



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA
POR COVID-19 EN EL HOSPITAL SANTA ROSA Y EN EL CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL DE ANCÓN 2020-2021

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

PRESENTADA POR
SOL ANGELA VALDEZ AVILA

ASESOR

DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

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 EN EL INTERNADO MÉDICO ANTES Y
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL HOSPITAL
SANTA ROSA Y EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO
INFANTIL DE ANCÓN 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
SOL ANGELA VALDEZ AVILA**

**ASESOR
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. José Villareal Palomino

Miembro: Dr. Manuel Neyra Sotelo

Miembro: M.E. Alberto Cárdenas Venturo

DEDICATORIA

A mis padres Gladiz y Carlos, por su constante apoyo y amor durante todos estos años.

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos al Hospital Santa Rosa y al Centro de Salud Materno Infantil de Ancón por haber contribuido a mi formación profesional durante el internado médico.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	2
1.1.1. Caso clínico N°1: Colecistitis crónica calculosa	2
1.1.2. Caso clínico N°2: Apendicitis aguda complicada	3
1.2 Rotación de Pediatría	4
1.2.1. Caso clínico N°3: Convulsión febril	4
1.2.2. Caso clínico N°4: Faringoamigdalitis bacteriana	5
1.3 Rotación de Gineco-Obstetricia	5
1.3.1. Caso clínico N°5: Vulvovaginitis	5
1.3.2. Caso clínico N°6: Infección del tracto urinario durante el embarazo	6
1.4 Rotación de Medicina Interna	6
1.4.1. Caso clínico N°7: Migraña	6
1.4.2. Caso clínico N°8: Síndrome metabólico	7
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	8
2.1 Hospital Santa Rosa	8
2.2 Centro de Salud Materno Infantil de Ancón	9

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	10
3.1 Rotación de Cirugía	10
3.1.1. Manejo del caso clínico N°1: Colecistitis crónica calculosa	10
3.1.2. Manejo del caso clínico N°2: Apendicitis aguda complicada	11
3.2 Rotación de Pediatría	13
3.2.1. Manejo del caso clínico N°3: Convulsión febril	13
3.2.2. Manejo del caso clínico N°4: Faringoamigdalitis bacteriana	14
3.3 Rotación de Gineco-Obstetricia	15
3.3.1. Manejo del caso clínico N°5: Vulvovaginitis	15
3.3.2. Manejo del caso clínico N°6: Infección del tracto urinario durante el embarazo	16
3.4 Rotación de Medicina Interna	17
3.4.1. Manejo del caso clínico N°7: Migraña	17
3.4.2. Manejo del caso clínico N°8: Síndrome metabólico	18
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	20
CONCLUSIONES	24
RECOMENDACIONES	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
ANEXOS	31
1. Flujograma del manejo de apendicitis aguda según GPC del HSR	31
2. Manejo de la crisis de migraña episódica según intensidad del INCN	32
3. Criterios diagnósticos del síndrome metabólico de la ATP III	33

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es describir lo que ha significado realizar el internado médico 2020 durante la pandemia por COVID-19 en comparación a la manera en la que se desarrollaba antes de esta y discutir los casos clínicos más representativos de lo que se pudo observar en cada rotación.

Los internos de Medicina y de ciencias de la salud en general han tenido que adaptarse a un internado totalmente distinto sin disponer de las herramientas adecuadas y/o necesarias en la mayoría de casos debido a que el impacto que la pandemia ha tenido sobre el mundo ha sido algo totalmente inesperado y fortuito.

Palabras clave: Internado, Medicina, COVID-19, estudiante de Medicina.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe what the 2020 medical internship has meant during the COVID-19 pandemic compared to the way it developed before it and discuss the most representative clinical cases of what could be observed in each rotation.

The interns of Medicine and health sciences in general have had to adapt to a totally different internship without having the appropriate and / or necessary tools in most cases because the impact that the pandemic has had on the world it has been something totally unexpected and fortuitous.

Key words: Internship, Medicine, COVID-19, Medical student.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, la carrera de Medicina tiene una duración de 7 años a nivel de pregrado. El internado médico constituye la fase final de dicha etapa, en la cual el estudiante de Medicina pone en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y logra las competencias profesionales necesarias para su posterior desempeño como médico cirujano. Comprende cuatro grandes rotaciones: Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Medicina.

El internado médico se ha venido desarrollando a lo largo de estos años en los diferentes hospitales de nuestro país, los cuales eran los establecimientos en los que los internos recibían su respectiva formación profesional, teniendo como fecha de inicio el 1 de enero y como fecha de término el 31 de diciembre de cada año por lo que cada rotación tenía una duración de tres meses. Para el 2020, se suponía que el desarrollo del internado se iba a dar de la misma manera.

Sin embargo, el 6 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso de infección por SARS-CoV-2 en el Perú (1) y el 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud calificó como pandemia al nuevo brote por COVID-19 (2).

Debido a esto, el 15 de marzo del 2020 se declara el Estado de Emergencia Nacional en nuestro país por 15 días por lo que se dispone el aislamiento social obligatorio (3). Dicha medida contemplaba la suspensión de todas las actividades educativas presenciales, por lo que las universidades retiraron a sus alumnos de sus respectivas sedes hospitalarias por ese periodo (4).

No obstante, el Estado de Emergencia Nacional con la orden de aislamiento social obligatorio se prolongó mucho más allá de los 15 días inicialmente

previstos. Por lo tanto, no se tuvo una fecha exacta para el posible reinicio del internado durante varios meses.

El 3 de agosto del 2020, se decreta el inicio o la reanudación progresiva de las actividades de los internos de ciencias de la salud a partir del 15 de agosto de 2020 por parte de la Presidencia de la República (5) y el 14 de agosto de 2020 se aprueba el Documento Técnico: “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N°090-2020” en donde se estipula que las rotaciones pendientes se realizarían no solo en hospitales sino también en establecimientos de salud I-3 y I-4 por primera vez, los cuales deberían ubicarse cerca al domicilio del interno a fin de facilitar su movilización. Dichas actividades se realizarían siguiendo un régimen de 15 días de asistencia continua al establecimiento asignado, en áreas no COVID, seguidos de 15 días de descanso, alternándose dos grupos de internos cada mes, teniendo como fecha de término el 30 de abril del 2021 (6).

Además, es oportuno precisar que todos los internos de Medicina deben rendir el Examen Nacional de Medicina (ENAM), el cual es una evaluación escrita con alternativas múltiples que debe ser aprobado para poder obtener la colegiatura por parte del Colegio Médico del Perú. Normalmente, se rendía en noviembre de cada año; sin embargo, a razón de la pandemia, los internos de Medicina se encontraron ante la incertidumbre de no tener una respuesta durante muchos meses por parte de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) acerca de la fecha exacta en la que se rendiría dicho examen y/o si se iba a llegar a realizar.

En diciembre del 2020, la ASPEFAM finalmente se pronunció acerca del ENAM Ordinario 2020 y dio como fecha oficial el 28 de marzo del 2021, indicando que la modalidad de la evaluación sería virtual. Posteriormente, la misma asociación decidió aplazar el ENAM para el 25 de abril del 2021, el cual pasó a ser la nueva fecha oficial. Afortunadamente, no se realizaron modificaciones adicionales.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante el transcurso del internado médico, se espera que el estudiante se encuentre en contacto permanente con la población atendida en el establecimiento de salud asignado, lo cual le proporciona las capacidades que le permitan identificar los factores que pueden desencadenar las patologías más comunes en nuestro medio y/o efectuar medidas preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estas.

