



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID 19 DURANTE EL AÑO 2020 - 2021

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

PRESENTADA POR
BRUNO ALEJANDRO PORTELLA HIDALGO

ASESOR

MG. PIERINA DANOS DIAZ

LIMA, PERÚ
2021



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL PRIMER Y TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID 19 DURANTE
EL AÑO 2020 - 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
BRUNO ALEJANDRO PORTELLA HIDALGO**

**ASESORA
MAG. PIERINA DANOS DIAZ**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: MAG. Maria Isabel Mercado Herrera

Miembro: MAG. Karin Narda Galvez Carrillo

Miembro: M.E Zoila Roxana Villa Zapata

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de suficiencia profesional a mi familia, la cual me ha apoyado siempre desde el inicio de mi carrera, tanto anímica, moral y financieramente. Por todos los sacrificios que han realizado para que me sea posible llegar a esta etapa de la carrera.

Dedicado también a Daphne, mi pareja, la cual siempre me ha estado recordando las prioridades y apoyándome durante todo el trayecto de la carrera que he estado junto a ella.

Finalmente, agradecer a Dios, ya que sin Él no estaría escribiendo estas líneas en este momento. Todo el bien que he podido hacer hasta ahora se lo debo a Él y a su sabiduría

Bruno Portella Hidalgo

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Casos Clínico 1	5
1.2 Caso Clínico 2	7
1.3 Caso Clínico 3	8
1.4 Caso Clínico 4	8
1.5 Caso Clínico 5	9
1.6 Caso Clínico 6	10
1.7 Caso Clínico 7	10
1.8 Caso Clínico 8	11
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
3.1 Caso Clínico 1	15
3.2 Caso Clínico 2	16
3.3 Caso Clínico 3	18
3.4 Caso Clínico 4	20
3.5 Caso Clínico 5	21

3.6 Caso Clínico 6	22
3.7 Caso Clínico 7	23
3.8 Caso Clínico 8	25
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	36
1. Análisis Situacional del HEJCU	38
2. Organigrama de Manejo de Crisis Hiperglicemicas	39
3. Norma Técnica Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Puérperas 2017	40

RESUMEN

El internado de medicina es una etapa fundamental en la formación del médico durante el pregrado. El año comprendido entre enero de 2020 a abril de 2021 ha sido un escenario extremo debido a la pandemia por el COVID-19, enfrentando a los estudiantes a una situación única y con una amplia incertidumbre, cambiando la estructura del internado por completo

Objetivo: Describir las experiencias, instituciones y vivencias de cada rotación, con el fin de demostrar las competencias adquiridas durante el Internado Médico desarrollado durante el periodo de enero de 2020 a abril de 2021.

Metodología: Presentación de casos clínicos y sustentación según medicina basada en evidencias y experiencias de manejo de la salud.

Conclusiones: Pese a las dificultades afrontadas, el autor ha podido desarrollarse de manera adecuada en todo el ámbito de las prácticas preprofesionales, tanto en la parte profesional como humanística.

Palabras claves: Internado, Desarrollo, Medicina, Gineco-obstétrica, Pediatría, Cirugía.

ABSTRACT

The medical internship is a fundamental stage in the training of the doctor during the undergraduate degree. The year from January 2020 to April 2021 has been an extreme scenario due to the COVID-19 pandemic, confronting students with a unique situation and with wide uncertainty, changing the boarding school structure completely

Objective: Describe the experiences, institutions and experiences of each rotation, in order to demonstrate the skills acquired during the Medical Internship developed during the period from January 2020 to April 2021.

Methodology: Presentation of clinical cases and support according to evidence-based medicine and health management experiences.

Conclusions: Despite the difficulties faced, the author has been able to develop adequately in the entire scope of pre-professional practices, both in the professional and humanistic aspects.

Keywords: Medical internship, Development, Medicine, Gyneco-obstetrics, Pediatrics, Surgery,

INTRODUCCIÓN

El internado médico del año 2020 empezó de manera habitual, con todos los estudiantes de séptimo año ansiosos y listos para ir a sus sedes hospitalarias respectivas. Inesperadamente, ese mismo año, la pandemia del COVID-19 mermaría al internado como lo conocemos, dejando a la deriva a todos los internos, en un primer momento, por varios meses. Pero algo menos pensado aún era la posibilidad de realizar el internado en el Primer Nivel de Atención, brindándole un nuevo enfoque a los estudiantes de medicina acerca de este componente de nuestro sistema de salud y de la importancia que este juega. Todos estos cambios, repentinos, lo han sufrido los internos de medicina del año 2020, siendo pioneros en este tipo de internado, el cual va a seguir así por un tiempo indefinido para el momento en que el autor escribe esto.

El internado médico consiste en ejercer distintas prácticas preprofesionales durante el último año de la carrera de medicina, a fin de que el estudiante pueda tener la habilidad, criterio y consolidación de conocimientos teóricos para ejercer la medicina a nivel profesional. En toda su historia, el internado médico ha pasado por distintos cambios, datándose su reglamentación y formalización a partir de los primeros años del siglo XX. En América Latina, México llegó a formalizar las prácticas hospitalarias en el año 1910, pero el contexto político en el que se encontraban hizo que se pudieran ejecutar a partir de 1930. Pero fue a partir del año 1952 en que el estado se hizo participe obligatorio de dichas prácticas, manteniéndose así, sin mayores cambios, hasta la actualidad (1).

En el Perú, la Universidad San Martín de Porres, se ceñía a las normas del internado a nivel nacional, el cual dividía al internado en cuatro rotaciones a nivel hospitalario: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia, siendo el orden de estas, decisión de cada sede. En cada una de las rotaciones el alumno se dividía en áreas como: hospitalización (manejo y monitoreo del paciente hospitalizado), consultorio externo, servicios de emergencia (manejo y estabilización del paciente) y servicios periféricos de salud (dependiente de la sede). A su vez, el interno debía prepararse para actividades académicas consistentes en conversatorios, exposición de casos clínicos y seminarios. Por último, y no menos importante, el interno era responsable por su preparación para el Examen Nacional de Medicina (ENAM), en el cual la universidad brindaba un curso de preparación para ello (2).

El 15 de marzo de 2020 a las 19 horas, el presidente, en ese entonces, Martín Vizcarra Cornejo, anunció estado de emergencia y cuarentena estricta obligatoria. Pocos días después de ello, el internado médico fue suspendido a nivel nacional, de manera indefinida. Durante 5 meses, los internos se encontraron relegados a otro tipo de actividades, muchas de ellas, netamente académicas y de forma virtual, con muy pocas noticias acerca del retorno del internado.

En agosto de 2020, se promulgó el Decreto de Urgencia N° 090-2020, el cual tenía plasmado las condiciones en las que el internado se reanudaría. Entre ellas estaban: internado en el Primer Nivel de Atención y/o sedes hospitalarias que lo permitiesen (siempre y cuando fuesen en áreas de atención no COVID-19), interno registrado en el INFO-RHUS, estipendio mensual de 930 nuevos soles, etc. Dicho decreto tardó en ejecutarse debido a las coordinaciones con las sedes docentes de distintas DIRIS, las cuales tardaron en terminar de pactarse. El día 15 de octubre de 2020, la gran mayoría de internos de la USMP ya estaban retomando el internado, previa prueba rápida negativa, al primer nivel de atención, luego de 7 meses sin actividades prácticas.

El autor de este manuscrito empezó su internado en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, hospital de nivel III-E; debido a que cuenta con camas de

hospitalización, servicios de UCI/UCIN, de cirugía, medicina, pediatría y ginecología, pero enfocados netamente en la atención de emergencias. El establecimiento, liderado por el Dr. Jose Pancorvo, tiene como Misión atender toda emergencia y/o urgencia, a la vez que, dar de alta a los pacientes ya estabilizados y fuera de riesgo, con indicación de atenderse por consulta externa en la institución más adecuada según el malestar del paciente. La mayor parte de casos atendidos en la institución eran emergencias de las áreas de medicina interna y cirugía.

Una vez pasado el tiempo de incertidumbre y coordinado el reinicio del internado, el autor fue asignado al Centro de Salud Unidad Vecinal N° 3, un centro de salud nivel I-3, ya que cuenta con servicios de medicina, pediatría y obstetricia, pero no con servicio de hospitalización. En dicho establecimiento, liderado por la Dra. Silvia Lira, se atiende mayoritariamente a pacientes con patologías crónicas (Diabetes Mellitus, hipertensión, dislipidemias, etc.), siendo una menor parte casos complejos que requieren derivarse a centros con mayor capacidad resolutive médico -quirúrgica, como el Hospital Nacional Arzobispo y el Hospital Docente San Bartolomé.

