



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO  
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO Y EL  
CENTRO DE SALUD UNIDAD VECINAL N°3. ENERO 2020-  
ABRIL 2021

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

PRESENTADO POR  
VICTOR HUGO CORNEJO PAZ

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO  
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO Y EL  
CENTRO DE SALUD UNIDAD VECINAL N°3. ENERO 2020-  
ABRIL 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
VICTOR HUGO CORNEJO PAZ**

**ASESORA  
DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** M.E. José Antonio Galarreta Zegarra

**Miembro:** Dr. Luis Taxa Rojas

**Miembro:** Dra. Catherine Gutarra Chuquin

## **DEDICATORIA**

Para mi familia, por tenerme siempre paciencia y comprensión. Porque me enseñaron que con esfuerzo y disciplina todos los objetivos planteados pueden ser logrados.

A los familiares que perdí por la pandemia COVID-19. Sé que siempre me guían en cada camino de la vida. Estaré siempre eternamente agradecido por todo lo que hicieron por mí.

Víctor Hugo Cornejo Paz

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, por haberme brindado los conocimientos para desarrollarme como profesionales de la salud.

A todos los docentes que tuve a lo largo de la carrera, por todas las enseñanzas y experiencia, las cuales siempre tendré en cuenta en mi vida profesional.

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Rotación de Gineco-Obstetricia	2
1.2 Rotación de Pediatría	9
1.3 Rotación de Medicina	12
1.4 Rotación de Cirugía	17
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	23
2.1 Hospital Nacional Dos de Mayo	23
2.2 Centro de Salud Unidad Vecinal N°3	25
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	27
3.1 Rotación de Gineco-Obstetricia	27
3.2 Rotación de Pediatría	31
3.3 Rotación de Medicina	34
3.4 Rotación de Cirugía	38
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	42

<b>CONCLUSIONES</b>	48
<b>RECOMENDACIONES</b>	50
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	51
<b>ANEXOS</b>	56
1. Tabla de suplementación preventiva con hierro	57



## RESUMEN

El año de internado médico es el último paso en la carrera de los estudiantes de medicina humana, donde se consolida y se pone en práctica los conocimientos aprendidos en los años anteriores. Además, se adquiere las competencias necesarias, tanto prácticas como teóricas, para poder desarrollarse como médico. Las prácticas se realizan en establecimientos de salud y se divide en cuatro rotaciones: gineco obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna. Las condiciones en que se desarrolló el internado médico fueron distintas a otros años: la pandemia de COVID-19 hizo que el interno de medicina busque la forma de adaptarse a esta nueva realidad y busque obtener las competencias planteadas a comienzo del año. Un nuevo reglamento, nuevos establecimientos de salud y la posibilidad de poder contraer el COVID-19, fueron una de las cuantas adversidades que se tuvo afrontar durante las prácticas.

**Objetivo:** Describir los logros alcanzados en el ámbito teórico y práctico durante las rotaciones que se llevaron a cabo en el internado médico entre enero del 2020 a abril de 2021, para la obtención de título profesional de médico cirujano.

**Metodología:** Recolección de datos de Guías de Práctica Clínica, herramientas de medicina basada en evidencia y experiencias vividas en el internado médico

**Conclusiones:** El internado médico experimentó cambios debido a la pandemia de COVID-19, la cual hizo que el interno se tenga que adaptar a la nueva realidad que enfrentaba el sistema de salud. Se obtuvo el conocimiento en cada rotación, sobre el manejo de las distintas patologías que presentaban los pacientes. El internado es una etapa fundamental donde se adquiere las competencias necesarias para realizar una atención de forma integral a las personas que lo necesiten.

**Palabras clave:** Internado médico, gineco obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna.

## ABSTRACT

The medical internship year is the last step in the career of human medicine students, where they consolidate and put into practice the knowledge learned in the previous years. In addition, students acquire the necessary skills, both practical and theoretical, to be able to develop as a physician. The internship takes place in health facilities and is divided into four rotations: obstetrics and gynecology, pediatrics, surgery and internal medicine. The conditions in which the medical internship took place were different from other years: the COVID-19 pandemic made the medical intern look for ways to adapt to this new reality and seek to obtain the competencies set out at the beginning of the year. A new regulation, new health facilities and the possibility of being able to contract COVID-19 were one of the few adversities that had to be faced during the practices.

**Objective:** Describe the achievements in the theoretical and practical fields during the rotations that were carried out in the medical internship between January 2020 and April 2021, to obtain the professional title of Surgeon Physician.

**Methodology:** Collection of data from Clinical Practice Guidelines, evidence-based medicine tools and experiences lived in the medical internship

**Conclusions:** The medical internship experienced changes due to the COVID-19 pandemic, which made the intern have to adapt to the new reality facing the health system. In this, knowledge was acquired in each rotation, about the management of the different pathologies that the patients presented. The internship is a fundamental stage where the necessary skills are acquired to provide comprehensive care to people who need it.

**Key words:** Medical internship, Obstetric gynecology, Pediatrics, General surgery and Medicine.

## INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana en el Perú tiene una duración siete años, de los cuales seis son de pregrado y un año de internado médico, a diferencia de otros países en los cuales solo son seis años. El internado médico tiene un año de duración, en el cual se pone en práctica todos los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en aulas y en establecimientos de salud. Este se divide en cuatro rotaciones: cirugía, medicina interna, gineco obstetricia y pediatría, con el fin de que se ponga en práctica de manera integral todo lo aprendido en los años anteriores, posibilitando que el futuro médico cuente con la capacidad de enfrentar las distintas patologías que tendrá que atender a lo largo de su carrera.

El presente trabajo sobre el internado médico se divide en dos partes: la época pre pandemia, que se desarrolló en el Hospital Nacional Dos de Mayo y la época de pandemia, que tuvo lugar en el Centro de Salud Unidad Vecinal N.º3, en donde se realizó la mayor parte del internado.

Para mediados de marzo del año 2020 se presentó un evento inesperado: la pandemia del COVID-19 que azotaba al país, hizo que se tomara la decisión de suspender las actividades de internado. Por seguridad de los internos, las autoridades dispusieron que se suspendan las prácticas hospitalarias hasta que se vea pertinente el retorno. Para el mes de agosto del mismo año, el gobierno dispuso mediante el Decreto de Urgencia N°090-2020, que los internos vuelvan a sus prácticas (1). Las condiciones en la que se retornaría al internado no serían las mismas, y esto implicaría un desafío para los internos. El Ministerio de Salud (MINSa) publicó la Resolución Ministerial N° 622-2020, en la cual se aprueba los lineamientos para el reinicio del internado, un documento en el cual señalaban los cambios que tendría el internado, con

el fin de ayudar al interno en su formación como profesional de la salud y poder tener mayor número de recursos humano para combatir la pandemia (2). Mediante este documento se garantizaba un contrato con el MINSA, se garantizaba equipo de protección, seguro de salud y de vida, así como horarios de actividades que ahora solo serían de 15 días y turnos de seis horas por día. Si bien muchos internos pudieron regresar a sus hospitales asignados al comienzo del internado, otros tuvieron que ser reasignados a otros centros de salud de primer nivel, ya que los hospitales a los que fueron asignados inicialmente, no los podían recibir por la alta cantidad de pacientes con COVID-19. Incluso había hospitales en donde las cuatro grandes especialidades ya no existían, y este era netamente de atención de pacientes diagnosticados con coronavirus. Es así como se redujo la mayoría de plazas hospitalarias adjudicadas a comienzos del 2020 y fueron los centros de salud del primer nivel de atención, los lugares escogidos para para continuar con este último año de carrera.

Todos estos cambios serían un reto para los internos que habían optado por retomar sus prácticas, desde la aplicación de las nuevas medidas de protección personal, prácticas en centro de salud con menor capacidad resolutive y también un menor tiempo para adquirir las competencias planteadas para este año de internado. El miedo de saber que en el día a día había el riesgo de contagiarse con este virus, y peor aún, llevar el virus a casa, hicieron que muchos internos tomen medidas como alejarse de su familia y vivir solos.

Un año de internado fuera de lo común, cumpliendo con la parte asistencial de poder ayudar a los pacientes en el diagnóstico y tratamiento de sus patologías, adquiriendo el mayor conocimiento teórico y práctico, que servirá para los años posteriores; enfrentarnos como médicos a las distintas afecciones de los pacientes que acudan a nosotros por ayuda.

## **CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

A lo largo de la carrera de medicina humana se aprende conocimientos teóricos y prácticos de los distintos cursos de la malla curricular. Sin embargo, lo que siempre se nos inculcó desde que comenzamos la carrera, es usar todo lo aprendido de forma integral, para poder ayudar los pacientes. En la Universidad San Martín de Porres, la carrera de medicina humana se puede dividir en tres bloques. El primero, de ciencias básicas, con una duración de tres años, consiste en cursos que son necesarios para poder entender el correcto funcionamiento del cuerpo humano y a comprender las distintas patologías que lo pueden afectar. Ya desde los primeros años se permite que los alumnos puedan comenzar a acercarse a pacientes. Los cursos de epidemiología o salud pública son llevados en centros de primer nivel de atención, bajo la supervisión de los doctores encargados; estos cursos permiten comenzar a entender cómo es el sistema de salud y la vida profesional de los médicos (3).

En los tres años posteriores se comienza a rotar en sedes hospitalarias, posibilitando al alumno llevar a la práctica, los conocimientos teóricos: desde el correcto llenado de una historia clínica – que incluye una anamnesis y un examen físico completo– hasta desarrollar un plan de trabajo, plantear diagnósticos y tratamientos. Se rota por distintos hospitales, con diferentes doctores, cada uno sumando para la formación de los alumnos de los conocimientos teóricos y prácticos de enfermedades y también de sus experiencias.

Posterior a estos seis años, corresponde el internado médico. En este año se debe plasmar lo aprendido para el beneficio del paciente, ya que el interno ya forma parte del grupo de trabajo que diagnosticará y tratará las distintas

patologías que los pacientes presenten. Se tiene que poner en práctica lo aprendido de forma integral; el trabajo en equipo puede estar conformado por distintas especialidades. Se aprende a entender a los pacientes, comprenderlos y poder establecer una buena relación médico paciente. Este año se divide en cuatro grandes rotaciones con el fin de adquirir las competencias necesarias, que todo médico general debe saber para poder desarrollarse en los siguientes años.

### **1.1 Rotación de Gineco-Obstetricia**

La primera rotación se realizó en el departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional Dos de Mayo, desde el primero de enero del 2020, hasta el 15 de marzo del mismo año; es decir, se desarrolló en época pre pandemia. Se rotó en los distintos servicios del departamento en los que se encuentra los siguientes: Servicio de Ginecología, Servicio de Oncología Ginecológica, Servicio de Obstetricia, Centro Obstétrico, Emergencia Obstetricias sala de operaciones, despistaje de cáncer (4).

En Centro Obstétrico se atienden patologías tales como abortos, gestantes a término, embarazos ectópicos, óbitos, embarazos molares, preeclampsia y otras más asociadas al embarazo que puedan poner en riesgo la vida de la madre o del feto.

La mayoría de atenciones que se realizó en la rotación en el Centro obstétrico, se relacionan a pacientes que llegan en trabajo de parto. Se realizaba una monitorización continua de la paciente mediante el llenado de la historia clínica de centro obstétrico, examen físico, el correcto llenado del partograma y exámenes complementarios. De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se decide si la paciente será admitida en Centro Obstétrico para monitorización continua, si se pasa al área de hospitalización de obstetricia o en el caso que se decida culminar la gestación, pasaba a sala de partos o sala de operaciones. Otras patologías menos frecuentes que se atendían eran casos de abortos u óbitos.

En la rotación en Centro Obstétrico y en el Servicio de Hospitalización de Obstetricia, se trabajó de una manera integral, ya que se traban de dos vidas,

las cuales teníamos que monitorizar: madre y feto. Además, se contaba con la ayuda grupo de trabajo de la especialidad de Neonatología.