Después de la interrupción del internado médico a causa de la pandemia por COVID-19, se plantearon diversas estrategias ante un eventual retorno de los internos a sus sedes. Al momento de concretizarse la reanudación de las actividades correspondientes al internado médico, estas se vieron drásticamente modificadas y limitadas debido a que se buscaba la menor exposición posible al SARS-CoV-2. Una de las principales modificaciones fue la redistribución de un gran porcentaje de los internos a centros de salud de categoría I-3 y I-4 debido a que muchas sedes hospitalarias se negaron a aceptar internos y/o disminuyeron el número de plazas disponibles.

La autora del presente informe inició el internado médico con la rotación de Cirugía, la cual fue realizada en el Hospital Santa Rosa desde el 1 de enero del 2020 hasta el 15 de marzo del 2020. Posteriormente, al momento de retomar sus actividades, fue reasignada al Centro de Salud Materno Infantil de Ancón (CSMI Ancón) como sede principal para poder realizar las rotaciones de Pediatría, Gineco-Obstetricia y Medicina, con las limitaciones propias del primer nivel de atención; estuvo laborando en el establecimiento mencionado desde el 1 de noviembre del 2020 hasta el 30 de abril del 2021.

Se ha experimentado un gran cambio respecto a la forma en la que se realizaba el internado médico dentro de un hospital en comparación al modo en el que se ha desarrollado dentro de un centro de salud, además de que tal situación se ha estado dando en el contexto de una pandemia. Sin embargo, se rescata el aprendizaje obtenido de ambas vivencias, lo cual le ha proporcionado a la autora una visión más global acerca del manejo de los pacientes en distintas condiciones y disponibilidad de recursos.

A continuación, se exponen los casos más representativos de lo que se pudo observar en cada rotación.

1.1. Rotación de Cirugía

1.1.1 Caso clínico N°1: Colecistitis crónica calculosa

Se presenta el caso de una paciente femenina de 52 años de edad sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos que presenta dolor tipo cólico a nivel de epigastrio desde hace 5 años, el cual no producía mayores molestias. Sin embargo, refiere que desde hace un año el dolor empezó a irradiarse a hipocondrio derecho y que dicho cuadro se presentaba posterior al consumo de alimentos con alto contenido en grasa.

Acude a emergencias del Hospital Santa Rosa el 3 de febrero de 2020 por presentar reagudización del dolor de intensidad severa (8/10). Se cuantifica temperatura de 37.5°C, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y presión arterial de 100/80 mmHg. Al examen físico no se observa ictericia y el abdomen es simétrico, blando y depresible, doloroso a la palpación a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho y se detecta signo de Murphy positivo. Por ello, se le solicita ecografía abdominal completa en donde se evidencia la presencia de un lito único en el interior de la vesícula biliar a nivel del cuello que mide 17 mm de diámetro con ausencia de líquido libre en cavidad peritoneal; además se le solicita hemograma completo y perfil hepático en donde no se

encuentran alteraciones. Se le brinda tratamiento sintomático del cólico biliar con metamizol de 2 gramos más hioscina de 20 miligramos en 100 mililitros de cloruro de sodio al 0.9% por vía endovenosa; además, se le indica consumir Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días para evitar la recurrencia del cólico y se le sugiere sacar cita por consultorio para ser evaluada de forma más exhaustiva.

Va a consultorio 6 semanas después con informe ecográfico presentando dolor tipo cólico moderado (5/10) a nivel de hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo y ausencia de signos de irritación peritoneal. Se le solicita exámenes pre quirúrgicos.

1.1.2 Caso clínico N°2: Apendicitis aguda complicada

Paciente masculino de 31 años sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos que acude a emergencias del Hospital Santa Rosa el día 11 de marzo del 2020 debido a que presenta dolor tipo cólico de intensidad severa (10/10) a nivel de cuadrante inferior derecho. Refiere que el dolor abdominal empezó hace 48 horas con una intensidad moderada (6/10) ubicándose al principio a nivel periumbilical, sin asociarse a fiebre ni a náuseas y/o vómitos. No obstante, después de 24 horas el dolor empieza a migrar a nivel de cuadrante inferior derecho haciéndose más intenso y se agrega sensación de alza térmica, náuseas y un episodio de vómito de contenido alimentario.

Al examen físico, signos de McBurney, Blumberg y Rovsing positivos, no se palpan masas, el paciente adopta posición antálgica.

Además, se cuantifica temperatura de 38.5 °C y frecuencia cardiaca de 112 latidos por minuto. Por ello, se solicita ecografía abdominal completa, hemograma completo, cuantificación de proteína C reactiva y examen completo de orina.

En la ecografía abdominal se observa que el apéndice no es compresible y que posee un diámetro de 18 mm, a lo que se suma la presencia de líquido libre. Además, en el hemograma se observa leucocitosis con neutrofilia y

desviación izquierda y aumento de proteína C reactiva; no se observaron resultados patológicos en el examen de orina.

Se le solicitan exámenes pre quirúrgicos y se le brinda reposición hidroelectrolítica endovenosa y analgesia con metamizol de 2 gramos en 100 mililitros de cloruro de sodio al 0.9% por vía endovenosa mientras que espera ingresar a sala de operaciones.

1.2. Rotación de Pediatría

1.2.1. Caso clínico N°3: Convulsión febril

Paciente masculino lactante de 13 meses con un peso de 10 kilogramos que acude a emergencias del CSMI Ancón con su madre.

La madre refiere que el menor presenta alza térmica no cuantificada desde hace 1 día y medio aproximadamente. Agrega que el paciente ha estado llorando y que lo encuentra más irritable, además de haber presentado disminución de la lactancia.

Al examen físico, frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 35 respiraciones por minuto y se cuantifica una temperatura de 38.5°C, por lo que se aplican medios físicos, se indica ingesta abundante de líquidos y se mantiene al paciente en observación dentro del establecimiento.

Durante el periodo de observación, el lactante empieza a presentar movimientos de sacudida en todo el cuerpo y desconexión con el medio por un periodo de 1 minuto aproximadamente; dicho episodio cede espontáneamente.

No se observan signos de focalización ni signos meníngeos y la madre niega antecedentes de convulsiones o de epilepsia en el paciente y/o en su familia.

1.2.2. Caso clínico N°4: Faringoamigdalitis bacteriana

Paciente masculino escolar de 7 años con un peso de 20 kilogramos, acude al CSMI Ancón el día 10 de abril de 2021 con su abuela quien refiere que el niño ha estado presentando dolor de garganta, sobretodo a la deglución de alimentos; además de haber notado la presencia de un bulto a nivel cervical y malestar general.

Alza térmica cuantificada (38°C) hace 12 horas aproximadamente. Niega otras molestias. Cuenta con todas las inmunizaciones correspondientes para su edad.

Al examen físico, se observa exudado blanquecino e hiperemia faringoamigdalar. Se palpa adenopatía cervical dolorosa al tacto. Se cuantifica una temperatura de 39°C, frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto.