El objetivo de este trabajo es describir la experiencia del autor durante el internado médico del año 2020, tanto en los aspectos competenciales y profesionales; como en el aspecto humanístico y de desarrollo personal, llevado a cabo en dos niveles de atención con diferencias muy marcadas, pero complementarias entre sí, en cuanto a enfoque y tipo de servicios.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es una fase esencial de la carrera del estudiante de medicina, principalmente, por ser el momento donde se pondrá en práctica, por primera vez y bajo supervisión, los conocimientos adquiridos durante todos los años previos, orientados al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Resulta de suma importancia el desarrollar las habilidades mencionadas anteriormente, para que, el interno de medicina continúe con la evolución de su razonamiento clínico. En el trabajo de Rodríguez de Castro, se desarrolla de manera ordenada todas las fases evolutivas que cursa el pensamiento clínico del estudiante de ciencias de la salud. Dicho artículo nos habla de las siguientes fases (3) :

- Conocimiento reducido: El razonamiento inicial del estudiante, donde el poco conocimiento induce a la adivinación del diagnóstico.
- Conocimiento disperso: Aun con conocimientos limitados, el estudiante ahora genera primero la hipótesis para luego buscar datos que la sustenten. Este tipo de razonamiento también lo usan los médicos experimentados al encontrarse en situaciones fuera de su competencia
- Conocimiento elaborado actual: Los conocimientos ya se encuentran más consolidados en esta etapa, así como su relación causa-efecto. Aún se usa el razonamiento hipotético, pero de manera más acertada.
- Conocimiento esquematizado: En esta etapa, el pensamiento se torna de hipotético a inductivo, es decir, siguiendo esquemas ordenados acerca de

un problema y sus diferentes presentaciones clínicas, valiéndose a la vez de sistemas categorización, subcategorización, diagnósticos diferenciales, etc. Para alcanzar dicha etapa, se requiere al menos 10 años de práctica

- Patrones: Etapa de mayor experiencia, la cual permite el reconocimiento inmediato de los esquemas más prevalentes en todas sus presentaciones

Al momento de iniciar el internado médico, se busca que el estudiante de medicina, el cual inicia con un conocimiento reducido, evolucione en su razonamiento clínico a un conocimiento del tipo disperso/elaborado actual. Esto le permitirá tener herramientas suficientes para empezar a valerse por su cuenta en el mundo laboral, tanto en su rol como médico general, así como de futuro residente en cualquier especialidad (3).

Figura 2. Evolución de la estructura del conocimiento y estrategias disponibles para resolver problemas clínicos según el nivel de experiencia (adaptado de [14]).

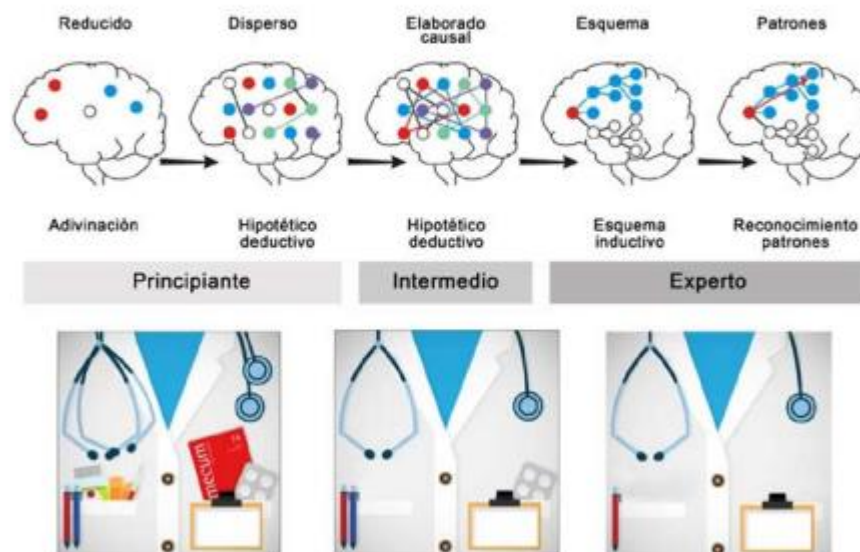


Figura 1. Esquema de la evolución del razonamiento clínico según nivel de experiencia.

Razonamiento Clínico - Rodríguez Castro FEM 2017; 20 (4): 149-160

En el año 2017, Martínez-Gonzales publicó un artículo, donde se realizó un estudio observacional-transversal en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México (UNAM), con el objetivo de evaluar las competencias que poseían los estudiantes previos al internado según el Plan de

Estudios de 2010. Se obtuvo una muestra de 577 alumnos para el examen teórico y 523 para el examen práctico. El estudio concluyó con resultado globalmente favorables en su población, demostrando que el estudiante, al inicio del internado, contaba con competencias y base suficiente para estructurar nuevo conocimiento, en base a experiencia práctica, para continuar su desarrollo profesional.

El artículo también nos menciona que, dicho plan de estudios contaba con que el egresado tuviera un perfil profesional orientado en ocho competencias, las cuales principalmente eran: pensamiento crítico, juicio clínico, manejo de información y toma de decisiones; aprendizaje autorregulado y comunicación efectiva (4).

Al analizar ambos artículos mencionados anteriormente, tenemos evidencia que respalda la importancia del desarrollo del razonamiento clínico, el internado médico y la capacidad de los estudiantes del último año de carrera para poner en práctica los conocimientos adquiridos previamente

Para conocer las expectativas del autor sobre el internado médico, es necesario recordar cuáles son los objetivos y competencias que propone la USMP para todos los internos de medicina. La principal competencia, constante en los syllabus de las cuatro especialidades en las que se divide el internado, es la que propone como idea central el poder identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas de cualquiera de las especialidades del internado, considerando la prevención y promoción de la salud. Cada una de ellas posee a su vez distintos componentes, los cuales se enfocan en el uso de medicina basada en evidencia y principios éticos en el manejo de los distintos problemas de cada especialidad con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes, promoviendo la prevención.

Una vez precisado esto, también es necesario mencionar que las expectativas del autor coincidían totalmente con las competencias a desarrollar según la USMP, junto a todos sus componentes y con el contenido pedagógico de los syllabus. Sin embargo, una expectativa propia del autor era el enfrentar la incertidumbre y el temor al empezar a diagnosticar y tratar diversos casos. Otra expectativa del autor era el desarrollo de sus habilidades y la capacidad para

gestionar un equipo de trabajo, así como desarrollar relaciones interpersonales positivas con la mayor cantidad de personas posibles, para establecerse gradualmente en su ámbito local. Finalmente, el autor tenía como aspiración, además, desarrollar el autocontrol y manejo adecuado del stress durante la práctica médica, así como construir una actitud asertiva ante cualquier elemento negativo que se encontrase en el trascurso del internado.

Considerando los objetivos de la USMP, las propias expectativas del suscrito y su experiencia personal, el autor concluye que, en efecto, ha cumplido la mayoría de las expectativas. En el ámbito propuesto por la casa de estudios, siente haber adquirido de forma concreta las competencias de planteadas, por todo el bagaje de experiencia adquirido tanto durante sus rotaciones clínicas en el primer y tercer nivel de atención, como por su cuenta mediante el estudio profundizado de diversos temas y por todas las actividades académicas organizadas por la universidad. En cuanto a las aspiraciones personales, el autor se encuentra conforme con el nivel alcanzado en todas las habilidades ya mencionadas, debido a la interacción con distintas personas, desde pacientes hasta sus propios colegas. La única expectativa en la que el autor no se sintió conforme fue en el desarrollo de habilidades de gestión de equipo, debido a la falta de oportunidad para ello durante el primer nivel de atención.

En el área de medicina interna, primer segmento de su internado realizado en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el autor pudo aprender el manejo de diversas emergencias; entre las más prevalentes están: Infarto agudo de miocardio, cetoacidosis diabética, accidentes cerebrovasculares, abdomen agudo, etc. Se instruyó en el ámbito de las medidas iniciales, así como en las medidas a tomar para la patología subyacente. El interno también realizó sus labores en el área de hospitalización y en las áreas de UCI/UCIN, donde adquirió experiencia sobre el manejo del paciente hospitalizado complicado y no complicado.

Luego de que se dieran las bases para el retorno del internado, el interno continuó con la rotación de cirugía, pero en el primer nivel de atención. Desafortunadamente, durante el tiempo que se realizó la rotación, el autor no

tuvo la oportunidad de abordar muchos casos, debido a la baja incidencia de lesiones/accidentes en la comunidad durante esos meses, así como por el temor que aún se tenía hacia los establecimientos de salud en general. Esta fue la rotación más perjudicada para el autor en el contexto de la pandemia por COVID-19. Sin embargo, el autor, al estar previamente en el HEJCU, aprendió a diagnosticar y diferenciar un abdomen agudo quirúrgico, siendo esto uno de los ítems más esenciales en el área de cirugía.

Durante los meses de enero y febrero, el autor desarrolló la rotación de gineco obstetricia, teniendo, además, 15 días de rotación en el Hospital Naval Central. En el primer nivel de atención, el autor participó activamente en la atención a la gestante durante sus controles prenatales, fomentando la prevención y promoción de la salud, mediante el uso de medidas profilácticas y consejería. Así mismo, se dedicó a la atención en el área de planificación familiar, mediante consejería en prevención de embarazo, administración de métodos anticonceptivos, entre otros. Sin embargo, durante su etapa en el Hospital Naval Central, el interno adquirió conocimientos sobre patologías ginecológicas como el cáncer de cérvix, fibroma de ovario, etc. A la vez, estuvo presente durante el manejo de las pacientes puérperas tanto por parto natural como por cesárea, incluso, tuvo la oportunidad de participar en la atención de un parto natural.

Finalmente, en los meses de marzo y abril, en la rotación de pediatría, el autor cuenta con la ventaja de que su establecimiento cuenta con un servicio de pediatría, liderado por el pediatra Dr. Oswaldo Gómez. En el servicio, el interno estuvo directamente involucrado con los distintos tipos de caso: dermatitis de pañal, dermatitis atópica, parasitosis (oxiuriasis, la más frecuente) etc. Además de ello, recibió una formación adecuada en cuanto al programa estatal de prevención y tratamiento de anemia, así como también en el área de inmunizaciones.

