



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL PRIMER Y TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN REALIZADO EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO
LANATTA LUJÁN, HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL
PERÚ, HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN Y EL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO
ENERO 2020 - ABRIL 2021

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

PRESENTADA POR
ROMINNA ALESSANDRA PANTA CHAVEZ
ANDREA JANET MORI ROCHA

ASESOR
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL PRIMER Y
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN REALIZADO EN EL CENTRO
DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJÁN, HOSPITAL
CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN Y EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO
ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ROMINNA ALESSANDRA PANTA CHAVEZ

ANDREA JANET MORI ROCHA

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E. Ramón Romel Silva Romero

DEDICATORIA

A mis padres quienes me apoyaron todo el tiempo y me forjaron como persona, muchos de mis logros se los debo a ustedes, entre los que se incluye este.

A mi hermana, por brindarme su tiempo y un hombro para descansar.

A mi maestro, Dr. Edgar Castro Lizárraga, quien nunca desistió al enseñarme hasta el final de sus días.

Andrea Janet Mori Rocha

El presente trabajo está dedicado a mis amados padres: Sayda Chavez Vasquez y Robert Anthony Panta Gonzales, quienes me dieron su amor incondicional y han sido mi soporte desde que llegue a este mundo; así como mi apoyo y motivación durante estos 7 años de carrera.

A mis maestros, aquellos que continúan aquí y los que perdieron la batalla como grandes héroes, que forjaron mi aprendizaje.

Al Dr. Luis Alberto Riva Gonzales Q.E.P.D., un gran médico, persona e inspiración para mí. Salvó la vida de mi padre y me dio la dicha de que pueda verme convertida en médico; y veló por la salud de sus pacientes hasta el final de sus días.

A mis amigos, quienes se volvieron mi segunda familia y me acompañaron en los momentos más difíciles, me dieron la mano siempre y por supuesto también los que siempre logran sacarme una sonrisa.

A mis ángeles de cuatro patas, que llegaron a brindarme amor y alegrías durante toda la carrera y han sido mis fieles compañeros.

Rominna Alessandra Panta Chavez

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Pediatría	2
1.2 Rotación de Gineco Obstetricia	8
1.3 Rotación de Cirugía	13
1.4 Rotación de Medicina Interna	18
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	28
2.1 Hospital Nacional de la PNP	28
2.2 Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	30
2.3 Hospital Nacional Sergio E. Bernales	31
2.4 Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján	32
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	35
3.1 Rotación de Pediatría	35
3.2 Rotación de Gineco Obstetricia	41
3.3 Rotación de Cirugía	49
3.4 Rotación de Medicina Interna	56
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	65
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
FUENTES DE INFORMACIÓN	72

RESUMEN

Las prácticas hospitalarias tuvieron escenario en hospitales de tercer nivel de atención durante el periodo enero-marzo 2020. Con la llegada de la pandemia al Perú, el estado tomó medidas preventivas, interfiriendo en el internado, por lo que fue retomado en centro de primer nivel de atención en el mes de noviembre. El internado es la clave en la transición de pasar de ser estudiantes de medicina a ser médicos, en donde se aprende que las actividades basadas en el trabajo son oportunidades de aprendizaje esenciales y diseñados en consecuencia como tal.

Objetivo: Reforzar los conocimientos adquiridos durante la carrera de medicina humana, mediante el contacto supervisado en situaciones reales de la atención al paciente; así como fomentar el apego a los valores y principios éticos y humanísticos de la práctica médica, y al finalizar el internado médico obtener habilidad y destrezas al grado de dominio que corresponde a la solución de problemas del primer nivel de atención.

Metodología: Recopilación de información basada en la experiencia durante el internado médico a través de la revisión de casos clínicos.

Conclusiones: El internado ayudó a integrar y consolidar los conocimientos adquiridos durante ciclos previos. Durante el mismo se tuvo la oportunidad de estar en contacto permanente, lo que permitió detectar riesgos, aplicar medidas preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los principales problemas de salud.

Palabras clave: Internado médico, hospital, centro de salud, experiencia.

ABSTRACT

The hospital practices took place in third-level care hospitals during the period January-March 2020. With the arrival of the pandemic in Peru, the state took preventive measures, interfering with the internship, so it was taken back to a first-level center of attention in the month of November. The internship is the key in the transition from being medical students to being doctors, where it is learned that work-based activities are essential learning opportunities and designed accordingly.

Objective: To reinforce the knowledge acquired during the human medicine career, through supervised contact in real situations of patient care; as well as fostering adherence to the values and ethical and humanistic principles of medical practice, and at the end of the medical internship, obtain ability and skills to the degree of mastery that corresponds to the solution of problems of the first level of care.

Methodology: Collection of information based on the experience during the medical internship through the review of clinical cases.

Conclusions: The internship helped integrate and consolidate the knowledge acquired during previous cycles. During it, they had the opportunity to be in permanent contact, which allowed detecting risks, applying preventive measures, diagnosis, treatment and rehabilitation in the main health problems.

Keywords: Medical internship, hospital, health center, experience.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se basa en la experiencia de prácticas profesionales en las cuatro rotaciones del año, la importancia del internado en la formación académica, así como las desventajas que hubo a raíz de pandemia de Covid-19.

Se describirán las habilidades adquiridas durante este proceso de formación, sobre todo la adaptabilidad dada la coyuntura por la pandemia del Covid-19, ya que debido a esto las prácticas fueron interrumpidas, afectando la continuidad del internado médico y causando la reubicación en otras sedes. A pesar de los obstáculos que se presentaron, se tomó la decisión de retomar el internado con el fin de apoyar al sistema de salud que también se ha visto terriblemente afectado.

Antes de la pandemia la rotación se realizaba en hospitales, cuyo enfoque difiere del aprendido en el centro de salud.

Dichos nosocomios fueron el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” y el Hospital Daniel Alcides Carrión.

Previo inicio al internado, la DIRSAPOL dio una cálida bienvenida e inducción para el desenvolvimiento de las actividades como internos, brindando información para el cumplimiento, así como las normas que se rigen por una institución de salud policial que tienen reglamentos tanto para los profesionales de salud como los policías en actividad. Asimismo, inculcaron el deber que se debe tener como parte de la familia Policial en atenderlos ya

que la policía desempeña un conjunto de roles difíciles en la sociedad, los cuales repercuten en el deterioro de la salud física de los agentes, y por ende no perder la parte humana, ya que el paciente llega con mucho temor, deposita su confianza y se debe hacer un esfuerzo en darle la mejor atención posible. Se recibió una charla dividida por diferentes tópicos desde cómo nació la institución, la trayectoria de esta hasta actividades recreativas para conocer al resto de colegas.

Al día siguiente la Oficina de Investigación y Epidemiología dio a conocer todos los departamentos y finalmente se hizo la distribución por grupos de acuerdo con la rotación correspondiente.

Es común que, debido a la falta de familiaridad con las reglas y regulaciones de los hospitales, estos son considerados tiempos estresantes para los nuevos internos ingresantes. El entrenamiento de inducción ayuda en una transición sin problemas. Facilita la comprensión de la cultura organizacional y aclara roles y expectativas. Se ha documentado en la literatura que una duración prolongada del programa alivia la ansiedad de los internos, e incluso se recomienda que estas sesiones de orientación se den en un lapso de 2 semanas (1).

En el caso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión la inducción para comenzar el internado se dividió en 3 fechas y se dieron a modo de conferencias, de tal forma que se cubrió la totalidad de temas necesarios para empezar de manera adecuada las actividades y labores que corresponden al interno de medicina dentro del hospital. En primaria instancia se estableció el marco técnico en el que se regula las actividades y funciones ético, académicas y asistenciales; así como las competencias que debe desarrollar el interno de medicina, asimismo se habló de medidas de precaución estándar, uso racional de antimicrobianos y adecuada toma de muestras de laboratorio, calidad en la atención del usuario, aspectos administrativos referente al proceso de la oficina de seguros, vigilancia epidemiológica, manejo de residuos sólidos y salud ocupacional, promoción y apoyo a la lactancia materna, derechos y deberes de las personas usuarias en los servicios de salud, RCP, conceptos básicos de farmacovigilancia y

tecnovigilancia y finalmente inducción sobre el manejo de pacientes en el servicio de emergencia.

Cabe mencionar que debido a la separación del hospital al que se adjudicó inicialmente se dio la posibilidad de hacer una rotación externa de 15 días en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en las especialidades de Ginecología y Cirugía a fin de complementar las competencias que ofrece el centro de salud al tener menor capacidad resolutive que un hospital, en los que podemos encontrar mayor casuística.

Un mes antes del reinicio al internado médico, la universidad durante el mes de septiembre del 2020 brindó un curso de Covid-19 a cargo de docentes de los docentes de la facultad de medicina. Dicho curso consistió en cuatro clases en días diferentes.

La primera fue una introducción acerca del nuevo virus desde su clasificación, mutaciones de los nuevos coronavirus, situación a nivel mundial, vías de transmisión y permanencia en diferentes superficies, curso de la enfermedad, fisiopatología, principales síntomas.

En la segunda charla se habló sobre las medidas de prevención y control de Covid-19, se tocaron subtemas como medidas de prevención y control en la comunidad, es decir la importancia y técnicas del lavado de manos, distanciamiento físico, higiene respiratoria, evitar saludar con mano o dar besos, así como evitar el contacto con personas con síntomas respiratorios, el uso de mascarilla, recomendaciones de aislamiento, limpieza y desinfección en caso de contar con un paciente covid-19 en casa; medidas de prevención y control en poblaciones especiales, es decir cómo identificar insuficiencia respiratoria aguda a través del triaje diferenciado, tamizaje con prueba rápida IgM/IgG y el manejo correspondiente de acuerdo al flujograma que indica el MINSA y la vigilancia a los mismos; asimismo se hizo memoria de todas las medidas que buscan disminuir la transmisión de microorganismos de cualquier fuente, cómo realizar un adecuado lavado de manos, higiene respiratoria, uso correcto del equipo de protección personal y la importancia

en nuestras prácticas hospitalarias, ya que durante esta pandemia si hemos atendido pacientes COVID.

La tercera charla consistió en los niveles de bioseguridad, así como los riesgos biológicos en el personal que labora y está expuesto a fluidos biológicos como orina, sangre, saliva, vómitos. Así como las reglas generales del uso del equipo de protección personal y los tipos de mascarillas, guantes, gafas.

La última charla trató de las medidas preventivas en el personal de salud en general, es decir dentro del ambiente de trabajo, y nuevamente recalcaron todo lo que se necesita saber del equipo de protección, desde que tipo de equipo utilizar de acuerdo a la situación y área en donde se realicen actividades, hasta la reutilización de algunos EPP y la eliminación del mismo.

Esta charla e iniciativa por parte de la universidad sigue siendo importante, porque ayuda a tomar las correctas medidas, pero sobre todo proteger y evitar exponer a quienes se encuentran en casa.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico dentro de la carrera de Medicina Humana se lleva a cabo en el 7mo año de la carrera. Siendo esta una etapa, aparte de nostálgica porque se está a puertas de salir al mundo como profesionales, es de vital importancia, pues es donde se aprende a desarrollar habilidades y destrezas. Se adquiere conocimientos y aptitudes en cada paciente y en cada procedimiento realizado de la mano de un supervisor. Asimismo, se consolida la parte humana en el trato diario a nuestros pacientes.

Cabe resaltar que, en esta etapa de formación, fue llevada de la mano con los coordinadores de sede, así como los tutores en cada clase brindada por la facultad, quienes supervisaron la consecución de estos logros y se preocuparon hasta el final.

En los últimos meses del Internado Médico se aprendió poco a poco a identificar problemas médicos, proponer y juzgar alternativas de solución, como qué tratamiento es el óptimo para el paciente de acuerdo con los riesgos y comorbilidades que presenta, y también cómo referir al paciente a un establecimiento de mayor complejidad en caso sea necesario.

En el centro de salud se puso en práctica, que la prevención y promoción de salud ayudan a intervenir sobre la población de riesgo, desde como inculcar al paciente sobre el hábito de una buena alimentación, hasta el control de su presión arterial para evitar complicaciones futuras.

Muy aparte del ámbito académico también se aplicó los principios éticos hacia el respeto humano, seguimiento en la búsqueda de la integridad y vocación de servicio. Cada día constituyó un nuevo aprendizaje y más amor por la carrera.

1.1 Rotación de Pediatría

Una de las rotaciones que se considera vital en el desarrollo como profesionales, es Pediatría. Un informe según el INSN, indica que la población pediátrica representa el 32.6% del total de la población nacional, en términos relativos; y más de 10 millones de personas menores de 18 años, en términos absolutos. Dicha población estimada revela la gran demanda en pacientes pediátricos que tiene el médico.

Caso N°01: Resfriado Común

En el C.S. Gustavo Lanatta Luján se ven diferentes casos de niños que acuden con su madre/padre, casos que es de suma importancia conocer su abordaje en un primer nivel de atención. Uno de ellos, fue un paciente de 8 años que acude a su consulta con clínica consistente en mucosidad verdosa de 5 días de evolución, odinofagia leve y temperatura hasta 37.3°C. En la exploración, solo llamó la atención mucosidad abundante y leve hiperemia faríngea. Ante la sospecha diagnóstica de un Resfriado común, se le dio tratamiento sintomático con Paracetamol en jarabe, hidratación a base líquidos y lavado nasal con suero fisiológico ya que presentaba mucosidad nasal.

El paciente presenta una evolución adecuada con mejoría sintomática, presentando, al día 10 del inicio del cuadro, un empeoramiento clínico con fiebre cuantificada en 39°C de 24 horas de evolución, cefalea que refiere el niño “detrás de los ojos” y mucosidad espesa y maloliente con halitosis matutina; motivo por el cuadro la mamá acude con su menor hijo al Centro de Salud.

En la exploración física se aprecia dolor a la presión en ambos senos maxilares, más llamativo en el izquierdo y moco espeso que cae por pared posterior de faringe. Se llegó a la conclusión de un cuadro de Sinusitis aguda. Se le otorgo manejo empírico con Amoxicilina a dosis alta (80mg/kg/día) por 10 días. Luego de ello, la madre refirió una mejoría absoluta de su pequeño.

Caso N°02: Varicela

Otro caso que llamó la atención por la frecuencia en la que se ven en hospitales de mayor complejidad, fue el de una niña de 2 años, previamente sana, sin antecedentes de interés, con un tiempo de enfermedad de 5 días con tos, rinorrea y fiebre cuantificada en 38.3 °C y que 3 días después, hasta el día de la atención en consultorio, presentó unas lesiones cutáneas pequeñas, maculosas y rojas, que evolucionaron a vesículas claras en tórax, cara, muslos y brazos. En la exploración destacaron, además, algunas costras y pústulas. No se evidenció signos de sobreinfección sobre dichas lesiones.

La madre de la niña comentó que su hermana, por motivos de trabajo, cuidaba de su menor hija y que el único contacto que había tenido su hija fue con sus dos sobrinos y que uno de ellos presentó lo mismo hace 1 semana.

El diagnóstico planteado desde un inicio fue Varicela, y se le recetó tratamiento sintomático con Paracetamol en jarabe y antihistamínicos orales por la existencia del prurito intenso. Se le explicó de igual manera a la madre, la importancia de las vacunas, pues al final de la consulta, la madre reveló que no le había colocado las vacunas correspondientes al año por la coyuntura actual y el temor de salir y exponer a su menor hija.

El servicio de Pediatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión cuenta con tópico de emergencia y servicio de hospitalización dividido en dos pabellones: Pediatría 1 y 2. Mensualmente se atiende por emergencia un aproximado de 2000 pacientes, siendo las patologías respiratorias la primera causa de atención en emergencia, entre la que destaca la Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda y Faringitis aguda no especificada; como segunda causa

están las infecciones intestinales debidos a otros organismos sin especificar. Asimismo, un aproximado de 90 pacientes son ingresados al servicio de hospitalización mensualmente, siendo las patologías respiratorias nuevamente la primera causa, entre las que se encuentran principalmente Asma, Bronquitis y Síndrome Obstructivo Bronquial.