Fueron varios cursos que ayudaron a un correcto desenvolvimiento en la rotación en esta área, como el curso de Gineco-Obstetricia –llevado en sexto año– por su relación directa con la rotación; el curso de Emergencia, –también llevado en sexto año– ya que las pacientes se podían complicar y presentar inestabilidad hemodinámica y se tenía que saber actuar en el momento, saber cuándo realizar interconsultas a Unidad de Cuidado Intensivos. Los cursos de Fisiología, Fisiopatología y Medicina, para poder manejar comorbilidades que podían presentar la paciente y que podía complicar su embarazo o la propia vida de la madre.

En el área de hospitalización, el piso se dividía en dos sectores: la mitad de camas era para pacientes gestantes a término y otras con patologías relacionadas al embarazo que requieran hospitalización y la otra mitad para pacientes puérperas; se contaba con un aproximado de 40 camas en el servicio.

En el caso de las gestantes, de acuerdo con su edad gestacional, antecedentes obstétricos, funciones vitales y comorbilidades, se determinaba su plan de trabajo.

En el área de pacientes puérperas, su estadía dependía de qué vía de parto había tenido la madre, si existió alguna complicación en el puerperio, complicaciones post operatorias o comorbilidades, que necesiten una monitorización, tratamiento o exámenes complementarios que se tengan que realizar en la hospitalización de la paciente.

Por otro lado, está el Servicio de Ginecología, el cual cuenta con hospitalización, consultorios y área quirúrgica. En hospitalización de ginecología, las patologías más frecuentes que se encuentran son los prolapsos de piso pélvico, hemorragia uterina anormal, enfermedad pélvica inflamatorias, quistes ovario y patologías benignas de mamas y el aparato reproductor femenino. Si bien algunas de estas solo se hospitalizan para recibir tratamiento parenteral, también se realizan cirugías programadas sobre todo prolapso de órgano pélvico.

En la rama de Oncología Ginecológica, se trataban patologías que abarcan neoplasias en mamas u órgano ginecológico. Se realizó el diagnóstico y

tratamiento de pacientes que acudían por consultorio externo. Dependiendo del tipo de patología, la cirugía podía ser una opción terapéutica. En el caso de la presencia de patologías complejas que necesiten un tratamiento mayor (como pacientes que necesiten terapias neoadyuvantes), posterior a una detalla historia clínica, examen físico y estudios de imágenes, se referían a un servicio de salud de mayor nivel, como el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Los cursos dictados en años anteriores como oncología, patología, histología, sirvieron para aportar en la discusión de los casos de esta índole y plantear tratamientos para las distintas patologías oncológicas que presentaban los pacientes.

Se realizó actividades de promoción y prevención salud con relación a cáncer de cuello uterino y cáncer de mama. Se realizó pruebas como citología cervical y examen físico de la región de la mama para la detección precoz de enfermedades.

Se realizó tomas de muestra cervical, bajo la supervisión del asistente programado para ese día. Se tomó la muestra con una espátula de ayre de la región exocervical y endocervical; posteriormente, se puso la muestra a un portaobjetos el cual fue enviado para posteriores estudios.

En esta rotación, los conocimientos adquiridos en cursos dictados en la carrera, ayudaron para un correcto desenvolvimiento en las distintas áreas, como Servicio de Hospitalización, Área Quirúrgica, Área de Emergencia.

En esta rotación se pudo diagnosticar y tratar las distintas patologías que presentaban las pacientes, de las cuales se pasara a describir dos casos clínicos.

### **Caso A:**

Gestante con iniciales PMCC de 30 años, G2 P1001, acudió a emergencia del Hospital Dos de Mayo el día 09/02/2020 a las 9:30 am, con los siguientes diagnósticos:

- Gestante de 37 semanas 2/7 por FUR
- Desprendimiento prematuro de placenta

- **Antecedentes personales**



Asma

- **Antecedentes familiares**

Papá: Diabetes Mellitus

Mamá; Hipertensión arterial

Abuela: Hipotiroidismo

- **Antecedentes obstétricos**

Gesta 1: Parto cesárea 2016, por desproporción céfalo pélvica, Maternidad de Lima. Feto: peso 3.500.

FUR: 24/05/2019

RC: 3-6/29

IRS: 22 años

Número de parejas sexuales: 3

Método anticonceptivo niega

Controles Prenatales 5 (centro de Salud)

**Anamnesis:**

- Tiempo de enfermedad: 1 hora      Inicio: brusco      Curso: progresivo

Paciente refiere que una hora antes del ingreso a emergencia, presenta sangrado por vía vaginal en escasa cantidad que persiste hasta el momento del ingreso. Refiere contracciones uterinas de moderada intensidad, con frecuencia 2 cada 10 minutos Niega otro síntoma.

- **Funciones Biológicas**

Apetito: Normal

Orina: Normal

Heces: Normal

Sueño: Normal

- **Funciones vitales**

Frecuencia cardiaca: 108

Temperatura 37,4

Frecuencia respiratoria 18

Presión arterial: 110/70

- **Examen físico**

Paciente activa despierta, orientada en tiempo, espacio y persona.

Respirando espontáneamente.

Piel: Hidratada elástica. Llenado capilar <2 segundos

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, sin alteraciones

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen:

Altura uterina 35

Situación: Longitudinal

Presentación: Cefálico

Posición: Izquierdo

Frecuencia cardiaca fetal 146

Genitourinario: No se evidencia lesiones a nivel vulvar.

Especuloscopia: Se evidencia sangrado rojo oscuro de escasa cantidad, saliendo por orificio cervical.

Contracciones uterinas Intensidad +/+++ , Frecuencia 2 cada 10 minutos

- **Diagnostico Presuntico**

Gestante de 37 semanas 2/7 día por Fecha de ultima regla

D/C Desprendimiento prematuro de placenta

- **Plan de trabajo**

1) NPO

2) Cloruro de Sodio al 0.9% 1000cc

3) Se solicita

- Hemograma
- Perfil de coagulación
- Pruebas serológicas
- Prueba de VIH
- Ecografía

- **Resultados de laboratorio:**

Hemoglobina: 12.3 gr/dl Leucocitos: 9 000, abastados 4%, plaquetas: 320000, perfil de coagulación dentro de parámetros normales. Prueba Sífilis negativa, Prueba de VIH negativa.

-Resultados de ecografía:

Gestación Única activa de 37 ss 2/7 d

Desprendimiento prematuro de placenta

**Plan:** Pasa a centro obstétrico para manejo

**Centro obstétrico**

Ingresa con los diagnósticos:

Gestante de 37 ss 2/7 por FUR

Desprendimiento prematuro de placenta.

- **Plan de trabajo**

1) NPO

2) Cloruro de Sodio al 0.9% 1000cc

3) monitoreo fetal y monitoreo de función vitales de la madre

Una hora después del ingreso a CO, monitoreo comienza a mostrar bradicardia fetal, y sagrado aumenta, por tal razón, grupo de guardia decide pasarla a quirófano para culminar el embarazo.

Pasa a quirófano: Cesárea de emergencia.

**Caso B:**

Paciente mujer con iniciales LCCM de 26 años, acudió a consultorio de ginecología del Hospital Dos de Mayo el día 05/03/2020 a las 9:30 am.

**Anamnesis**

- Tiempo de enfermedad: 3 días                      Inicio: insidioso                      Curso: progresivo

Paciente refiere que desde hace 3 días presenta malestar general asociado a sensación de alza termina, dolor en bajo vientre bilateral y

secreción espesa que sale por canal vaginal. Además, refiere que presenta desde hace una semana relaciones sexuales con nueva pareja sin uso de método de barrera.

- **Antecedentes familiares y personales:** niega

- **Antecedentes ginecológicos:**

Menarquia: 13 años    RC: 3-4/28    IRS: 15 años

Número de parejas sexuales: 7

FUR: 23/02/2020    Método anticonceptivo: niega

- **Funciones Vitales:** temperatura 38° Frecuencia cardiaca 97 Frecuencia Respiratoria 18

- **Examen físico:**

Paciente activa despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Respirando espontáneamente.

Piel: Hidratada elástica. Llenado capilar <2 segundos

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, sin alteraciones

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: dolor leve a la palpación profunda en abdomen inferior.

Blumberg negativo, no palpación de masas.

Ginecológico: vello púbico ginecoide

Tacto vaginal: No se evidencia lesiones o masas en canal vaginal. Cérvix firme, posterior de consistencia firme. No dolor a la movilización de cérvix. Al examen bimanual dolor leve a la palpación de anexos, no se evidencia la presencia de masas. Resto del examen sin alteraciones

Especuloscopía: Se evidencia salida de contenido blanquecino viscoso por canal cervical

Miembros inferiores: no edemas, no alteraciones.

- **Diagnostico:**

1. Enfermedad Pélvica Inflamatoria

- **Tratamiento:**

- 1) Ceftriaxona 500 mg Intramuscular, una dosis
- 2) Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días
- 3) Metronidazol 500 mg vía oral dos cada 12 horas por 14 días
- 4) Paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días

- **Se solicita:**

Hemograma completo

Prueba de VIH

Prueba de Sífilis

## **1.2 Rotación de Pediatría**

La práctica de pediatría tuvo lugar en el Centro de Salud Unidad Vecinal N.º 3, en los meses de noviembre y diciembre del 2020. La rotación se enfocó en el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños menores de cinco años, control del niño sano y vacunación.

El trabajo estaba relacionado sobre todo a la parte preventiva; junto al pediatra y al equipo de nutrición, se entregaba suplementos de hierro para cada escenario, según menciona la Norma Técnica del Manejo y Tratamiento de Anemia en Niños.

Asimismo, se formó otro grupo de trabajo junto a la enfermera del Centro de Salud, para completar el esquema de vacunación de los pacientes pediátricos. De esta forma, se hacía una atención integral al paciente cumpliendo con la norma técnica y el esquema de vacunación planteados por el MINSA.

En la rotación se adquirió conocimientos sobre el correcto manejo de un paciente pediátrico, relacionado a la prevención y tratamiento de la anemia, desde qué tipo de suplemento brindar en cada edad del paciente, en qué casos se debe comenzar antes la suplementación con hierro (pacientes nacidos pretérmino), qué tipo de suplemento usar, cuándo hacer la toma de hemoglobina y el tratamiento en pacientes ya diagnosticados con anemia.

Además, se logró aprender el carnet de vacunación, de acuerdo con la edad del paciente: cuándo están contraindicadas ciertas vacunas y también como completar el carnet de vacunación en el caso que el paciente no lo tenga al

día. Cursos llevados en la carrera como pediatría, nutrición, fisiología, sirvieron para el óptimo desenvolvimiento en la rotación.

De los distintos pacientes vistos en la rotación en el centro de salud, se presentan a continuación dos casos clínicos.

### **Caso C:**

Paciente varón de 9 meses de iniciales CRTT acude a Centro de Salud acompañado de su madre el día 10/12/2021 a las 10:30 am.

#### **Anamnesis**

- Tiempo de enfermedad: 4 días                      Inicio: insidioso                      Curso: progresivo

Madre del menor refiere que desde hace cuatro días presenta fiebre de 38.5 grados (Vía rectal) asociado a aumento de secreción nasal, fue tratado con paracetamol en gotas cada 6 horas. Un día antes, presentó disminución de temperatura (37.7 grados), pero comenzó a presentar manchas de color rojo, las cuales comenzaron a nivel del pecho, pero se fueron extendiendo a cuello, espalda, brazos y piernas. Hoy por la mañana las manchas han disminuido en comparación al día anterior.

- **Antecedentes perinatales:**

Controles Perinatales: 6

Parto por vía vaginal

Corte tardío de cordón umbilical: Niega

Contacto piel a piel: si

Edad Gestacional 37 semanas

Peso al nacer: 3.300 kilos

Talla 49 cm

Perímetro cefálico: 35 centímetros

Llanto al nacer: Inmediato

Apgar: 9 – 9

- **Antecedentes personales:** Niega

- **Antecedentes Familiares:** Mamá Hipertensión arterial

- **Inmunizaciones:** Completas
  
- **Examen físico:**
  - Talla: 73 centímetros / Peso 9 kilogramos / Temperatura 37.4
  - Paciente despierto, activo, no somnoliento respirando espontáneamente.
  - Piel: se evidencia exantema Maculo Popular eritematoso. No se evidencia otro tipo de lesiones. Ocupa zona de pecho, abdomen, espalda, cuello y zona superior de miembros superiores
  - Aparto respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos sobreagregados.
  - Aparto Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.
  - Abdomen blando depresible, no dolor a la palpación.
  