A continuación, se expondrán casos clínicos representativos de cada rotación hecha por el interno, para que pueda relatar su experiencia con las patologías más importantes durante la rotación

Caso Clínico N°1

Paciente mujer de 52 años, con sobrepeso, acude a la emergencia en con trastorno del sensorio, diaforesis y vómitos intensos. Familiar de la paciente refiere que desde 2 días antes del ingreso, paciente ha venido presentado cuadro de náuseas y vómitos (2 – 3 veces al día postprandial), asociado a diarrea acuosa (3 cámaras al día) y sensación de alza térmica. Funciones vitales: FC 110 x', FR 25 x' (patrón de Cheyne Stokes), T° 38.5°C, PA: 100/60, Saturación: 96%. Al examen físico se encuentran signos de deshidratación grave (piel seca, llenado capilar = 2 segundos, signo del pliegue +), palidez, presencia de ulcera oral, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, aparato respiratorio sin alteraciones, abdomen globuloso, depresible, doloroso a la palpación del epigastrio, Glasgow 13/15, no signos meníngeos, en la examinación se registra un olor similar al de las manzanas. Ampliando en la historia de la paciente: refiere que en los últimos días curso con polidipsia y poliuria, con reciente pérdida de peso. Antecedentes familiares de diabetes, sin evaluaciones previas por médico especialista. Se plantea como diagnóstico presuntivo cetoacidosis diabética como debut de Diabetes Mellitus tipo 2. Se realiza hemoglucotest, donde se encuentra glucosa de 356 mg/dl, estableciéndose el diagnóstico. Inmediatamente se ordena hidratación agresiva con 2 litros de CNa 0.9% EV a chorro en una hora, posteriormente manteniendo 15 mg/kg/hora. Mientras esto se ejecuta, se toma una muestra arterial de sangre para electrolitos y gasometría. Se coloca sonda nasogástrica a la paciente debido a vómitos persistentes. Una vez llegado los resultados, nos muestran un K sérico de 3 mEq/L, Na sérico de 129 mEq/L, HCO₃ de 18 mEq/L, pH de 7.24, PaO₂ de 80 mmHg, PaCO₂ de 48 mmHg. El peso de la paciente se estima en unos 74 kg. Ante estos valores, se determina corregir los niveles de potasio mediante la infusión de 2 ampollas de ClK al 20% diluido en uno de los frascos de NaCl 0.9% pasando a razón de 225 ml por hora. Mantener hidratación anteriormente indicada en otra vía periférica. Una vez instaurada la corrección del potasio, se inicia terapia con insulina, primero con un bolo inicial de 7.4 UI y luego la misma cantidad en infusión continua, hasta lograr una glucosa menor a 200 (monitorizar con HGT cada 2 horas). Veinte horas después del ingreso, paciente se encuentra con funciones vitales estables,

Glasgow normalizado, último hemoglucotest: 210 mg/DI, potasio sérico en 3.7 mEq/L, Na sérico en 139 mEq/L, pH de 7.31. Se amplía historia de la paciente: refiere que su madre sufrió de diabetes durante más de 20 años, además, confirma la presencia de poliuria y polidipsia descrita por los familiares, junto con polifagia, durante el último mes. Se retira paulatinamente insulino terapia (3.7 – 1.4 UI/hora) y l y se mantiene hidratación. Se retira sonda nasogástrica e inicia tolerancia oral a líquidos. Paciente evoluciona favorablemente, dándosele de alta unas 30 horas después del ingreso. Recibe indicaciones de atenderse por consultorio externo de endocrinología lo más pronto posible, así como la indicación de usar metformina 500 mg cada 24 horas, además de una dieta sin azúcares añadidos con carbohidratos controlados.

Caso Clínico N°2

Paciente mujer de 60 años, con antecedente patológico de hipertensión arterial desde hace 5 años, en tratamiento irregular recientemente, ingresa al centro de salud por referir cefalea leve persistente y tinnitus. Afirma que no ha podido continuar adecuadamente con su tratamiento debido a que sentía miedo de asistir a establecimientos de salud por la pandemia del coronavirus. Funciones vitales: FC 80 x', FR 19 x', PA:165/100 mmHg, Saturación: 98%, T° 36,9°C. Al examen físico no se encuentran signos de alarma ni daño de órgano diana. Se le diagnostica como Urgencia Hipertensiva, administrándosele una pastilla captopril 25mg sublingual y reposar en área de espera durante 20 minutos hasta su reevaluación. Pasado el tiempo de espera, se reevalúa a la paciente, encontrándosele presión de 155/90 mmHg. Se le indica reposo por 30 minutos más. Una vez pasado el nuevo tiempo de espera, la presión disminuye a 150/80. La paciente pasa a consulta con médico del centro de salud, el cual le indica reanudar su tratamiento hipertensivo habitual (enalapril 10 mg al día cada 12 horas, reiniciar tratamiento el día después de la consulta y acompañar de ingesta de jugo de maracuyá para potenciar efecto) y que acuda diariamente por una semana al centro de salud diariamente para monitorizar su presión arterial. Se le explica que, tomando las medidas de bioseguridad adecuadas, no debe temer en

acudir al centro de salud ya que puede descompensar su cuadro original, generándole complicaciones de manejo hospitalario.

Caso Clínico N°3

Paciente varón de 27 años, sin comorbilidades, acude al servicio de emergencias del HEJCU por presentar, desde 12 horas antes del ingreso, dolor intenso tipo cólico en epigastrio, el cual migra progresivamente a fosa iliaca derecha. Se acompaña de anorexia, sensación de alza térmica y leve sensación nauseosa. Funciones vitales: FC 114 x', FR 23, T° 38.3°C, Sat 98%, Glasgow 15/15. Examen físico: leve palidez, diaforesis, abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda, McBurney (+) Bloomberg (+), resto del examen no contributorio. Al paciente se le diagnostica de abdomen agudo quirúrgico, a descartar apendicitis aguda. Se le realizan exámenes auxiliares: hemograma (leucocitosis con desviación izquierda), ecografía abdominal (apéndice cecal de bordes hiperecogénicos, signos de inflamación y edema local, sensibilidad abdominal al examen). Queda confirmado el diagnóstico de apendicitis aguda, por lo que se le indica al paciente NPO, hidratación endovenosa, y coordinar rápidamente la ejecución de los riesgos prequirúrgicos. Una hora antes de la operación, recibe antibiótico terapia parenteral con Cefoxitina 2g EV. Es llevado a sala, donde se realiza una apendicectomía laparoscópica, extrayéndose una pieza operatoria de 10 cm x 2 cm correspondiente a unapéndice cecal supurada, no perforado, base no comprometida. Se aplica técnica a muñón libre para la base del apéndice y se realiza el cierre por primera intención, llevándose al paciente a sala de recuperación anestésica posteriormente. Paciente evoluciona favorablemente, con el dolor remitido totalmente, herida operatoria sin complicaciones locales. Es dado de alta 48 horas después, con indicación de reposo relativo por 2 semanas y control por consultorio externo en 7 días para retiro de puntos.

Caso clínico N°4

Paciente mujer de 23 años, sin antecedentes de importancia, acude a centro de salud con el siguiente relato clínico: Desde hace meses, refiere masa blanda en región de cuero cabelludo fronto-temporal, la cual le causa molestias leves en su vida diaria y manipulación constante de dicha lesión; 1 día antes del ingreso,

refiere haberlo manipulado de forma intensa, lo cual provocó su erupción, dando residuos blanquecinos, grumosos, con leves rasgos hemáticos. Al examen físico: cuero cabelludo presenta lesión circular de 2cm de diámetro, con punto de drenaje central, de bordes elevados, restos grumosos de material fibroso rodean la lesión; drenaje a la digito presión de material blanquecino fibroso, pocos rasgos sanguíneos, no purulento. Resto del examen no contributivo. Se le diagnostica a la paciente de Quiste Pilosebaceo único, se le explica la naturaleza de ese tipo de patología, y se le recomienda la opción de extraerlo en el mismo de centro de salud, debido a que es un procedimiento menor. Además, se le explica que, tanto por la patología en si como por la intervención, es muy probable que dicha zona quede alopecica. La paciente expresa su voluntad para el procedimiento. Se procede a realizar asepsia de la zona para posteriormente cortar una cantidad mínima de cabello que pudiera interferir con la intervención. Se infiltra anestesia local a los bordes de la lesión. Hecho esto, se procede a ampliar la lesión con un pequeño corte de orientación anteroposterior con un bisturí n°11, para luego extraer el quiste en cuestión. Se extrae quiste abierto, de bordes definidos, consistencia blanda, de 1.5 cm de diámetro, con material blanquecino fibroso en su interior. Una vez retirado el quiste, se procede a suturar la lesión, haciendo uso de solo un punto simple. Finalmente, la paciente recibe indicaciones acerca del cuidado de su herida y se le indica retornaren siete días para el retiro del punto de suturas, así como también se le prescribió antibióticos vía oral por 5 días. La paciente no retornó

Caso Clínico N°5

Paciente gestante de 30 años, G3 P1011, acude para control prenatal en su semana 31 de gestación. G1: Pérdida a las 8 semanas. G2: Nacido a término, presentó RPM de 8 horas, causa desconocida, parto natural, peso de 3.2 kg al nacer, no presentó complicaciones neonatales, actualmente niño sano. Método anticonceptivo: Ampolla trimestral (aplicada irregularmente debido a pandemia de COVID-19). Actualmente refiere flujo vaginal de calidad blanquecina, grumoso y con prurito moderado. Examen físico: funciones vitales normales, altura uterina de 30 cm, latidos cardiacos fetales de 145 por minuto, maniobra de Leopold:

lateral cefálico izquierdo. Examen genital: se constata presencia de flujo blanquecino, grumoso, poco maloliente, leve edema de labios mayores y menores. Es diagnosticada de vulvovaginitis candidiásica, por lo que recibe tratamiento con óvulos de clotrimazol por 7 días. Se le indica usar prendas no ajustadas, así como usar ropa interior de material no sintético y se le cita para la próxima semana, para reevaluación de los síntomas.