El hospital también cuenta con el servicio de Neonatología que cuenta con la unidad de cuidados intermedios, la unidad de cuidados intensivos, sala de atención inmediata del recién nacido y alojamiento conjunto. La principal causa de hospitalización en Neonatología es la prematuridad y las complicaciones ligadas a ella.

Caso N°03: Epilepsia

Aquí cabe recalcar un caso, que si bien no encabeza el motivo de consulta más frecuente en emergencia si es común verlo y tratarlo a tiempo resulta de vital importancia. Se trata del caso de una paciente mujer de 8 años que llega a la emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 20 minutos de inicio brusco, presenta movimientos tónicos generalizados y desviación de la mirada por un minuto. La paciente presentó 2 episodios de movimientos tónicos de similares características a las dos y tres horas posteriores al ingreso.

Como antecedentes patológicos de importancia se destaca el diagnostico de epilepsia tratada con levetiracetam 100 mg/ml (8.5cc c/12h). Funciones vitales y examen físico dentro de lo normal.

Como diagnósticos se establece:

- Estatus convulsivo
- Epilepsia primaria
- Migraña por HC
- Obesidad

Como tratamiento se indica:

1. NPO

2. Dextrosa 5% 1000CC
3. NaCl 20% 15CC 1900cc/24h
4. KCl 20% 10CC
5. Diazepam 10 mg EV condicional a convulsión
6. Fenitoína 700 mg
7. NaCl 0.9 % pasar en 30 minutos
8. Paracetamol 120mg/5ml 11cc VO PRN T >38C
9. Cabecera 30 °
10. Oxigenoterapia conductual
11. CFV –BHE
12. Ranitidina 35 mg EV C/8h

La paciente queda hospitalizada dos días, se decide continuar con indicaciones médicas y reducir la dosis de fenitoína. No vuelve a presentar convulsiones durante la hospitalización, presenta evolución favorable y es dada de alta.

Caso N°04: Hemorragia digestiva alta

Otro caso que vale la pena destacar, y que no es tan rara como se cree con una incidencia reportada del 6.4% es la hemorragia gastrointestinal (HD) en los niños (2). Las causas varían con la edad, pero muestran una superposición considerable; además, si bien muchas de las causas en la población pediátrica son similares a las de los adultos, algunas lesiones son exclusivas de los niños (3). Se reporta el caso de un paciente varón de 13 años llega a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días, de inicio insidioso, curso progresivo que inicia con síntomas de rinorrea, malestar general y odinofagia 2 días antes del ingreso para lo cual se automedica con aines (Naproxeno). Un día antes del ingreso presenta vómitos negruzcos con restos alimenticios en dos oportunidades y melena seguido de pérdida de la consciencia, por lo que es ingresado al servicio de hospitalización de pediatría.

Funciones Biológicas

- Orina: conservado
- Heces: negra y rectorragia
- Apetito: disminuido
- Sed: aumentado
- Sueño: aumentado

Funciones Vitales

- FC: 88 X´
- FR: 22 X´
- T°:36.5°C
- SAT02: 97%
- PA: 94/46 mmHg
- W: 53Kg

Examen Físico

- Ectoscopía: paciente ventila espontáneamente AREG/ABEH/AREN.
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2", no edemas
- Cabeza: Normocéfalo, cabello pintado de morado
- Tórax: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ACP. No ruidos agregados
- CV: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abd: Plano, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación. Cicatriz en fosa iliaca derecha
- Locomotor: moviliza extremidades.
- SNC: despierto, reactivo a estímulo, ubicado en persona tiempo y espacio, Glasgow:15/15

Como diagnóstico se establece:

1. Hemorragia digestiva alta
2. d/c Úlcera péptica

Se indica hacerle pruebas laboratorio de: hemograma completo, lámina periférica, PCR, perfil de coagulación, grupo sanguíneo y Rh, perfil hepático,

glucosa, urea, creatinina. Asimismo, se le realiza una ecografía abdominal, interconsulta a gastroenterología y endoscopia digestiva alta.

Como tratamiento se le indica

1. NPO colocar vía doble
2. NaCl 0.9% 1000cc pasa en 1h luego
3. Dextrosa 5% 1000CC
4. NaCl 20% 20CC 3500cc/24h
5. KCl 20% 10CC
6. Omeprazol 20mg EV c/12h
7. Oxígeno PRN StO₂ < 92%
8. CFV - BHE -OSA
9. Cabecera 30°
10. Hgb c/6h

El paciente queda hospitalizado en el servicio de pediatría del hospital se continua con indicaciones médicas. Al segundo día el paciente presenta una evolución estacionaria y se realiza la ecografía abdominal en donde se encuentra:

- Hepatopatía difusa / esteatosis hepática leve
- Leve incremento de la resistencia de art. hepática
- No signos de hipertensión portal

Al tercer día de hospitalización se le logra hacer la endoscopia digestiva alta en donde se establece el diagnóstico de gastritis erosiva y nodular antral y úlcera duodenal. Además, se encuentra una pancitopenia por lo que se solicita interconsulta al servicio de hematología quienes sugieren la realización de un aspirado de médula ósea a fin de descartar una leucemia aguda. Al quinto día se observa una recuperación en el conteo de neutrófilos y normalidad de conteo de plaquetas por lo que se decide postergar el AMO y hacer control por consultorio externo. Finalmente, al séptimo día de hospitalización paciente evoluciona favorablemente, y se le da alta con indicaciones de omeprazol, sucralfato y polietilenglicol.

1.2 Rotación de Gineco Obstetricia

El Centro de salud cuenta con 3 consultorios de obstetricia, dirigidos a la atención de gestantes en sus controles prenatales, control de gestantes con anemia seguimiento, gestión de referencias para el día del parto, otorga métodos anticonceptivos y también brinda atención a gestantes con Covid-19. Cabe resaltar que el servicio de Obstetricia ha funcionado con normalidad desde que inició la pandemia hasta la actualidad.

Caso N°01: Anemia en la Gestante

Acude al consultorio de Obstetricia una primigesta de 19 años con 26 semanas de embarazo a su tercer control prenatal. No presenta antecedentes de importancia, acude a todos sus controles. Su fecha de última regla fue el 22/07/2020 y la fecha probable de parto fue el 28/04/2021. Refiere sentirse muy cansada y se le nota un poco pálida.

En el examen a la gestante se observó lo siguiente:

- Peso 56 kilos
- Temperatura de 37 °C
- Presión arterial en 90/50,
- Pulso materno 80 lpm
- Altura uterina 24
- Situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha
- Frecuencia cardíaca fetal en 140
- Movimientos fetales ++
- Proteinuria cuantitativa (-)
- Edemas: sin edemas
- Reflejo osteotendinoso ++

Para descartar anemia en la gestante, se trabaja de la mano con el Servicio de Nutrición, en el cual realizan pruebas rápidas para ver el nivel de hemoglobina. La paciente regresa al cabo de 10 minutos con sus resultados,

donde se demostró que estaba en 9.4. Según la Norma Técnica del Manejo terapéutico y preventivo de la Anemia, estaría en una Anemia Moderada. Se le otorgó el tratamiento respectivo a la paciente con Sulfato ferroso + Ácido fólico, la presentación es de 400ug de ácido fólico y 60 mg de hierro elemental, pero se le indicó 2 tabletas diarias y en un mes se le volvería a tomar la prueba para ver si su hemoglobina subió. La paciente regresó el 09/03/2021 y la Hemoglobina subió a 10.9, lo cual se encuentra en el límite de valor para catalogarlo como una Anemia Leve, aun así, se le recalcó a la gestante debe seguir tomando el Ácido Fólico y el Sulfato Ferroso hasta que la hemoglobina alcance valores de 11gr/dl o más.

Caso N°02: Planificación Familiar

A menudo llegan pacientes a consulta porque no saben qué método utilizar. Por ejemplo, acudió a consulta una mujer de 28 años, refiere que 2 meses atrás dio a luz a su primer bebé. Ella consulta porque no sabía con qué método cuidarse, en el servicio se le brindó toda la información necesaria. Se le explicó lo siguiente, por la lactancia materna exclusiva, es decir una lactancia cada 2 horas, el estímulo a nivel central hace que se libere Prolactina y esta inhibe a la GnRH generando una anovulación, y por ende una eficacia del 2%, las contraindicaciones solo son aquellas que, valga la redundancia, contraindica la lactancia materna exclusiva como madre con VIH activo, tuberculosis, quimioterapia o que el bebé tenga Galactosemia. La segunda opción más indicada para evitar un embarazo durante la lactancia materna son los anticonceptivos hormonales de sólo de Progestágeno, y el Dispositivo intrauterino de liberación hormonal – Levonogestrel. La paciente finalmente optó por este último y estuvo muy agradecida por la información y atención brindada. La eficacia anticonceptiva de los anticonceptivos hormonales de sólo progestágeno, se ejerce a través de varios mecanismos de acción: la inhibición de la ovulación, el aumento de la densidad del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides, o la anulación del efecto de los estrógenos sobre el endometrio, impidiendo su transformación (4).

Sin embargo la Organización Mundial de Salud establece unos criterios médicos precisos al respecto, y opta que las madres lactantes esperen para

usar los anticonceptivos sólo con progestágeno en forma de DIU (de liberación hormonal), al menos un mes tras el parto, y que no usen los que se presentan en forma de píldoras, implantes, inyectables o anillos vaginales, antes de las seis semanas posparto (4).

Caso N°03: Preeclampsia

La mortalidad materna constituye un importante problema de salud pública en el Perú, siendo una de las principales causas la preeclampsia, además de las hemorragias e infecciones; saber el diagnóstico oportuno y manejo de esta patología resulta de vital importancia. Debemos tomar en cuenta que este diagnóstico no solo es frecuente en la emergencia de los hospitales, sino es una patología que podemos encontrar también en los centros de salud, pero para ello es necesario saber identificarlo de manera precoz y correcta.

Tenemos el caso de una gestante de 32 semanas que llega a la emergencia del HNSEB con un tiempo de enfermedad de 12 horas de inicio insidioso y curso progreso, por presentar cefalea intensa y epigastralgia. Niega contracciones uterinas, niega pérdida de líquido y sangrado vaginal; percibe movimientos fetales.

Antecedentes

G3 P2002

G1: Parto por Cesárea

G2: Parto por Cesárea

G3: Gesta actual

Funciones Vitales

- Frecuencia Cardíaca: 86
- Frecuencia Respiratoria: 20
- Temperatura: 36 °C
- Presión Arterial: 170/100
- Saturación de Oxígeno: 98

Examen Físico

- Piel: Turgente, hidratada y elástica. Llenado Capilar menor de 2 segundos.
- Abdomen: Altura Uterina: 34cm SPP: LCD LCF: 140 MF: ++ DU: Ausente
- Tacto Vaginal: Cérvix posterior sin cambios. AP: -3 MO: Íntegras

Diagnóstico:

1. G3 32 semanas 1/7 por ecografía del segundo trimestre
2. Preeclampsia con criterios de severidad
3. Alto Riesgo obstétrico: cesárea anterior 2 veces
4. No controles prenatales

Se programa para cesárea de emergencia más bloqueo tubárico bilateral.

Se deja indicaciones previo al ingreso a sala:

1. NPO
2. CNa 9% 1000 cc
3. Sulfato de Magnesio 5mg
4. Nifedipino 10mg
5. CFV

Se realiza cesárea de emergencia, sin interurrencias durante el procedimiento. Luego de dos horas en URPA la paciente es trasladada a la unidad de cuidados intermedios, donde se indica seguir con hidratación, antibioticoterapia, analgesia, nifedipino condicional a presión mayor a 140/90, NPO y control estricto de presión arterial y resto de funciones vitales. Se le toma hematocrito control, perfil renal, hepático y coagulación. Pasada 24 horas la paciente continúa estable y evolucionando favorablemente, por lo que pasa a la unidad de puerperio donde es dada de alta al día siguiente.

Caso N°04: Quiste a pedículo torcido

Otro caso interesante, esta vez ginecológico es el de una paciente mujer de 50 años con un tiempo de enfermedad de 3 días de inicio insidioso y curso progresivo que llega a la emergencia del HNSEB por presentar dolor abdominal bajo de moderada intensidad, náuseas y vómitos; niega sangrado.

Funciones Vitales

- Frecuencia Cardíaca: 75
- Frecuencia Respiratoria: 16
- Presión Arterial: 110/70
- Temperatura: 36.5°C
- Saturación de Oxígeno: 98%

Examen Físico

Abdomen: Blando, depresible; doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha.

Tacto Vaginal: Cérvix posterior sin cambios. No secreciones.

Se establece como diagnósticos:

1. Abdomen Agudo quirúrgico
2. Quiste a pedículo torcido

Plan

Se programa para laparotomía exploratoria

Se indica previo a sala:

1. NPO
2. NaCl 9% 1000cc
3. Cefazolina 2g EV Pre SOP
4. CFV
5. Se pasa a Shock Trauma para Riesgo Quirúrgico
6. Colocación de Sonda Foley

Finalmente, la paciente pasa a sala donde tolera procedimiento, luego de su recuperación en URPA pasa a cuidados intermedios donde continua estable. Se continua con indicaciones de hidratación, antibioticoterapia, analgesia y control de funciones vitales. A las 12 horas post operada pasa a la unidad de ginecología donde es dada de alta a las 48 horas post operada.

1.3 Rotación de Cirugía

Caso N°01: Herida inciso-contusa

En un centro de salud de primer nivel los casos de cirugía general son poco vistos, puesto que terminan en referencia a un centro de mayor complejidad; siempre y cuando se pueda atender al paciente con los materiales y espacios que el centro nos brinda. Es así que se tuvo la oportunidad de atender a un señor de 38 años sin antecedentes de importancia, que acude al centro de salud por herida inciso-contusa en la región lateral del brazo a 2 cm del codo, el corte fue de aproximadamente 6 cm de largo. Se le realizó una pequeña anamnesis y valoración. El paciente no quiso dar mucha información de lo sucedido, solo refirió que no padecía ninguna alergia medicamentosa.

Se le informó al paciente sobre el procedimiento a realizar, para lo cual el paciente accedió, pues sentía mucho dolor. Tras el consentimiento verbal del paciente y su colaboración, se procedió a limpiar la zona perilesional con povidona yodada y cloruro, luego se aplicó anestésico local en los bordes de la herida con Lidocaína sin epinefrina al 2% y se procede a realizar la sutura por planos. El paciente seguía sangrando a pesar de la previa compresión, por lo que al momento de limpiar la herida con el cloruro se pudo apreciar el origen del sangrado y se ligó una arteria que se podía visualizar, se prefirió ligar para evitar que siga sangrando y sea más sencillo la sutura. Primero se realizó puntos cruzados para poder unir las fascias, luego se realizó el punto invertido, el cual se utiliza para cerrar planos profundos, y sobre estos se realizaron puntos superficiales, puntos simples.

Finalmente se ocluyó con un apósito estéril, se le recomendó al paciente mantener limpia y seca durante las primeras 48 horas. No se prescribió antibióticos, sólo analgésicos para el dolor.

Se le pidió al paciente que regrese en 48 horas para valorar signos de infección, sin embargo, no acudió.

Caso N°02: Quemadura

El siguiente caso clínico es muy común verlo, sobre todo según experiencias de colegas que ya están por terminar el SERUMS, que cuentan que acuden a su centro de salud pacientes con quemaduras por agua hervida. Las quemaduras son una de las principales causas accidentales de morbimortalidad en la infancia. Las más frecuentes en Pediatría son las térmicas por contacto con líquido caliente, que suelen ser extensas, pero poco profundas (5).

Acude al centro de salud una señora de 35 años aproximadamente con su menor hijo de 4 años de edad. Refiere que se quema por accidente con agua caliente, por lo que la madre lo coloca inmediatamente debajo de agua fría, pero decide traerlo al centro para que un médico pueda evaluarlo. En la exploración, se evidenció quemadura de 2º grado superficial en mano izquierda. Se le realizó un lavado de la quemadura con suero fisiológico durante 20 minutos posteriormente una limpieza profunda con povidona yodada se dejó actuar durante 5 minutos y posteriormente se le cubrió con una gasa con vaselina estéril y una venda sin compresión excesiva. Dicha lesión tuvo una mejoría espontánea en 7 días, según la madre.