- **Diagnóstico**
  - Exantema súbito
  
- **Tratamiento**
  - Paracetamol 100 mg/ml gotas, dar 18 gotas cada 6 horas por tres días

**Caso D:**

Paciente varón de 4 meses de edad con las iniciales VPT acude a centro de salud el día 10/12/2020 traído por su madre para recibir suplementación con hierro.

- **Antecedentes perinatales:**
  - Controles Perinatales: 7
  - Parto por vía vaginal
  - Corte tardío de cordón umbilical: si
  - Contacto piel a piel: si
  - Edad Gestacional 38 semanas
  - Peso al nacer: 3.300 kilos
  - Talla 51 cm
  - Perímetro cefálico: 34 centímetros
  - Llanto al nacer: Inmediato
  - Apgar: 9 – 9

**Antecedentes personales:** Niega

**Antecedentes Familiares:** Papa: Hipertensión Arterial

**Inmunizaciones:** Completas

- **Examen físico:**

Talla: 63 centímetros / Peso 7.2 kilogramos / Temperatura :37

Paciente despierto, activo, no somnoliento respirando espontáneamente.

Aparto respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos sobreagregados.

Aparto Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación.

- **Diagnósticos**

Medidas profilácticas específicas (Suplementación con Hierro)

- **Tratamiento**

Sulfato ferroso en gotas, 12 gotas por día por un mes

### **1.3 Rotación de Medicina**

La rotación de medicina se desarrolló en el centro de salud entre los meses de enero y febrero del 2021. Se atendieron diversas patologías en su mayoría era de enfermedades no transmisibles, como hipertensión, diabetes mellitus, hipotiroidismo, etc. Estas enfermedades, mediante un control adecuado y el cumplimiento del tratamiento, pueden ser manejadas correctamente y evitar complicaciones.

En el caso de pacientes diagnosticados diabetes mellitus, el centro cuenta con un padrón donde se registra en cada visita información como peso, presión arterial, niveles de glucosa y medicación. También se han presentado casos en los cuales el paciente no ha tomado su medicación de forma correcta o no ha seguido los consejos de nutrición, por lo que llegan a consulta presentando complicaciones micro y macrovascular, debiendo ser evaluados por distintos especialistas, como de oftalmología y nefrología en un hospital.



También se cuenta con el programa de Prevención y Control de Tuberculosis. En la rotación se tuvo prácticas en este programa en los meses de enero y febrero del 2021. En este periodo había cuatro pacientes en tratamiento, todos con diagnóstico de tuberculosis pansensible. Se pudo aprender el correcto llenado de las fichas de pacientes con tuberculosis, las dosis y los esquemas de tratamiento.

EL centro de salud cuenta con programas de control de enfermedades metaxénicas; en los meses de marzo y abril se reportaron casos de dengue confirmados en la jurisdicción.

Dentro de las limitaciones que presenta el centro de salud, están la carencia de exámenes de apoyo al diagnóstico, por lo que se tenía que referir a un centro de salud de mayor complejidad. Entre algunos de los exámenes se tenía que referir están los de imagen como radiografías, ecografías, tomografías y los exámenes de laboratorio como los urocultivos. Además, cuando un paciente presentaba una patología que tenía que ser atendida por un especialista, se hacía la referencia al Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se presenta dos casos vistos en consultorio de medicina en el centro de salud

### **Caso E:**

Paciente mujer con iniciales RACC de 35 años, acudió a consultorio de del centro de salud el día 04/01/2021 a las 8:00 am

Motivo de consulta: dolor y ardor al orinar.

### **Anamnesis:**

- Tiempo de enfermedad: 3 días                      Inicio: insidioso                      Curso: progresivo

Paciente refiere que desde hace 3 días presenta dificultad y dolor al orinar. Además, refiere un incremento en el número micciones tanto en el día como en la noche, asociado a sensación de aumento de temperatura (no cuantificada). Niega flujo vaginal anormal. Los síntomas empeoran con el avance de los días, por lo que decide acudir a atención medica al Centro de Salud.

- **Antecedentes:**

FUR: 17/12/2020

RC: 4/25

IRS: 27 años

Número de parejas sexuales: 1

Método anticonceptivo barrera

- **Antecedentes patológicos:** niega
- **Antecedentes quirúrgicos:** niega
- **Antecedentes familiares:** Mamá: Diabetes Mellitus
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega
- **Funciones biológicas:**
  - Apetito: Disminuido
  - Sed: normal
  - Heces: normal
  - Orina: Aumentada
  - Sueño: normal
- **Examen físico**
  - Peso 61 kg - Talla 1.57 cm - FC 77 lpm - FR 18 rpm - T 37.1 Sat O2 97% FiO<sub>2</sub> 21% - PA 120/70 mmHg.
  - Paciente activa despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. respirando espontáneamente.
  - Piel: Hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos
  - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, sin alteraciones
  - Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
  - Abdomen: Blando, depresible. Ruidos aéreos presentes. Signos de Blumberg negativo. No ascitis.
  - Espalda: Puño percusión lumbar negativo.
  - Miembros inferiores No presencia de edemas sin alteraciones.
- **Diagnóstico presuntivo**
  - Infección del tracto urinario no complicado
- **Plan:**
  - Se solicita examen de orina
  - Reevaluar con resultados

Paciente regresa el día 07/01/2021 con resultados de laboratorio

- **Laboratorio:**

Examen de orina

Color: amarillo claro

Aspecto turbio

Densidad 1015

pH: 5.2

Examen químico:

Negativo: Glucosa, proteínas, pigmentos biliares, urobilinógeno, cuerpos cetónicos, sangre, ácido ascórbico

Positivo: Esterasa leucocitaria y nitritos

Sedimento urinario:

Células Epiteliales: Regular cantidad

Leucocitos 12 a 15 por campo

Hematíes: Negativo

Cilindro: Negativo

Cristales: Negativo

- **Diagnósticos:**

Infección Urinaria no complicada

- **Tratamiento**

Nitrofurantoina 100 mg tableta cada 12 horas por cinco días

**Caso F:**

Paciente mujer con iniciales LACS de 37 años, acudió a consultorio de del centro de salud el día 11/01/2021 a las 9:00 am

Motivo de consulta: Cansancio, aumento de peso, cambio en la piel y estreñimiento.

**Anamnesis:**

- Tiempo de enfermedad: 2 meses      Inicio: insidioso      Curso: progresivo

Paciente refiere que desde hace dos meses presenta cansancio y sueño aumentado durante el día. Además, refiere que ha disminuido el número de deposiciones, son de consistencia más dura y de difícil

expulsión. Hace un mes nota que ha subido de peso (no cuantificado) y presenta caída del cabello. Desde hace dos semanas siente su piel más fría y áspera. Niega consumo de fármacos. En estos últimos días siente que los síntomas empeoran por lo cual decide acudir al centro de salud.

- **Antecedentes:**

FUR: 02/01/2021

RC: 3-6/30

IRS: 26 años

Número de parejas sexuales: 1

Método anticonceptivo barrera

- **Antecedentes patológicos:** Niega.

Niega consumo de fármacos

- **Antecedentes quirúrgicos:** Niega

- **Antecedentes familiares:** Papá Hipertensión Arterial / Mamá: Hipertensión arterial

- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

- **Funciones biológicas:**

Apetito: Disminuido

Sed: normal

Heces: Disminuido en frecuencia

Orina: aparentemente normal.

Sueño: aumentado

- **Examen físico**

Peso 62 kg - Talla 1.56 cm - FC 63 lpm - FR 16 rpm - T 37.0°C

Sat O<sub>2</sub> 97% FiO<sub>2</sub> 21% - PA 130/70 mmHg.

Paciente activa despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Respirando espontáneamente.

Piel: Seca, áspera. Llenado capilar <2 segundos

Cuello: A la inspección no se evidencia masas ni cambios de coloración a nivel del cuello, ni en zona media ni laterales. A la palpación de la glándula no se evidencia dolor ni aumento de la temperatura. A la palpación tiene una consistencia blanda, elástica y móvil. No se evidencia crecimiento anormal de esta, ni la presencia de nódulos.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, sin alteraciones

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos aéreos presentes. Signo de Blumberg negativo. No ascitis

- **Diagnóstico presuntivo:**

Hipotiroidismo

- **Plan:**

Se solicita perfil tiroideo

- **Plan:** Reevaluar con resultados

Paciente regresa el día 22/01/2021 con resultados de laboratorio

- **Laboratorio:**

T4 libre: 0.732 ng/ml (valor normal 0.93-1.7 ng/dL)

TSH 13.2 ng/ml (valor normal 0.27-4.2  $\mu$ U/mL)

- **Diagnósticos:**

Hipotiroidismo primario

- **Tratamiento**

Levotiroxina de 50 mcg cada 24 horas

- **Se solicita**

Perfil Lipídico

- **Plan:** Se reevalúa en un mes con nuevos resultados de TSH y T4 libre para evaluar eficacia del tratamiento.

#### **1.4 Rotación de Cirugía**

La rotación de cirugía se realizó en el centro salud; allí se hizo prácticas en los meses de marzo y abril del 2021. El centro cuenta con un tópico de cirugía en donde se tratan pacientes que presentaban abdomen agudo o heridas punzocortantes. También se realizan procedimientos como colocación de puntos, retiro de puntos, drenaje de abscesos, curación de heridas. Por el nivel resolutivo del centro de salud, no se pudo realizar procedimientos más complejos y se tenía que realizar su referencia al Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Si bien esta rotación fue una de las más comprometidas, con los doctores del centro se pudo hacer revisión de las patologías que se había

derivado durante la semana y de otras patologías frecuentes del área de cirugía y de discutía sobre el diagnóstico y tratamiento de los casos clínicos con el fin de poder obtener más conocimientos sobre el manejo estas patologías

Se aprendió a poder diferenciar a qué pacientes era necesarios hacerles una referencia y para qué servicio del hospital se hacía; si era una emergencia o tal vez una patología que se podía tratar por consultorio externo. En el caso que se trataba una emergencia, se tenía que colocar una vía al paciente, estabilizarlo si se encontraba descompensado, darle tratamiento oportuno y coordinar con el equipo de guardia del hospital y trasladarlo acompañado de la licenciada de enfermería que estaba de turno.

Esta rotación sirvió para poder adquirir un mayor conocimiento sobre el manejo de dichas patologías en un centro de primer nivel de atención, saber cuándo es necesario referir a un paciente y en qué condiciones hacerlo. El llenado de una correcta historia clínica y examen físico completo para poder determinar el manejo que se puede dar en este nivel de atención. Sirvió para tener conocimiento teóricos y prácticos para el manejo de situaciones y contextos muy parecidos, a las cuales un médico se podría enfrentar en el futuro, por ejemplo, en el programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

De las patologías vistas durante la rotación de cirugía, se han escogido dos casos clínicos y se presentan a continuación.

### **Caso G:**

Paciente varón con iniciales JCPM de 32 años, acudió a consultorio de del centro de salud el día 11/03/2021 a las 9:00 am

Motivo de consulta: Herida a nivel del conducto anal.

#### **Anamnesis:**

- Tiempo de enfermedad: 3 meses                      Inicio: insidioso                      Curso: progresivo

Paciente refiere que desde hace más de tres meses presenta una herida a nivel del conducto anal la cual se asocia a sangrado y dolor intenso al momento de realizar deposiciones. Paciente refiere que sufre

de estreñimiento (aproximadamente un año). Hace dos meses acudió a medio particular, el cual le diagnosticó con fisura anal aguda y le recomendó cambiar su alimentación por una con más fibra y frutas para su estreñimiento. Hace dos semanas paciente refiere que palpa como una elevación en zona de la herida y además el sangrado y le dolor persistente, por tales motivos decide acudir a centro de salud.