Caso Clínico N°6

Paciente mujer de 19 años acude al servicio de planificación familiar. Refiere tener relaciones sexuales desde los 16 años, con parejas inestables. Parejas sexuales hasta la actualidad: tres. Actualmente cuenta con pareja a la que no suele frecuentar debido a la pandemia. Refiere que este no desea usar condón “porque le parece incómodo”. Niega violencia sexual ni familiar. G0P0000. Antecedentes: Niega antecedentes médicos-quirúrgicos de importancia. No presenta favoritismo hacia algún método en específico. Antecedentes familiares: abuelo paterno fallecido de cáncer gástrico hace 3 años. Examen físico sin hallazgos importantes. Se le brinda consejería a la paciente sobre las prácticas y conductas sexuales de riesgo, la cual en su caso sería el tener coito sin métodos de barrera con una pareja inestable. Se le expende método anticonceptivo oral junto con métodos de barrera, así como instrucciones de cómo usar correctamente cada método (anticonceptivo oral tomarlo una vez pasada la menstruación, una pastilla diaria, con horario estricto, reiniciar el método en caso de olvidar la dosis por más de 12 horas). Una vez atendida la paciente, y comprobando que no se interfiere con ninguna barrera cultural que pudiese perjudicar a la paciente, se le cita para el próximo mes, para monitoreo del uso adecuado del método anticonceptivo.

Caso Clínico N°7

Paciente mujer de 4 años acude a centro de salud acompañado de su madre, la cual refiere que su hija últimamente presenta ciclo interrumpido de sueño, así como prurito intenso en región perineal-genital y bruxismo, todo ello desde hace 5 días. Además de ello refiere que primo del niño está presentando síntomas similares. Al examen físico: Peso de 18 kg, talla 100 cm, no signos de

deshidratación ni dificultad respiratoria, paciente activo con leve tendencia al sueño, región perineal de piel tibia, hidratada, sin lesiones visibles ni palpables. Paciente es diagnosticado de oxiuriasis debido a los síntomas presentados, indicándosele Albendazol 400 mg 1 dosis ese día y otra dosis en 2 semanas, tanto al niño como a toda la familia. Además, se les indica reemplazar e higienizar todo lo que fuese ropa de cama y mantas. Se le entrega a la paciente una solicitud para examen de orina, para descartar alguna infección urinaria como complicación de la oxiuriasis. La paciente es programada a una cita para cuando consiga los resultados de dicho examen de orina.

Caso Clínico N°8

Paciente varón de 9 meses acude para vacunación y administración de hierro polimaltosado de forma profiláctica. Actualmente asintomático. Peso: 7.9 kg, Talla: 69 cm. Examen Físico: despierto, activo, no palidez, no signos de deshidratación ni dificultad respiratoria. Previo a la vacunación, se realiza tamizaje de anemia, el cual demuestra una hemoglobina en 10.1, diagnosticándosele anemia leve. Se le ingresa al programa de control de niño anémico, para lo cual recibe hierro polimaltosado en dosis de 11 gotas por día y atención por el servicio de nutrición. Se le informa a la madre sobre todos los efectos negativos que posee la anemia sobre su hijo y las secuelas que puede dejar a futuro. También se le indica Paracetamol en gotitas 18 a 26 gotas condicional a fiebre o dolor por la vacunación. Paciente continúa adecuadamente el tratamiento, mejorando paulatinamente y dándosele de alta 6 meses después, para proceder a recibir suplemento de hierro de forma profiláctica

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se ha mencionado anteriormente, el autor ha realizado su internado en el HEJCU hasta antes del inicio del estado de emergencia, siendo posteriormente reubicado al C.S UV N°3. Dado esta circunstancia, se procederá a explicar, de manera medianamente detallada, ambas instituciones según su contexto habitual.

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa es un establecimiento categorizado III-E, ya que está especializado en la atención de emergencias y cuenta con los servicios de UCI/UCIN, cirugía, neurocirugía, traumatología, medicina interna, radiología, pediatría, ginecología, etc. Además de ello es hospital referencial a nivel nacional (sobre todo en las áreas quirúrgicas), más sin ser un instituto orientado a la investigación especializada. Este hospital comienza su historia alrededor del año 1950, debido a la fusión del puesto central de salud de la Av. Grau con la asistencia pública de Miraflores. En 1956 fue donde, el Club de Leones de Miraflores, inició la construcción del nosocomio tal como se le conoce hoy en día. Inicialmente de dos pisos, pero con proyección para la estructura actual, que cuenta con 6 pisos, inaugurándose finalmente como tal en el año 1980. El nombre de José Casimiro Ulloa fue sugerencia del Colegio Médico del Perú, ya que este fue un destacado médico, uno de los fundadores de la cruz roja peruana y la organización de la sanidad militar, siendo especialmente

recordado por su heroica labor en la atención y transporte de heridos durante la Guerra del Pacífico en 1879.

Al ser un hospital altamente especializado en la atención de emergencias, el hospital no cuenta con una población asignada, más siendo su población habitual, los residentes de las zonas aledañas como Surco, Barranco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador y Villa María del Triunfo, siendo en menor razón los otros distritos de Lima.

Según el ASIHO del hospital, para 2019 este contaba con 961 trabajadores, de los cuales 206 eran médicos. Contaba con 79 camas de hospitalización y 36 camillas de observación para distintas áreas.

Las mayores atenciones fueron registradas por los grupos etarios de 21 a 25 años y de 0 a 5 años, siendo en su mayoría mujeres. Los atendidos fueron un total de 86030 y las atenciones un 99233. La mayor cantidad de atenciones se registró durante los meses de enero, mayo y diciembre; en orden de frecuencia. Los tres principales motivos de atención en general fueron enfermedad súbita, seguida de accidente casual y accidente de tránsito. Las especialidades con más atenciones fueron las de medicina y cirugía; con los diagnósticos más habituales de Infección de vías urinarias no especificadas y apendicitis aguda no especificada, respectivamente (5).

En el Anexo 1 se podrá encontrar las gráficas correspondientes a lo descrito sobre las atenciones el HEJCU

En cuanto al C.S Unidad Vecinal N°3 de Mirones, este es un establecimiento categorizado como de nivel I-3, debido a que cuenta con las atenciones de medicina, obstetricia y pediatría, con atención por 12 horas y patología clínica, más sin el servicio de hospitalización ni sala de partos. La historia del centro de salud se remonta a finales de 1940, con la creación de la Unidad Vecinal N°3 (ya que el proyecto había quedado en 3er lugar de un concurso nacional), diseñado por el arquitecto Fernando Belaunde Terry. En el año 1950, debido al aumento constante de residentes, se le cede una parte del sector al Ministerio de Salud para habilitar la Unidad Sanitaria. Durante sus primeros años trabajó bajo la administración de la asistencia pública de la Av. Grau. El centro de salud ha ido

mejorando tanto en infraestructura como en personal, así como aumentando sus responsabilidades, hasta gradualmente llegar a ser el que es hoy en día.

El centro de salud cuenta con una población total de 18,196 habitantes y una densidad poblacional de 11.6 hab/km². El tiempo promedio entre el establecimiento y los hospitales de referencia es de 15 minutos

Actualmente cuenta con un total de 48 trabajadores de los cuales 7 son médicos. Cuenta con programas de Atención Integral para niños, adultos, adultos mayores y mujeres. Entre todos los servicios que dan se encuentran: medicina, obstetricia, pediatría, inmunizaciones, PCT, nutrición, terapia física, etc.

A la fecha, la realidad de ambos establecimientos ha cambiado radicalmente. El HEJCU ha pasado a ser un hospital referencial para COVID 19. En cambio, el C.S UV3 ha visto reducida su cantidad de personal, debido a que gran parte de ellos presentaba alguna comorbilidad, por lo que están laborando remotamente, generando que el personal que trabaja presencialmente posea horarios de trabajo más recargado. Los servicios que brinda también se han visto reducidos, especialmente CRED, visitas domiciliarias, etc. Además de ello, la atención ahora es brindada en las zonas abiertas de la posta, dejando muchos ambientes como almacén de objetos o como lugar para que el personal guarde sus pertenencias personales.