1.3. Rotación de Gineco-Obstetricia

1.3.1. Caso clínico N°5: Vulvovaginitis

Paciente femenina de 23 años, sexualmente activa, niega antecedentes patológicos y/o quirúrgicos, niega alteraciones en el ciclo menstrual. Acude a consultorio de Medicina del CSMI Ancón el 18 de noviembre del 2020 por presentar flujo vaginal blanco-amarillento no maloliente y prurito intenso a nivel vulvar desde hace 4 días. Niega otras molestias.

Al examen físico se encuentra secreción blanquecina grumosa que se adhiere a las paredes de la vagina y que, efectivamente, no desprende olor. Además, se observa eritema a nivel vulvar y vaginal. Por ello, se le indica clotrimazol de 500 mg por vía vaginal en dosis única y se le indica sacar cita para ser atendida por en 7 días y así realizar el seguimiento de su caso.

Sin embargo, la paciente no asiste en la fecha programada y recién acude nuevamente a consultorio el 25 de marzo de 2021 indicando que ha estado

presentando las mismas molestias en repetidas ocasiones, en las cuales se administraba clotrimazol de 500 mg por vía vaginal sin indicación médica.

Decide acudir al CSMI Ancón debido a que no nota mejoría del cuadro clínico.

1.3.2. Caso clínico N°6: Infección del tracto urinario durante el embarazo

Paciente femenina de 19 años, primigesta de 35 5/7 semanas (G1P0000), que acude a consultorio de Medicina del CSMI Ancón debido a que presenta disuria y urgencia urinaria. Niega otras molestias.

Al examen físico, temperatura de 37.5°C, presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto. El abdomen es simétrico, blando y depresible, no doloroso a la palpación y no se encuentran signos peritoneales, ruidos hidroaéreos presentes; también presenta puño percusión lumbar negativo.

Se le solicita examen completo de orina en el que se encuentra aspecto turbio, leucocitos 25-30 por campo, nitritos positivos y gérmenes 2(+).

1.4. Rotación de Medicina Interna

1.4.1. Caso clínico N°7: Migraña

Paciente femenina de 18 años, acude a emergencias del CSMI Ancón manifestando que presenta cefalea unilateral muy intensa desde hace 6 horas y que ha estado con náuseas y vómitos desde la aparición de dicho episodio.

Alega que este cuadro clínico se ha presentado en 3 anteriores oportunidades durante los últimos 6 meses, ante la exposición a luces intensas o a sonidos fuertes. Añade que, al principio, el dolor calmaba con el uso de AINES por vía oral pero que el episodio actual no cedió ante la administración de dichos fármacos por lo que decidió acudir al establecimiento. Niega pérdida de conciencia y/o lesiones traumáticas craneales previas.

Al examen físico, la paciente se encuentra lúcida y ubicada en tiempo y espacio y persona. No se observan signos de focalización ni signos meníngeos. No se encuentra tumefacción ni lesión evidente a nivel cefálico y/o cervical. Pupilas isocóricas y normorreactivas.

1.4.2. Caso clínico N°8: Síndrome metabólico

Paciente masculino de 56 años, fumador crónico, acude a consultorio de Medicina del CSMI Ancón alegando que ha ganado peso de forma excesiva en los últimos años por lo que teme sufrir de alguna patología asociada a su estado nutricional.

Al examen físico, el peso es de 110 kg, la talla de 170 cm y la circunferencia abdominal mide 113 cm. Asimismo, al realizar la medición de la presión arterial se obtienen valores de 120/90 mmHg. A la auscultación, el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, los ruidos cardiacos son rítmicos y de buena intensidad y no se encuentran soplos.

Se le solicita perfil lipídico, glucosa en ayunas y perfil tiroideo. Se observa que el perfil lipídico se encuentra alterado dado que el colesterol total tiene un valor de 230 mg/dl, el HDL es de 30 mg/dl y el LDL es de 160 mg/dl; de igual manera, se observa que el nivel de triglicéridos es de 200 mg/dl. La glucosa basal presenta un valor de 110 mg/dl. No se detectan alteraciones en el perfil tiroideo.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1. Hospital Santa Rosa

El Hospital Santa Rosa es un establecimiento perteneciente a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y se encuentra ubicado en la cuadra 8 de la avenida Bolívar (esquina entre la avenida Bolívar y San Martín) en el distrito de Pueblo Libre, departamento de Lima. Posee un anexo que se encuentra localizado en la Calle Moreyra y Riglos N°128, también en el distrito de Pueblo Libre y que es donde funciona el Departamento de Psicología, el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y la Estrategia Nacional de Control y Prevención de la tuberculosis.

Es una institución con atención descentralizada, equipamiento apropiado, de amplio horario con práctica interdisciplinaria, y actividades de docencia que lo han convertido en el moderno centro hospitalario que es hoy.

Fue inaugurado el 30 de agosto de 1956 con el nombre de “Central de asistencia social Santa Rosa de Lima”, posteriormente se convierte en el Hospital Materno Infantil Santa Rosa y luego en el Hospital de Apoyo Santa Rosa. Recibe la categoría de hospital III-1 en el año 2005.

Cuenta con los servicios de Medicina, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Oncología, Emergencia y cuidados críticos, Anestesiología y Centro quirúrgico, Patología Clínica y Anatomía Patológica, Odontología, Nutrición y dietética, Servicio social, Farmacia y Diagnóstico por imágenes que se distribuyen en 9 pabellones.

Según el Análisis de Situación de Salud del Hospital Santa Rosa en el año 2019 (7), el establecimiento contaba con 193 camas hasta esa fecha. Durante el año 2018, el promedio de consultas que se le han realizado a cada paciente que asistió al hospital en ese periodo fue de 2.9. Además, se registraron 1830 partos y 4664 cirugías.

2.2. Centro de Salud Materno Infantil de Ancón

El Centro de Salud Materno Infantil de Ancón es un establecimiento de primer nivel de atención perteneciente a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte, ubicado en la avenida José Carlos Mariátegui - Ex Marginal 575, distrito de Ancón, departamento de Lima. Es el único centro de salud de Ancón que posee categoría I-4, por lo que es el establecimiento con mayor capacidad resolutive de dicho distrito (8).

Cuenta con dos ambulancias disponibles. Cuenta con los servicios de Medicina, Obstetricia, Odontología, Psicología, Nutrición, Fisioterapia, laboratorio clínico, inmunizaciones.

Es el único establecimiento del distrito que atiende las 24 horas del día y que cuenta con internamiento de corta estancia, por lo que muchas veces no se da abasto debido a que la demanda por parte de los pacientes se acumula. El establecimiento de referencia es el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz ubicado en el distrito de Puente Piedra.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación de Cirugía

3.1.1. Manejo del caso clínico N°1: Colecistitis crónica calculosa

La paciente acudió a emergencias del Hospital Santa Rosa por un episodio agudo de cólico biliar recibiendo tratamiento para controlar el dolor. Ante estos casos, solo se realiza tratamiento analgésico debido a que las cirugías laparoscópicas están habilitadas únicamente para procedimientos electivos en esta institución; solo está permitida la ejecución de la colecistectomía abierta en situaciones de severidad y emergencia.