- **Antecedentes:**

**Antecedentes patológicos:** Asma desde los 5 años de edad. Estreñimiento desde hace 1 año.

- **Antecedentes quirúrgicos:** apendicetomía hace 12 años

- **Antecedentes familiares:** Papá Hipertensión Arterial / Mamá: Diabetes Mellitus

- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

- **Funciones biológicas:**

Apetito: Disminuido

Sed: normal

Heces: Disminuido

Orina: aparentemente normal.

Sueño: Normal

- **Examen físico**

Peso 78 kg - Talla 1.70 cm - FC 76 lpm - FR 16 rpm - T 37.0°C

Sat O<sub>2</sub> 97% FiO<sub>2</sub> 21% - PA 120/70 mmHg.

Paciente activo despierto, orientado en tiempo, espacio y persona.

Respirando espontáneamente.

Piel: Hidratada elástica. Llenado capilar <2 segundos

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, sin alteraciones

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

Abdomen: Blando, depresibles ruidos aéreos presentes no doloroso a la palpación. Signo de Blumberg negativo. Cicatriz de apendicetomía.

Canal anal: paciente en posición genupectoral, se evidencia lesión en línea media posterior. Se observa la presencia de una fisura anal, sin sangrado al momento del examen. Presenta dolor al examinar herida.

En su parte distal presenta un repliegue cutáneo, de aspecto fibrótico. Sin signos de ser una herida reciente. No se evidencio otra lesión a al examen digital.

- **Diagnóstico**

Fisura Anal crónica

- **Plan:**

Se hace referencia a consultorio externo de cirugía del hospital Nacional Loayza

**Caso H:**

Paciente varón con iniciales JJGC 41 años, acudió a consultorio de del centro de salud el día 06/04/2021 a las 10:00 am

Motivo de consulta: Cólico Biliar

**Anamnesis:**

- Tiempo de enfermedad: 3 meses      Inicio: insidioso      Curso: progresivo

Paciente refiere que desde hace 3 meses presenta dolor debajo de la última costilla derecha que se extiende a zona medial del abdomen. El dolor aparece posterior a la ingesta de comidas con una duración menor de una hora. Por tal razón decide acudir a medico particular que ante la sospecha de una posible colelitiasis solicita una ecografía abdominal, en la cual se confirma la sospecha diagnostica. Paciente refiere que desde hace dos semanas siente que el dolor en reborde costal derecho se vuelve más intenso y más frecuente (aproximadamente 3 veces en la última semana). Refiere haber tomado una tableta de ibuprofeno cada vez que se presentaron los síntomas y que el dolor disminuyó en esta última semana. Ante el empeoramiento clínico decide acudir a centro de salud.

- **Antecedentes:**

- **Antecedentes patológicos:** Niega



- **Antecedentes quirúrgicos:** Niega
- **Antecedentes familiares:** Papá Diabetes Mellitus / Mamá: Diabetes Mellitus
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega
- **Funciones biológicas:**
  - Apetito: Disminuido
  - Sed: normal
  - Heces: normal
  - Orina: normal.
  - Sueño: Normal
- **Examen físico:**
  - Peso 82 kg - Talla 1.66 cm - FC 76 lpm - FR 16 rpm - T 37.0°C
  - Sat O2 97% FiO2 21% - PA 120/80 mmHg.
  - Paciente activo despierto, orientado en tiempo, espacio y persona.
  - Respirando espontáneamente.
  - Piel: Hidratada elástica. Llenado capilar <2 segundos. No signos de ictericia
  - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, sin alteraciones
  - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
  - Abdomen: Presencia de ruidos hidroaéreos presentes. A la palpación abdomen blando, depresible. No dolor a la palpación superficial ni profunda en los cuatro cuadrantes. Signos de Blumberg negativo.
  - Miembros inferiores: No presencia de edemas. Sin alteraciones
- **Ecografía:**
  - Realizada 10/03/2021: Vesícula Biliar→ Sin alteraciones en sus paredes, sin nodulaciones al momento del estudio. Con múltiple litiasis hasta de 6 mm. Conducto cístico de inserción habitual sin alteraciones.
- **Diagnostico**
  - Colelitiasis
- **Tratamiento**
  - Naproxeno 500 mg tableta condicional a dolor
- **Se solicita**
  - Perfil Lipídico

Glucosa en ayuna

- **Plan:**

Se hace referencia a consultorio externo de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El internado se desarrolló en dos contextos totalmente distintos. La primera parte, en una época pre pandemia en un hospital con alto nivel resolutivo y la otra parte, en un centro de salud en época de pandemia. Desde el primero de enero del 2020 hasta el 15 de marzo del 2020, se realizó la rotación de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Las tres rotaciones posteriores, medicina, cirugía y pediatría se llevaron a cabo desde noviembre del 2020 a abril del 2021, en el Centro de Salud Unidad Vecinal N° 3.

### **2.1 Hospital Nacional Dos de Mayo**

El Hospital Nacional Dos de Mayo es un establecimiento de salud con capacidad resolutiva III-1, siendo uno de los hospitales más representativos del país. Cuenta con una amplia variedad especialidades y sub especialidades, necesarias para el tratamiento de distintas patologías que puedan presentar los pacientes. Se encuentra ubicado en el distrito de Cercado de Lima y se encuentra cercano a distritos con alta población como son los distritos de La Victoria, Breña, San Luis, San Martín de Porres. En los últimos años ha aumentado la demanda proveniente de distritos lejanos, como de San Juan de Lurigancho y Villa el Salvador; esto puede deberse a que actualmente se cuenta con vías de acceso más rápidas, como por ejemplo el tren eléctrico (4).

La población atendida en consultorio externo del Hospital Dos de Mayo, se clasifica de acuerdo con la etapa de vida, encontrándose una alta frecuencia

en las siguientes etapas: neonatal sin una diferencia significativa en comparación del sexo; un incremento a partir de los 50 años, sin diferencia entre sexos y, por último, la población de 70 años a más. Estos datos pueden verse influenciados porque en la actualidad existe un mejor manejo del neonato, reduciendo la mortalidad de estos y, además, un aumento en la esperanza de vida de las personas, favoreciendo a una mayor demanda de personas de la tercera edad (4).

La demanda de consulta externa en los tres años últimos años, según el Análisis Situacional Poblacional, es aproximadamente de 495 097 pacientes por año; y entre los distritos de mayor procedencia de los pacientes se encuentran Cercado de Lima y La Victoria (4).

Es importante resaltar que el Hospital Nacional Dos de Mayo pertenece al Ministerio de Salud y un porcentaje mayor del 90% lo utiliza con el Seguro Integral de Salud (4).

Con relación al Departamento de Gineco Obstetricia, en el año 2017 las atenciones en obstetricia fueron de un 3.5% y de ginecología de un 3%, en relación con el total de consultas realizadas en el hospital. Pero si se tomara las atenciones en conjunto, es decir, como departamento de gineco-obstetricia, se llegaría a un 6.5%. La especialidad que cuenta con más atenciones por consulta externa es Medicina Física y Rehabilitación, con un 11.3% (4).

Se realizaron prácticas en áreas de hospitalización, Centro Obstétrico, emergencia y también en consultorios externos. En las distintas actividades del día, se participó como parte del equipo de salud que estaba a cargo de cada paciente. Se realizaba guardias en las áreas de Emergencia Obstétrica y Centro Obstétrico, en las cuales se atendió en la mayoría de casos a pacientes en trabajo de parto. Para ese momento la pandemia de COVID-19 todavía no había llegado al país, las actividades académicas en los hospitales se realizaban cada 3 días, con los residentes y asistentes. Se hacía presentaciones de casos, en las cuales los internos podían resolver las dudas que tenían. También los internos eran responsable de hacer exposiciones sobre diagnóstico y tratamiento de distintas patologías asignadas.

## **2.2 Centro de Salud Unidad Vecinal N°3**

El centro se inauguró el año 1943 durante el gobierno de Manuel Odría. Se encuentra ubicado en la Avenida Oscar Benavides s/n, Centro Cívico Unidad Vecinal N° 3, Cercado de Lima. Este centro de salud pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud – Lima Centro (DIRIS-Lima Centro), que conforman las antes conocidas red de salud Lima Ciudad y red de salud San Juan de Lurigancho (5).

En el centro de salud la doctora Silvia Lira Vásquez se encuentra como responsable de la jefatura. Siendo un centro de categoría I-3 tiene asignado una población total asignada de 21 058 personas, las cuales se encuentra divididas en cinco urbanizaciones entre las que se encuentran: Unidad Vecinal N.º3, Los Cipreses, Mariscal Benavides, Roma y Los Pinos; todas las anteriores cuentan con servicio de luz, agua y desagüe (6).

Asimismo, cuenta con los consultorios de Obstetricia, Medicina, Pediatría, Nutrición, Odontología, Psicología, Enfermería y Servicio Social. Además, tiene otros ambientes como Saneamiento Ambiental, Laboratorio, Farmacia, Ambiente de Rayo X (en la actualidad no está en funcionamiento), entre otros (6).

En época pre pandemia se ofrecía atención médica y de servicios de apoyo de 12 horas, en un horario que iba desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. Las atenciones se realizaban en los consultorios que se tenían designados en el centro (6).

La pandemia cambió la forma de trabajar también en los centros de primer nivel. Es así, como para protección del personal y de los pacientes, se tuvo que realizar distintos cambios. Uno de los más importantes fue dividir en dos áreas al centro: un área para pacientes que no presentaran signos ni síntomas de COVID-19 y la otra área aquellos que sí. Los pacientes de cada área jamás se juntaban; cada una tenía sus entradas y salidas independientes.

Otro de los cambios fue la forma de atención; ya no podía ser en lugares cerrados, es decir consultorios, y se optó por una atención al aire libre, donde se implementaron mesas y sillas para la atención médica. El área de tópico,

al tener un mayor tamaño y contar con mejor ventilación, fue el área escogida para poder realizar el examen físico de los pacientes con una mayor privacidad. Existían zonas especiales que habían sido destinadas para el desecho de materiales de protección que eran proporcionados a los trabajadores del centro al comienzo del día. Por otro lado, los pacientes tuvieron que adaptarse a los protocolos establecidos para situación de pandemia, establecidos por el centro de salud. El ingreso al establecimiento solo era posible si se contaba con mascarilla y protector facial. Se instaló a la entrada, un lavatorio de manos para que todos pudieran lavarse. El horario de atención se redujo a la mitad, y se atendía sobre todo a pacientes con citas, para evitar las aglomeraciones en las mañanas, de personas en búsqueda de un turno de atención para el mismo día.

Debido a los distintos servicios con que cuenta el centro de salud, se puede dar al paciente una atención integral, trabajando todos los servicios de manera unida, con el fin de que se pueda no solo tratar, sino prevenir las enfermedades.

Por el nivel resolutivo que tiene en centro de salud, hay patologías que tendrán que ser referidos a establecimientos de mayor nivel. Para las patologías que afecten a gestantes que requieran un manejo más especializado, es decir, que sean de alto riesgo obstétrico (por ejemplo, preeclampsia severa), se refiere al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. En cambio, para las demás patologías que no se relacionen con gestación, ya sea para atención por el servicio de emergencia, para solicitar exámenes auxiliares que no se puedan realizar en el centro o para consultas por especialistas, son referidos al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1 Rotación de Gineco-Obstetricia**

A lo largo de la rotación en el departamento de gineco-obstetricia, se puso en práctica los conocimientos teóricos y prácticos desarrollados a lo largo de la carrera para el beneficio de las pacientes. Distintas fueron las patologías que se podían ver en el día a día, las cuales se expusieron en el capítulo I y se analizarán a continuación.

El caso A, se trata de una paciente con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta (DPP), condición que se define como con una separación de la placenta antes que suceda el parto en una gestante mayor de 20 semanas, pudiendo ser una separación de forma completa o incompleta. Su diagnóstico oportuno es vital ya que puede traer severas consecuencias en el feto, pudiendo suceder un parto pre término, e inclusive llegar a causar la muerte del feto y de la madre (7).