En definitiva, la pandemia ha hecho que el contexto de su atención haya cambiado drásticamente para ambos establecimientos. Esta nueva realidad sanitaria ha hecho que se abran espacios especiales para atender a pacientes con síntomas de COVID 19, siendo, hasta el día de hoy, una gran demanda. Sin embargo, este enfoque, aunque necesario, está haciendo que se dejen desatendidas muchas patologías crónicas, previéndose el efecto de esto en un futuro cercano.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Este capítulo se va a dedicar a la adecuada resolución de los casos clínicos previamente expuestos. Usando la medicina basada en evidencia, tanto evidencia local como internacional, se emitirán observaciones acerca del actuar de los profesionales de la salud en dichos casos.

Caso Clínico N°1

Las crisis hiperglucémicas son complicaciones propias de la diabetes mellitus que habitualmente se dan en casos de descompensación aguda sistémica, mala administración de fármacos o como debut de la misma enfermedad. Estas crisis hiperglucémicas se dividen en dos grandes cuadros: el estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH) y la cetoacidosis diabética (CAD). Cada uno de ellos tiene

Table 3 Diagnostic criteria for DKA and HHS				
Measure	DKA			HHS
	Mild	Moderate	Severe	
Plasma glucose (mg/dL)	>250	>250	>250	>600
Arterial pH	7.25 to 7.30	7.00 to <7.24	<7.00	>7.30
Serum bicarbonate (mEq/L)	15 to 18	10 to < 15	<10	>18
Urine or serum ketones ^a	Positive	Positive	Positive	Small
Urine or serum β-hydroxybutyrate (mmol/L)	>3.0	>3.0	>3.0	<3.0
Effective serum osmolality ^b	Variable	Variable	Variable	>320 mOsm/kg
Anion gap	>10	>12	>12	Variable
Mental status	Alert	Alert/drowsy	Stupor/coma	Stupor/coma

Abbreviations: DKA, diabetic ketoacidosis; HHS, hyperglycemic hyperosmolar state.

^a Nitroprusside reaction.

Figura 2. Tabla resumen de criterios diagnosticos para distintos grados de cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar. Management of Hyperglycemic crises 2017

distintas características, siendo las glucemias mayores a 600 mg/dl propios del EHH; mientras que en la CAD se presentan glucosas entre 200 a 600 mg/dl pero con pH menor a 7.3. A continuación un cuadro resumen de dicho tema (6).

Las causas detrás del cuadro hiperglicémico pueden ser variadas, siendo generalmente las infecciones agudas una gran causa en ambos cuadros, así como también una mala regulación de la administración de insulina (6).

El tratamiento de la cetoacidosis diabética se basa en 3 pilares básicos: hidratación, insulino terapia y monitoreo del potasio sérico. El más importante de estos es la hidratación, siendo a razón de 1-1.5L por hora en las etapas iniciales. La insulino terapia es muy importante, ya que el objetivo principal es mantener la glucosa por debajo de los 200 mg/dL en la CAD y entre 200 a 300 mg/dL en pacientes con EHH . Generalmente se empieza con una terapia de 0.1 UI/Kg/hora en bolo para luego dar la misma dosis en infusión continua. Sin embargo, un aspecto importante antes de iniciar la terapia con insulina es la monitorización de los niveles de potasio sérico: si se encuentra un valor menor de 3.3 mEq/L es necesario estabilizarlo para luego iniciar el tratamiento con insulina mientras se da una infusión continua de potasio. La administración de bicarbonato endovenoso está reservada para pacientes con pH menor a 7 y se administra junto al potasio.(6,7)

En el caso mencionado, se han seguido los protocolos y estándares tanto nacionales como internacionales, salvando la vida del paciente. El manejo de la diabetes en sí se debe establecer con un especialista en la consulta externa, sin embargo, también correctamente indicado la metformina cada 24 horas como tratamiento inicial temporal hasta que el médico endocrinólogo decida cambiarlo o mantenerlo.

En el Anexo N°2 se encontrará un algoritmo sobre el manejo en general de estas crisis hiperglicémicas.

Caso Clínico N°2

La hipertensión arterial es una enfermedad sistémica vascular crónica, de origen multifactorial y con gran cantidad de complicaciones de no ser tratada de forma temprana. La fisiopatología de esta se rige por la alteración del eje renina

angiotensina aldosterona, lo cual genera aumento de la actividad del sistema parasimpático junto a un aumento de la precarga. Lo más importante en esta enfermedad es el aumento de la actividad de la ECA-2, lo cual aumenta la cantidad de angiotensina-II, una molécula proinflamatoria que induce al remodelado cardíaco y, por ende, a una enfermedad cardiovascular más severa (8,9).

En el caso expuesto por el autor, nos encontramos frente a un acápite especial de esta enfermedad: las crisis hipertensivas. Estos son episodios agudos de hipertensión más allá de los límites habituales que manejaba el paciente previamente. Las crisis hipertensivas se dividen en 2 grupos: emergencias y urgencias (10).

La emergencia hipertensiva es aquella elevación de la presión arterial que cursa con daño a órgano diana, lo cual involucra patologías severas como síndrome coronario agudo, encefalopatía hipertensiva, preeclampsia con signos de severidad, ictus isquémico, etc. Son siempre de manejo hospitalario (8).

La urgencia hipertensiva está dada por la elevación de la presión arterial, pero con síntomas menores que no demuestren daño a órgano diana: cefalea, tinnitus, etc. Este cuadro es manejable en el primer nivel de atención, siempre y cuando se trate de una descompensación aguda de una enfermedad crónica (causa más frecuente). En otro tipo de casos, se debe optar por un tratamiento en el segundo o tercer nivel de atención (8).

En este caso clínico en particular, la paciente fue parte de un gran grupo de personas que vio afectado el control de su enfermedad por la pandemia del COVID-19. La interrupción de la terapia antihipertensiva puede ocasionar cuadros de urgencia hipertensiva, especialmente si se tratase de Beta bloqueadores. Para la situación descrita, se ha recomendado el uso de captopril sublingual, en dosis de hasta 50 mg. Otra opción, aunque menos disponible, es el uso de clonidina 150 mcg (8).

Debido a que el cuadro fue desencadenado por una discontinuidad en el tratamiento, la terapia más indicada es reiniciar la medicación habitual junto a monitoreo semanal, para monitorear la efectividad actual del medicamento. Si la

presión arterial no fuese bien controlada con ello, habría que cambiar/reajustar el fármaco. En este caso en particular, la terapia de Enalapril 10 mg dos veces al día era efectiva en la paciente y demostró aun serlo cuando se realizó el monitoreo (9).

Una medida adicional, que suele tener buena adherencia en los pacientes, es el consumo de jugo de *Passiflora edulis* (maracuyá). Un estudio realizado por Rojas et. al, demostró su efecto coadyuvante cuando es usado con Enalapril de 10 mg. En dicho estudio, también se mencionan más estudios que han demostrado el efecto coadyuvante de distintos extractos de plantas para un mejor control de la presión arterial (11).

Caso Clínico N°3

La apendicitis es un proceso inflamatorio agudo dado generalmente por la obstrucción del lumen apendicular por una masa sólida fecal, la cual va generando un proceso de congestión vascular inicialmente, y posteriormente una isquemia, lo que podría progresar a una perforación y peritonitis. Posee mayor prevalencia entre la segunda y tercera década de la vida, mayormente en el sexo masculino y llegando a tener cierta predisposición genética en algunas personas (12).

El diagnóstico de esta patología se basa en criterios tanto clínicos, imagenológicos y auxiliares. Para ello se ha agrupado a las características más

Cuadro. Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

Figura 3. Escala de Alvarado, La escala de Alvarado como recurso clínico, Quezada Suarez, 2015

importantes en la escala de Alvarado. Esta escala presenta una sensibilidad del 68% y una especificidad del 87%. En ella, se ha visto que el signo más frecuente es el dolor abdominal en fosa iliaca derecha, mientras que el signo del rebote fue el más específico (13). En la figura 3 se esquematiza dicha escala (14).

La escala de Alvarado se divide en puntajes: del 1-3 no califica como apendicitis; del 4-6 califica para observación y del 7 al 10 para intervención quirúrgica de emergencia.

El tratamiento más indicado es la apendicectomía laparoscópica en caso sea no complicada (sin peritonitis). Últimamente se han visto estudios cuyo objetivo es establecer la terapia médica para los cuadros de apendicitis no complicada. En uno de los estudios más recientes, publicado por Salminen et al, de tipo observacional derivado del ensayo clínico randomizado multicéntrico APPAC (donde se comparó los resultados entre apendicectomía abierta vs antibiótico terapia con Ertapenem por 3 días, seguido de levofloxacino y metronidazol por 7 días), demostró que la recurrencia de apendicitis en 5 años para los pacientes en el grupo de la antibiótico terapia fue 39%, lo cual respaldaba el uso de la antibioticoterapia para apendicitis no complicadas (15).

No obstante, en el Perú, aun no se establece completamente ese tratamiento para las apendicitis no complicadas. La intervención irá acorde al estado del paciente, usando como principal referencia el score de Alvarado y su evolución clínica. La intervención quirúrgica más apropiada para casos de apendicitis no complicada es la apendicectomía laparoscópica. Como podemos apreciar en el caso, el paciente poseía un score mayor a 7, por lo que estaba indicada la cirugía de emergencia. La conversión hacia cirugía abierta dependerá netamente de la experticia del cirujano en cuanto a la técnica laparoscópica (16).