Caso N°03: Apendicitis Aguda

La apendicitis aguda es una de las emergencias abdominales más comunes en todo el mundo. Obtener un diagnóstico preoperatorio seguro sigue siendo un desafío, ya que la posibilidad de apendicitis debe considerarse en cualquier paciente que presente un abdomen agudo. Aunque los biomarcadores y las imágenes son complementos valiosos de la anamnesis y el examen, sus

limitaciones significan que la evaluación clínica sigue siendo el pilar del diagnóstico (6).

Paciente mujer de 42 años, con un tiempo de enfermedad de 1 día de inicio insidioso y curso progresivo, llega a la emergencia por presentar dolor abdominal intenso. La paciente refiere que dolor inicia un día antes en epigastrio y que posteriormente pasa a zona periumbilical. Una hora antes del ingreso refiere que dolor se hace intenso en fosa iliaca derecha y se asocia a náuseas y vómitos. Niega fiebre y otros síntomas.

Funciones Vitales

- Frecuencia Cardíaca: 100
- Frecuencia Respiratoria: 21
- Presión Arterial: 120/70
- Temperatura: 37 °C
- Saturación De Oxígeno: 98%

Examen Físico

- Piel: Turgente, hidratada, elástica. Llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos presentes.
- Abdomen: Blando, depresible. Dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Ruidos hidroaéreos presentes. No visceromegalias. McBurney: Positivo. Blumberg: Positivo
- Sistema nervioso central: LOTE. Glasgow 15/15.

Como diagnóstico se establece:

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. Apendicitis Aguda

Plan

1. NPO
2. NaCl 9% 1000cc
3. Metoclopramida 10mg EV STAT
4. Cefazolina 2g EV Pre SOP
5. CFV
6. Se programa para sala de operaciones

La paciente entra a sala con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. En la cirugía se encuentra un apéndice ceca necrosado en toda su extensión, base indemne y líquido inflamatorio de 200cc. Sale con un diagnóstico post operatorio de apendicitis aguda necrosada.

La paciente queda hospitalizada con indicaciones de antibioticoterapia, analgesia, hidratación, protección gástrica y control de funciones vitales. A las 24 horas se verifica que la paciente este tolerando vía oral, elimine flatos, haga deposiciones y deambule, al cumplir con estos criterios se da el alta con indicaciones.

Caso N°04: Hernia Epigástrica Estrangulada

Una paciente mujer de 67 años con un tiempo de enfermedad de 5 días de inicio insidioso y curso progresivo llega a la emergencia de Medicina del HNSEB por presentar intolerancia oral y vómitos. Refiere que no hace deposiciones hace 5 días. Luego de hacerle pruebas de laboratorio y una radiografía de abdomen en la que se observa una obstrucción intestinal, se opta por la colocación de sonda nasogástrica y hacerle un enema; sin embargo, no responde al tratamiento. Finalmente pasa al servicio de cirugía.

Funciones Vitales

- Frecuencia Cardiaca: 89
- Frecuencia Respiratoria: 21
- Presión Arterial: 110/70

- Temperatura: 36.7°C
- Saturación de Oxígeno: 96%

Examen Físico

- Piel: Hidratada, Turgente, Elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Blando, depresible. Doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio. Se palpa masa de consistencia blanda, no reductible en zona epigástrica.
- Genito Urinario: PPL (-) PRU (-)
- Sistema Nervioso Central: LOTEP. Glasgow 15/15

Diagnóstico

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. Hernia epigástrica estrangulada
3. Obstrucción Intestinal
4. Síndrome Emético
5. D/c Trastorno Hidroelectrolítico

Plan

1. NPO
2. CINA 9% 1000cc
3. Omeprazol 40mg EV
4. Dimenhidrinato 50m EV
5. Cefazolina 2g EV Pre SOP
6. Se programa para sala de operaciones

La paciente entra a sala con el diagnóstico preoperatorio de obstrucción intestinal por hernia epigástrica estrangulada. Entre los hallazgos se encuentra:

1. Saco herniario de aproximadamente 12 x 7cm. Contenido se halla 20cm de íleon necrosado a 100 cm de la válvula ileocecal y necrosis de borde anti mesentérico a 120cm de válvula ileocecal. Anillo de 5cm
2. Líquido inflamatorio de 200cc

Se realiza una incisión mediana supraumbilical. Se hace resección de íleon necrótico y anastomosis y resección en cuña de necrosis de borde anti mesentérico de íleon y se sutura en dos planos. Se deja DPR

Diagnóstico post operatorio:

Obstrucción intestinal por hernia epigástrica estrangulada + necrosis de íleon

La paciente tolera el procedimiento y luego de su recuperación en URPA pasa a la unidad de cuidados intermedios de cirugía. Se le indica hidratación, analgesia, antibioticoterapia, protección gástrica y control de funciones vitales. A las 48 horas post operada se verifica que la cantidad de líquido serohemática del DPR en bolsa de colostomía es escaso, por lo que se procede a retirarlo. La paciente evoluciona favorablemente sin interurrencias, se verifica que cumpla criterios de alta y es enviada a casa a las 72 horas de post operada.

1.4 Rotación de Medicina Interna

Caso N°01: Disforia de Género

En el Centro de Salud, el CERITS trabaja de la mano con un médico, el cual se encarga del Programa de Terapia de Hominización transgénero, el cual el MINSA, según su Norma Técnica de Salud N°126/MINSA2016/DGIESP9, avala.

Se trata de una paciente con resignación de sexo, 24 años de edad, acude a consultorio para inicio de Terapia Hormonal Transgénero, se le realiza previa anamnesis y se le solicitan los exámenes previo inicio de la terapia. Ella refiere que se le llame por su nombre social, a lo cual se accedió sin problemas. Se le explicó sobre las opciones, ventajas y riesgos sobre la salud de los métodos cosméticos, hormonales y/o quirúrgicos, así como de un seguimiento estricto por un personal profesional capacitado.

Los exámenes solicitados fueron Hemograma, Perfil Lipídico y Hepático, Glucosa, Prueba Rápida de VIH/Sífilis, Depuración de creatinina, Dosaje de Potasio sérico, Testosterona, Prolactina y Radiografía de Tórax y BK en esputo. De los cuales todos son realizados en el mismo establecimiento de salud, excepto el dosaje de testosterona, potasio sérico, prolactina, depuración de creatinina. Se le brindó una evaluación psicológica por un personal capacitado.

Una semana después acude a consultorio con los siguientes resultados:

- Glucosa: 87
- Creatinina sérica: 0.91
- Colesterol total: 168
- Triglicéridos: 77
- HDL: 65
- LDL: 88
- Bilirrubina total: 05
- Bilirrubina Directa: 0.2/ Bilirrubina Indirecta: 0.3
- TGO: 22 / TGP: 21
- Prolactina: 14.88 ng/ml
- Potasio sérico 4.1 mmol/L
- Depuración de creatinina (orina de 24 horas): 105.82 MI/MIN
- Creatinina: 47.49

BK en Espudo: No se observa Bacilos ácido alcohol resistentes

Hemoglobina: 14.6 y el resto de los valores del hemograma en rangos dentro de los normal

Radiografía de tórax frontal postero anterior, mostró: ausencia de signos de lesión a nivel del parénquima y pleura en estado activo, presencia de prótesis en ambas ases, seno costo diafragmático libre en ambos lados, silueta cardiaca de forma y tamaño normal.

Con los resultados normales y habiendo descartado alguna contraindicación y previa evaluación de los resultados de laboratorio del médico tratante, se dio luz verde para el inicio de la terapia hormonal, previo consentimiento informado. Por lo cual se le recetó Estradiol de 2 mg/día y Espironolactona 50mg/día y que al término del mes del tratamiento acuda al centro para evaluar el potasio sérico, depuración de creatinina y nivel de testosterona.

Actualmente la paciente cursa el cuarto mes del tratamiento, se siente a gusto con su nuevo aspecto físico, refiere sentirse más segura que antes y que no se arrepiente en tomar dicha decisión, a su vez está muy agradecida con el centro por brindarle esta ayuda ya que son pocos establecimientos en Lima los cuales cuentan con este programa.

Caso N°02: Colangitis

Paciente mujer de 61 años, con iniciales E. M F. la cual refiere que desde hace 26 días ictericia +++/+++ y urticaria (paciente refiere picazón por todo el cuerpo), razón por la cual deciden llevarla a la Clínica San Miguel (particular) en Piura donde es atendida por un dermatólogo. Al no tener una respuesta certera deciden acudir a otro médico en Morrocon-Piura, el cual le pide exámenes auxiliares para Hepatitis viral y los resultados fueron positivos. A los pocos días la llevan a otro laboratorio y dichos exámenes fueron negativos, ante esto le solicitan ecografía de abdomen completo en la cual se observó una imagen sugestiva de lesión neoformativa sólida periampular, algunas adenomegalias en hilio hepático y múltiples lesiones neoformativas solidas en parénquima hepático, por lo que el doctor les sugiere a los familiares referirla a Lima.

El día 23 de diciembre del 2019 la paciente presentó dolor en hipocondrio derecho a las 12.30am razón por la cual acuden a un hospital en Piura y piden una referencia a Lima.

El día 26 de diciembre llega a Lima y entra por EMG al Hospital Central PNP, el doctor encargado al observar la ecografía y exámenes auxiliares decide hospitalizarla para realizarle más exámenes, la envían a Sala de observación y el día viernes le realizaron una Tomografía y al día siguiente una biopsia más un stent biliar.

El día 30 de diciembre la llevan a Hospitalización de Medicina Mujeres. Siendo el tratamiento recibido antes de la hospitalización: NPO y Cloruro de Sodio. En piso se le solicitan exámenes que se solicitan previo ingreso a hospitalización.

Signos vitales: TA: 120/67 FC: 82 lpm FR: 17 rpm T: 38° C

Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido
- Sed: aumentada
- Peso: disminuido
- Orina: coluria
- Deposiciones: acolia (31 diciembre), paciente refiere que desde el día 26 no ha evacuado.
- Sueño: interrumpido.

Funciones vitales:

- FC:68
- FR: 16´x
- T° 38°C axilar
- SAT 02: 96
- PA:130/80

Examen Físico

Ectoscopía: Paciente lúcida, conciente, orientada en tiempo espacio y persona, febril, deshidratada, ventila espontáneamente.

- Piel: Caliente, elasticidad disminuida, ictericia leve.
- Tejido Celular Subcutáneo: Sin infiltración
- Panículo Adiposo: Conservado
- Cabeza normocefálica, pupilas isocóricas normoreactivas, conjuntivas pálidas, escleras ictericas, mucosas orales secas, lengua seca y saburral, fosas nasales permeables, conducto auditivo externo permeable.
- Cuello con movilidad conservada, sin presencia de adenopatías cervicales, tiroides.

Respiratorio

- Inspección: Normoconfigurado, sin presencia de retracciones o abombamientos.
- Palpación: Expansibilidad pulmonar disminuida en bases pulmonares.
- Percusión: Sonido claro pulmonar.
- Auscultación: Murmullo vesicular conservado.

Cardiaco

- Inspección: Choque de la punta no visible.
- Palpación: Choque del punto palpable a nivel de línea medio claviclar izquierda, 5to espacio intercostal, no presencia de thrill.
- Auscultación: Ruidos cardiacos rítmicos, no presencia de soplos, FC: 72X´

Digestivo

- Inspección: Abdomen plano, no presencia de cicatrices.
- Palpación: Suave depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda el hipocondrio derecho y epigastrio, no se palpan masas intrabdominales ni visceromegalia, signo de Murphy (+) y Blumberg (-).
- Percusión: Matidez hepática, timpánico en los diferentes cuadrantes abdominales.

- Auscultación: Presencia de ruidos hidroaéreos.

Renal

- Fosas renales sin abombamientos, puntos renoureterales negativos, puño percusión negativa.

Región inguino genital: Normal

Neurológico: Normal.

Diagnóstico presuntivo

1. D/C colangiocarcinoma

Diagnósticos definitivos

1. Síndrome icterico obstructivo
2. Colangitis
3. Post Operatorio CPRE por probable NM de vías biliares + colocación de stent biliar

En los exámenes de laboratorio llamó la atención los niveles de:

- Bilirrubina Directa: 5,97
- Bilirrubina Indirecta: 0,05
- Bilirrubina Total: 6,02
- Fosfatasa alcalina: 250 U/L
- GGT: 200 U/L
- Leucocitosis con desviación a la izquierda
- Proteína C Reactiva- VSG elevados

En la CPRE se observó papila pequeña con estenosis y el colédoco dilatado. Conforme pasaron los días se le mantuvo con NPO, Antibioticoterapia con Piperaciclina-Tazobactam. Durante su estancia hospitalaria se mantuvo estable, sin signos de alarma, pero con una evolución estacionaria. Al cabo de 7 días se le realiza una tomografía en la cual se observaron a nivel de ambos lóbulos del hígado, sugestivas lesiones pseudonodulares y un

engrosamiento estenosante a nivel del conducto hepático. Se realizó también una biopsia hepática en la cual se confirma un Hepatocarcinoma, que probablemente haya hecho metástasis a vías biliares extrahepáticas, por lo que solicitó una interconsulta a Oncología y mencionaron que las opciones terapéuticas no tendrían ningún beneficio, por lo que se le da el alta a fines de enero del 2020. Lamentablemente la paciente regresa dos semanas después con ictericia muy marcada, descompensada, febril, con alteración hidroelectrolítica y acidosis respiratoria, somnolienta, falleciendo 3 días después.

Caso N°03: Sífilis

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una espiroqueta (*Treponema pallidum*). La infección se caracteriza por una sintomatología amplia, lo que dificulta el diagnóstico cuando se basa únicamente en el cuadro clínico. La enfermedad sigue siendo un problema epidemiológico importante. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año en el mundo hay alrededor de 11 millones de casos nuevos (7).

Tenemos el caso de un paciente varón de 36 años de edad acude a consultorio para control. Como antecedente es un paciente intersexual con diagnóstico de disforia de género y operado de reasignación de sexo en tratamiento de hormonización femenina con estradiol 4mg diarios. El paciente niega molestias.

Funciones Vitales

- Frecuencia Cardiaca: 86
- Frecuencia respiratoria: 26
- Presión Arterial: 100/60
- Temperatura: 36.5 °C
- Saturación de Oxígeno: 98%

Examen Físico:

- Piel: Turgente, hidratada, elástica. Llenado capilar menor de dos segundos. Ligera palidez.
- tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Blando, depresible. No doloroso a la palpación. No visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Genito Urinario: PPL(+) PRU (+)
- SNC: LOTEP. Glasgow 15/15

Exámenes de Laboratorio:

- Prueba Rápida para HIV 1-2: Negativo
- Prueba rápida para Sífilis: Reactivo. 32 diluciones.
- Prueba Rápida para Hepatitis B: Negativo
- Hemograma
- Hematíes: 3´850,000
- Leucocitos: 8,700
- Hb: 9.5
- HTO: 28
- Abastionados: 0
- Segmentados: 0
- Eosinófilos: 02
- Basófilos: 00
- Monocitos: 01
- Linfocitos: 39
- Glucosa en ayunas: 115 mg/dL
- Creatinina: 1.06 mg/dL
- Bilirrubina total: 0.41
- Bilirrubina directa: 0.30
- Bilirrubina indirecta: 0.11
- Triglicéridos: 82
- Colesterol Total: 238

- LDL Colesterol: 158
- VLDL Colesterol: 16mg/dL
- HDL: 64 mg/dL
- TGO: 28
- TGP: 30
- Potasio: 3.9
- Prolactina: 20
- Testosterona 0.12

Se establece como diagnósticos:

1. Sífilis Primaria
2. Anemia Moderada
3. Dislipidemia
4. Disforia de Género

El paciente es informado sobre la prueba positiva para sífilis y se le indica aplicar 1 ampolla de penicilina G benzatínica 2.4 millones con 0.4 ml de lidocaína intramuscular 1 vez por semana por un total de 3 semanas. Además, se le deja Hierro polimaltosado 2 tabletas por día. En un inicio se planteó no seguir con el tratamiento de hormonización debido a la glucosa elevada y colesterol alto, sin embargo, se opta por hacer una interconsulta con nutrición donde se le indica una dieta hipoglúcida y baja en grasas. Se le dice a al paciente que en el mes siguiente debe seguir estrictamente esa dieta y que se le permitirá seguir con su tratamiento de hormonización, y que debe regresar a una reevaluación en 1 mes para ver su progreso.