Según las Guías de Práctica Clínica del Servicio de Cirugía General del Hospital Santa Rosa (9), el manejo del cólico biliar de elección es la administración de metamizol de 2 gramos más hioscina de 20 miligramos en 50 a 100 mililitros de cloruro de sodio al 0.9% por vía endovenosa, lo cual coincide con el tratamiento sintomático que recibió la paciente. Además, se estipula que se puede considerar de manera opcional el uso de ketorolaco de 30 miligramos o de diclofenaco de 75 miligramos por vía intramuscular y, para evitar la recurrencia, ibuprofeno de 400 miligramos vía oral cada 8 horas por 48 horas.

Esto contrasta parcialmente con lo que sugiere UpToDate respecto al manejo agudo del cólico biliar (10), en donde se menciona al ketorolaco como el analgésico de elección. Pero ambos coinciden en prescribir ibuprofeno por vía oral para evitar la recurrencia del cólico.

Debido a que la mayoría de los pacientes solo presentan el cólico biliar sin ninguna otra complicación, después de brindarles terapia analgésica se les sugiere sacar cita para consultorio de Cirugía con el fin de que sean programados para intervención laparoscópica posteriormente; la colecistectomía abierta solo se reserva para casos complicados como cuando hay alto riesgo y/o sospecha de perforación o de infección.

En el Hospital Santa Rosa, se considera como método diagnóstico de elección a la ecografía abdominal para detectar la presencia de cálculos en la vesícula biliar y el tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica. La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento definitivo de elección debido a que el tiempo de recuperación es menor por lo que se reduce la estancia hospitalaria, además de producir menor dolor y un resultado más estético en el paciente (11). Se realiza la colecistectomía abierta cuando no se cuenta con los medios suficientes para la laparoscopia o cuando el paciente está hemodinámicamente inestable.

Dado que en los resultados observados en los exámenes pre quirúrgicos de la paciente no se hallaron contraindicaciones para la intervención quirúrgica, fue programada para cirugía electiva. Se realizó colecistectomía laparoscópica sin dificultades. En el postoperatorio, la paciente presentó leve dolor a la palpación a nivel de heridas operatorias por trócares, se inició vía oral a las 12 horas la cual fue bien tolerada, cursó sin complicaciones por lo que fue dada de alta a las 48 horas postoperatorio.

3.1.2. Manejo del caso clínico N°2: Apendicitis aguda complicada

El diagnóstico de apendicitis aguda es básicamente clínico. Pero el método diagnóstico que posee mayor precisión es la tomografía axial computarizada (TAC) y la ecografía se reserva para gestantes y niños (12).

Sin embargo, en el Hospital Santa Rosa no se dispone de tomógrafo por lo que en todos los casos en los que hay sospecha de apendicitis aguda se pide ecografía abdominal completa y se agregan exámenes de laboratorio como hemograma y examen completo de orina.

En este establecimiento, el manejo del dolor en la apendicitis aguda solo se considera si es que ya se realizó el diagnóstico porque se considera que la analgesia interfiere con la evaluación de los pacientes con dolor abdominal. No obstante, múltiples ensayos controlados aleatorios han refutado este concepto y proponen que los pacientes que son evaluados por dolor abdominal en el servicio de urgencias deben ser tratados con analgésicos apropiados debido a que, al reducir el dolor a niveles tolerables, el paciente colabora mejor con la evaluación. No se busca eliminar el dolor, sino disminuirlo (13).

En vista de que el paciente cumple con los criterios para apendicitis aguda, se le realiza apendicectomía abierta de emergencia. En el Servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa, las apendicitis se tratan de forma quirúrgica únicamente mediante apendicectomía convencional; no se realiza apendicectomía laparoscópica debido a que el establecimiento no cuenta con los equipos para realizar dicha intervención. Sería oportuno tomar en consideración que la evidencia internacional sugiere que los pacientes estables con apendicitis aguda pueden ser tratados inicialmente con antibióticos, reposición hidroelectrolítica y reposo intestinal, en lugar de apendicectomía inmediata (14).

La intervención se llevó a cabo utilizándose una incisión de tipo Rockey Davis. En dicho procedimiento, se obtuvieron los hallazgos de apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada por lo que se realizó drenaje. Previamente al cierre de la incisión, se dejó un dren laminar a nivel de fosa iliaca derecha. Se realizó antibioticoterapia por una semana.

Lo anteriormente mencionado coincide con el manejo descrito en las GPC del Servicio de Cirugía General del Hospital Santa Rosa (9) en donde se indican las mismas medidas ante una apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada (ver Anexo N°1). Puesto que se trata de una peritonitis localizada, el lavado está contraindicado.

Sin embargo, en una revisión sistemática de seis ensayos realizada en el año 2018 se encontró que el efecto del drenaje abdominal sobre la prevención del absceso intraperitoneal o la infección de la herida después de una

apendicectomía abierta en los pacientes con apendicitis complicada era incierto debido a que la calidad de la evidencia actual es muy baja por lo que los drenajes peritoneales no serían necesarios después de una apendicectomía para el tratamiento de la apendicitis perforada (15).

El paciente evolucionó favorablemente, por lo que se le dio de alta a los 10 días postoperatorio debido a que ya no se evidenció alza térmica, hubo buena tolerancia oral y el paciente pudo movilizarse sin ayuda.

3.2. Rotación de Pediatría

3.2.1. Manejo del caso clínico N°3: Convulsión febril

En los niños de 3 a 36 meses, la fiebre se define como el aumento de la temperatura rectal por encima de 38°C. En nuestro medio, el manejo inicial de la fiebre es la aplicación de medios físicos, lo que significa bañar al niño con agua tibia por 15-20 minutos, con las puertas y ventanas cerradas (16). Es por ello que esta fue la primera medida que se tomó para mejorar la condición del paciente. Sin embargo, ante la persistencia de la fiebre y la aparición de la convulsión, se decidió prescribir tratamiento antipirético.

El paciente se mantuvo nuevamente en observación dentro del establecimiento debido al cuadro convulsivo que presentó. Puesto que no volvió a presentar algún episodio similar dentro del periodo en el que se encontró dentro del establecimiento, se le dio de alta y se indicó la administración de 6.25 mililitros de paracetamol de 120 mg en 5 ml por vía oral cada 6 horas hasta que la temperatura sea menor a 38°C por lo que también se asesoró a la madre sobre el uso del termómetro en casa.

El diagnóstico sería una crisis febril simple debido a que se trata de un lactante de 13 meses que presentó una convulsión menor de 15 minutos que no recurrió, lo cual estuvo asociado a una temperatura mayor a 38°C. Además, la madre niega antecedente de convulsión febril previa y no se encuentran signos de alguna infección y/o inflamación a nivel del sistema nervioso central

o de alguna alteración metabólica aguda que pueda desencadenar un cuadro convulsivo (17).

Puesto que la convulsión febril cedió espontáneamente, no fue necesaria la administración de benzodiazepinas. Por ello, lo único que se prescribe es el uso de Paracetamol por su efecto antipirético (18). El paciente tiene buen pronóstico ya que cuando la convulsión febril es simple, no hay aumento de probabilidad de sufrir epilepsia posteriormente.