El manejo del dolor postoperatorio es una medida de vital importancia, ya que esto puede acelerar la recuperación del paciente y una adecuada estancia hospitalaria. Se recomienda usar 2 g de metamizol por vía oral preferentemente (endovenosa si no fuese posible) cada 6 a 8 horas. Otras opciones de la misma categoría de dolor incluyen paracetamol, diclofenaco y codeína. Para un dolor más intenso, se usarán agentes opiáceos, principalmente la Morfina en dosis de

5 a 20 mg cada 4 a 6 horas por vía endovenosa. Sus efectos secundarios, aunque frecuentes, rara vez son graves (17).

Caso Clínico N°4

Actualmente, el término “quiste sebáceo” ya se encuentra en desuso, debido a que estos generalmente son quistes epidermoides, los cuales forman parte de una gran familia de lesiones dermatológicas benignas asintomáticas. Estos se forman usualmente como resultado del depósito de epitelio folicular en la dermis, debido a un trauma o a un comedón. La infección en estas lesiones es algo que ocurre con relativa frecuencia, generando síntomas como dolor local, gran inflamación y hasta abscesos en el lugar de la lesión (18).

Entre los diagnósticos diferenciales principales tenemos a los siguientes

- Quistes triquilemales
- Milia
- Lipoma
- Esteatocistoma múltiple
- Pilomatricoma
- Absceso

Debido a su ubicación y características descritas por el autor, podemos concluir que el hallazgo era más compatible con un quiste triquilemal. Los quistes triquilemales son lesiones nodulares subcutáneas benignas, las cuales tienen un componente hereditario importante en su patogenia. La afección por estos quistes ocurre predominantemente en pacientes jóvenes. Afortunadamente, el manejo quirúrgico de esta lesión en específico es más sencillo, debido a que la firmeza de sus paredes evita que se rompa con facilidad, facilitando la extracción completa del quiste (19).

El procedimiento para la extracción de estas lesiones se rige bajo un mismo procedimiento, usualmente. La técnica de escisión mínima es la más sugerida para abordar la lesión cuando esta se encuentra sin complicaciones. Esta técnica consiste en la apertura del quiste en unos 3 mm para exponer el contenido del quiste y extraer las paredes posteriormente. Una vez extraído el quiste, es posible cerrar la lesión con solo un punto de sutura no reabsorbible (20).

Es importante tener cuenta que este tipo de lesiones deben tener un abordaje médico inicialmente, en caso se encontraran inflamadas/infectadas, para posteriormente dar lugar a una intervención por cirugía menor (19).

En este caso, si bien el autor no manejó adecuadamente la terminología, se puede concluir que el abordaje de la lesión fue el indicado, cumpliendo con las medidas de bioseguridad necesarias. La edad de la paciente, así como la descripción de la lesión, hicieron que el diagnóstico fuera conciso y permitió una intervención satisfactoria.

Caso Clínico N°5

Las vulvovaginitis son un cuadro infeccioso que puede ser tanto comensal como patológico, dependiendo del microorganismo causal. En el curso de un embarazo normal, la flora habitual de la vagina juega un rol protector contra infecciones mayores a nivel genital, la cual sin embargo puede generar una infección por si misma cuando se dan las condiciones adecuadas. En general, las infecciones cervicovaginales representan una amenaza en el embarazo, pudiendo ser causa de ruptura prematura de membranas (RPM), coriamnionitis, enfermedades congénitas y sistémicas. Es por ello que, ante la sospecha de una de estas infecciones, el tratamiento debe ser inmediato (21).

En el caso de la paciente, juzgando todo el cuadro clínico, podemos orientarnos hacia una probable candidiasis vaginal. Posee como etiología habitual a la *Cándida albicans*, y es la segunda infección cervicovaginal más frecuente, luego de la vaginosis bacteriana. Si bien no se encuentra asociado a ruptura prematura de membranas o parto prematuro, se asocia a la presencia de candidiasis neonatal, caracterizada por muget oral y la cual puede llegar a ser grave (21).

El tratamiento habitual en pacientes no gestantes puede ser tanto via oral como tópico, por lo que lo más importante para la decisión son las condiciones y la voluntad de la paciente. Internacionalmente, se ha descrito una mejor respuesta con tratamiento con fluconazol via oral monodosis de 150 mg. Sin embargo, en el Perú, se suele usar agentes tópicos como el óvulo intravaginal de clotrimazol (22).

En gestantes, el tratamiento más indicado para infecciones sin complicaciones es realizada con agentes tópicos. Se emplean óvulos intravaginales de clotrimazol 100 mg por 7 días (21). La vía oral se reserva solo para candidiasis vaginal más complicadas. La evidencia sobre su uso en el embarazo y defectos en el nacimiento aún se encuentra en estudio (22).

En el caso de la paciente, la enfermedad tuvo un curso benigno, el cual remitió en su totalidad a los 7 días, permitiendo evaluaciones posteriores normales.

Caso Clínico N°6

La planificación familiar es un servicio esencial de la atención primaria, la cual se dedica a brindar orientación, protección y empoderar al paciente en la esfera de su salud sexual y reproductiva en todas las esferas de la vida. Esto incluye: atención premarital, consejería anticoncepción, atención postparto, evaluación de ITS (23).

Es importante recalcar la importancia de promover este tipo de servicio, al recordar, que según la OMS en 2011, el 80% de los embarazos adolescentes fueron no deseados. En el Perú, la cifra de embarazo adolescente se ha mantenido en un 13 a 14% desde inicios del año 2010, siendo más prevalente en zonas rurales que en urbanas. Cabe recordar que muchos de estos casos incluyen violencia familiar (24).

En este caso en específico, la parte de la salud familiar a tratar es el servicio de anticoncepción. Según la CDC, este servicio se debe brindar a toda persona que acude en busca de evitar o postergar su embarazo. Se debe educar integralmente al paciente sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles en el establecimiento, así como orientar hacia el uso del método más seguro y apropiado para la paciente (25).

En la Norma Técnica 124 - 2016, se describe el proceso de atención hacia la paciente. Se debe empezar la atención descartando signos de alarma de una enfermedad mayor (enfermedad inflamatoria pélvica, aborto frustrado, etc.), luego de ello se procede a realizar un exhaustivo interrogatorio a la paciente. En este, se debe abarcar: motivo de consulta, contexto familiar, antecedentes patológicos

personales y familiares, historial sexual, historial obstétrico, relación actual y factores de riesgo (26).

El servicio de planificación familiar en servicio de anticoncepción debe incluir necesariamente el descarte de violencia sexual. Según el MINSA, en 2017, hubo 1158 casos de niñas madre entre 11 y 14 años que quedaron embarazadas producto de violencia sexual. En la NT 124-2016, se menciona detalladamente el manejo de casos de Violencia Basada en Género (VBG), la cual incluye a la violencia sexual. En estos casos, lo más importante es la privacidad del usuario cuando se realice la consulta, así como un interrogatorio dirigido y un examen físico completo. Afortunadamente, la paciente no presentó signos de violencia sexual ni tampoco fue referido durante el interrogatorio (26).

Una vez realizada la consulta en general, con todos los aspectos ya descritos, se procede a recomendarle un método en específico a la paciente, para posteriormente asesorarla en prevención de infecciones de transmisión sexual (25).

El método anticonceptivo más apropiado para la paciente descrita sería los anticonceptivos orales combinados de levonorgestel con etinilestradiol. Este método es el más recomendado en pacientes nuevas en métodos hormonales, debido a su efectividad, la dosis baja de hormonas que posee y su suspensión sencilla en caso la paciente no se adapte a estos métodos, con retorno inmediato de la fertilidad. A su vez, posee pocos efectos secundarios, como: Las contraindicaciones para este tipo de métodos incluyen: embarazo actual, enfermedades vasculares arteriales y venosas, factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, cáncer de mama, etc (26).

La forma de iniciar el método dependerá tanto del paciente como del profesional de la salud a cargo del servicio. En el C.S UV3 por lo general se utiliza el inicio desde el primer día de menstruación, el cual brinda un mayor efecto anticonceptivo en el primer ciclo de uso (27).

Caso Clínico N°7

El *Enterobius vermicularis*, mejor conocido como oxiuro, es un parásito de tipo helminto nemátodo. Mide regularmente unos 4 mm el espécimen macho; la

hembra, de 10 a 12 mm. Su mecanismo de transmisión es fecal-oral, siendo su forma infectante el huevo embrionado. El ciclo biológico del parásito inicia con su llegada al colon del huésped, especialmente en el área del ciego. Llegados a su forma adulta, perpetúan su existencia al migrar durante las madrugadas a la zona perineal del huésped para depositar sus huevos. Cada hembra puede dejar hasta 15 000 huevos, volviéndose infectantes 6 horas después de su depósito, pudiéndose adherir a superficies como ropas y suelo. Una vez en el periné, genera síntomas como prurito e irritabilidad, generando el rascado del paciente, lo cual hace que los huevos del parásito se depositen en las uñas, posibilitando la autoinfección, especialmente en niños (28).

Las complicaciones más frecuentes se dan en el sexo femenino, esto debido a una migración errante del parásito, el cual se dirige al área vaginal, lo cual generará infecciones urinarias (debido a que el parásito lleva consigo bacterias del colon) y vulvovaginitis. Otras complicaciones más severas, pero poco descritas en la actualidad, son la apendicitis, perforación y obstrucción intestinales (29).