Caso N°04: Urgencia Hipertensiva

Una patología muy común vista en el consultorio de medicina del centro es la hipertensión arterial, a pesar de varias iniciativas, la prevalencia del incremento de la presión arterial y el impacto adverso en la morbilidad y mortalidad cardiovascular están creciendo por lo que es fundamental aplicar iniciativas basadas en la población para reducir la carga del aumento de la presión arterial.

Tuvimos el caso de un paciente varón de 54 años que se le encuentra una presión arterial de 220/110 al momento del triaje. El paciente refiere que no presenta ninguna molestia y que el suele presentar presiones altas pero que nunca había tenido diagnóstico de hipertensión arterial y que no tomaba ninguna medicación para ello. El paciente cuenta que tiene un antecedente de nefrectomía derecha debido a un cáncer de células claras, y que ese día solo acudió al centro para que se le haga una referencia al nefrólogo y poder hacerse su chequeo de rutina.

Luego de medirle la presión nuevamente para confirmar que el valor elevado de la presión arterial es verídico, y un examen físico que resulta normal, pasa a tópico de enfermería bajo el diagnóstico de urgencia hipertensiva donde se le pone captopril sublingual de 25mg. A los 45 minutos se le toma la presión nuevamente, donde se le encuentra una presión igual a la del ingreso por lo que nuevamente se le pone captopril sublingual. A los 30 minutos nuevamente se le toma la presión, y sigue presentando los valores de ingreso. Se repite la aplicación de captopril sublingual una vez más y se le pone una dosis de furosemida en bolo de 20cc por vía endovenosa.

Después del tratamiento escalonado el paciente queda en observación por unas 3 horas aproximadamente; cuando la presión arterial bajó a 160/90 se decide darle alta con diagnóstico de hipertensión arterial, ordenes de laboratorio (hemograma completo, examen de orina, perfil lipídico, perfil hepático, glucosa, urea y creatinina) y medicación para la casa (Losartan de 50mg 1 tableta al día y furosemida de 20mg 1 tableta al día).

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Nacional de la PNP

El Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” se encuentra ubicado en la Avenida Brasil, en el distrito de Jesús María. Siendo un establecimiento de salud 3-I es una institución que se encarga de garantizar, brindar acceso y cobertura de los servicios de salud, así como una atención médica digna a los beneficiarios pertenecientes a la familia policial.

La población el cuál engloba dicho nosocomio es al personal policial de la Policía Nacional del Perú tanto en situación de actividad como en retiro, a los Cadetes de la Escuela de Oficiales de la Policía Nacional del Perú, a los alumnos de las escuelas Técnico-Superiores y a él/la cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada conforme a Ley, a los hijos menores de edad o mayores incapacitados de forma total y permanente para el trabajo y padres del personal policial.

Dicho nosocomio tiene 78 de vida institucional y es el primer Hospital de la Policía Nacional, inicialmente fue creado para atender a 10 mil policías y derechohabientes, hoy recibe a más de medio millón de personas.

Los departamentos que brindan atención médica en el Hospital de Policía, según su categoría son: Alergias, Anatomía patológica, Cabeza y Cuello, Cardiología, Cirugía de tórax, Cirugía general, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica, Clínica de oficiales, Dermatología, Emergencia, Endocrinología, Enfermedades infecciosas, Gastroenterología, Ginecología, Medicina de

varones y de mujeres, Medicina de rehabilitación, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Obstetricia, Odontoestomatología, Oftalmología, Oncología/Hematología, Otorrinolaringología, Pediatría, Radiología, Reumatología, Salud mental, Traumatología, Unidad de cuidados intensivos, Unidad renal y Urología.

El Hospital mayormente recibe referencia de distintos hospitales, pocas veces refiere y si lo hace es para realizar procedimientos de alta complejidad que un Establecimiento E-2 o 3-E puedan hacerlo. Pero al pertenecer a SALUPOL, la referencia y el proceso de traslado de un sistema a otro, es un poco engorroso. Antes de la pandemia, el proceso de atención era más accesible, pues todo lleva un orden y una jerarquía. Reciben pacientes por consulta externa, se implementó la central de citas por teléfono para que los pacientes, de su cómodo hogar, puedan llamar a la central telefónica 463-0088 y saquen su cita para cualquier especialidad sin tener que venir al hospital, menos hacer cola, el servicio de Emergencia estaba dividido según especialidades: Medicina Interna, Gineco-Obstétrica, Cirugía, Pediatría, UCI. La mayoría de los pacientes que ingresaban a hospitalización entraban por emergencia. En el mes de marzo del año pasado, antes de iniciada la pandemia, hubo una gran demanda de pacientes en el servicio de Hospitalización de Medicina Varones, pues se tuvo que abrir un nuevo pabellón, siendo en total 3 pabellones de aproximadamente 20 camas por pabellón.

Cuando se suspende el internado hasta nuevo aviso, el Hospital cambio toda su gestión, pues ahora cuenta dos emergencias: una emergencia COVID y otra no COVID. Se tuvo que cerrar varios servicios para atender a policías contagiados.

Cuando nos dieron luz verde para regresar a nuestras actividades en hospitales, un grupo de compañeros, por voluntad propia, acudieron a la DIRSAPOL para dialogar y ver la probabilidad de un posible regreso, mas no hubo una respuesta que asegure el retorno a sede. Motivo por el cuál, no se retornó al nosocomio desde entonces.

2.2 Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se encuentra en el distrito de Bellavista perteneciente a la Provincia Constitucional del Callao, ubicado específicamente en la avenida Guardia Chalaca. Al ser un establecimiento de salud 3-I cuenta con los servicios de Medicina, Gineco Obstetricia, Pediatría y cirugía, además de las subespecialidades de cada uno de estos servicios. Actualmente cuenta con la capacidad de satisfacer las necesidades de la población chalaca a la que está orientado, haciendo hincapié en la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud, ofreciendo servicios de calidad que contribuyen a mejores condiciones de vida en la población.

Este nosocomio fue inaugurado como Hospital de Varones “Daniel Alcides Carrión” el 30 de diciembre de 1941 y su construcción estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao; asimismo, se creó el Hospital San Juan de Dios que fue el 15 de junio de 1968, que se encargaría de la atención exclusiva de mujeres, para terminar por ser un Hospital General. Posteriormente en 1970 se decidió que ambos nosocomios fueran integrados de manera organizacional y administrativa, tomando el nombre de Hospital General Base del Callao. En Marzo de 1991, mediante R.M N°0269-91-SA/DM, el complejo de hospitales finalmente es designado Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, debido a su nivel de complejidad y la cartera de servicios que ofrecía (8).

Actualmente el hospital cuenta con camas de hospitalización para las 4 especialidades principales, que suman un total de aproximadamente 565 camas, asimismo cuenta con los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de cuidados Intermedios para niños, adultos y neonatos. Cabe resaltar que el hospital es el único en el Callao que ofrece el servicio de Pabellón de Quemados, así como 14 salas quirúrgicas (8). Cuenta además con 109 consultorios para consulta externa de todas las especialidades. Se ha implementado también un moderno servicio de emergencia que cuenta con la unidad de Trauma Shock; así como el Departamento de Oncología, y la Unidad de Neuro intervencionismo.

Debido a la pandemia este hospital docente redujo el número de plazas disponibles para los internos, por lo que hubo que ser reubicados en centros de salud; siendo en este caso Pediatría la única rotación completa que se logró realizar en esta sede.

2.3 Hospital Nacional Sergio E. Bernales

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, que a su vez abarca en su jurisdicción los distritos de: Ancón, Rimac, Santa Rosa, Los Olivos, San Martín de Porres, Comas, Puente Piedra, Carabayllo e Independencia, con un total de 3 hospitales y 98 establecimientos de salud del primer nivel de atención del sector MINSA (9).

El hospital se encuentra ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la Avenida Túpac Amaru en el distrito de Comas. El hospital recibe referencias de los centros de salud pertenecientes a Comas, Carabayllo y San Martín de Porres; siendo el lugar de procedencia más común el distrito de Carabayllo. De estos distritos, Comas es urbano al 100% y Carabayllo es 85,0% urbano y el resto terrenos que se dedican a la agricultura (9).

Actualmente el Sergio Bernales cuenta con todas las especialidades y subespecialidades de Cirugía, Pediatría, Medicina y Gineco Obstetricia; así como otras especialidades de Medicina de Rehabilitación, Psicología, Odontología, Terapia física, ocupacional y de lenguaje, Terapia del dolor, estrategias Sanitarias. El hospital ofrece un aproximado total de 408 camas, divididas entre los pabellones de hospitalización, emergencia y Unidad de Cuidados Críticos y salas de operaciones (9). Sin embargo, vale mencionar que este número de camas se ha visto alterado debido a la pandemia, ya que muchos servicios han tenido que reducir el número de camas de hospitalización para ofrecerlas al servicio de COVID; así como la reducción de servicios a nivel de consulta externa que han sido reemplazados por teleconsultas en su gran mayoría. Asimismo, la organización para los horarios

rotatorios de los internos ha variado ligeramente, un ejemplo de ello en el caso de Gineco Obstetricia ya no se asigna rotación en el área de centro obstétrico debido a que muchas de las pacientes entran sin prueba COVID y suponen una gran exposición y riesgo para los internos; sin embargo, a pesar de ya no ser obligatorio la rotación en esa área, se puede estar de manera voluntaria. En el caso de cirugía, la cantidad de pacientes que se atiende por emergencia también se ha visto reducido, así como las cirugías electivas, por lo que la oportunidad de los internos para poder entrar a asistir a sala de operaciones menor; cabe mencionar también que muchos pacientes que deben entrar a operarse resultan ser positivos para COVID, y en este caso está prohibido que el interno de medicina entre a asistir a la cirugía, reduciendo aún más la posibilidad de participación en ellas.

2.4 Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján

El Centro de Salud Chorrillos -1 hoy llamado Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan, inicia sus labores en el año 1958 en la primera cuadra de la Avenida Oyala con el nombre de dispensario antituberculoso, en dicho dispensario no existió el servicio de Radiología y Laboratorio, por lo que dos o tres veces a la semana venia una unidad móvil de Lima a brindar el servicio. En 1960 desaparece el nombre de dispensario y se crea la Unidad de Salud de Chorrillos, en una casona ubicada en la última cuadra del malecón Iglesias, alquilada por el Ministerio de Salud, la misma que servirá de entidad supervisora y administrativa de los centros y postas medicas de la zona sur de Chorrillos que se extendía hasta Chilca, siendo Medico Jefe la Dra. Irene Zegarra en este lugar se daba atención a los pacientes de tuberculosis.

A consecuencia del terremoto de 1970, el Centro de Salud se traslada a la cuadra cinco de la Avenida Huaylas, local que habla servido de refertorio escolar, ubicándose el Centro de Salud en el primer piso estando a cargo de la jefatura el Dr. Enrique Pando y posteriormente los médicos que se asumieron la dirección años anteriores.

Luego estuvo bajo la jefatura del Dr. Edgard Castro Lizarraga por 6 años brindando atención integral de Salud al usuario, familia y comunidad, estrechados con la comunidad e instituciones a fin de mejorar la calidad de vida de la Población Chorrillana hasta el pasado 20 de marzo del 2021 cuando se dio su triste fallecimiento, formando parte de más de los 400 médicos fallecidos en su lucha contra el Covid-19.

El C.S. Gustavo Lanatta Lujan es una Institución que brinda Servicios de Salud siendo el propósito lograr Indicadores de Salud ideales, así como aumentar, mantener, mejorar y satisfacer las necesidades de atención en salud de las comunidades, brindado servicios de alto nivel de calidad, incrementando la esperanza de vida de cada habitante que corresponde a la jurisdicción.

Comprende un área de 1007.02m², dentro de la cual el área construida es 333.335 m² y cuenta con 22.6 m² de áreas verdes.

Dentro de las competencias está satisfacer la demanda de manera eficaz, brindando servicios de salud de calidad dirigidos a toda la población, en los diferentes niveles socioeconómicos, contribuyendo con mayor énfasis con las comunidades jurisdiccionales de bajos recursos económicos, pobreza y pobreza extrema.

Brinda un horario de atención de lunes a sábado de 8:00 de la mañana a 8:00 de la noche, horario establecido antes y durante la pandemia.

Dentro de la oferta de servicios que brinda dicho establecimiento se encuentra:

- Atención Integral: Al niño, adolescente, adulto mujer (obstetricia), adulto varón (medicina general) y del adulto mayor.
- Servicios de apoyo al diagnóstico: Radiología, Laboratorio y Farmacia.
- Estrategias Sanitarias como: Inmunizaciones, Salud mental, Tuberculosis, Alimentación y Nutrición saludable, Salud sexual y reproductiva- materno perinatal, Salud sexual y reproductiva-

planificación familiar, Infección de transmisión sexual- VIH-SIDA, Salud Bucal y promoción de salud.

La población estimada que se atiende en Gustavo Lanatta va alrededor de 41,500 personas anual, cifra estimada antes de la pandemia. Todos los servicios continuaron atendiendo durante la pandemia; en el caso de Medicina hubo una disminución en el número de médicos que brindaba atención debido a que la gran mayoría tenía comorbilidades y factores de riesgo, motivo por el cual se les dio licencia; quedando finalmente solo 3 de los 8 médicos encargados de este servicio.

Dentro de los grupos etarios que más acuden al centro de salud están los adultos jóvenes y población pediátrica.

Se realizan referencias principalmente al Hospital María Auxiliadora y otros centros de salud como CS Buenos Aires de Villa, Centro Materno Infantil Virgen del Carmen, CS San Genaro, CS Delicias de Villa. El servicio de Obstetricia trabaja en conjunto con Hospital de emergencia Ate Vitarte, allí refieren a todas las gestantes con Covid-19 para programar su fecha de parto; el Hospital María Auxiliadora en la cual se refiere a gestantes que han tenido anteriormente cesáreas o cuando cumple criterios para parto por cesárea y CSMI Virgen del Carmen cuando el parto de la gestante es natural.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Pediatría

Resfriado Común

El resfriado común es la patología banal más frecuente, es un cuadro vírico, el Rinovirus es el principal causante de estos cuadros, además de tener una alta tasa de contagios. Cursa con sintomatología de vías respiratorias altas, mucosidad, fiebre más o menos elevada, sin que ello modifique el diagnóstico. No precisa pruebas complementarias y el tratamiento es sintomático.

En este caso no es necesario realizar otra prueba complementaria, ni radiografía de tórax, analítica sanguínea o detección de antígeno virales en secreción faríngea. Esta última puede salir alterada ya que este cuadro es causado por cualquiera de los virus que hay en el ambiente, lo cual esto no cambiaría la actitud frente al diagnóstico planteado.

Dentro de los criterios de sospecha de sinusitis aguda se encuentran una duración de la sintomatología superior a 10 días, fiebre cuantificada mayor de 39°C, con rinorrea purulenta de más de 3 días de evolución o afectación del estado general. Dado el caso del paciente, este presentaba un empeoramiento clínico cuando se había producido una mejoría de los síntomas (10).

Cabe resaltar que el diagnóstico de una sinusitis aguda es netamente clínico y no precisa de pruebas complementarias.

No está indicado en el tratamiento de sinusitis el empleo de descongestivo, ni de antihistamínicos, y está controvertido el empleo de corticoides nasales, ya que no se tiene una información clara al respecto, si logra bajar un poco la inflamación y con ello descongestionar al paciente y que mejore el cuadro o producir una atrofia de la mucosa nasal. Lo que recomienda actualmente la Academia Americana de Pediatría es seguir tratando la Sinusitis con antibióticos (11).