Se encuentra en el grupo de patologías conocidas como hemorragias de la segunda mitad del embarazo, entre las que se encuentran placenta previa, rotura uterina y vasa previa. Uno de los principales diagnósticos diferenciales es con placenta previa, pero tiene ciertas diferencias que es necesario conocer, porque de eso depende el plan de trabajo (8).

La incidencia es variable y depende de cada país. Según la literatura esta incidencia puede variar de un 0.5%, hasta un 1% de las gestaciones a nivel mundial. En Perú la prevalencia es de alrededor del 0.7%(9). Esta patología se produce en la mayoría de casos por una rotura de vasos de la madre a

nivel de la decidua basal, generando una separación placentaria en la zona que se está produciendo el sangrado (7).

Entre los principales factores de riesgo, el de mayor importancia es tener un desprendimiento previo. Estados hipertensivos pueden incrementar cinco veces más probabilidad de presentar esta patología. También se han identificado factores como cesáreas previas, úteros con anomalías y leiomiomas (7).

Por otro lado, existen factores de riesgo modificables, que, si bien tiene una frecuencia menor, tiene también un riesgo elevado. Es el caso del tabaquismo, que puede aumentar la probabilidad en 2.5 veces más (7).

El diagnóstico es netamente clínico, pero una ecografía podría ser de ayuda para descartar otras patologías, en el caso de que se tenga duda diagnóstica. Cabe resaltar que la ecografía para esta patología no tiene una sensibilidad muy alta, pudiendo llegar a alrededor del 60% (7).

Las características clínicas con las que acudió la paciente son típicas del DPP, siendo un sangrado de poca cantidad, asociado a contracciones uterinas de intensidad variable. A pesar de que la paciente pueda llegar a emergencia presentando un leve sangrado, este puede estar retenido posterior a la placenta, pudiendo ocultar la verdadera magnitud de pérdida sanguínea (7). Como menciona el caso, la gestante pasó a centro obstétrico para un seguimiento continuo de la madre y el feto ya que para al ingreso no se evidencia signos de sufrimiento fetal agudo. Fue en el monitoreo fetal que se le venía realizando en Centro Obstétrico, en el cual se evidencia bradicardia fetal y el plan de trabajo cambia de un manejo expectante a finalizar la gestación por cesárea.

El manejo que recibió la paciente estuvo acorde a lo que menciona la literatura. Nos encontrábamos frente a una gestante con DPP que comenzaba a presentar signos de sufrimiento fetal al presentar en el monitoreo bradicardia fetal. Ante una paciente con sufrimiento fetal se opta por una cesárea de emergencia. No era necesario hacer transfusiones ya que las pruebas de laboratorio no se encontró alteraciones. Otros tratamientos como sulfato de magnesio para neuro protección (gestantes menor de 32 semanas) y



corticoides para maduración pulmonar (gestantes menores de 34 semanas) por la edad gestacional que tenía la pacientes 37 semanas 2/7 (10).

El caso B, se trata de una paciente diagnosticada con enfermedad pélvica Inflamatoria (EPI). Esta enfermedad es una infección del tracto genital superior femenino, en la que la mayoría de gérmenes aislados son patógenos de transmisión sexual y, en su minoría, patógenos que no se transmiten sexualmente. Entre los patógenos aislados se encuentra *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, anaerobios, bacilos gram negativos (*E. coli*), *Gardnerella vaginalis*, entre otros (11).

Entre los principales factores de riesgo para contraer una EPI están las conductas sexuales de riesgo, es decir, tener múltiples parejas sexuales, el no uso de métodos de barrera en el acto sexual, edad menor de 25 años, historia de una enfermedad de transmisión sexual, historia previa de EPI, instrumentación uterina, abortos, situación socioeconómica baja, etc (12). Muchos de los factores de riesgo mencionado lo presentan la paciente del caso clínico.

Entre los principales criterios diagnósticos de EPI encontramos sensibilidad en hipogastrio, sensibilidad a la movilización del cuello cervical y sensibilidad en anexos. Según la Guía de Práctica Clínica y Procedimiento de Ginecología del Instituto Materno Perinatal, basta con uno de los siguientes tres criterios mencionados asociado a historial de dolor abdominal bajo o pélvico para diagnosticar EPI y comenzar con la terapia antibiótica (12). La paciente presenta criterios para comenzar con la terapia antibiótica.

Por otro lado, encontramos los criterios adicionales, que son los que respaldan el diagnóstico de EPI. Entre los más comunes encontramos flujo cervical anormal, fiebre, leucocitos elevados, reactantes de fase aguda elevados, ecografía sugestiva de la patología (complejo tubo – ovárico), hallazgos laparoscópicos sugestivos de una EPI, estudio de laboratorio positivo para las principales bacterias que causan esta enfermedad (12).

Por los diferentes grados que puede tener la patología, se pueden dividir en cuatro grados según la clasificación de Moniff, la cual sirve para determinar el grado de severidad y también poder guiar al médico en el tratamiento (12).

- I° grado: salpingitis aguda sin peritonitis. Dolor a la palpación bimanual en anexos.
- II° grado: salpingitis aguda con pelviperitonitis.
- III° grado: presencia de complejo tubo – ovárico. Detección de masas a nivel de anexos.
- IV° grado: ruptura de absceso pélvico. Peritonitis generalizada.

En el caso de la paciente se encontraría en el I° grado, ya que se correlaciona con lo descrito en la clasificación.

Al no contar con criterios de hospitalización, se decide dar terapia antibiótica. La terapia que recibió la paciente es la misma que sugiere tanto UpToDate y La Guía de Práctica Clínica de la Maternidad de Lima para terapia ambulatoria. Consta de ceftriaxona 500 mg dosis única, más doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días, más metronidazol 500 mg dos veces por día por 14 días(12). Entre las alternativas a estos fármacos encontramos las siguientes: para la ceftriaxona se puede usar cefotaxima. Para alternativa a la doxiciclina, la azitromicina administrada en dosis de 1 gr cada semana por dos semanas. Su buen efecto contra *Chlamydia trachomatis* es una alternativa para una más fácil dosificación, en comparación con la doxiciclina. Es necesario añadir metronidazol a los fármacos anteriores para tener cobertura de patógenos anaerobios (13).

Si se planteara un escenario en el cual la paciente tenga criterios de hospitalización como EPI grave o complicada, con absceso pélvico, intolerancia oral, paciente gestante, falla en el tratamiento médico, e inclusive si se sospecha de falta de adherencia al tratamiento. En caso de que se decida hospitalizar al paciente para recibir terapia antibiótica, UpToDate la combinación de clindamicina a dosis de 900 mg cada 8 horas, sumado a gentamicina a 2 mg/kg de peso por vía parenteral una vez, seguido de 1,5 mg/kg cada ocho horas. Entre las indicaciones para cambiar a esquema por vía oral esta que el paciente muestre mejoría constante de por lo menos 24 horas, es decir, sin fiebre, náuseas, vómitos y disminución del dolor. La

terapia por vía oral consta de doxiciclina a la misma dosis hasta completar 14 días, más metronidazol de 500 mg cada 12 horas hasta completar los 14 días del ciclo, o clindamicina 450 mg cada 6 horas por el mismo tiempo (13).

La Guías de la Maternidad de Lima sugiere el mismo tratamiento, tanto parenteral como de vía oral, en caso de mejoría en pacientes hospitalizados. Pero se plantea esquemas alternos, en los que se encuentra dar ciprofloxacina 400 mg vía endovenosa cada 12 horas al día por 14 días, más metronidazol 500 mg endovenosa, cada 8 horas al día por 14 días (12).

Es importante poder diagnosticar y tratar oportunamente esta patología, ya que pueden llevar consecuencia a largo plazo en la paciente. Por ejemplo, el dolor pélvico crónico que es aquel que dura más de seis meses y genera discapacidad funcional en la paciente; esta complicación es frecuente, pudiéndose presentar en más del 30% de pacientes. Otra complicación que se puede presentar es esterilidad, ya que al ser una enfermedad que afecta aparato reproductivo femenino, puede provocar lesiones a nivel de trompa de Falopio(14).

Estas complicaciones pueden ser muy perjudicial para la paciente. Por sufrir de esta enfermedad de manera recurrente, se aumenta en tres veces el riesgo de presentar dolor crónico y hasta dos veces más de esterilidad. La manera de prevenirlas puede darse mediante el uso de condones, progesterona o anticonceptivos orales combinados. Los anticonceptivos de progesterona harán que el moco cervical sea más espeso y que funcione como una barrera mayor para las bacterias (14).

### **3.2 Rotación de Pediatría**

La siguiente rotación se llevó en el Centro de Salud Unidad Vecinal N.º 3. Para el tratamiento de las distintas patologías se utilizó las Normas Técnicas publicadas por el Ministerio de Salud, revistas y recursos virtuales como UpToDate, el cual contiene información sobre diagnóstico y manejo basado en evidencia.

En el caso C, se trató de un paciente de nueve meses de edad, diagnosticado con exantema súbito o también conocido como roséola. Si bien en los pacientes pediátricos existe las llamadas patologías exantemáticas y entre las más frecuentes encontramos a escarlatina, exantema infeccioso, varicela, rubeola, sarampión, enfermedad mano pie boca, enfermedad de Kawasaki, cada una posee etiologías distintas, siendo la mayoría de estas causadas por virus. Las características clínicas, permiten diferenciar entre cada una de estas, como por ejemplo, el tiempo de aparición del exantema, su duración, las características clínicas, signos y síntomas asociados, la edad de presentación, entre otros (15).

La causa más común de roséola es por el virus del herpes humano tipo 6. En el caso de este virus, su forma de transmisión se da por medio de secreciones, las cuales son eliminadas por pacientes infectados con el virus (16).

El cuadro clínico del paciente guarda relación con la presentación clásica de la enfermedad, ya que una de las características clínicas es la fiebre, que puede durar de tres a cinco días; en este caso fue solo de tres. Además, presentaba clínica de rinorrea, que también es un síntoma de esta enfermedad. Con menor frecuencia se puede encontrar conjuntivitis, párpados edematosos, tos, vómitos, diarrea, etc (17).

Otra característica que nos ayudó en el diagnóstico de roséola, es la aparición en el paciente del exantema de tipo maculopapular que aparece a medida que la fiebre desciende. La distribución del exantema en el paciente comenzó en el tronco y se extendió a extremidades superiores y cara, con una duración de un día, siendo esta una presentación clínica clásica del exantema súbito. Si bien el paciente no presentó complicaciones por la enfermedad, esta tiene como una de sus principales complicaciones, la convulsión febril. El tratamiento solo se basa en tratar la fiebre, como se hizo en este caso; y la erupción se resuelve sin ningún tratamiento médico (16).

El caso D, se trató de un lactante en el cual se le realizó la terapia de suplementación con hierro para prevenir la anemia. Los distintos escenarios, el tipo de presentación de hierro y las dosis, van de acuerdo con la Norma

técnica del Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia, publicado por el MINSA (18).

Para el caso, se trataba de un lactante nacido a término con un peso adecuado al nacer, características importantes para poder determinar el manejo. La Norma Técnica plantea un manejo diferente para los distintos escenarios que pueda presentar (Anexo 1). El paciente del caso tiene 4 meses y tenía como antecedente haber nacido a término y con adecuado peso al nacer, por lo cual le corresponde comenzar la terapia preventiva con hierro. Se le dio sulfato ferroso en gotas, 2 mg/Kg de hierro elemental por peso. Otra opción disponible según la Norma Técnica, es el complejo polimaltosado férrico (19).

Según menciona la norma, el hierro polimaltosado tiene una mejor adherencia al tratamiento en relación con el sulfato ferroso. Por su componente de polimaltosa, hace que tenga una liberación lenta, generando menor cantidad de efectos adversos (18). Sin embargo, no se decidió dar hierro polimaltosado porque no se contaba disponible en farmacia del centro de salud.

