en gotas

(*) El sulfato Ferroso en jarabe viene con 1 cuchara medidora de 5 ml, en caso de pérdida se puede reemplazar por una cuchara que equivale a 5 ml.

Fuente: Norma Técnica N° 134 Manejo terapéutico y preventivo de la anemia, en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas. RM N°250-2017/MINSA

ANEXO 7: Estratificación del riesgo cardiovascular en categorías según valores de presión arterial, factores de riesgo, comorbilidades, daño de órgano.

Tabla 2. Estratificación del riesgo CV total en categorías de riesgo según los valores de PAS y PAD y la presencia de factores de riesgo, daño asintomático a órgano blanco, diabetes mellitus, grado de ERC y ECV sintomática⁹.

Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	PAS 130-139 o PAD 85-89	PAS 140-159 o PAD 90-99	PAS 160-179 o PAD 100-109	PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
≥ 3 FR	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
ECV sintomática, ERC de grado ≥ 4 o diabetes con daño orgánico/FR	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

ECV: enfermedad cardiovascular; **ERC:** enfermedad renal crónica; **FR:** factor de riesgo; **PAD:** presión arterial diastólica; **PAS:** presión arterial sistólica.

ERC: grado 3: 30-60 ml/min/1,73 m²; grados 4 y 5: < 30 y < 15 ml/min/1,73 m² respectivamente.

Fuente: Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, et al. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 34, 2159–2219.

ANEXO 8: Dosificación de tabletas de dosis fijas combinadas para tratamiento antituberculoso según peso.

Fase y presentación de tabletas en dosis fijas combinadas (DFC)	Número de tabletas en DFC por día según peso del paciente			
	30 - 37 Kg	38 – 54 kg	55 – 70 kg	> 70 kg
PRIMERA FASE (diaria) Rifampicina (150 mg) Isoniacida (75 mg) Pirazinamida (400 mg) Etambutol (275 mg)	2	3	4	5
SEGUNDA FASE (diaria) Rifampicina (150mg) Isoniacida (75mg)	2	3	4	5
SEGUNDA FASE (tres veces por semana) Rifampicina (150mg) Isoniacida (150mg)	2	3	4	5