3.2.2. Manejo del caso clínico N°4: Faringoamigdalitis aguda bacteriana

El paciente ha estado manifestando fiebre, odinofagia, exudado faringoamigdalareo, incluso, la presencia de una adenopatía cervical con leve flogosis. Según las GPC para la Atención de las Patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño realizadas por el MINSA (19), estos signos y síntomas son característicos del cuadro clínico de la faringoamigdalitis bacteriana.

Además de toda la clínica descrita anteriormente, el paciente tiene una edad de 7 años y niega haber presentado tos. Todo esto resultaría en un puntaje de 5 en el score de Centor modificado por McIsaac; una puntuación igual o superior a 4 indica que hay alta probabilidad de que la faringoamigdalitis tenga una causa estreptocócica, por lo tanto, está indicado realizar un cultivo faríngeo e iniciar tratamiento empírico (20).

Debido a que el CSMI Ancón carece de insumos para realizar un cultivo faríngeo, el diagnóstico de dicha patología se realiza en base a la clínica que presenta el paciente. Por ello, se opta por prescribir antibióticos sin realizar exámenes que confirmen el diagnóstico. El antibiótico de elección es la penicilina G benzatínica cuya aplicación es por vía intramuscular.

Sin embargo, una buena alternativa al uso de penicilina es la amoxicilina por vía oral (21). Se prefiere esta opción debido a la falta de disponibilidad de la penicilina G benzatínica en el centro.

Por lo tanto, se indicó la administración de 6.6 mililitros de amoxicilina de 250 miligramos en 5 mililitros por vía oral por 7 días y 12.5 mililitros de paracetamol

de 120 miligramos en 5 mililitros por vía oral condicional a temperatura mayor o igual a 38°C.

3.3. Rotación de Gineco-Obstetricia

3.3.1. Manejo del caso clínico N°5: Vulvovaginitis

Según la Norma Técnica para el Manejo de Infecciones de Trasmisión Sexual en el Perú realizada por el MINSA en el año 2009, si hay aumento de flujo vaginal, cambio de olor, cambio de consistencia y signos adicionales se procede a efectuar el manejo inmediato según el síndrome, obviando la etiología. El esquema propuesto es metronidazol de 2 gramos por vía oral en dosis única y, si hay prurito intenso, se puede añadir clotrimazol de 500 mg por vía vaginal en dosis única (22).

Cuando estamos ante una descarga vaginal que es blanca, espesa, adherida a las paredes laterales vaginales y grumosa (con apariencia similar al requesón) con un olor mínimo o nulo y que genera prurito vulvar, tenemos un cuadro clínico clásico de vulvovaginitis candidiásica (23). Dado que los signos mencionados coinciden con los de la paciente, se sospecha que el agente etiológico es *Candida albicans*.

En el primer episodio, la paciente recibió tratamiento tópico con clotrimazol de 500 miligramos por vía vaginal en dosis única con lo cual hubo remisión de la clínica. Sin embargo, dichas molestias volvieron a presentarse nuevamente a pesar del uso de clotrimazol. Por este motivo, se le inició fluconazol de 150 miligramos por vía oral dado que no consumió dicho fármaco previamente. También se le indicó el mismo tratamiento a su pareja dado que es estable; además, se indicó el uso de preservativo en todas sus relaciones sexuales. Esto se realizó debido al temor a que se produzca una reinfección por parte de la pareja sexual.

El tratamiento etiológico ante una vulvovaginitis candidiásica no complicada es fluconazol de 150 miligramos por vía oral en dosis única. Sin embargo, cuando

el cuadro se vuelve recurrente, la terapia óptima consiste en una terapia de inducción inicial con fluconazol de 150 miligramos cada 72 horas durante tres dosis, seguida de una terapia de mantenimiento una vez por semana durante seis meses.

Por otro lado, el tratamiento de las parejas sexuales en mujeres con vulvovaginitis candidiásica a repetición, sigue siendo un tema controvertido. La mayoría de los expertos no recomiendan el tratamiento de las parejas sexuales ya que la actividad sexual no es una causa importante de infección o reinfección (24).

3.3.2. Manejo del caso clínico N°6: Infección del tracto urinario durante el embarazo

En vista de que la paciente presenta sintomatología urinaria y un examen completo de orina patológico, se realiza el diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU).

La ITU es la infección más frecuente en la gestación. Debido al riesgo que representa durante la gestación, deben tratarse siempre (incluso cuando solo hay bacteriuria asintomática).

Se sospecha de cistitis aguda debido a la presencia de síntomas netamente urinarios como lo son la disuria y la urgencia. Además, la ausencia de fiebre y de dolor lumbar refuerzan la probabilidad de que se trate efectivamente de dicha condición.

Se inició tratamiento empírico con cefalexina de 500 miligramos por vía oral cada 6 horas por 5 días y se le comunicó a la paciente que, de no hacer efecto el esquema mencionado, deberá realizarse un urocultivo.

La evidencia sugiere utilizar cefpodoxima, amoxicilina-clavulánico o fosfomicina como primera línea ya que poseen mayor seguridad en la gestación; además de presentar mayor cobertura en comparación a la cefalexina o la amoxicilina. La nitrofurantoína puede ser utilizada en el segundo o tercer trimestre cuando no se dispone de los medicamentos anteriormente mencionados (25); sin embargo, a criterio del médico tratante,

se decidió no prescribir nitrofurantoína debido a las reacciones adversas medicamentosas que produce, especialmente náuseas.

No se tiene evidencia exacta sobre cuál debería ser la duración óptima del tratamiento de la cistitis aguda durante el embarazo. Sin embargo, se busca minimizar la exposición del feto a los antibióticos por lo que se sugiere realizar ciclos cortos (3 a 7 días) (26).

3.4. Rotación de Medicina Interna

3.4.1. Manejo del caso clínico N°7: Migraña

Según la tercera edición de la Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) (27), la migraña sin aura se define como la presencia de al menos cinco crisis que produzcan cefaleas que duren de 4 a 72 horas (hayan tenido tratamiento o no) las cuales deben caracterizarse por tener ubicación unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada a severa o que empeoren al evitar la actividad física; además, debe presentar náuseas y/o vómitos o fonofobia y/o fotofobia. Dichas crisis no se explican por otro diagnóstico.

El tratamiento a administrar ante una migraña es sintomático y puede ir desde el uso de analgésicos como AINES o paracetamol hasta triptanos y antieméticos. El tratamiento suele ser más eficaz cuando se administra al inicio de la cefalea (28).

En este caso, se administró metamizol de 1 gramo más ketorolaco de 30 miligramos más dimenhidrinato de 50 miligramos en bolo por vía endovenosa y se mantuvo a la paciente en observación. Se prescribió cimenhidrinato debido a que la paciente presentaba náuseas y vómitos. Luego de completar la administración de la medicación, la paciente refirió ya no sentir molestias por lo que se le dio de alta y se le indicó Migra Dorixina, que es el nombre de marca de un compuesto de clonixinato de lisina de 125 miligramos con ergotamina de 1 miligramo y que se consume cada 8 horas por 3 días.

Según la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Crisis de Migraña Episódica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) (29), el tratamiento antiemético de elección es la metoclopramida en dosis de 10 miligramos a 20 miligramos en bolo endovenoso. Además, se sugiere añadir triptanos al tratamiento con AINES; la combinación más estudiada es la de sumatriptán 50 a 85 miligramos con naproxeno de 500 miligramos. Por otro lado, no se recomienda el uso de ergotamínicos para controlar el dolor (ver Anexo N°2).