Varicela

La varicela es una enfermedad exantémica causada por el virus Varicela-Zoster, el cual tiene un periodo de incubación de 2 a 3 semanas, siendo el periodo de contagio desde un día antes de la aparición del exantema hasta que todas las lesiones están en fase de costra (12)

Se puede transmitir por vía aérea, o por contacto mediante las lesiones. Es muy pruriginoso y se caracteriza por ser en “cielo estrellado”, es decir que coexisten lesiones en distinto estado evolutivo: máculas, pápulas, vesículas, pústulas (12)

La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana, ya que el niño tiende a rascarse, generando una infección de la zona. La infección más común es el impétigo causado por *S. aureus* o *S. pyogenes*. La neumonía es común en adultos, pero en población pediátrica es raro.

En diferentes bibliografías, una de ellas UpToDate, mencionan que el tratamiento en Varicela es netamente sintomático, salvo el uso de Aciclovir endovenoso el cual tiene indicaciones como pacientes inmunodeprimidos, complicaciones neurológicas o pulmonares o varicela neonatal (13).

Epilepsia

La epilepsia es un estado de predisposición duradera a las crisis epilépticas recurrentes. Se considera que un individuo tiene epilepsia cuando existe alguno de los siguientes casos (14):

- Al menos dos convulsiones no provocadas (o reflejas) que ocurren con más de 24 horas de diferencia. Las convulsiones reflejas son convulsiones provocadas por estímulos externos específicos (p. Ej., Destellos de luz) o internos (p. Ej., Emociones, pensamientos).
- Una convulsión no provocada (o refleja) y una probabilidad de nuevas convulsiones que es similar al riesgo de recurrencia general después de dos convulsiones no provocadas, que ocurren durante los próximos 10 años. Este puede ser el caso de lesiones estructurales remotas como apoplejía, infección del sistema nervioso central o ciertos tipos de lesión cerebral traumática.
- Diagnóstico de un síndrome de epilepsia.

Una convulsión representa la expresión clínica de descargas anormales, excesivas o sincrónicas de neuronas que residen principalmente en la corteza cerebral. Esta actividad paroxística anormal es intermitente y, por lo general, autolimitada y dura de segundos a algunos minutos (15). La definición convencional de estado epiléptico convulsivo (CSE) es una actividad convulsiva tónico-clónica generalizada continua con pérdida del conocimiento durante más de 30 minutos, o dos o más convulsiones discretas sin retorno al estado mental inicial. Más recientemente, los términos estado epiléptico "temprano" o "inminente" se han basado en una definición de convulsiones continuas o intermitentes que duran más de 5 minutos sin una recuperación completa de la conciencia entre las convulsiones (16). Se ha demostrado que el tratamiento temprano es más eficaz para detener la convulsión, y el retraso del tratamiento da como resultado un aumento de la morbilidad y la mortalidad. La ventana de cinco minutos corresponde a la hora a la que debe iniciarse el

tratamiento urgente. Al menos un estudio ha encontrado que una convulsión que dura más de 5 minutos tiene un alto riesgo de durar 30 minutos o más. Además, el retraso del tratamiento se asocia con un retraso en la respuesta al tratamiento (17).

El tratamiento del estado epiléptico debe seguir una secuencia lógica de intervenciones. Toda institución que se ocupe de este problema debe diseñar un plan, que se base en información actual derivada de fuentes autorizadas, así como en revisiones de la literatura reciente, y el protocolo debe comunicarse al personal médico.

Como en cualquier emergencia médica, se debe atender primero los ABC, antes de iniciar cualquier intervención farmacológica. Se coloca a los pacientes en decúbito lateral para evitar la aspiración de la emesis y el cierre de la epiglotis sobre la glotis. Pueden ser necesarios más ajustes de la cabeza y el cuello para mejorar la permeabilidad de las vías respiratorias (18).

Los pasos que deben completarse en el marco de tiempo "inmediato incluyen el posicionamiento no invasivo de las vías respiratorias, la evaluación de la de la ventilación y la perfusión mediante la verificación de los signos vitales, el establecimiento de un medio de acceso intravenoso periférico, la verificación de la glucosa mediante punción digital y comprobar un conjunto de laboratorios de triaje de referencia. Una vez que se establece el acceso intravenoso, se administra un medicamento anticonvulsivo de emergencia. Si no se puede establecer rápidamente el acceso intravenoso, se deben utilizar otras vías de administración de benzodiazepinas, incluidas la intramuscular, rectal, bucal y nasal (19) .

La administración de medicamentos anticonvulsivos apropiados debe ocurrir mientras el paciente esté médicamente estabilizado y se realicen estudios de diagnóstico. Se establece que las benzodiazepinas siguen siendo la "terapia inicial emergente" de elección basada tanto en la evidencia disponible como en el consenso de expertos. Cuando sea posible, se prefiere la administración intravenosa de benzodiazepinas. Sin embargo, existen formulaciones para

administración bucal, intranasal, intramuscular y rectal, y deben administrarse si el acceso intravenoso no puede establecerse rápidamente. La guía de la American Epilepsy Society concluye que el Lorazepam y el diazepam intravenosos son eficaces para detener las convulsiones que duran al menos cinco minutos y que el diazepam rectal, el midazolam intramuscular, el midazolam intranasal y el midazolam bucal son probablemente eficaces para terminar las convulsiones que duran al menos cinco minutos (19).

Hemorragia Digestiva Alta

El enfoque diagnóstico para la hemorragia digestiva pediátrica incluye la definición de la etiología, la localización del sitio de hemorragia y la determinación de la gravedad de la hemorragia.

En los niños, la HDA es una afección clínica poco común pero potencialmente grave que pone en peligro la vida. Desde una perspectiva anatómica, el tracto gastrointestinal alto abarca la región gastrointestinal desde el esófago hasta el ligamento de Treitz (20). Un estudio de Cleveland et al (21), en el que participaron 167 pacientes, mostró que los signos y síntomas comunes de HDA en la presentación eran hematemesis (73%), melena (21%) y emesis en granos de café (6%); sin embargo, los pacientes también pueden experimentar dolor epigástrico, sensibilidad abdominal o mareos. La apariencia de las heces no es un indicador confiable del origen del sangrado. Aunque la melena sugiere hemorragia digestiva alta, también puede ocurrir en pacientes con una fuente proximal del tracto gastrointestinal inferior. Por el contrario, los pacientes con hemorragia digestiva alta intensa y tiempo de tránsito intestinal rápido pueden presentar hematoquecia, sobre todo si son lactantes o niños pequeños.

En el caso de hemorragia digestiva alta, se puede colocar una sonda nasogástrica para confirmar la presencia de sangre fresca y evaluar el grado de hemorragia activa. Si se confirma sangrado fresco o activo, la esofagogastroduodenoscopia (EGD) puede determinar la fuente de sangrado

gastro intestinal superior en el 90% de los niños cuando se realiza en las primeras 24 horas (22).

Los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior o inferior sustancial, según se determine a partir de su historial o examen, deben recibir un hemograma completo, estudios de coagulación y un panel químico. El hemograma revela anemia y trombocitopenia.

Después de la estabilización inicial de los pacientes con hemorragia digestiva alta, la endoscopia digestiva alta es la herramienta diagnóstica y terapéutica preferida. El esófago y el estómago se evalúan para detectar la presencia de várices y para descartar gastritis o enfermedad ulcerosa como fuente de sangrado (22). En conclusión, son necesarias medidas de apoyo con estabilización del estado hemodinámico, corrección de cualquier anomalía de la coagulación o plaquetas antes de emprender los procedimientos de diagnóstico.

Los principales objetivos del tratamiento de la hemorragia digestiva son reducir la mortalidad y la necesidad de una cirugía mayor. Un objetivo secundario es evitar ingresos hospitalarios innecesarios para los pacientes que presentan hemorragias menores o autolimitadas. Los bloqueadores de histamina-2 o inhibidores de la bomba de protones (IBP) se utilizan para inhibir la producción de ácido gástrico en la enfermedad de úlcera péptica, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la enfermedad de úlcera duodenal. Las suspensiones alcalinas se utilizan para neutralizar directamente las secreciones de ácido gástrico.

Algunos gastroenterólogos recomiendan que los IBP sean más eficaces que los bloqueadores H2 para promover la cicatrización de las lesiones en la esofagitis hemorrágica y el reflujo gastroesofágico (23).

3.2 Rotación de Gineco Obstetricia

Anemia en gestante

La gestación es un estado que implica mayor requerimiento de hierro por la necesidad de este para la placenta y el feto. Se estima que por esta mayor necesidad se debe cubrir un gramo adicional de hierro. Sin embargo, fisiológicamente durante el embarazo ocurre más bien una disminución en la concentración de la hemoglobina, que se hace evidente a partir del segundo trimestre de gestación (24).

Las mujeres durante el embarazo sufren una serie de adaptaciones en muchos de los sistemas del organismo. Algunos de estos cambios son secundarios a modificaciones hormonales producto del embarazo. Uno de los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer durante el embarazo incluyen, aumento en la grasa y en el agua total corporal, disminución en la concentración de proteínas, sobre todo la albúmina, un aumento en el volumen sanguíneo materno, gasto cardíaco, flujo sanguíneo a los riñones y a la unidad uteroplacentaria, y disminución en la presión arterial.

La expansión del volumen sanguíneo materno ocurre en mayor proporción que el aumento en la masa eritrocitaria, resultando en 'anemia por hemodilución, es decir disminuye la concentración de hemoglobina y del hematocrito conforme el volumen sanguíneo se expande en 40% (25).

La anemia materna por deficiencia de hierro se constituye en un problema de salud pública cuando es de magnitud moderada y severa, incrementando el riesgo de morbilidad materna y del neonato.

Por ello es importante determinar si una gestante con hemoglobina baja es realmente anémica o tiene una hemodilución, que es un proceso fisiológico que no requiere de tratamiento.

Por su simplicidad y bajo costo, se prefiere el uso de la concentración de hemoglobina como marcador del nivel de hierro. Sin embargo, la

concentración de hemoglobina puede ser afectada por factores adicionales al estatus de hierro, tales como la malaria, parasitosis (de alta prevalencia en zonas selváticas), infecciones sistémicas, hemoglobinopatías, consumo de café, otras deficiencias nutricionales, menor hemorragias, insuficiencia renal crónica, la hipoxia de altura, o la hipoxemia producida por fumar o por cocinar con combustibles de biomasa.

Se ha definido diferentes marcadores para evaluar el contenido de hierro, como los niveles de ferritina sérica (FS), la concentración del receptor de transferrina soluble (sTfR) y el índice del receptor de transferrina (sTfR/log FS). Se diagnostica anemia ferropénica en la gestación cuando los niveles de ferritina sérica son $<30\text{ng/MI}$ (25).

Es por esta razón que en cada control en la gestante se debe realizar la medición de la hemoglobina y el manejo preventivo de la anemia se brindará en las gestantes o puérperas que no tienen diagnóstico de anemia. La determinación de hemoglobina se realizará en la primera atención prenatal, la segunda medición se realizará después de 3 meses de la medición anterior, la tercera se solicitará antes del parto y la cuarta 30 días después del parto.

La suplementación preventiva inicia a partir de la semana 14 de gestación, y las puérperas hasta los 30 días después del parto, deben recibir suplemento de hierro en dosis diaria de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico (1 tableta diaria) durante tres meses.

En caso la gestante inicie su atención prenatal después de las 32 semanas de gestación, recibirá una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug. de Ácido Fólico durante tres meses, lo que corresponde a 2 tabletas de 60mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico.

Si en algún control en la gestante, se detecta anemia (hemoglobina $<11\text{ g/dl}$), pues debe ser notificado al médico u obstetra para definir el procedimiento a seguir, evaluar la adherencia y derivarla para una consulta nutricional con un profesional nutricionista.

El tratamiento de la anemia en gestantes y puérperas con diagnóstico de Anemia Leve (hemoglobina de 10.0-10.9 g/dl) y Moderada (hemoglobina de 7.0 -9.9 g/dl) consiste en administrarles una dosis diaria de 120mg de hierro elemental más 800ug de Ácido Fólico durante 6 meses, es decir 2 tabletas diarias. En el caso de una Anemia Severa (hemoglobina menor a 7.0) se le debe tratar inmediatamente como caso de anemia y referir a un establecimiento de mayor complejidad que brinde atención especializada como Hematología y/o Ginecología (24).

Planificación familiar

La elección de un método anticonceptivo a usar depende, en la mayoría de los casos, de los consejos de la familia, amigos y proveedores de salud, y una de las características que más ayuda en la decisión del uso de un método es conocer su eficacia. Las mujeres necesitan saber qué factores afectan la efectividad anticonceptiva, dentro de ellos el cumplimiento, y aquellos que pueden limitar la utilidad del método. Por lo tanto, la comunicación de la efectividad de los diversos métodos debe ser vital para su posterior uso (26).

Según las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva 2004 y la Norma técnica de Planificación Familiar del 2005 (27), señala que los usuarios de los servicios de planificación familiar y de los métodos anticonceptivos, tiene derecho a la privacidad; ya que toda persona tiene derecho a que toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, sean tratados confidencialmente; así como solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento. Y tiene derecho a obtener información de una persona responsable de su atención dicha información debe ser completa y actualizada sobre las características, mecanismos de acción, beneficios, efectos, posibles complicaciones, protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH-SIDA, posibilidades de falla y contraindicaciones de todos los métodos anticonceptivos que ofrece el Ministerio de Salud (MINSa) indicados para hombres y mujeres.

Encontramos distintos métodos anticonceptivos en puérperas, uno de ellos es el método MELA, donde la eficacia anticonceptiva de la lactancia, es decir, el intervalo entre los partos depende del grado de nutrición de la madre (si es bajo, más durará el intervalo anticonceptivo), la intensidad de la succión y los alimentos suplementarios añadidos a la dieta del lactante.

Otra alternativa son los anticonceptivos con solo gestágenos (APS), anillo vaginal liberador de progesterona y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG) en mujeres que están amamantando (28).

Respecto a los anticonceptivos de solo gestágeno oral, implantes o inyectables, aquellas puérperas con menos de 6 semanas desde el parto que mantienen una lactancia materna, pueden usar anticonceptivos orales con progestágeno solo, e implantes de levonorgestrel y etonorgestrel. Si la mujer mantiene la lactancia materna pasados las 6 semanas del parto y desean usar un anticonceptivo de solo gestágeno ya sea vía oral, implante subdérmico o inyectable pueden usarlo sin restricciones.

En el caso del anillo vaginal liberador de progesterona y estén amamantando de forma activa y pasadas 4 semanas del parto pueden usar el anillo vaginal liberador de progesterona sin restricciones.

En cuanto al DIU-LNG en mujeres que están amamantando o las puérperas con menos de 48 h posparto, si pueden usar DIU-LNG. La inserción en el posparto inmediato; primeros 10 minutos tras el alumbramiento, se asocia a una menor tasa de expulsión del DIU que la inserción en el posparto diferida. Pero, si han pasado más de 48 horas, pero no menos de 4 semanas del parto no deben usar DIU-LNG. Sin embargo, las mujeres que están amamantando y han pasado más de 4 semanas del parto pueden usar DIU-LNG sin restricciones (28).

Preeclampsia

La preeclampsia es parte de un espectro de afecciones conocidas como trastornos hipertensivos del embarazo. Un trastorno multisistémico generalmente asociado con hipertensión arterial y proteinuria, la preeclampsia es relativamente común y afecta del 2 al 8% de los embarazos (29). Aunque los resultados suelen ser buenos, la preeclampsia puede ser devastadora y potencialmente mortal tanto para la madre como para el bebé, especialmente en los países en desarrollo. También puede conducir a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en la vejez.

La preeclampsia se caracteriza por hipertensión con dos lecturas de presión arterial sistólica (PA) ≥ 140 mmHg y / o PA diastólica ≥ 90 mmHg, separadas por un período de 4 a 6 horas, y proteinuria con una tira reactiva de orina de $\geq 1+$ o ≥ 300 mg por 24 horas, después de 20 semanas de gestación en una parturienta previamente normotensa (30).

La preeclampsia grave se define por uno o más de los siguientes criterios: PA sistólica sostenida ≥ 160 mmHg o PA diastólica ≥ 110 mmHg en reposo en cama, proteinuria en rango nefrótico, oliguria repentina, alteraciones del sistema nervioso central, edema pulmonar o cianosis, dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho, disfunción hepática, trombocitopenia y restricción del crecimiento fetal. Por lo tanto, la preeclampsia grave puede diagnosticarse incluso con una presión arterial levemente elevada si hay otra evidencia de enfermedad significativa de órganos diana.