En el caso clínico, lo que se presenta es un caso típico de oxiuriasis en una preescolar de 4 años, con una probable infección del tracto urinario. La terapia en esta patología se basa en la desinfección de todas las superficies que puedan contener los huevos del parásito (ropa interior, ropa de cama, mantas, muebles, etc.), así como el uso de antiparasitarios. Las opciones descritas son Mebendazol (100 mg por dosis), Albendazol (400 mg por dosis) y Pyrantel (10 mg/kg/día, máximo 1 g), siendo obligatorio en todos los casos dar una segunda dosis 2 semanas después de la primera toma, para poder eliminar a los parásitos restantes que recientemente completan su maduración. Debido a su disponibilidad en el centro de salud, se optó por usar Albendazol (29,30).

En el caso descrito, la paciente no retornó al centro de salud con las pruebas solicitadas, por lo que no se pudo dilucidar si hubo una infección urinaria o una vulvovaginitis concomitante. En ambos casos, se indica el tratamiento específico para cada patología.

Caso Clínico N°8

La anemia es una condición determinada por la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de las 2 desviaciones estándar según el grupo de edad, sexo y altura. Puede tener varios orígenes: hemólisis, sangrado crónico, eritropoyesis deficiente, etc. La principal causa de anemia en la edad pediátrica es la ferropénica carencial, debido a un aporte disminuido de hierro. Las ferropénicas no carenciales así como otras causas, pasan a tener una incidencia mucho menor (31).

La anemia en la edad pediátrica posee un impacto negativo pronunciado en el desarrollo, en especial en el ámbito neuronal. Durante los 2 primeros años de vida especialmente, el sistema nervioso requiere de hierro para ejecutar el proceso de mielinización, neurogénesis, etc. El área neuronal más afectada es el hipocampo, ya que este presenta una maduración acelerada en los 2 a 3 primeros años de vida. Todo esto nos revela el por qué los niños que presentan niveles deficitarios de hierro desarrollan problemas cognitivos, conductuales, sensoriales y un menor nivel de IQ en comparación a los niños que tuvieron niveles de hemoglobina adecuada. Cabe resaltar que el daño generado a partir de ello es irreparable, siendo el tratamiento más orientado a reducir el daño (32).

La mayor parte de casos se presentan de forma asintomática, en especial las anemias crónicas. Sin embargo, algunos síntomas de la anemia son: cansancio/fatiga, irritabilidad, pagofagia (ingesta de tierra, hielo u otras sustancias no nutritivas), palidez, caída de cabello, entre otros (31).

Tabla N° 5
Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME

PRESENTACION	PRODUCTO	CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL
GOTAS	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
JARABE	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg de Hierro elemental.
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml = 10 mg de Hierro elemental.
TABLETAS	Sulfato Ferroso	60 mg de Hierro elemental
	Polimaltosado	100 mg de Hierro elemental
POLVO	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente)

Figura 4. Contenido de Hierro Elemental en los distintos fármacos autorizados, Norma Técnica Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Puérperas, 2017

En la Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes Y Puérperas (NT 134-2017), se plantea el tratamiento de la anemia en base a la suplementación con hierro elemental en forma de sulfato ferroso, hierro polimaltosado o en forma de micronutrientes. Cada uno de ellos posee distintas presentaciones, las cuales traerán diferentes concentraciones de hierro elemental por unidad de medida (33).

A su vez, la dosis varía dependiendo de la edad. En pacientes de 6 meses a 11 años la dosificación se encuentra en el Anexo N°3

En el caso del paciente, este pesaba 7.9 kilos, por lo que le corresponderían unos 23 mg de hierro elemental por día. Esta cifra nos obliga a usar al hierro polimaltosado, que posee mayor concentración y, por ende, una menor dosis, lo cual salvaguarda la adherencia al tratamiento. En el caso del paciente, la dosificación fue la adecuada, así como la indicación de atención integral, según la NT. En caso de prevención, lo ideal es administrar hierro elemental en forma de micronutrientes, sin embargo, se puede usar también las otras formas farmacéuticas, dependiendo de la disponibilidad en el establecimiento de salud (33).

Es importante explicar también cuáles son los posibles efectos secundarios del tratamiento, siendo el más consultado el estreñimiento, además de náuseas, diarrea, entre otros. Estos efectos son generalmente pasajeros, pero, de persistir, se puede solucionar fraccionando la toma en 2 o 3 partes al día.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Sin lugar a duda, este ha sido un internado único en la historia del internado médico en Perú: pasar de un ambiente en estado constante de emergencia, a un entorno más sosegado, pero en un contexto muy peligroso para el personal de salud en general. El autor considera que esta mezcla heterogénea de experiencias lo ha preparado de forma adecuada para sus futuras labores en el Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS), ya que ahora conoce el manejo tanto en situación de emergencia como en situaciones ambulatorias.

El inicio del internado es un evento importante en la vida de todo estudiante de medicina y el autor no ha sido la excepción a esta regla. Levantarse en horas de la madrugada para llegar a tiempo al servicio que le corresponde, atender de manera adecuada a los pacientes, cumplir con las órdenes de los médicos a cargo, hacer un seguimiento continuo de cada caso, y todo ello sumado al esfuerzo extra de estudiar por cuenta propia al retornar exhausto al hogar. Afortunadamente, para la formación profesional del autor, eso no varió mucho cuando retornó al internado en el primer nivel de atención.

Ya se ha escrito sobre las expectativas del autor y como es que pudo resolver la gran mayoría de ellas. Sin embargo, un aspecto en el que el autor se siente perjudicado es en la rotación quirúrgica. Una rotación así, en el primer nivel de atención, no suele ser muy fructífera, debido a que las medidas que uno puede ejecutar se encuentran limitadas al diagnóstico precoz y la referencia al hospital correspondiente (sin desconocer que esta es una acción muy importante en el Primer Nivel de Atención, la detección precoz de problemas graves médico-

quirúrgicos y su referencia oportuna y adecuada a un establecimiento con adecuada capacidad resolutoria de estos problemas). Respecto al quehacer quirúrgico, si bien las cirugías menores también forman parte del cuadro de una rotación quirúrgica, estas tampoco fueron muy frecuentes durante el tiempo que en el que el autor se encontraba en dicha rotación. Otro punto perjudicado es la proyección del autor en cuanto a una especialidad quirúrgica. Cuando el autor inició el internado, tenía la clara idea de, una vez pasada la experiencia en el HEJCU, poder decantarse hacia alguna especialidad de tipo quirúrgica. Esos planes no pudieron llegar a cumplirse, por todo lo ya expuesto. Pese a todo ello, el autor se compromete a usar todos sus recursos para completar su formación en dicha área, tanto para completar una pequeña (pero crucial) parte de su formación, así como para poder terminar de dilucidar su futura especialidad.

Una de las grandes ventajas de la cual el autor pudo sacar provecho es de la cercanía entre servicios dentro del centro de salud. Aunque el autor se encontrara en otra rotación, los doctores a cargo siempre le llamaban en caso hubiese un caso fuera de lo común o algún caso quirúrgico. Esto sirvió para mitigar las limitaciones que pudiera haber en cada rotación en cuanto a variabilidad de casos.

En las etapas finales del internado en el primer nivel de atención, el autor afirma su seguridad al atender a pacientes por cuenta propia, acción que ya viene realizando más a menudo en el centro de salud (con el permiso y tutela de los doctores encargados). Llegar a esta práctica ha permitido al autor desarrollar su razonamiento clínico, pudiéndose observar en él, una mejor interpretación de la realidad tanto del paciente como de su contexto.

Se sabe que el médico necesariamente debe tener habilidades de liderazgo y trabajo en equipo, y para ello es imprescindible tener la confianza de todo el equipo de trabajo, por su profesionalismo y humanidad. El autor ha ido logrando desenvolver estas características en el ambiente laboral del centro de salud, generando un ambiente de trabajo ameno, donde él es uno de los principales referentes.

CONCLUSIONES

Luego de haber revisado todos los aspectos involucrados en el desarrollo del internado durante el año 2020, se concluye que el autor, pese a todas las dificultades acontecidas, ha podido desenvolverse adecuadamente en las dos fases, desempeñándose apropiadamente en el primer como en el tercer nivel de atención. Tanto en el aspecto académico como en el aspecto social y ético, el autor ha podido desarrollarse de manera óptima, logrando plasmar sus conocimientos en la práctica, con ética y principios. Pese a ello, a su vez el autor reconoce que dicho cambio de contexto, inevitablemente, lo ha privado de importantes experiencias clínicas encontradas mayormente en el ámbito hospitalario, para lo cual establece un compromiso para reforzar a futuro dichas falencias.