El tratamiento de sulfato ferroso fue en presentación de gotas; esta presentación contiene 1.25 miligramos de hierro elemental cada gota. Por otro lado, en el caso del complejo polimaltosado férrico, cada gota contiene 2.5 miligramos de hierro elemental (18).

Según menciona la norma técnica, su control de hemoglobina recién se realizaría a los seis meses de edad. Si en esa medición no se encuentra anemia en el lactante, las tomas posteriores de sangre serán cada seis meses, hasta que se cumpla los dos años de edad. Posterior a los dos años, se realizará de manera anual (18).

El año 2020 se publica la Resolución Ministerial 229-2020 la cual modifica en ciertos puntos la Norma Técnica de prevención y tratamiento de Anemia en niños son necesarios mencionarlos. Previo al cambio de la Norma Técnica, el primer control de hemoglobina se realizaba a los 4 meses de edad, y de acuerdo al resultado al paciente se le daba suplementos para prevención de anemia o tratamiento. Actualmente el primer dosaje se realiza a partir de los

6 meses de edad, por tal razón no se le realizó al paciente del caso el dosaje de hemoglobina por solo tener 4 meses (19).

Cuando se realiza el primer examen de hemoglobina al paciente pediátrico, es necesario precisar los valores normales hemoglobina y cuando lo clasificamos como anemia, ya que estos valores varían de acuerdo con la edad del paciente. Se utiliza los parámetros establecidos que son valores de Organización Mundial de la Salud, los cuales se utilizan en Perú. Por ejemplo, para un niño mayor de 6 meses se clasificaría como anemia a un valor de hemoglobina menor a 11 g/dL (19).

### **3.3 Rotación de Medicina**

La rotación de medicina se llevó a cabo en el Centro de Salud Unidad Vecinal N.º3. Los doctores utilizaban Guías de Práctica Clínica de Hospitales del Perú, Normas técnicas publicadas por el Ministerio de Salud y herramientas informáticas de medicina basada en evidencia como UpToDate.

El caso E presentado en el Capítulo I, se trata de una paciente con diagnóstico de infección urinaria no complicada. Se define esta enfermedad como la presencia de bacterias en orina y como el caso del paciente; con signos y/o síntomas, que se deban a la infección de la vía urinaria (20).

Por lo general, en el caso de las mujeres, ocurre la colonización del introito vaginal y posterior ascenso de estas bacterias por la uretra, pudiendo llegar a zonas superiores del aparato urinario, como la vejiga o los riñones. La ITU es más frecuente en mujeres por las características de su anatomía, ya que la distancia entre el canal anal y la uretra es corta, a diferencia de los varones. Entre los principales factores de riesgo se encuentran relaciones sexuales recientes, anomalías urinarias y tener comorbilidades como diabetes. (21).

Esta se puede dividir en infecciones del tracto urinario alto (ITU), que involucran uréter, sistema colector, parénquima renal y las bajas, pudiendo generar una cistitis o uretritis. Por las características clínicas presentadas en la paciente, nos encontramos frente a una infección del tracto urinario bajo. Otra clasificación importante para el tratamiento y pronóstico, es la que divide

en ITU no complicada y complicada. La no complicada se da en aquellas personas sin comorbilidades, que no presentan anormalidades estructurales en el sistema urinario y que presentan una infección adquirida en la comunidad. A diferencia de la ITU complicadas, que son en pacientes con comorbilidades o que presentan alguna condición que los hace más propensos a generar un fracaso en el tratamiento o generar complicaciones. También, en aquellos que presentan anormalidades estructurales del aparato urinario o que la infección ocurrió en ambiente hospitalario (20).

La etiología se debe a la infección de bacterias, entre las más frecuentes encontramos la *Escherichia coli*, responsable de aproximadamente de 75% a 95% de los casos de ITU bajas. También encontramos, pero en menor proporción, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* y *Staphylococcus saprophyticus*. Estos patógenos pueden variar en el caso de que el paciente haya sido expuesto a antibióticos, cambiando el espectro microbiano, pudiendo aparecer *Pseudomonas*, enterococos y estafilococos (21).

Algo importante en esta enfermedad son los síntomas con los que viene el paciente, ya que en caso se presente un paciente asintomático con un examen de orina patológico, se estará frente a una bacteriuria asintomática. Solo se trataría con antibióticos, en caso de gestantes o pacientes a los cuales se les vaya a realizar alguna intervención del aparato urinario (20).

La paciente del caso, se trataba de una ITU no complicada, y al no presentar factores de riesgo que pueden generar una resistencia antibiótica para el plan de trabajo, no es necesario realizar un urocultivo (20,21).

Según la Guía de Práctica Clínica del Hospital Santa Rosa, para ITU no complicada, los principales síntomas que se presentan son tenesmo, disuria, polaquiuria o dolor suprapúbico, más un examen de laboratorio positivo. En el caso clínico la paciente venía con algunos de los síntomas mencionados y se pidió un examen de orina, el cual resultó patológico por la presencia de leucocitos(20). Pero aquí existe una diferencia con las recomendaciones de UpToDate, porque en el manejo de la misma patología y con las mismas

características y los síntomas clásicos mencionados, no es necesario examen de laboratorio para hacer el diagnóstico (21).

Por otro lado, se sugiere solicitar urocultivo con su antibiograma, si se sospecha de factores de riesgo para resistencia antibiótica, como ocurriría en el caso de pacientes con anomalías urinarias, inmunodeprimidos usos de antibióticos previos, ITU de bacteria resistente aislada anteriormente, e inmunodeficiencias(21).

El tratamiento que se escogió fue el de nitrofurantoina macrocristales, dosis de 100 mg cada 12 horas por cinco días, de acuerdo con lo mencionado en la literatura con una curación de hasta un 92% de pacientes. En el caso de que se recete por menos días, se evidenció un mayor fracaso del tratamiento. Entre las alternativas terapéuticas se tenía fosfomicina o trimetropin / sulfametoxazol. La dosis de fosfomicina es 3 gr diluidos en agua una sola dosis. Y el trimetropin / sulfametoxazol se puede dar 160/ 800 mg cada 12 horas por tres días, ya que a esta cantidad de días presentó un éxito mayor del 79%. El esquema terapéutico de Nitrofurantoina y los esquemas alternativos planteados, van de acorde a lo recomendado en la literatura (20, 21).

La paciente del caso F, se trata de un paciente con hipotiroidismo primario. Esta enfermedad se produce por una inadecuada producción de hormonas tiroideas tanto la tiroxina (T4), como la triiodotironina (T3) y con una elevación en los niveles de la hormona estimulante de la tiroides (TSH). En cambio, en el hipotiroidismo secundario, se encuentra también unos niveles bajos de T4, pero los niveles de TSH no están elevados(22).

La prevalencia de esta enfermedad se encuentra de 0.1% a 2%. Siendo esta patología de cinco a ocho veces más frecuente en mujeres que en hombres. Entre las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad, se encuentra el aumento de peso, fatiga y debilidad, disnea de esfuerzo, estreñimiento, piel seca, voz ronca, edema, trastornos en la menstruación, artralgias, etc (23). Muchas de los síntomas y signos lo podemos ver en la paciente del caso.

Para el diagnóstico se necesita de la parte clínica y los exámenes de laboratorio. Se solicita TSH y T4 libre, las cuales, dependiendo de las



variaciones, nos ayudará a confirmar el diagnóstico. Si nos encontramos ante valores de TSH elevados con T4 libre bajos, estaremos ante un hipotiroidismo primario, como es el caso del examen de laboratorio que presenta la paciente (24).

Otros escenarios se presentarían en el caso de que se encuentre un TSH elevado, pero con un T4 libre normal, lo que indicaría que estaríamos ante un hipotiroidismo subclínico (22).

El tratamiento para este caso sería con tiroxina sintética, como es la levotiroxina. Tuvo como tratamiento una tableta de levotiroxina de 50 mcg por día. Según la Guía de Práctica Clínica del Hospital Loayza, es la dosis que se recomienda para tratar el hipotiroidismo primario en pacientes jóvenes y sin patologías cardíacas. El tratamiento es de forma personalizada y la dosis, en caso el paciente lo requiera, puede ir aumentando hasta un tener un promedio de 1.6 mcg/Kg (24).

Existe cierta diferencia con otra literatura, por ejemplo, UpToDate recomienda iniciar con una dosis de 1.6 mcg/Kg, por tratarse de una paciente joven y sin patologías cardíaca(25) .

Es necesario remarcar que en pacientes que tienen problemas cardíacos, la dosis sea menor, pudiendo ser entre 12.5 a 25 mcg por día, y posteriormente se reevaluará si se necesita incrementar(24).

Se recomienda reevaluar al paciente y además solicitarle TSH sérico en un periodo de cuatro a seis semanas de iniciado el tratamiento. Por esta razón, al paciente se le solicitó un control al mes para evaluar la eficacia del tratamiento y ver si la paciente necesita cambio de dosis (25).

Se recomienda que se investigue la causa del hipotiroidismo, lo cual debería ser manejado por un especialista en un centro que cuente con pruebas necesarias para poder saber la causa de esta enfermedad. Una de las causas más frecuentes es la tiroiditis de Hashimoto (26).

### **3.4 Rotación de Cirugía**

La rotación de cirugía fue la que tuvo un poco más de limitaciones que las otras, ya que al realizarse en un centro de salud con capacidad resolutive I-3, este solo contaba con un tópico de emergencia. Conjuntamente con los médicos del centro, se discutían los casos que venían en la semana y se hacían referencia al servicio de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se conversaba acerca de su presentación clínica, diagnóstico y de los posibles tratamientos se le podían plantear y realizar a futuro. Se usó Guías de Práctica Clínica, artículos científicos y herramientas tecnológicas de medicina basada en evidencia como UpToDate.

El caso G se trata de un paciente con diagnóstico de fisura anal crónica, que fue referido para el servicio de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para su tratamiento. La fisura anal es una de las afecciones anorrectales más frecuentes. Una de las causas de esta lesión puede ser el paso de heces duras por el canal anal. Se presenta con presión anal alta y sumado al paso de las heces en algunos casos, no permite una adecuada cicatrización de la herida (27).

Las distintas patologías anorrectales pueden coincidir en ciertos signos y síntomas, pero una correcta historia clínica y examen físico ayudará a diferenciar entre hemorroides, fisuras anales, fistulas perianales, abscesos, etc. Esta patología asienta en la parte final del tubo digestivo en la zona del canal anal, pero en su mitad distal, es decir, debajo de la línea dentada. La mitad distal del ano, presenta una inervación somática haciendo que esta sea sensible al dolor (28).

En la historia clínica del paciente nos hace referencia que se podría tratar de una fisura anal crónica, que se clasifican a aquellas lesiones mayores de 8 semanas.

La duración en el caso del paciente es por más de 12 semanas. A demás más las características que refiere, como los contornos elevados al comienzo de la lesión, se está refiriendo pliegue cutáneo externo que se ve en pacientes con fisuras crónicas (28).

Otro tipo de son las fisuras anales primarias, las cuales no tienen una patología de fondo y pueden ser causadas por sexo anal, parto vaginal y, el más común y que presenta el paciente, es el estreñimiento. Los síntomas como el dolor intenso al defecar y la hematoquecia que menciona el paciente, hace pensar solo con la anamnesis, que se podría tratar de una fisura anal (28).

Para el examen físico, es necesario colocar al paciente en una posición adecuada poder tener una buena visualización del canal anal. En este caso, el paciente se colocó en una posición genupectoral, la cual permitió ver la lesión. Se observó en la línea media posterior la fisura, con bordes de aspecto fibrótico y elevados (pliegue cutáneo externo), que permitió diferenciar de una patología aguda

Se concluye que se trata de una fisura anal crónica por lo cual es referido a consultorio de cirugía del Hospital Arzobispo Loayza.

Como tratamiento se podría plantar dos opciones, la esfinterotomía lateral interna o inyección de toxina botulínica. Para el paciente del caso, se podría optar por la esfinterotomía lateral interna, ya que no presenta factores de riesgo para desarrollar incontinencia fecal. Teniendo esta cirugía una tasa de éxito elevado, llegando a curar en las posteriores tres semanas en más del 95% de personas (29).