La evaluación suele comenzar cuando una mujer se presenta a un médico de cabecera o partera para solicitar atención prenatal. Los factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia son numerosos, y la identificación temprana de aquellas mujeres con mayor riesgo ha sido objeto de mucha investigación, incluida la investigación de marcadores bioquímicos asociados con la enfermedad, el desarrollo de Herramientas de ultrasonido Doppler para evaluar patrones de flujo sanguíneo uterino temprano y evaluación de características importantes de la paciente (31). Idealmente, la identificación

temprana de parturientas de alto riesgo conduciría a intervenciones oportunas para prevenir la aparición de preeclampsia o minimizar los riesgos de complicaciones.

Un control adecuado es el aspecto más importante en el tratamiento de la enfermedad una vez establecida. Es importante determinar el estado materno y fetal. El principal objetivo del manejo de estas pacientes es determinar el bienestar materno, ya que la única manera de curar la enfermedad sigue siendo la finalización de la gestación (32).

Ante el diagnóstico de preeclampsia se debe ingresar a la paciente para su estudio y evaluación, así como la evaluación de bienestar fetal. Posteriormente, según la gravedad del cuadro, se procede con un control hospitalario o tratamiento ambulatorio en los casos leves. Se recomienda realizar pruebas complementarias de hemograma, perfil renal, perfil hepático, factores de coagulación, sedimento de orina y proteinuria de 24 horas (33).

Los pilares del tratamiento son el reposo, la dieta, tratamiento farmacológico solo en aquellas pacientes que presenten una presión arterial mayor de 150/100 de forma persistente y por último la finalización de la gestación que se aplica en todas las gestantes a término, en caso la edad gestacional sea menor a 34 semanas, se debe dar terapia de maduración pulmonar para el feto y prolongar la gestación al menos 48 con el fin de realizar un ciclo completo de maduración con corticoides; después de estas 48 horas si el estado materno y fetal es estable esta estrictamente indicado finalizar la gestación (33).

En caso la hipertensión arterial sea grave e incontrolable farmacológicamente, haya pródomos de eclampsia, signos de pérdida de bienestar fetal, afectación orgánica progresiva o aparición de complicaciones maternas graves, se debe culminar la gestación independientemente de la edad gestacional (34).

El balance de líquidos (entrada versus producción de orina más pérdidas insensibles estimadas [usualmente 30 a 50 ml / hora]) debe ser monitoreado

de cerca para evitar la administración excesiva de líquidos, ya que las mujeres con preeclampsia tienen riesgo de edema pulmonar y espaciamiento significativo del tercer espacio, especialmente aquellas en el extremo severo del espectro de la enfermedad. Una infusión de mantenimiento de una solución salina equilibrada o salina isotónica a aproximadamente 80 ml / hora suele ser adecuada para un paciente que no tiene pérdidas por vía oral y no tiene pérdidas anormales de líquidos en curso, como hemorragias (35).

El beneficio del tratamiento profiláctico para prevenir las convulsiones es justificable dado el bajo costo y la toxicidad del tratamiento de elección: sulfato de magnesio. En un ensayo aleatorizado controlado con placebo de sulfato de magnesio para la prevención de la eclampsia, que incluyó aproximadamente un número de 10.000 pacientes que evaluó los resultados según la gravedad de la enfermedad, la frecuencia de eclampsia en mujeres con preeclampsia sin características graves fue del 0,7 por ciento con profilaxis versus 1,6 por ciento sin profilaxis; aproximadamente 100 mujeres con preeclampsia sin características graves y aproximadamente 60 mujeres con preeclampsia con características graves necesitarían tratamiento para prevenir una convulsión (36).

Quiste a pedículo torcido

La torsión de los anexos es una causa poco común pero grave de dolor abdominal bajo en las mujeres y, a menudo, es difícil de distinguir de otras afecciones abdominales agudas. Sin embargo, se debe considerar la posibilidad de torsión anexial cuando se descubre una masa ovárica en el entorno clínico apropiado (37). La torsión anexial se asocia con frecuencia con un tumor o quiste ovárico ipsilateral. La torsión del quiste anexial representa el 3% de las enfermedades agudas del abdomen en ginecología e incluye la torsión pedicular de los quistes ováricos y mesosalpinx, que se presentan principalmente en mujeres de entre 20 y 39 años. La torsión pedicular de los quistes anexiales se debe al aumento de peso de los quistes, la mayor longitud de los ligamentos ováricos y suspensorios o el teratoma ovárico (38) .

El diagnóstico se basa principalmente en la detección oportuna de cuadro abdominal agudo en aquellas pacientes que tienen un diagnóstico establecido de tumor anexial, generalmente los síntomas aparecen luego de un movimiento rápido del cuerpo. Sin embargo, el problema principal del diagnóstico es que muchas veces las pacientes no presentan esta clínica, se ha reportado que solo aproximadamente el 50% de los casos presentan el cuadro clínico característico. Es importante hacer el diagnóstico diferencial de apendicitis, salpingitis, etc. Esto se puede hacer mediante métodos complementarios como la ecografía, Doppler color, laboratorio, etc. (39).

La ecografía con análisis Doppler color es el método de elección para la evaluación de la torsión anexial porque puede mostrar cambios morfológicos y fisiológicos en el ovario y puede ayudar a determinar si el flujo sanguíneo está alterado (37) .

La torsión del pedículo ovárico produce estasis circulatoria que inicialmente es venosa, pero se vuelve arterial a medida que avanza la torsión y el edema resultante. Si la torsión es completa y obstruye el riego sanguíneo arterial, se produce una necrosis gangrenosa y hemorrágica. Cuando se sospecha una torsión completa, es necesaria una cirugía inmediata para extirpar el tejido dañado. Si no se trata, el infarto hemorrágico del ovario afectado puede ir seguido de una infección, lo que da lugar a peritonitis y, en algunos casos, a la muerte. La peritonitis local puede causar obstrucción intestinal. Si la torsión es parcial e intermitente con desenrollamiento espontáneo, los síntomas pueden desaparecer, solo para regresar en horas, días o semanas (40).

El diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden permitir conservar las estructuras ováricas normales al desenroscar el pedículo y reseca los quistes o tumores. Sin embargo, debido a hallazgos clínicos y de laboratorio inespecíficos, la cirugía se retrasa en la mayoría de los casos. El tratamiento más común para la torsión anexial ha sido la anexectomía sin desenrollar debido al temor de tromboembolismo de una vena trombosada del ovario torcido, la posibilidad de torsión y la incapacidad para determinar la viabilidad del ovario. Sin embargo, varios estudios han informado que desenroscar el

pedículo vascular no solo puede conservar la función ovárica sino también preservar la fertilidad sin tromboembolismo después de la detorsión. Parece haber cada vez más evidencia de que la terapia conservadora para la torsión anexial de hecho preserva la función ovárica normal a pesar de la lesión isquémica aguda. Por lo tanto, la diferenciación del infarto hemorrágico del no hemorrágico después de la torsión anexial es importante para la planificación del tratamiento (40).

3.3 Rotación de Cirugía

Heridas

Según Brancato, la sutura es la técnica utilizada para la aproximación de los bordes de una herida voluntariamente programada por un profesional de la salud o a consecuencia de un traumatismo agudo y conseguir un proceso de cicatrización por 1ª intención.

Las heridas que se ven en los centros de salud de primer nivel son en mayor medida heridas superficiales, no complicadas, que resultan competencia exclusiva de los internos de medicina humana. Aquí el interno puede proceder a la realización de técnicas de cirugía menor o pequeñas intervenciones para el tratamiento de lesiones de la piel, faneras o tejidos que han sufrido heridas.

La Cirugía menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración (15-30 minutos), realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, tienen bajo riesgo y no son esperables las complicaciones postquirúrgicas significativas; además que, no precisan instrumental sofisticado.

Primero se debe realizar la limpieza de la zona, puede ser con Cloruro de Sodio al 0.9% o Yodopovidona, luego se carga una aguja de calibre 20 G con Lidocaína sin epinefrina al 2% con 3cc, se prefiere cambiar la aguja por una de 25 G ya que es la ideal, y se procede a la infiltración de la anestesia local

desde los bordes de la herida paralelos a la dermis. Una vez colocado el anestésico local, se debe evaluar cuál es el hilo y el tipo de agua ideal, ya que estos deben estar compuesto de un material adecuado a su finalidad. En el caso de las extremidades como fue el caso presentado, se prefiere utilizar hilo de tipo monofilamento 4/40 y una aguja tipo triangular ya que permite atravesar tejidos de elevada resistencia como la piel y el tejido subcutáneo. Una vez realizado el punto de sutura ideal, se le pide al paciente que regrese al cabo de 8-10 días. El retiro de puntos varía según la región anatómica suturada y la edad del paciente si es adulto o niño (41).

Pero siempre se le pide al paciente que regrese en 48 a 72 horas, ya que las infecciones suelen aparecer a los 3-4 días de la intervención y por ello se debe realizar la primera inspección, también se le explica la paciente que es normal que la herida esté levemente enrojecida, ello no indica infección sino inflamación. Se le instruye al paciente a que acuda al centro antes si el dolor es muy llamativo, por ejemplo, que no calme con una toma de paracetamol.

Se le da tratamiento analgésico con paracetamol a dosis de 500 mg condicionado al dolor, se debe evitar acido-acetilsalicílico y derivados, así como AINEs por su efecto antiagregante plaquetario y profilaxis antibiótica, se puede utilizar cualquiera de los siguientes fármacos: Amoxicilina-Ácido Clavulánico 500mg/ cada 8 horas por 10 días, Cloxacilina de 500mg/ cada 6 horas por 7 días o Cefalexina 50mg/kg/cada 8 horas. En caso el paciente sea alérgico a las penicilinas, considerar: Eritromicina 500mg/ cada 6 horas ó Ciprofloxacino de 500mg/ cada 12 horas (42).

Quemaduras

Las quemaduras se clasifican según el agente causal, dividiéndose en térmicas, eléctricas y químicas. La gravedad de la quemadura está determinada por el tipo de agente lesivo, el tiempo de exposición y la temperatura, y se cuantifica en función de las características del paciente, la zona afectada, la extensión y la profundidad de la misma (43).

Para calcular la extensión de la quemadura, se recomienda utilizar en adultos (mayores de 10 años), la regla de los 9 de Wallace y el esquema de Lund y Browder, adaptado a los cambios en la proporción corporal de lactantes y niños menores de 1 año, como es el caso de la paciente. Aplicando el esquema mencionado anteriormente, la menor de 4 años, tenía una superficie de 1% y; de acuerdo con los criterios de gravedad de las quemaduras según la American Burn Association, dicha lesión corresponde a una quemadura menor, ya que la SCQ afectada es <10% siendo está de primer grado.

Según la Asociación Española de Pediatría, el manejo en toda quemadura como etapa inicial incluye lavado con suero fisiológico o agua de grifo por 20 minutos, a temperatura tibia, ya que el agua fría aumenta la vasoconstricción acelerando la progresión local de la zona afectada y aumentando el dolor. Cabe resaltar que, si bien es cierto el lavado aumenta la perfusión de la herida, pues este debe hacerse durante los 30 minutos siguientes de la producción de la quemadura, para que pueda prevenir los cambios vasculares. Y también recomiendan hacer una limpieza profunda con clorhexidina diluida o povidona yodada jabonosa, aclarando con agua o solución salina, ya que la liberación del yodo tiene propiedad antimicrobiana (43).

Apendicitis Aguda

El síntoma principal de la apendicitis es el dolor abdominal. Inicialmente es periumbilical, clásicamente sordo y mal localizado (por inflamación del peritoneo visceral), pero luego migra a la fosa ilíaca derecha, donde está bien localizado y es agudo (por inflamación del peritoneo parietal).

Otros síntomas pueden incluir vómitos (generalmente después del dolor, no antes), anorexia, náuseas, diarrea o estreñimiento.

En el examen, puede haber sensibilidad de rebote y dolor de percusión sobre el punto de McBurney, así como resistencia (especialmente si el apéndice está perforado). En casos graves, los pacientes pueden presentar

características de sepsis, ser taquicárdicos e hipotensos, especialmente en los casos no tratados.

El diagnóstico se basa en una buena historia clínica y examen físico, cuando estos no orientan a un diagnóstico claro los exámenes de laboratorio y pruebas de imágenes son útiles; como en el caso de niños menores de 3 años, mujeres en el segundo o tercer trimestre de embarazo y adultos mayores de 60 años (3).

Es importante recalcar que la evaluación de un paciente con sospecha de apendicitis aguda se debe enfatizar en la localización del dolor y en los signos clásicos, teniendo en cuenta que dependen de las variantes anatómicas y tiempos de evolución.

Las siguientes pruebas de laboratorio no tienen hallazgos específicos para la apendicitis, pero pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico en pacientes con una presentación atípica:

- Hemograma Completo
- Proteína C reactiva (PCR)
- Pruebas de función hepática y pancreática.
- Análisis de orina (para diferenciar la apendicitis de las afecciones del tracto urinario)
- Beta-HCG urinaria (para diferenciar la apendicitis del embarazo ectópico temprano en mujeres en edad fértil)

La ecografía y la tomografía abdominal son pruebas apropiadas para el estudio de un paciente con apendicitis aguda. La ecografía es considerada la primera prueba de imagen en el estudio de un paciente con sospecha de apendicitis; la ecografía abdominal típica de una apendicitis mostraría una

imagen tubular alargada eco lúcida de más de 6mm, que no se comprime en fosa iliaca derecha; que puede corresponder al apéndice dilatado con edema de pared. La TAC es la prueba diagnóstica más sensible en la apendicitis aguda y establece un diagnóstico diferencial fiable en la mayoría de los casos (44).

Sin embargo, el lapso de tiempo, los altos costos y la disponibilidad variable de los procedimientos de imágenes significan que la puntuación de Alvarado puede ser una ayuda diagnóstica valiosa cuando se sospecha que la apendicitis es la causa subyacente de un abdomen agudo, particularmente en el caso del HNSEB que no cuenta con un tomógrafo y la ecografía no siempre está disponible debido a la alta demanda de pacientes.

El puntaje de Alvarado permite la estratificación del riesgo en pacientes que presentan dolor abdominal, vinculando la probabilidad de apendicitis con recomendaciones sobre alta, observación o intervención quirúrgica (45).

En esta escala se consideran 8 características: migración del dolor, anorexia, náuseas y/o vómitos, rebote, leucocitosis, desviación a la izquierda, elevación de la temperatura y sensibilidad en cuadrante inferior derecho. Cada una suma un punto excepto el dolor en cuadrante inferior derecho y la leucocitosis que valen 2 puntos. Si el puntaje final es mayor o igual a 7, se indica la cirugía ya que sugiere diagnóstico certero de apendicitis; si el puntaje es de 5 o 6 puntos significa una apendicitis probable por lo que se hacen valoraciones tanto clínicas como laboratoriales, así como un estudio de imagen que idealmente es la TAC; por último se el puntaje es menor o igual a 4 se debe considerar buscar otro diagnóstico ya que la probabilidad de apendicitis es muy baja (45).

El tratamiento definitivo actual para la apendicitis es la apendicectomía laparoscópica. La apendicectomía laparoscópica sigue siendo el estándar de oro para el tratamiento de la apendicitis, debido a la baja morbilidad del procedimiento. En las mujeres también permite una mejor visualización del útero y los ovarios, para la valoración de cualquier patología ginecológica (44).

El apéndice debe enviarse de forma rutinaria a histopatología para buscar neoplasias malignas. Según cualquier procedimiento laparoscópico, se debe inspeccionar la totalidad del abdomen para detectar cualquier otra patología evidente, incluida la verificación de la presencia de divertículo de Meckel (44).