RECOMENDACIONES

- Realizar parcialmente el internado en el Primer Nivel de Atención, ya que dichas experiencias son indispensables para las labores durante el SERUMS, que se desarrolla en este importante componente de nuestro sistema de salud.
- Retomar las prácticas hospitalarias apenas sea seguro para el interno como para su entorno, para complementar las habilidades desarrolladas en un internado llevado únicamente en el Primer Nivel de Atención.
- Mantener una buena relación entre el interno y la institución, para que, de esta manera, se pueda trabajar de forma personalizada en los aspectos más débiles del interno, tanto de forma académica como social

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Rev Cuba Educ Medica Super. 2007;21(4):1–10.
2. Universidad San Martin de Porres. REGLAMENTO DE INTERNADO MÉDICO - 2017. 2017;(511).
3. Rodríguez de Castro F, Carrillo-Díaz T, Freixinet-Gilart J, Julià-Serdà G. Razonamiento clínico. Rev la Fund Educ Médica. 2017;20(4):149.
4. Martínez-González A, Lifshitz-Guinzberg A, Trejo-Mejía JA, Torruco-García U, Fortoul-Van Der Goes TI, Flores-Hernández F, et al. Evaluación diagnóstica y formativa de competencias en estudiantes de medicina a su ingreso al internado médico de pregrado. Gac Med Mex. 2017;153(1):6–15.
5. Oyola-García AE. Análisis de situación de salud hospitalario. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2016;9(3):194–5.
6. Fayfman M, Pasquel FJ, Umpierrez GE. Management of Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. Med Clin North Am [Internet]. 2017;101(3):587–606. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2016.12.011>
7. Ugarte Taboada C, Diaz de los Santos M, Noriega Ruiz V, Acosta Salazar R, Al E. Guía Práctica Clínica Crisis Hiperglicemicas.Pdf. Lima Peru; 2015.
8. Ccosi Ttito Y, Herrera Quispe L, Andía Argote A. Guia Practica Clinica:

Manejo y Diagnóstico de Crisis Hipertensivas [Internet]. Available from:
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Guía-de-fenilcetonuria.pdf>

9. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de práctica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Minist Salud [Internet]. 2015;27. Available from:

https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC_2015/RM031-2015-MINSA_Dx_tratamiento_y_Control_de_la_Enfermedad_Hipertensiva.pdf
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>

10. Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies) in adults - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from:
[https://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-asymptomatic-hypertension-hypertensive-urgencies-in-adults?search=urgencia hipertensiva&source=search_result&selectedTitle=1~42&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-asymptomatic-hypertension-hypertensive-urgencies-in-adults?search=urgencia%20hipertensiva&source=search_result&selectedTitle=1~42&usage_type=default&display_rank=1)

11. Rojas J, Ronceros S, Palomino R, Salas M, Azañero R, Cruz H, et al. Edulis (Maracuyá) En La Reducción De La Presión Arterial En Pacientes Tratados Con Enalapril. 2009;70(2):103–8.

12. Souza Gallardo LM, Martínez Ordaz JL. Apendicitis aguda tratamiento quirurgico y no quirurgico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;55(1):76–81. Available from:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297020>

13. Estela FJ. ARTÍCULO ORIGINAL Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco Sensitivity and specificity of the Alvarado Score in the diagnosis of patients treated for acute. 2019;13–8.

14. de Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev Cuba Cir. 2015;54(2):121–8.

15. Salminen P, Tuominen R, Paajanen H, Rautio T, Nordström P, Aarnio M,

et al. Five-year follow-up of antibiotic therapy for uncomplicated acute appendicitis in the APPAC randomized clinical trial. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2018;320(12):1259–65.

16. Tomas Alarcon R, Pancorvo Escala L. *Guia de Practica Clinica Diagnóstico y Manejo de la Apendicitis Aguda.* Lima: Hospital Emergencias Jose Casimiro Ulloa; 2017.

17. D’Hebron CFHGCV. *Protocolo de tratamiento del dolor postoperatorio.* 2011;3–9.

18. Venus MR, Eltigani EA, Fagan JM. Just another sebaceous cyst? *Ann R Coll Surg Engl.* 2007;89(6).

19. Overview of benign lesions of the skin - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-benign-lesions-of-the-skin?search=quiste>

[pilosebaceo§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H573782570&source=machineLearning&selectedTitle=4~150&display_rank=4#H1101420695](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-benign-lesions-of-the-skin?search=quiste)

20. Zuber TJ. Minimal Excision Technique for Epidermoid (Sebaceous) Cysts. *Am Fam Physician.* 2002;65(7):1409–12.

21. Marcelo Pradenas A. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2014;25(6):925–35.

22. Candida vulvovaginitis: Treatment - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=vaginitis>

[candida&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1544249314](https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=vaginitis)

23. The preconception office visit - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/the-preconception-office-visit?search=planificación>

[familiar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/the-preconception-office-visit?search=planificación)

24. Prado JI. *El Embarazo Adolescente En Perú: Estrategias De Afrontamiento Para El Bienestar Emocional Y La Inclusión Educativa.*

- DialnetUniriojaEs [Internet]. 2018;33(2):83–96. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6736285>
25. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, et al. Providing quality family planning services. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(4):1–54.
 26. MINSA, DGIESP, DSARE. Norma técnica de planificación familiar. *Minist Salud [Internet]*. 2017;1:131. Available from:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
 27. Combined estrogen-progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 18]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-oral-contraceptives-patient-selection-counseling-and-use?search=Oral-contraceptives&source=search_result&selectedTitle=2~135&usage_type=default&display_rank=1#H3581460397
 28. López-Olmos J, Gasull J. *Enterobius vermicularis* (oxiuros) en la práctica ginecológica: clínica y citología. Experiencia de 3 casos. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2011;38(5):197–201.
 29. Enterobiasis (pinworm) and trichuriasis (whipworm) - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 17]. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/enterobiasis-pinworm-and-trichuriasis-whipworm?search=oxiuros&source=search_result&selectedTitle=1~29&usage_type=default&display_rank=1
 30. Medina Claros A, Mellado Peña M, García Lopez M, Piñeiro Pérez R, Martín Fontelos P. Parasitosis Intestinales. *Protoc Infectología Parasitosis Intest [Internet]*. 2011;3:77–88. Available from:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis_0.pdf
 31. Pavo Garcia M, Muñoz Diaz M, Baro Fernández M. Anemia en edad pediátrica. *Act Pediatr Aten Prim*. 2016;9(4):149–55.
 32. Radlowski EC, Johnson RW. Perinatal iron deficiency and neurocognitive development. *Front Hum Neurosci*. 2013;7(SEP):1–11.
 33. Ministerio de Salud. Norma Técnica-Manejo Terapéutico Y Preventivo De

La Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Puérperas. Available from:
<http://www.minsa.gob.pe/>

ANEXOS

Anexo 1

ATENCIONES EN EMERGENCIAS Y URGENCIA 2018 - HEJCU

ATENCIONES REGISTRADAS EN EMERGENCIA URGENCIA POR SERVICIOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO
AÑO: 2018

SERVICIOS	0-11		01-05		06-14		15-19		20-44		45-64		65 y +		TOTAL GENERAL	
	MESES		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		y +		N	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
TOTAL	1078	909	4635	3905	3602	3246	2911	3422	18327	20644	9424	12952	5165	9013	99233	100.0
MEDICINA	0	0	0	0	0	0	1368	2138	8391	12215	4756	6976	2864	4427	43135	43.5
TRAUMATOLOGIA	3	7	169	148	576	436	868	519	4876	3077	2458	3975	1108	3268	21488	21.7
CIRUGIA	62	67	599	413	476	300	537	345	4270	2465	1822	1366	917	931	14570	14.7
PEDIATRIA	966	792	3628	3160	2397	2358	0	0	0	0	0	0	0	0	13301	13.4
GINECOLOGIA	0	0	0	11	0	29	0	317	0	2298	0	187	0	28	2870	2.9
NEUROCIRUGIA	47	42	181	125	83	70	61	49	529	334	230	274	168	266	2459	2.5
OTORRINOLARINGOLOGIA	0	1	58	48	70	53	77	54	261	255	158	174	108	93	1410	1.4

FUENTE: HOJA DE EMERGENCIA Y URGENCIA
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA-HEJCU

PRINCIPALES MOTIVOS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA Y URGENCIA

PRINCIPALES MOTIVOS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA URGENCIA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO
AÑO: 2018

MOTIVOS	0-11		01-05		06-14		15-19		20-44		45-64		65 y +		TOTAL GENERAL	
	MESES		ANOS		ANOS		ANOS		ANOS		ANOS		y +		N	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
TOTAL	1078	909	4635	3905	3602	3246	2911	3422	18327	20644	9424	12952	5165	9013	99233	100.0
ENFERMEDAD SÚBITA	971	801	3714	3224	2492	2402	1383	2333	8534	13845	4976	7371	2999	4699	59744	60.2
ACCIDENTE CASUAL	65	71	655	482	684	491	527	369	2705	2049	1287	1799	783	1510	13477	13.6
ACCIDENTE TRÁNSITO	6	6	28	21	40	41	84	73	724	441	195	212	96	85	2052	2.1
ACCIDENTE TRABAJO	0	0	0	0	1	0	30	6	526	113	210	31	41	1	959	1.0
REFIERE AGRESIÓN	0	0	2	0	3	6	45	11	428	100	104	23	16	4	742	0.7
REFIERE ASALTO CON AGRESIÓN	0	0	0	2	2	1	58	14	430	84	94	37	11	8	741	0.7
RESTO DE MOTIVOS	36	31	236	176	380	305	784	616	4980	4012	2558	3479	1219	2706	21518	21.7

FUENTE: HOJA DE EMERGENCIA URGENCIA
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA-HEJCU

Anexo 1. Fuente: Análisis Situacional de Salud Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa 2018

Tabla N° 9
Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años de edad
con anemia leve o moderada

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS⁴ (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día

(3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día

(4): Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día

Anexo 3. Fuente: Norma Técnica Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Púerperas 2017