Esta cirugía se basa en disminuir el tono del esfínter anal interno. Es necesario poder seleccionar adecuadamente a los pacientes. Entre los principales factores a tomar en cuenta están la edad avanzada, trauma obstétricos, número de gestaciones, cirugías previas en la zona, como es el caso de hemorroidectomía (30).

El caso H, se trata de un paciente varón con diagnóstico de colelitiasis, que además presenta cólicos biliares a repetición. El paciente fue referido al área de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La colelitiasis se refiere a la presencia de cálculos en la vesícula biliar, pudiendo generar síntomas o no, y en el caso de la paciente, está generando los cólicos biliares, que es un dolor que se presenta en el cuadrante superior derecho, pero puede irradiarse a zona de epigastrio o inclusive la espalda con dirección al omoplato. La colelitiasis, según los estudios, tiene una prevalencia en el Perú de

aproximadamente el 10% (31). Puede generar complicaciones en el paciente que va a necesitar manejo de manera precoz, como es la colecistitis, pancreatitis, coledocolitiasis o colangitis (32).

La colelitiasis tiene una prevalencia variada, pero a medida que aumenta la edad es cada vez más frecuente. Siendo rara en niños sin patologías previas (ejemplo: enfermedades hemolíticas). Los tipos de cálculos más frecuentes son los mixtos a predominio de colesterol. Entre los principales factores de riesgo se encontramos dislipidemia, obesidad, medicamentos como son los fibratos, la edad, diabetes mellitus, etc(33).

El paciente refiere que presenta dolor abdominal en el reborde costal derecho, asociado a náuseas, que le dura un tiempo aproximado de dos horas. Además, en la historia clínica refiere que se desencadena luego a la ingestión de comidas ricas en grasa, siendo esta una presentación típica del dolor producido en un cólico biliar. Si bien la duración del dolor es variable, por lo general suele tener mayor intensidad dentro de la primera hora, y de ahí comienza a disminuir y desaparece en las siguientes horas (32).

Es necesario tener un estudio de imagen ante la sospecha diagnóstica y, para esta patología, la ecografía es el estudio de elección (32). El paciente ya trae una ecografía en donde se evidencia los cálculos en la vesícula biliar.

En el caso de que la ecografía muestre litiasis vesicular, que se vería como imágenes hiperecogénicas con proyección de una sombra acústica, se podía proceder a la cirugía. Entre las principales indicaciones de una colecistectomía electiva se encuentra el deseo del paciente de someterse a cirugía, cólicos biliares frecuentes, cuando existe riesgo de malignidad (cálculos de tamaño mayor o igual a 3 cm o pólipos mayor o igual de 1 cm) y para evitar el desarrollo complicaciones (por ejemplo colecistitis) (34). En el caso clínico, la presencia de cólicos biliares es cada vez más frecuentes y además de mayor duración con el paso del tiempo, por esas razones se podría plantear como solución una colecistectomía.

Para el tratamiento en el momento agudo del cólico biliar, se recomienda en un paciente ambulatorio, el manejo con antiinflamatorios no esteroideos

(AINE). También se puede usar antiespasmódicos y opioides, pero estos se usan como terapia alternativa. Se usa opioides sobre todo en aquellos casos en los que no calmó el dolor o en los que los pacientes son alérgicos a los AINE (34).

## **CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico es la última parte en la preparación del estudiante de medicina, siendo este un reto en poner todo lo aprendido en los años anteriores de carrera para el beneficio del paciente. Se llega a convertirse en parte del equipo de trabajo, encargado de la salud de las personas. Se inicia con gran expectativa y también un poco de temor en esta nueva experiencia que comienza desde la elección de sede hospitalaria para hacer las prácticas de internado. Un nuevo estilo de vida, en el cual no existe fines de semana para descansar o feriados, sino es un año completo para poder aprender lo máximo posible para poder afrontar los años futuros.

La primera rotación fue en la Especialidad de Gineco-Obstetricia, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, sede escogida para realizar el internado médico en el año 2020. Al ser un establecimiento de salud con categoría III-1, se podían ver muchas patologías con distintas compilaciones que eran derivadas a este Hospital. Este es un reto para el interno, ya que se tiene que estar constantemente actualizándose de diagnósticos y tratamientos, no solo de patologías comunes, sino también las que son de menor frecuencia. Se aprendió en el Área de Emergencia Obstétrica a trabajar en un ambiente donde la demanda de atenciones podía ser muy alta y se tenía que diagnosticar de manera correcta y rápida a los pacientes. Como interno se aprende a realizar un correcto triaje, priorizar a los pacientes que necesitaban una atención inmediata.

En las guardias en el Centro Obstétrico del hospital, es necesario enfrentarse a retos nuevos cada día, pero con el pasar del tiempo se hicieron cada vez

más fáciles de resolver. Existieron días en los cuales se permanecía en el hospital 36 horas seguidas y muchas veces sin haber descansado, por haber tenido una guardia con gran cantidad de pacientes. Al comienzo es complicado, partiendo por el punto que todo es nuevo, pero con la ayuda de los otros internos, residentes, asistentes y demás personal de salud, se aprendió a resolver de manera más rápida y correcta los distintos desafíos del día.

En el servicio de obstetricia se aprendió a monitorizar dos vidas al mismo tiempo; a manejar complicaciones que se podían presentar a cualquier edad gestacional y que se tenía que hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno para no complicar la vida del feto ni de la madre.

En el área de centro obstétrico, el interno muchas veces pasaba a ser el personal de salud encargado de atender el parto, siempre bajo la supervisión de residentes y asistentes. Los conocimientos previos y las enseñanzas en la misma rotación, lograron que se pueda lograr y aprender a realizar este procedimiento de manera correcta. Además, se aprendió las distintas complicaciones que se podrían presentar en el parto, y cómo poder manejarlo. Todos estos conocimientos son importantes para que el médico esté preparado en el caso que se presente una paciente en un parto inminente y sea el encargado de atender el parto.

En las áreas de hospitalización de Obstetricia y Ginecología, los internos deben conocer los distintos pacientes hospitalizados. Si bien se asigna un grupo de pacientes a cada interno, es necesario que todos sepan lo que pasa en piso. Puede presentarse la situación en que el interno bajó a consultorio o entró a sala de operaciones; otro tendrá que hacerse cargo de los pacientes en el caso que se llegue a complicar, vengan asistentes de otras especialidades, se tenga exámenes auxiliares programados, etc. Estas situaciones han hecho que el interno genere habilidades de síntesis de los datos más importante de cada paciente. De integrar sus conocimientos, ya que no todos tienen las mismas patologías e inclusive, a pesar de tener el mismo diagnóstico, ciertas características pueden hacer que cada una tenga un plan de trabajo diferente.

Se aprendió a trabajar con los distintos grupos de profesionales de la salud, con las licenciadas de obstetricia, nutrición, enfermería; todos con el fin de buscar la mejora del paciente. No solo se aprendió a comprender a los pacientes, sino a todo su entorno, porque también se veía afectado. Poder conversar con familiares, darles la información oportuna y necesaria sobre la condición de sus familiares. Todas estas situaciones ayudaron al interno a que vaya formando y conociendo como es la relación médico paciente, uno de los pilares para una adecuada atención médica.

El COVID-19 llegó en marzo a nuestro país y es así como el 11 de marzo mediante un Decreto Supremo, se declara el estado de emergencia sanitaria a nivel nacional, lo que generó un gran cambio a todo nivel y los internos nos vimos totalmente afectados por la pandemia que empezó a afectar al mundo. Para el 16 de marzo se decide que los internos no regresen a sus hospitales por protección de su salud. Cabe resaltar que, para esa fecha, no todos los internos recibían un sueldo y la gran mayoría no contaban con seguro de salud. No se contaba con las condiciones necesarias para poder desarrollar un internado en este escenario, ya que las visitas médicas iban a ser más cortas, no se iba a desarrollar actividades académicas o discusiones de caso, no se sabía qué áreas del hospital podían rotar los internos: la situación no era nada favorable.

El temor existía en el personal de salud, ante un sistema de salud colapsado por la demanda por esta pandemia, no se tenía asegurado ni equipos de protección para los médicos del hospital. Por estas razones y para evitar contagio de los internos de medicina, se decide suspender el internado hasta que las condiciones mejoren.

Se entendía la situación tomada por las partes directivas, se había presentado un evento si precedente, pero aún quedaba la duda de cuándo se podría retornar a las prácticas del internado. La situación no mejoraba, cada vez más casos de COVID-19 y el número elevado de muertes, mostraban una curva que seguía de forma creciente. Las medidas dispuestas por el gobierno seguían y los meses pasaban. El retorno al internado se ponía en duda, varios



hospitales se habían convertido en atención netamente de pacientes COVID-19, como fue el caso del Hospital Dos de Mayo, donde se realizó las rotaciones los primeros meses del año.

En estos meses no solo había la preocupación de retornar al internado para poder finalizar la carrera, mucho de los internos tenían preocupaciones más importantes en el ámbito familiar, como era tener algún familiar contagiado por esta enfermedad. Algunos de los internos incluso perdieron familiares, lo cual dificultó más toda la situación que estaba viviendo cada uno.

El Ministerio de Salud del Perú decidió que los internos puedan volver a su internado bajo ciertos cambios y de manera voluntaria. Mucho de los internos decidieron no continuar con el internado médico, y los que volvían, se tendrían que adaptar a la nueva realidad que afrontaba el país.

Si bien en los lineamientos de reincorporación al internado, el interno se sentía más protegido porque le aseguraban que contaría con equipo de protección y seguro de vida; igual, la posibilidad de contagiarse por la exposición a pacientes que podían estar enfermos de COVID-19, era alta. Existía el riesgo de internos que sufrían de comorbilidades que vivían con familiares con factores de riesgo, siendo estos más vulnerables a esta enfermedad.

Distintas fueron las medidas optadas por los internos para evitar contagiarse y contagiar a su familia. Desde las personas que decidieron mudarse o poner en práctica protocolos de desinfección antes de entrar a casa. Se tomaron cursos de bioseguridad para el correcto uso del equipo de protección, como guardar los elementos que se puedan reutilizar, como retirarse el equipo de protección de manera adecuada, dónde desechar los materiales usados, qué medidas se deberían tomar antes de ingresar a nuestras viviendas.

Al retornar al internado, se asignó a los internos centros de primer nivel de atención, para aquellos que no pudieron regresar a su sede hospitalaria. Esto planteó el reto para los internos de poder adaptarse a un centro de salud con un menor nivel resolutivo, de estar en rotaciones en las cuales en comparación a lo visto en un hospital y de las patologías que uno podía llegar a ver, era una diferencia notoria. El interno junto a los doctores del centro, y siendo uno de

ellos su tutor que era contratado por su universidad, vieron la forma en la cual se podía cumplir con la mayoría de conocimientos teóricos y prácticos que son necesarios de adquirir en el internado en las rotaciones que faltaba realizar.

El Centro de Salud Unidad Vecinal N.º3 fue donde se realizaron las tres rotaciones que faltaban. Se entregaba a cada interno los siguientes equipos de protección, los cuales constaban de un mandilón, gorro y botas desechables, mascarilla quirúrgica tres pliegues y guantes; equipos que eran eliminados al final del día. Además, se entregaba una mascarilla N95, pero que se cambiaba cada cinco días. Se volvió a explicar las medidas de bioseguridad y las distintas áreas que contaba el centro. Al ser este un Centro de Salud con atención para pacientes COVID-19, se dividió en dos áreas, una para pacientes COVID-19 y otra para las demás patologías. Gracias a que el centro tiene distintas entradas, los pacientes de un área nunca llegaban a pasar a la otra. Por esta parte, el interno se sentía protegido ya que contaba con equipo de protección diario, los lugares de atención eran al aire libre y con distancia de 1.5 metros del paciente, todo el personal usaba equipo de protección, los pacientes ingresaban con mascarilla y protector facial y además se informó que no se harían prácticas por el área destinada para pacientes sospechosos de COVID-19.