Además de la cirugía los otros dos pilares el tratamiento son la antibioticoterapia profiláctica y terapéutica y el control de las complicaciones evolutivos y de recurrencia. La antibiótico terapia se suele iniciar en el momento del diagnóstico y siempre dentro de una ventana de 30-60 minutos antes de la cirugía, se considera profiláctica ya que se trata de una cirugía contaminada, esto disminuye las complicaciones posquirúrgicas. Si se trata de una apendicitis aguda no perforada se da una dosis única de antibiótico siendo de elección las cefalosporinas, ampicilina o amoxicilina con ácido clavulánico (3).

Si se detecta perforación se considera cirugía sucia y se debe dar antibiótico por un lapso de 3 a 7 días; en este caso se da asociaciones de ampicilina, gentamicina y metronidazol o ceftriaxona más metronidazol (3).

Hernia Epigástrica

Una hernia abdominal es una protuberancia del intestino a través de la pared abdominal. Las hernias abdominales se pueden clasificar en reductibles (coercibles e incoercibles) o irreductibles (Incarcerada y estrangulada). Existen diferentes tipos de hernias abdominales, según su ubicación. La aparición de cada uno de estos varía en la población, al igual que el riesgo de complicaciones y el modo de tratamiento (46).

Las hernias externas generalmente se presentan con un bulto que se puede detectar durante un examen físico. El bulto se nota mientras el paciente está de pie y se esfuerza (lo que se denomina maniobra de Valsalva). Rara vez se necesitan imágenes para diagnosticar una hernia, pero pueden ser particularmente útiles en hernias internas u otras situaciones como hernia recurrente, diagnóstico incierto, complicaciones quirúrgicas o la presencia de

dolor crónico. En tales casos, se pueden emplear radiografía, ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética para detectar la hernia (46).

Una hernia epigástrica es un tipo de hernia en la región epigástrica de la pared abdominal. Está por encima del ombligo y justo debajo del esternón de la caja torácica (47). Por lo general, contiene una pequeña cantidad de grasa preperitoneal, pero puede ser lo suficientemente grande como para contener el intestino. Si la hernia epigástrica no ha sido tratada, puede complicarse presentando vómitos o fiebre y un aumento del dolor abdominal, que son indicios de una obstrucción intestinal.

La mayoría de las hernias epigástricas (probablemente el 75%) son asintomáticas. Los síntomas típicos, si están presentes, incluyen dolor vago en la parte superior del abdomen y náuseas asociadas con sensibilidad epigástrica. Los síntomas tienden a ser más graves cuando el paciente está acostado, lo que se atribuye a la tracción sobre el contenido de la hernia. El dolor de esfuerzo localizado en el epigastrio también es un síntoma común. El encarcelamiento es común y la estrangulación de la grasa preperitoneal o del epiplón produce dolor y sensibilidad localizados. El encarcelamiento o estrangulamiento de vísceras intraabdominales es extremadamente raro, los síntomas obviamente dependen del órgano encarcelado (48).

Las pruebas complementarias que se deben indicar ante una hernia complicada son bioquímicas para valorar una posible deshidratación debido al cuadro obstructivo, reactantes de fase aguda, CPK y hemograma (si estos valores salen alterados se debe sospechar de sufrimiento intestinal) y perfil de coagulación ante la posibilidad de cirugía urgente. Asimismo, es importante una radiografía abdominal como primera prueba para detectar una hernia complicada, descartar una obstrucción intestinal y valorar signos de sufrimiento intestinal. Si existe obstrucción se ve dilatación de asas intestinales con nieles hidroaéreos o pilas de moneda (3).

El tratamiento inicial debe estar orientado a estabilizar al paciente mediante la colocación del paciente en decúbito supino, NPO y sueroterapia, analgesia

intravenosa y colocación de sonda nasogástrica. Si existe sospecha de hernia estrangulada el paciente debe ser sometido a intervención quirúrgica urgente (3).

La cirugía debe realizarse en el menor tiempo posible tras un rápido y correcto diagnóstico. Generalmente se debe tener un abordaje quirúrgico anterior sobre la tumoración, se accede al punto donde se produce el atrapamiento intestinal tras la identificación y disección adecuada del saco herniario. Se revisa los posibles segmentos intestinales isquémicos y ante su presencia se procede a hacer la resección intestinal. Se debe valorar la viabilidad del asa herniaria isquémica; si el asa persiste con signos de isquemia se realiza una resección y anastomosis (3).

El defecto suele ser pequeño y, a menudo, se puede cerrar con suturas. Esta técnica se suele realizar bajo anestesia. El abordaje laparoscópico no se puede utilizar para hernias epigástricas pequeñas porque no hay un saco peritoneal visible desde el interior del abdomen. Este abordaje se puede utilizar en grandes hernias epigástricas con saco peritoneal. Requiere varias incisiones pequeñas lejos del epigastrio para los trócares operatorios. Se coloca un trozo de malla dentro del abdomen a través de uno de los sitios del trócar y se mantiene en su lugar con suturas a través de las capas musculares y tachuelas quirúrgicas alrededor de los bordes de la malla (49). Después de la operación, se traslada al paciente a la sala de recuperación donde lo controlarán durante 1 a 2 horas hasta que esté completamente despierto.

3.4 Rotación de Medicina Interna

Disforia De Género

Según la norma técnica los criterios para la indicación de terapia hormonal son los siguientes: no tener contraindicaciones médicas, evaluación de la conformidad con su identidad de género, ser mayor de dieciocho años y capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir el

tratamiento. Dichas contraindicaciones para la toma de las hormonas son: enfermedad tromboembólica, obesidad mórbida, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, hepatopatía crónica, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial grave, diabetes mellitus, antecedentes familiares de cáncer de mama, hiperprolactinemia.

El inicio de la terapia hormonal es con Estradiol 2 mg/día más Espironolactona 50 mg/día durante las primeras cuatro semanas de tratamiento. Para el segundo mes de tratamiento, incrementar la dosis de Estradiol a 4 mg/día y la dosis de Espironolactona a 100 mg/día (50 mg cada 12 horas). Para el tercer mes de tratamiento se incrementa la dosis de Espironolactona a 150 mg/día (100 mg por la mañana y 50 mg por la noche) y mantener la dosis de Estradiol a 4 mg/día. Al cuarto mes de tratamiento incrementar la dosis de Espironolactona a 200 mg/día (100 mg por la mañana y 50 mg por la noche) y mantener de igual manera la dosis de Estradiol a 4 mg/día.

Cabe resaltar que dicho tratamiento conlleva los siguientes riesgos: Enfermedad tromboembólica venosa, Cálculos biliares, Enzimas hepáticas elevadas, Aumento de peso, Hipertrigliceridemia, Enfermedad cardiovascular, Hipertensión arterial, Hiperprolactinemia o prolactinoma (50).

Colangitis Aguda

Se define colestasis como la afección en la que el flujo de la bilis del hígado se hace más lento o se detiene por completo, ya sea por una obstrucción maligna, benigna o entrada retrograda. La obstrucción biliar es causada más comúnmente por coledocolitiasis, estenosis benignas, estenosis anastomóticas postoperatorias y procesos malignos (51).

En el pasado, hasta el 80% de todos los casos de obstrucción biliar y colangitis fueron causados por coledocolitiasis.

En el Hospital Johns Hopkins de 1952-1978, la coledocolitiasis fue, con mucho, la etiología más común de la colangitis. Sin embargo, en las últimas

dos décadas la obstrucción maligna y la colangitis esclerosante se han visto con mayor frecuencia.

Lo que sucede cuando ocurre una obstrucción biliar, ocurre un aumento de la presión intraductal con secreción biliar continua, pero el flujo biliar está disminuido, dado el flujo disminuido cualquier bacteria que esté presente tendrá tiempo de proliferar (52).

Se desconoce el mecanismo de la bacteriemia, pero una teoría planteada es que esto ocurre como resultado del aumento de la presión intrabiliar, por lo cual las bacterias refluyen en las venas hepáticas y los vasos linfáticos peri hepáticos, además de una liberación sistémica de mediadores inflamatorios (53).

El diagnóstico en una colangitis aguda, según la guía Tokyo 2018 se basa no en la triada de Charcot como muchos piensan y la razón es debido a su baja sensibilidad y especificidad; es más, en los criterios diagnósticos se debe tener un ítem A (signos de inflamación sistémica como fiebre y/ escalofríos o evidencia laboratorial de una respuesta inflamatoria) más 1 ítem B (signos de colestasis, ya sea ictericia o laboratorio) más ítem C (imágenes sugestivas de dilatación biliar o evidencia de alguna etiología por imagen) (51).

Otro punto importante es que examen auxiliar, una ecografía o una tomografía computarizada para identificar la causa de la colangitis aguda y demostrar estenosis biliar, y la guía Tokyo 2018 menciona que la ecografía abdominal puede detectar fácilmente la dilatación anormal del conducto biliar y, al mismo tiempo, usarse para identificar la causa. Los cálculos del conducto biliar se presentan como lesiones nodulares altamente ecoicas que proyectan una sombra acústica, mientras que, con la estenosis maligna del conducto biliar, la masa alrededor del conducto biliar estenosado se puede identificar como una región normal de bajo eco. Mientras que la tomografía computarizada puede identificar claramente la dilatación del conducto biliar y puede contribuir a diagnósticos mucho mejores de la causa de la estenosis biliar (por ejemplo, carcinoma biliar, cáncer de páncreas o colangitis esclerosante). La tomografía

computarizada también es útil para diagnosticar complicaciones locales (por ejemplo, absceso hepático o portal trombosis venosa (51).

El manejo se basa, primero en tener la certeza que es una colangitis aguda, luego realizar la medición de signos vitales para evaluar si la situación es urgente o no, luego se realiza un examen detallado (consulta y examen físico), después se realizan análisis de sangre y diagnóstico por imagen y sobre la base estos resultados, se llega al diagnóstico definitivo siguiendo los criterios de diagnósticos para colangitis aguda.

Una vez confirmado el diagnóstico el tratamiento inicial debe iniciarse de manera inmediata y la gravedad debe evaluarse de acuerdo con los criterios de clasificación de gravedad para colangitis.

Estado general y signos de infección biliar como fiebre, escalofríos, dolor abdominal, ictericia, náuseas, vómitos y alteración de la conciencia.

Signos vitales como PA, FC, FR, T^o, volumen de orina, satO₂ y nivel de conciencia. se debe preguntar sobre su historial médico anterior y sus medicamentos regulares.

Y en el examen físico la evolución y la medición del estado de conciencia, la presencia o ausencia de coloración amarillenta, si hay o no signos de irritación peritoneal, confirmar la presencia o ausencia del signo de murphy. El requerimiento de recuento de glóbulos blancos, plaquetas, PCR, albumina, FA, GGTTGO, TGP, bilirrubina, urea en sangre nitrógeno, creatinina, PT, si hay fiebre debe realizarse un hemocultivo (54).

En la antibioticoterapia, se recomienda Vancomicina para cubrir enterococo para la colangitis grado III. Se recomienda Linezolid o daptomicina si se sabe que le enterococo es resistente a la vancomicina. Ampicilina/sulbactam tiene poca actividad contra Escherichia coli, considerar los patrones locales de susceptibilidad a los antimicrobianos.

En general terapia anti- anaeróbica, incluido el metronidazol, tinidazol o clindamicina. Los carbapenems, pipetazo, ampi/sulbactam, cefoxitina se ha visto que tienen suficiente actividad anaeróbica.

Fluoroquinolonas, si se conoce la susceptibilidad de los cultivos aislados o en caso de pacientes alérgicos a los betalactámicos (55).

Sífilis

De acuerdo con las pautas de los CDC y la IUSTI, las pruebas serológicas en sangre para la sífilis (además de las características clínicas) siguen siendo el estándar de diagnóstico. Al menos una prueba de antígeno treponémico y una prueba de antígeno no treponémico son suficientes para confirmar la sífilis. Las pruebas de antígeno no treponémico más utilizadas y recomendadas (también denominadas antígeno de cardiolipina o no específicas) son el Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL) y la Reagina Rápida en Plasma (RPR). Los resultados de la prueba de antígeno no treponémico deben proporcionarse cuantitativamente (es decir, títulos, por ejemplo, 1:16, 1:32). Cabe destacar que los títulos de las pruebas de antígenos no treponémicos se correlacionan con la actividad de la enfermedad. También se deben utilizar los títulos de anticuerpos de prueba no treponémicos para evaluar la respuesta al tratamiento. La disminución requerida en los títulos de las pruebas no treponémicas después del tratamiento, en comparación con el valor inicial, es un marcador de la respuesta correcta al tratamiento. La prueba de antígeno no treponémico utilizada para evaluar la respuesta al tratamiento debe ser la misma que se aplica con fines de diagnóstico (7).

Las pruebas treponémicas son el segundo tipo de pruebas de diagnóstico necesarias para el diagnóstico de la sífilis. Además de los 'clásicos', que se utilizan ampliamente, como la prueba de hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA), la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS), la prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TPPA), hay algunas pruebas nuevas, es decir,

Inmunoensayos enzimáticos (EIA). La mayoría de los EIA detectan anticuerpos anti treponémicos totales (IgG e IgM) (7).

Tanto los CDC como la IUSTI ya no recomiendan la FTA para el diagnóstico de sífilis por ser muy poco específica para *Treponema pallidum* (7).

La penicilina G, administrada por vía parenteral, es el fármaco preferido para tratar a personas en todas las etapas de la sífilis. La preparación utilizada (es decir, benzatínica, procaína acuosa o cristalina acuosa), la dosis y la duración del tratamiento dependen del estadio y las manifestaciones clínicas de la enfermedad. El tratamiento de la sífilis latente tardía y la sífilis terciaria requiere una duración más prolongada de la terapia. Se requiere una mayor duración del tratamiento para las personas con sífilis latente de duración desconocida para garantizar que aquellos que no contrajeron la sífilis durante el año anterior reciban un tratamiento adecuado (56).

Se cree que la transmisión sexual de *T. pallidum* ocurre solo cuando hay lesiones sifilíticas mucocutáneas. Estas manifestaciones son infrecuentes después del primer año de infección. Las personas expuestas sexualmente a una persona que tiene sífilis primaria, secundaria o latente temprana deben ser evaluadas clínicamente y serológicamente y tratadas (56).

Las siguientes parejas sexuales de personas con sífilis se consideran en riesgo de infección y deben ser notificadas de manera confidencial sobre la exposición y la necesidad de evaluación: parejas que han tenido contacto sexual dentro de 1) 3 meses más la duración de los síntomas para las personas que reciben un diagnóstico de sífilis primaria, 2) 6 meses más la duración de los síntomas para las personas con sífilis secundaria y 3) 1 año para las personas con sífilis latente temprana (56).

La evaluación clínica y serológica debe realizarse a los 6 y 12 meses después del tratamiento.

Urgencia Hipertensiva

La emergencia hipertensiva se define típicamente como una presión arterial sistólica mayor o igual a 180 mm Hg y / o una presión arterial diastólica mayor o igual a 120 mm Hg con evidencia de daño en órgano blanco. Los órganos más comúnmente afectados por la hipertensión severa son el cerebro (dolor de cabeza, confusión, accidente cerebrovascular), corazón (dolor de pecho, infarto de miocardio, edema pulmonar), vasos sanguíneos grandes (disección aórtica) y riñones (nefroesclerosis hipertensiva aguda). En urgencia hipertensiva, los pacientes experimentan una presión arterial igualmente elevada, pero no presentan síntomas o signos que sugieran daño agudo en los órganos diana (57).

Los pacientes con presión arterial muy elevada deben tener una historia clínica y un examen físico para distinguir entre hipertensión grave asintomática y emergencia hipertensiva.

Se recomienda un período de descanso de 30 minutos cuando la lectura inicial de la presión arterial está muy elevada. En más del 30% de los pacientes, la presión arterial bajará a un nivel aceptable sin intervención después del período de descanso (58).

La disminución agresiva de la presión arterial puede ser perjudicial y debe evitarse en pacientes con hipertensión asintomática grave. Se recomienda una reducción gradual durante varios días a semanas.