3.4.2. Manejo del caso clínico N°8: Síndrome metabólico

Según el Adult Treatment Panel III (ATP III), el diagnóstico de síndrome metabólico se hace cuando se encuentra 3 de los siguientes criterios: Circunferencia de la cintura mayor o igual a 102 cm en hombres y mayor o igual a 88 cm en mujeres, niveles de triglicéridos séricos mayores o iguales a 150 mg/dl o niveles normales con tratamiento farmacológico, colesterol HDL menor de 40 mg/dl en hombres y menor de 50 mg/dl en mujeres, presión arterial mayor o igual a 130/85 mmHg o presión arterial normal con uso de antihipertensivos, glucosa plasmática en ayunas mayor o igual a 100 mg/dl o glicemia normal con uso de hipoglucemiantes (30) (ver Anexo N°3).

El paciente posee 4 criterios; se encuentra en el rango de obesidad, dislipidemia mixta y pre diabetes. Las personas afectadas con síndrome metabólico tienen mayor riesgo de sufrir diabetes o cardiopatía isquémica.

Debido a que el paciente está presentando un síndrome metabólico, se le sugiere seguir una dieta hipocalórica, hipoglúcida e hipograsa así como realizar actividad física por encima del basal y suspender el uso de tabaco. Además, se le inicia tratamiento con atorvastatina de 20 miligramos por vía oral cada 24 horas durante la noche por 30 días y se le indica sacar cita en un mes para hacer seguimiento.

Esto coincide con lo recomendado precisamente por la ATP III, que propone tratar las causas subyacentes, que son el sobrepeso y/o la obesidad,

intensificando el control del peso y aumentando la actividad física además de considerar el tratamiento farmacológico si el LDL se encuentra elevado.

El tratamiento farmacológico puede ser útil para evitar el establecimiento de una diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de alto riesgo que no responden ante los cambios de estilo de vida fracasan o no pueden sostenerlos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la evidencia no es clara respecto a si existe o no un beneficio mayor de la metformina como preventivo frente a los cambios en el estilo de vida. Por ello, los cambios en los estilos de vida se consideran la medida de primera línea (31, 32).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La autora inició sus labores como interna de Medicina el 1 de enero de 2020 en el Hospital Santa Rosa, empezando con la rotación de Cirugía. Pese a constituir una nueva etapa dentro de su vida académica, no tardó mucho tiempo en adaptarse al nuevo ritmo que suponía el hecho de encontrarse realizando el internado.

El grupo en el que la autora fue asignada estuvo constituido por 9 internos, de los cuales 3 son alumnos de la Universidad de San Martín de Porres. La distribución de los internos dentro de del Servicio de Cirugía General del Hospital Santa Rosa se realizó de tal manera que estos realizaran sus actividades dentro del área de hospitalización, consultorios, sala de operaciones y emergencias. Además, cada interno tuvo la oportunidad de rotar dentro del Servicio de Traumatología durante 10 días, lo cual estaba incluido dentro de la rotación de Cirugía.

Asimismo, todos los días a las 7:30 de la mañana (a excepción de los domingos) se realizaban actividades académicas con el médico jefe del Departamento de Cirugía y el médico el jefe del Servicio de Cirugía General quien además era el tutor encargado de los internos de la Universidad de San Martín de Porres. Un interno por día realizaba una exposición sobre algún tema previamente asignado; además, los jueves se realizaba una discusión sobre los casos clínicos que se veían a diario en forma conjunta con los médicos residentes. Después de la ponencia, los médicos a cargo del grupo resolvían las dudas que se podían tener acerca del tema del día.

En el área de hospitalización, los internos se encargaban de elaborar las evoluciones diarias de los pacientes, así como de solicitar y monitorear sus

respectivos exámenes, de hacer las curaciones (ya que todos habían sido sometidos a alguna intervención quirúrgica) y de resolver las necesidades y/o los inconvenientes que podrían surgir en torno a ellos.

Por otro lado, en los consultorios se ahondaba en realizar el diagnóstico de la patología por la que acudía cada paciente, además de apoyar al médico asistente que se encontrara a cargo y de efectuar la programación para sala de operaciones de los casos que requerían manejo quirúrgico.

Por día, se asignaban dos internos para ingresar a sala de operaciones en el caso de cirugías electivas; uno en el turno de la mañana y el otro en el turno de la tarde. Usualmente, el interno realizaba la función de segundo ayudante; sin embargo, en ciertas oportunidades, el médico asistente a cargo le permitía ejercer como cirujano principal bajo su supervisión. La persona que se encuentra elaborando el presente trabajo tuvo la oportunidad de realizar una apendicectomía abierta como cirujana principal.

Las guardias diurnas y nocturnas se realizaban en el tópicico de emergencias. En dicha área, el interno asumía la atención de los pacientes que requerían manejo ambulatorio como en el caso de heridas, quemaduras y mordeduras de animales. Asimismo, se encargaba de la anamnesis y del examen físico de los pacientes que requerían cirugía de emergencia, así como de realizar las órdenes necesarias para tal fin.

Las actividades de los internos se suspendieron de manera oficial el 15 de marzo de 2020. Se esperaba que regresaran el 1 de abril de 2020; sin embargo, esto no se dio debido a la prolongación del Estado de Emergencia Nacional.

Durante el transcurso de los meses en los que los internos estaban inhabilitados de continuar con sus labores, las autoridades respectivas realizaron numerosas reuniones a fin de salvaguardar la integridad de estos. Muchos hospitales decidieron no permitir el retorno de los internos que anteriormente laboraban en sus instalaciones, por lo que se llegó al acuerdo de redistribuir a una gran parte de ellos a establecimientos pertenecientes al primer nivel de atención que se encontraran cerca a sus lugares de residencia.

Lamentablemente, al momento de concretizarse la reasignación de los internos a establecimientos de primer nivel, existieron muchísimas dificultades debido a que el número de plazas disponibles no eran suficientes para todos los jóvenes que decidieron continuar el internado.

Es así que muchos internos tuvieron que continuar sus labores en establecimientos ubicados a grandes distancias de sus hogares, incluso muchos de ellos se vieron en la necesidad de mudarse debido a la poca viabilidad que suponía el tener que movilizarse a diario.

La autora reinició el internado el 16 de noviembre del 2020 en el CSMI Ancón, asistiendo en un régimen de 15 días de asistencia continua seguidos de 15 días de descanso. El número total de internos que fueron asignados a dicho establecimiento fue de ocho, todos pertenecientes a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.

Debido a la pandemia por COVID-19, muchos médicos del centro fueron suspendidos de sus labores por presentar factores de riesgo. Es por esto que, en noviembre de 2020, los médicos que estaban asumiendo toda la demanda del centro eran solo seis, de forma que solo estaba atendiendo un médico por turno, haciéndose cargo tanto de la atención de los pacientes que llegaban a emergencia como de los que estaban citados para consultorio y de los pacientes sospechosos de COVID-19, en labor conjunta con el interno.