El uso diario de este equipo, más las medidas tomadas por el establecimiento, cambiaron la forma de trabajo en el centro. El interno tuvo que adaptarse a las distintas situaciones que se presentaron a lo largo de estas rotaciones, siempre con el fin de poder ayudar al paciente y además de adquirir el aprendizaje necesario en cada rotación.

Se realizó las rotaciones de pediatría y medicina en ambientes abiertos y ventilados, con el fin de prevenir el contagio. Los consultorios no se podían utilizar ya que eran ambientes muy pequeños y no contaban con una buena ventilación. En medicina, se aprendió a poder realizar un buen triaje a la entrada del centro para poder determinar qué pacientes por la clínica que presentaban, tenían que pasar al área COVID-19 y quiénes no. Suscitaron ciertas complicaciones con pacientes, sobre todo en relación con aquellos que

se rehusaban a ir al área COVID-19 a pesar de tener los síntomas clásicos de esta enfermedad, y que de todas formas querían ser atendido en la otra área. El interno intentaba explicar a los pacientes por qué no podía entrar a esta área, ya que ponían en riesgo a los pacientes y personal de salud de esta área.

Tanto en pediatría como en medicina, se obtuvo experiencia de cómo es la atención de pacientes en consulta ambulatoria que no es lo que comúnmente se ve en hospitales. Al estar en un centro de primer nivel de atención, se asemeja bastante a las atenciones que se puede realizar en el SERUMS. El interno logró saber cuándo es necesario referir a un paciente y que sea examinado por un especialista; hasta qué punto su condición como médico general y las herramientas con la que cuenta en el centro de salud, son suficientes para el manejo del paciente.

La rotación de cirugía fue donde el interno tuvo más complicaciones en la parte práctica, en comparación al hospital. Sin embargo, ante esta dificultad, junto al equipo de médicos, se realizaban la discusión de los casos de cada semana, de algunos que habían referido a hospitales, así como de otros casos obtenidos de internet. Se conversaba sobre la clínica, diagnóstico y el plan de tratamientos de los distintos casos presentados, con el fin de que el interno pueda adquirir el conocimiento de esta rotación.

Este año de internado significó un desafío para los internos y con ayuda de los distintos médicos en estas rotaciones, el interno pudo adquirir los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para su posterior desarrollo como médico.

## CONCLUSIONES

1. La pandemia de COVID-19 generó un gran cambio en la forma de realizar el internado médico. El interno tuvo que adaptarse a los distintos escenarios que se estaban desarrollando para poder alcanzar las metas planteado en cada rotación.
2. En el Hospital Dos de Mayo, se atendió patologías que eran referidas de distintos centros de salud. Por ser un centro de salud con categoría III-1, permitió saber manejar patologías muy complejas.
3. La rotación de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, realizada antes de la llegada de la pandemia al Perú, permitió alcanzar distintas competencias sobre la atención a la gestante, atención del trabajo de parto y el diagnóstico y tratamiento oportuno de las distintas patologías que pueden aparecer a lo largo del embarazo.
4. En el área de Gineco-obstetricia, se aprendió a formar parte del grupo de trabajo encargado de la atención de pacientes en consultorio externo o en área de hospitalización del servicio de gineco-obstetricia y participar del plan de trabajo, proponiendo diagnósticos o tratamientos para las distintas patologías vistas a lo largo de la rotación.
5. La rotación en un centro de salud con nivel I-3, sirvió para poder conocer las limitaciones que se pueden presentar en un centro de menor capacidad resolutiva en el manejo de las distintas enfermedades.
6. Se logró obtener conocimientos sobre las distintas actividades de promoción y prevención de la salud.
7. En la rotación de pediatría que se realizó en el centro de salud, se aprendió sobre el plan de vacunación y el programa de prevención y

tratamiento de anemia en niños. Se logró adquirir los conocimientos de cómo aplicar las inmunizaciones y la suplementación con hierro para los distintos escenarios que venga el paciente pediátrico.

8. En la rotación de pediatría se logró obtener las competencias necesarias para el diagnóstico y tratamiento oportuno de distintas patologías que presentaban los niños.
9. En la rotación de medicina interna, que se realizó en centro de salud, se adquirió las competencias para el manejo de distintas patologías. Se aprendió a resolver las patologías a pesar de las limitaciones que presentaba un centro de categoría I-3.
10. En la rotación de medicina interna, se realizó el seguimiento continuo de pacientes con enfermedades no transmisibles, pudiendo hacer comparaciones mensualmente sobre su manejo y ver la eficacia del tratamiento.
11. En la rotación de cirugía, se adquirió conocimiento sobre el manejo de heridas de distinto tipo, además de poder identificar qué pacientes, por los síntomas y signos que presentan, son necesarios referirlos al servicio de emergencia del hospital.

## RECOMENDACIONES

- Dependiendo de la situación sanitaria y en la medida de lo posible sin poner en riesgo la salud del interno, se recomienda hacer rotaciones hospitalarias para los segmentos de cirugía y gineco-obstetricia.
- Que las universidades aseguren el cumplimiento sueldos y del seguro de salud durante el internado médico.
- Se compruebe la entrega de equipos protección personal de parte de los establecimientos de salud a los internos.
- Se recomienda que las autoridades de las distintas universidades, soliciten que los beneficios otorgados a los internos como el sueldo, seguro de salud y de vida, entrega de equipos de protección, no solo sea por este tiempo de pandemia, sino que este reglamento y mayores beneficios quede para los futuros internos.

## FUENTE DE INFORMACION

1. El Peruano. Decreto de Urgencia N° 090-2020. Diario el Peruano. 2020 [Internet]. [citado 12 de abril de 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/>
2. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA 2020 [Internet] [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
3. Universidad de San Martín de Porres. Malla Curricular FMH-USMP. [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://medicina.usmp.edu.pe/images/acreditacion/2020/MALLA\\_CURRICULAR.pdf](https://medicina.usmp.edu.pe/images/acreditacion/2020/MALLA_CURRICULAR.pdf)
4. Hospital Nacional Dos de Mayo. Documento técnico: “Análisis de Situación de Salud hospitalaria año - 2017. [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos\\_de\\_gestion/normas\\_emitidas/r\\_dir/2018/08\\_agosto/RD\\_0138\\_ASHO\\_2017.pdf](http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2018/08_agosto/RD_0138_ASHO_2017.pdf)
5. DIRIS Lima Centro. Directorio Diris Lima Centro. [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dirislimacentro.gob.pe/directorio/>

6. Diris Lima Centro. Analisis Situacional de Salud 2019 Centro de Salud Unidad Vecinal N° 3. DIRIS Lima Centro. 2019
7. Ananth CV, Kinzler WL. Placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences. Uptodate.2017 [Internet] [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Placental%20abruption%20Clinical%20features%20and%20diagnosis.pdf>
8. Norwitz ER, Park JS. Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnant women. Uptodate. 2019[Internet] [citado el 14 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women>
9. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. INMP. 2018 [Internet] [citado el 14 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
10. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption: Management and long-term prognosis. Uptodate. 2019[Internet] [citado el 15 de abril de 2021]Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-management-and-long-term-prognosis>
11. Ross J. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. Uptodate.20120 [Internet] [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis>
12. Intituto Nacional Materno Perinatal. Guia de Practica Clinica y de Procedimientos en Ginecologia. INMP. 2020 [Internet][citado 15 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
13. Wiesenfeld H. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents Uptodate. 2021 [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents>



14. Peipert JF, Madden T. Long-term complications of pelvic inflammatory disease. Uptodate.2020 [Internet] [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/long-term-complications-of-pelvic-inflammatory-disease#:~:text=These%20sequelae%20\(chronic%20pelvic%20pain,cost%20of%20PID%20%5B2%5D](https://www.uptodate.com/contents/long-term-complications-of-pelvic-inflammatory-disease#:~:text=These%20sequelae%20(chronic%20pelvic%20pain,cost%20of%20PID%20%5B2%5D).
15. Calderón S, Berlanga R, Gómez R, et al. Comportamiento de la fiebre en enfermedades exantemáticas comunes en pediatría. ENF INF MICROBIOL 2020, 40(1): 25-31
16. Tremblay C, Brady MT. Roseola infantum (exanthem subitum). Uptodate. 2021 [Internet][citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/roseola-infantum-exanthem-subitum/print?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/roseola-infantum-exanthem-subitum/print?source=history_widget)
17. Tremblay C, Brady MT. Human herpesvirus 6 infection in children: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. Uptodate. 2021 [Internet][citado 16 de abril de 2021].Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/human-herpesvirus-6-infection-in-children-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment>
18. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia.MINSA. 2017[Internet] [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
19. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial 229-2020. MINSA. 2020. [Internet][citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/541106-229-2020-minsa>
20. Hospital Santa Rosa. Guía de Practica Clinica para el diagnosticos y tratamiento de infecciones del tracto urinario en el Hospital Santa Rosa. HSR. 2020. [Internet][citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>

21. Hooton TM, Gupta K. Acute simple cystitis in women. Uptodate. 2021 [Internet][citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women>
22. Ross DS. Diagnosis of and screening for hypothyroidism in nonpregnant adults. Uptodate. 2021 [Internet][citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-hypothyroidism-in-nonpregnant-adults>
23. Surks MI. Clinical manifestations of hypothyroidism. Uptodate. 2020 [Internet][citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-hypothyroidism#:~:text=A%20generalized%20slowing%20of%20metabolic,d eep%20tendon%20reflexes%2C%20and%20bradycardia.>
24. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Servicio de Endocrinología Guía de Práctica Clínica. HNAL. 2014 [Internet][citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS\\_62a065dd9598fc7\\_.pdf](http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_62a065dd9598fc7_.pdf)
25. Ross DS. Treatment of primary hypothyroidism in adults. Uptodate. 2019 [Internet][citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-primary-hypothyroidism-in-adults>
26. Hershman J. Hipotiroidismo (Mixedema). MANUAL MSD 2020. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-tiroideos/hipotiroidismo>
27. Bleday R. Anal fissure: Medical management. Uptodate. 2019 [Internet][citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-medical-management>
28. Stewart DB. Anal fissure: Clinical manifestations, diagnosis, prevention. Uptodate. 2019 [Internet][citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention>

29. Ellis CN. Anal fissure: Surgical management. Uptodate. 2021 [Internet][citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-surgical-management>
30. Arroyo A, Montes E, Calderón, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. Cir Esp. 2018;96(5):260-7.
31. Aristondo F, Moyano AB, Álvarez P. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. Seguro Social de Salud. 2021 [Internet][citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Colelitis\\_Versión\\_Extensa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitis_Versión_Extensa.pdf)
32. Zakko SF. Overview of gallstone disease in adults. Uptodate.2020 [Internet][citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults>
33. Afdhal NH, Zakko SF. Gallstones: Epidemiology, risk factors and prevention. Uptodate. 2020 [Internet][citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/gallstones-epidemiology-risk-factors-and-prevention>
34. Zakko SF, Afdhal NH. Approach to the management of gallstones. Uptodate. 2020 [Internet][citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones>

## **ANEXOS**

## ANEXOS N°1

Suplementación preventiva con hierro o micronutrientes o multivitamínicos para niños (as) menores de 36 meses.

Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 hasta los 6 meses de edad	2 mg/kg/día	Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Consumo diario hasta los 6 meses
		1 toma diaria *	Multivitamínico en solución	Consumo diario hasta los 6 meses
	Desde los 6 hasta los 23 meses de edad	10 - 12.5 mg de hierro elemental	Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico.	Consumo diario durante 6 meses.
		1 sobre diario	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	Consumo diario hasta que complete el consumo de 180 sobres
		1 toma diaria *	Multivitamínico en solución	Consumo diario durante 6 meses
	Desde los 24 hasta los 35 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	Consumo diario hasta que complete el consumo de 180 sobres
		30 mg de hierro elemental.	Jarabe Sulfato Ferroso o Jarabe Complejo Polimaltosado Férrico	Consumo diario durante 6 meses.

Fuente: Norma técnica – Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños- MINSA