Posteriormente, nuevos médicos se unieron al centro por lo que, actualmente, hay un médico atendiendo a los casos por COVID-19 y otro médico atendiendo las emergencias y consultorio. Incluso algunas veces se ha dado el caso de contar con un médico para emergencias, otro para consultorio y otro para la atención de casos COVID-19 a la misma vez.

El CSMI Ancón estructuró sus servicios de forma que los pacientes de emergencias y los de consultorio fueran atendidos dentro del mismo centro, algunas veces en áreas separadas y otras veces en la misma área debido a que la atención de ambas poblaciones a veces es asumida por el mismo médico. Los pacientes sospechosos y/o confirmados de COVID-19 son atendidos en un ambiente exterior al centro, en donde se implementó carpas

para el triaje y la atención médica de dichos pacientes con la intención de evitar exponer a los pacientes que no están afectados por esta patología.

Debido a esto, el interno ha venido ejerciendo prácticamente la totalidad de sus labores en emergencias y consultorio de Medicina en donde se atienden niños, adultos y gestantes que presentan alguna condición patológica. Ocasionalmente, se ha tenido la oportunidad de atender partos eutócicos los cuales se encuentran dentro de los casos que asume el personal encargado de las emergencias, con la respectiva evaluación del recién nacido.

En promedio, en un turno de 12 horas se puede llegar a estar cargo de un total de 20-30 pacientes aproximadamente cuando se asume la atención tanto de las emergencias como de los citados por consultorio.

La adaptación a esta nueva modalidad no fue fácil debido a que la autora vive en el distrito de San Martín de Porres y no dispone de movilidad propia, además de haber estado atravesando dificultades económicas. Sin embargo, se debe reconocer que esta experiencia le ha permitido mejorar su desenvolvimiento ante el manejo de ciertas patologías que usualmente no se ven en un hospital por ser propias del primer nivel de atención, además de aprender sobre la gestión y la atención que se brinda en este tipo de establecimientos, lo cual probablemente le sirva como base y sea de gran ayuda cuando tenga que asumir el manejo del establecimiento que le sea asignado en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

CONCLUSIONES

Puesto que la pandemia por COVID-19 ha sido un acontecimiento totalmente inesperado por parte de toda la población, no se contaban con las medidas adecuadas para manejar alturadamente un evento de tal magnitud. Los internos de ciencias de la salud del año 2020 han sido los primeros en experimentar las consecuencias de tal suceso en su formación académica y profesional, teniendo que adaptarse a un internado totalmente distinto al que usualmente se realizaba sin disponer de las herramientas adecuadas y/o necesarias en la mayoría de casos.

RECOMENDACIONES

Se espera que los inconvenientes suscitados ante la ejecución de las medidas dispuestas para permitir la continuidad del internado médico 2020 en presencia de la pandemia por COVID-19 por parte del MINSA, la ASPEFAM, las universidades y los establecimientos de salud en general sirvan como un precedente para realizar mejoras y de ese modo garantizar que el desarrollo del internado se dé de una manera óptima en las próximas promociones que tengan que enfrentar el contexto actual

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Redacción EC NEC. Primer caso de Coronavirus en Perú [Internet]. El Comercio Perú. 2020 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/coronavirus-en-peru-martin-vizcarra-confirma-primer-caso-del-covid-19-en-el-pais-nndc-noticia/>
2. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [citado 16 abril 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19 -- 11-march-2020](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020)
3. Presidencia de la República del Perú. Decreto supremo N° 044-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, 15 de marzo del 2020 [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2020 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2>
4. Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). Comunicado 15.03.2020 [Internet]. Lima: ASPEFAM; 2020 [citado 16 abril 2021]; Disponible en: https://www.aspefam.org.pe/prensa/comunicado_15.03.2020.pdf
5. Presidencia de la República del Perú. Decreto legislativo N° 090-2020, Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para

- afrontar la pandemia por la COVID-19, 3 de agosto del 2020 [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
6. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Documento Técnico: Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020. 2020 [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
 7. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Santa Rosa. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Santa Rosa 2019. Lima: Hospital Santa Rosa; 2019 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2019/resoluciones/RD-326-2019.pdf>
 8. Oficina de Epidemiología de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Análisis de la Situación de Salud en el distrito de Ancón, provincia y departamento de Lima, noviembre del 2019. Lima: DIRIS Lima Norte; 2019 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD_MINSA/DOCUMENTOS_ASIS/ASIS_DISTRITO%20ANCON%202019.pdf
 9. Departamento de Cirugía del Hospital Santa Rosa. Guías de Práctica Clínica del Servicio de Cirugía General. Lima: Hospital Santa Rosa; 2016 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-493-2015.pdf>
 10. Zakko S, Afdhal N. Approach to the management of gallstones [Internet]. Waltham, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones>

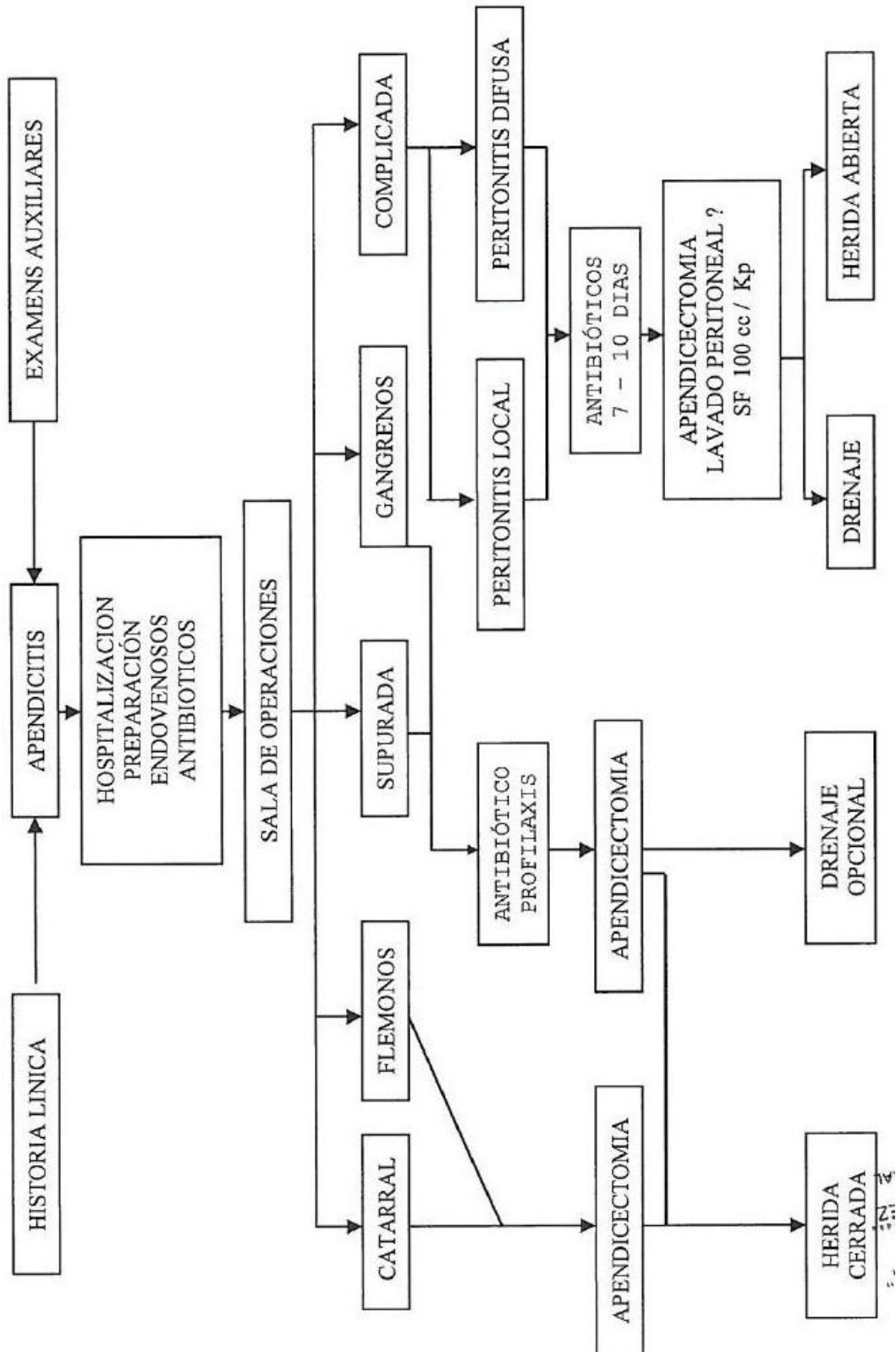
11. Soper N, Malladi P. Laparoscopic cholecystectomy [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-cholecystectomy>
12. Martin R, Kang S. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation>
13. Kendall J, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department>
14. Smink D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults>
15. Li Z, Zhao L, Cheng Y, Cheng N, Deng Y. Abdominal drainage to prevent intra-peritoneal abscess after open appendectomy for complicated appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 May 9;5(5):CD010168. doi: 10.1002/14651858.CD010168.pub3. PMID: 29741752; PMCID: PMC6494575.
16. Unidad de Atención Integral Especializada del Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) San Borja. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de la Fiebre en el Paciente Pediátrico. Lima: INSN San Borja; 2019 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2019/RD%20N%C2%B0%20000258-2019-DG-INSNSB%20GPC%20DIAGNOSTICO%20Y%20MANEJO%20DE%20LA%20FIEBRE.pdf>
17. Millichap J. Clinical features and evaluation of febrile seizures [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures>

18. Millichap J. Treatment and prognosis of febrile seizures [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-febrile-seizures>
19. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño [Internet]. Lima: MINSA; 2006 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2087-1.pdf>
20. Pichichero M. Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children>
21. Fornes R, Robledo L, Carvajal E, Navarro A, Pérez C. Utilidad de los criterios clínicos para el adecuado diagnóstico de la faringoamigdalitis en la urgencia pediátrica. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 19 abril 2021] ; 93: e201911061. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100029
22. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma Técnica para el Manejo de Infecciones de Trasmisión Sexual en el Perú. Lima: MINSA; 2009 [citado 18 abril 2021].
23. Sobel J, Mitchell C. Candida vulvovaginitis: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis>
24. Sobel J. Candida vulvovaginitis: Treatment [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment>
25. Hooton T, Gupta K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy [Internet]. Walthman, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy>

26. Gupta K, Hooton T, Naber K, Wullt B, Colgan R, Miller L, Moran G, Nicolle L, Raz R, Schaeffer A, Soper D. Infectious Diseases Society of America; European Society for Microbiology and Infectious Diseases. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2011 Mar 1;52(5):e103-20. doi: 10.1093/cid/ciq257. PMID: 21292654.
27. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202. PMID: 29368949.
28. Smith J. Acute treatment of migraine in adults [Internet]. Waltham, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults>
29. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Crisis de Migraña Episódica (Versión corta). Lima: INCN; 2018. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/2018-Guia-de-practica-cl%C3%ADnica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-migra%C3%B1a-versi%C3%B3n-corta.pdf>
30. Executive Summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*, 285 (2001), pp. 2486-2497.
31. Meigs J. Metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X) [Internet]. Waltham, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/metabolic-syndrome-insulin-resistance-syndrome-or-syndrome-x>
32. Robertson P. Prevention of type 2 diabetes mellitus [Internet]. Waltham, Massachusetts: UpToDate; 2021 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-type-2-diabetes-mellitus>

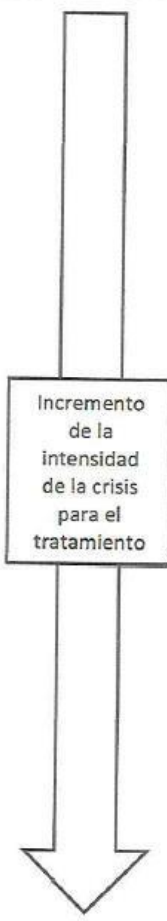
ANEXOS

1. Flujoograma del manejo de apendicitis aguda según GPC del HSR



2. Manejo de la crisis de migraña episódica según intensidad del INCN

Tabla 6. Manejo de la crisis de migraña episódica según intensidad

Intensidad de la crisis	Intensidad de la crisis	Medicación
 <p>Incremento de la intensidad de la crisis para el tratamiento</p>	<p>Leve a moderada</p> <p><i>Nota: se prefiere el tratamiento ambulatorio y por VO.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acetaminofén* • AINES*: <ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofeno - Diclofenaco - Naproxeno - Ácido acetil salicílico o - Del tipo inhibidores de COX-2 • Metoclopromida <p>* Estos tratamientos se podrían combinar con metoclopramida.</p>
	<p>Moderada a severa</p> <p><i>Nota: el tratamiento puede ser ambulatorio u en observación. Si no hay respuesta a una segunda dosis de la misma medicación debería ser tratado en observación (medicación de rescate). En observación u hospitalización se prefiere el tratamiento EV.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • AINES + metoclopramida • Triptanes: <ul style="list-style-type: none"> - Sumatriptan (SC, nasal, oral) - Zolmitriptan (nasal, oral) - Rizatriptan (oral) - Naratriptan (oral) - Eletriptan (oral) - Almotriptan (oral) - Fravotriptan (oral) • Triptanes combinados con AINES*. • Metoclopramida en bolos EV.

Tomado y modificado de "Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache"¹³. VO: Vía Oral. EV: Endovenoso.

3. Criterios diagnósticos del síndrome metabólico de la ATP III

Table 8. Clinical Identification of the Metabolic Syndrome

Risk Factor	Defining Level
Abdominal Obesity*	Waist Circumference†
Men	>102 cm (>40 in)
Women	>88 cm (>35 in)
Triglycerides	≥150 mg/dL
HDL cholesterol	
Men	<40 mg/dL
Women	<50 mg/dL
Blood pressure	≥130/≥85 mmHg
Fasting glucose	≥110 mg/dL

* Overweight and obesity are associated with insulin resistance and the metabolic syndrome. However, the presence of abdominal obesity is more highly correlated with the metabolic risk factors than is an elevated body mass index (BMI). Therefore, the simple measure of waist circumference is recommended to identify the body weight component of the metabolic syndrome.

† Some male patients can develop multiple metabolic risk factors when the waist circumference is only marginally increased, e.g., 94-102 cm (37-39 in). Such patients may have a strong genetic contribution to insulin resistance. They should benefit from changes in life habits, similarly to men with categorical increases in waist circumference.