Una historia completa es esencial en la evaluación inicial de pacientes con hipertensión asintomática severa, que incluya la medicación que toma, sustancias ilícitas, y si cumple actualmente con algún tratamiento, así como se llevado de manera estricta de ser el caso. Se debe obtener un historial de síntomas específicos para identificar una posible emergencia hipertensiva. Las elevaciones graves de la presión arterial pueden causar síntomas leves (p. Ej., Dolor de cabeza, aturdimiento, náuseas, dificultad para respirar, palpitaciones, epistaxis, ansiedad) sin lesión aguda de órganos diana (58).

Los hallazgos de la exploración física suelen ser normales en pacientes con hipertensión asintomática grave. Se consideran los hallazgos del examen clínico que sugieren una lesión aguda del órgano diana (déficits neurológicos nuevos o en evolución, papiledema, edema pulmonar). como una emergencia hipertensiva hasta que se demuestre lo contrario (58).

En ausencia de lesión aguda de órganos diana, la presión arterial debe reducirse gradualmente a menos de 160/100 mm Hg, pero no de manera aguda en más del 20% al 25% de la presión arterial media durante varios días a semanas. Cada dos a cuatro semanas, se recomienda la intensificación de los antihipertensivos para alcanzar los objetivos de presión arterial. La disminución agresiva de la presión arterial en pacientes con hipertensión asintomática grave puede provocar eventos adversos, como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o síncope (57).

Ante el diagnóstico presuntivo de crisis hipertensiva, hay que hacer lo siguiente:

- Se debe confirmar que la presión sea verdaderamente alta, verificando que el instrumento para medir la misma este en buenas condiciones, y que es adecuado para las medidas del brazo del paciente.
- Valoración rápida por sistemas para identificar posible lesión de órgano diana.
- Si se descarta lesiones importantes en los órganos diana, se debe indicar reposo, y a los 30 minutos volver a tomar la PA.
- Si luego de seguir esta secuencia la presión arterial se mantiene elevada, se debe iniciar tratamiento farmacológico inmediatamente.

Tratamiento farmacológico de la urgencia hipertensiva

El tratamiento debe estar enfocado a disminuir la presión arterial de manera gradual a cifras seguras. El tratamiento de la urgencia hipertensiva puede hacerse de escalonadamente en tres pasos (59):

1. Fármacos sublinguales como el nifedipino o captopril. Si por alguna razón estos fármacos estuvieran contraindicados, se debe pasar a la segunda fase. Las dosis de nifedipino o captopril puede ser repetida según la respuesta cada 30 min hasta dos o tres veces, de no haber respuesta se pasa a la segunda fase.
2. Administración por vía endovenosa de un diurético de asa, generalmente furosemida.
3. Si fracasan las fases anteriores se debe usar labetalol por vía oral o endovenosa.

Finalmente se debe programar seguimiento dentro de una semana con un proveedor de atención primaria para garantizar un mejor control de la presión arterial y para iniciar o titular los medicamentos según sea necesario.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es considerado el año más importante en la carrera de Medicina Humana, ya que supone el periodo de capacitación en el que el objetivo es lograr que el interno adquiera habilidades que le permitan ejercer atención médica de manera independiente. Hasta un mes antes de comenzar el internado, se aprendía a base de conferencias en la facultad de medicina, de la experiencia de los docentes, y si bien ya se tenía practicas hospitalarias el contacto real con el paciente no se da sino hasta comenzar el internado, en donde se da el desarrollo de competencias que permitan desempeñarse en la vida real. En resumen, este año es la clave en la transición de pasar de ser estudiantes de medicina a ser médicos.

Las primeras semanas en el hospital pueden ser física, mental y emocionalmente agotadora. El horario al que se está acostumbrado cambia completamente, ya que ahora la función no es solo estudiar de un libro, sino que ese tiempo debe ser dividido; generalmente en el internado se trabaja para aprender, sin embargo, en un primer momento se tiende a ver el aprendizaje y el trabajo como dos cosas independientes. Las labores administrativas a menudo quitan tiempo al aprendizaje. Con el tiempo se aprende que las actividades basadas en el trabajo son oportunidades de aprendizaje esenciales y diseñados en consecuencia como tal.

Este periodo es un aterrizaje a la realidad, en donde se evidencian las enormes brechas en salud que aún se viven, muchas veces el objetivo de querer ayudar al paciente se ve obstaculizado por las carencias del sistema de salud, desde falta de infraestructura, escasez de medicamentos, recurso

humano insuficiente, problemas administrativos, falta de seguro médico entre otras. Causa frustración saber que muchas veces los médicos se ven impedidos de tratar a un paciente no por falta de capacidad o competencias médicas sino por la falta de recursos; y a pesar de que muchas veces es necesario sacar del bolsillo personal para cubrir las deficiencias del sistema de salud, no es suficiente para solventar las necesidades y la gran demanda de pacientes.

Si bien uno de los objetivos principales del internado médico es la integración de conocimientos teóricos con la práctica profesional, algo que también resulta vital aprender esta etapa es desarrollar habilidades de comunicación para lograr tener una buena relación médico-paciente. Resulta importante recordar que el médico no es superior al paciente, y que la meta principal primero debe ser la de conectar, brindar confianza, empatía y hacer saber al paciente que es visto como una persona, no solo como una enfermedad a tratar. El tratamiento no está orientado a brindar órdenes al paciente, sino de trabajar de la mano con él, resolver sus dudas, escuchar sus inquietudes, y si hay algo que se aprende durante el internado es que muchas veces los médicos olvidan dos cosas claves: paciencia y tolerancia. El principal enemigo no es la enfermedad, sino la indiferencia con el paciente. El respeto y la confianza de las personas que se tratan es algo que debe ser ganado. La implicación es inevitable, todo ser humano tiene un impacto sobre otro y no hay nada más gratificante que saber que se causó un impacto positivo sobre el paciente, no necesariamente porque se logró curar su enfermedad, sino porque cree y confía en su médico.

En el hospital se trabaja en conjunto con todo el equipo humano que lo conforma, adaptarse a las diversas personalidades y caracteres que existen puede resultar dificultoso. Basado en la experiencia personal, se ha podido comprobar que el aprendizaje no solo viene de los pacientes y los médicos, sino que cada servicio siempre tiene algo nuevo para enseñar, desde las enfermeras, hasta el personal técnico y administrativo. Como en todo grupo de trabajo, los conflictos siempre pueden existir, más es importante recordar que todos en el hospital se deben a un mismo objetivo: ayudar a los pacientes.

Uno de los problemas que ha tocado vivir no solo a esta promoción de médicos próximos a egresarse sino a generaciones de médicos que han pasado por el internado médico, es la falta de una ley que regule el trabajo en el hospital, vale recalcar que el internado médico es y debe ser reconocido como un trabajo. Durante el internado, se está altamente expuestos a contraer diversas enfermedades, trabajar turnos de hasta 36 horas sin descanso, se carece de seguro médico y un estipendio que permita solventar necesidades básicas, entre otros. Es primordial que este problema sea resuelto y se den condiciones de trabajo dignas para el interno de medicina.

A raíz de la pandemia de COVID-19 las autoridades tomaron la decisión de cortar las prácticas profesionales y enviarnos a todos los internos a casa; por lo que solo se tuvo la oportunidad de llevar una rotación completa en el hospital docente elegido.

Durante varios meses se vivió en la incertidumbre de saber que pasaría con el internado, hasta que finalmente en agosto del 2020 se dictó un decreto en el que se exhortaba a los internos de medicina a retomar el internado bajo nuevas condiciones y de manera voluntaria. Dicho decreto establece de manera excepcional, la entrega de EPP, derecho a un estipendio equivalente y no menor a una remuneración mínima vital de 930, un seguro de salud y seguro de vida.

En este sentido, se planteó que ya no solo se rotaría en hospitales, sino que sería la primera promoción de médicos en hacer su internado en centros de primer nivel de atención. Asimismo, se estableció que solo se rotaría en servicios no COVID. A pesar de los nuevos lineamientos para el internado y de todo lo que se prometía para tratar de brindar la mayor protección posible, la decisión de regresar al internado no fue nada fácil. No se podía ignorar el hecho de que la situación que atravesaba y aun atraviesa el país es alarmante, empezando por el personal de salud que se sabía no estaba recibiendo EPP de manera regular, muchos se contagiaban debido a esto y se había perdido a muchos maestros, familiares y amigos durante la pandemia. El temor por no recibir lo prometido, estar expuestos al contagio, peor aún la posibilidad de

infectar al núcleo familiar que en su mayoría son población de riesgo, generó mucha incertidumbre, estrés y preocupación. Por un lado, estaba el hecho de retrasar la culminación de la carrera por un año más, a sabiendas que nada garantizaba que el año siguiente las condiciones no fueran iguales o peores; y por el otro arriesgar la vida propia y la de familiares que comparten el hogar con los internos.

Finalmente, luego de tomar en consideración el contexto en el que se desarrollaría el internado, analizar las posibilidades, el riesgo que se tomaba y consultar con la familia en casa, se optó por retomar el internado. Sin embargo, un nuevo problema surgió: las sedes hospitalarias originales, cerraron las puertas, en el caso del Hospital Nacional de la PNP decidió no admitir ningún interno de medicina, y el caso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión hubo una considerable reducción de plazas disponibles. Sumado a esto no quedaron plazas disponibles en la DIRIS correspondiente (DIRIS LIMA CENTRO) y se tuvo que optar por elegir sede perteneciente a DIRIS LIMA SUR, es así como el internado se culminó en el Centro de Salud Gustavo Lanatta. Esto supuso un cambio en el enfoque al que se acostumbra en los hospitales, así como también una desventaja, ya que al tratarse de un centro de salud nivel I-3 no había posibilidad de hacer propiamente la rotación de Cirugía y Gineco Obstetricia.

Es bien sabido que la atención primaria de salud tiene un rol único en cualquier sistema, debido a su posibilidad de resolver hasta el 80% de la demanda de salud con poca o ninguna tecnología compleja en su práctica. Dicho esto, la atención primaria de salud es crucial para lograr una verdadera universalidad y equidad en el acceso a la salud. Aquí se aprende que cada problema merece atención y la atención primaria es el lugar perfecto para ir más allá del enfoque clínico y crear mayor cercanía entre el profesional de la salud y el paciente. Facilita la formulación de un diagnóstico diferencial de cualquier condición ya que se cuenta con un historial médico detallado catalogado y todo hecho por la misma persona o equipo.

Aquí el sistema de salud está enfocado hacia su población, por lo que el enfoque es individual y crea pautas y algoritmos para cada unidad de red de salud; a fin de reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes, que es de lo que se trata la medicina.

A fin de compensar la falta de las especialidades de Cirugía y Gineco obstetricia se ofreció a los internos de esta casa de estudio la opción de hacer media rotación de cada una de ellas en el Hospital Nacional Sergio E Bernales. Aquí se tuvo la oportunidad de aprender en solo 15 días procedimientos claves que todo médico debe aprender durante su internado como lo es la atención del parto, diagnóstico y tratamiento de las patologías más prevalentes de la gestante en el país, manejo de emergencias obstétricas, en el caso de Gineco Obstetricia; así como manejo del paciente politraumatizado, diferentes técnicas de sutura, participación y oportunidad de asistir en procedimientos quirúrgicos, identificación y tratamiento oportuno de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico entre otros en el caso de Cirugía. Es importante recalcar que después de esta experiencia se llegó a la conclusión que, si bien es vital rotar en centros de primer nivel de atención, no es suficiente y que esto debe ser complementado con prácticas hospitalarias, a fin de complementar destrezas y competencias que solo pueden ser desarrolladas en un hospital de mayor complejidad.

CONCLUSIONES

- La pandemia ayudó a cambiar el pensamiento de todos los actores del sistema de salud para transformarlo desde un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial, mediante la atención primaria de salud brindada desde un centro de salud de primer nivel.
- La capacidad de adaptación a un nuevo entorno laboral demuestra cómo se puede afrontar las circunstancias adversas en una pandemia.
- Se aprendió a establecer medidas preventivas y/o terapéuticas dependiendo de la demanda de consulta, así como identificar y derivar aquellas entidades que no corresponden a la atención primaria.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a futuros estudiantes que tengan interés en realizar parte de sus prácticas en centros de primer nivel de atención.
- Plantear actividades preventivas con charlas y talleres, con el fin de brindar herramientas a la población para que se empoderen y tomen decisión por su salud.
- Coordinar con las sedes donde laboran para que se haga un seguimiento y propiciar jornadas de participación en actividades que comprometan el cuidado de la salud, y promocionar la mejora de la calidad de vida.
- Debido a la coyuntura, es importante que los próximos internos tomen la importancia debida a las medidas y protocolos establecidos por el MINSA para evitar contraer el virus.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bakht N, Zaidi S, Abbas R, Nawaz H, Rahman M, Aslam F. Induction training for hospital interns - helping «dears» caught in headlights. The Collaborator. 1 de octubre de 2015;The Collaborator, 2015. 1(4): p.5-9.
2. Romano C, Oliva S, Martellosi S, Miele E, Arrigo S, Graziani MG, et al. Pediatric gastrointestinal bleeding: Perspectives from the Italian Society of Pediatric Gastroenterology. World J Gastroenterol. 28 de febrero de 2017;23(8):1328-37.
3. Rodriguez M. Merino B. Cirugia general. En: Manual CTO de Medicina y Cirugía, 11 edición CTO Editorial, 2019.
4. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Fifth edition, sitio de World Health Organization, 2015. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>.
5. Brancato CJ; Stack AM. Minor wound preparation and irrigation. Jan, 2014.
6. Acute Appendicitis - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/acute-appendicitis>
7. Pastuszczak M, Wojas-Pelc A. Current standards for diagnosis and treatment of syphilis: selection of some practical issues, based on the European (IUSTI) and U.S. (CDC) guidelines. Adv Dermatol Allergol Dermatol Alergol. agosto de 2013;30(4):203-10.
8. Oficina de Planeamiento Estratégico. Informe de Evaluación del Plan Operativo Primer Semestre del Año Fiscal [Internet]. 2016. Disponible en:

<https://www.hndac.gob.pe/planeamiento-y-organizaci%C3%B3n/plan-operativo-anual-2016/download.html>

9. Análisis de Situación de Salud. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Oficina de Epidemiología e Inteligencia Sanitaria. 2018.
10. Situación de salud de la población pediátrica en el Perú, en el marco de la Red Pediátrica Nacional. Breña: INSN, 2018.
11. American Academy of Pediatrics, subcommittee on the management of sinusitis and committee on quality improvement: clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics*. 2001; 108: 798-808.
12. Sánchez FM. Sintomatología de la varicela. *An Pediatr*. 2003; Supl 1(53):1-4.
13. Albrecht M. Treatment of varicella (chickenpox) infection. UpToDate. June 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-varicella-chickenpox-infection?search=varicela&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
14. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46:470.
15. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017; 58:512.
16. Friedman J. Emergency management of the paediatric patient with generalized convulsive status epilepticus. *Paediatr Child Health*. febrero de 2011;16(2):91-7.
17. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34:592.
18. Pediatric Status Epilepticus Treatment & Management: Approach Considerations, Prehospital Care, Patient Stabilization. 2 de abril de 2021 [citado 12 de abril de 2021]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/908394-treatment#d10>
19. Smith DM, McGinnis EL, Walleigh DJ, Abend NS. Management of Status Epilepticus in Children. *J Clin Med* [Internet]. 13 de abril de 2016 [citado

- 21 de abril de 2021];5(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850470/>
20. Owensby S, Taylor K, Wilkins T. Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding in children. *J Am Board Fam Med*. 2015;28:134–145.
 21. Cleveland K, Ahmad N, Bishop P, Nowicki M. Upper gastrointestinal bleeding in children: an 11-year retrospective endoscopic investigation. *World J Pediatr*. 2012;8:123–128.
 22. Pant C, Sankararaman S, Deshpande A, Olyae M, Anderson MP, Sferra TJ. Gastrointestinal bleeding in hospitalized children in the United States. *Curr Med Res Opin*. 2014 Jun. 30(6):1065-9.
 23. Lazzaroni M, Petrillo M, Tornaghi R, et al. Upper GI bleeding in healthy full-term infants: a case-control study. *Am J Gastroenterol*. 2002 Jan. 97(1):89-94.
 24. Norma Técnica- Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. MINSA. 2017.
 25. Gonzales G, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2019;65(4).
 26. Diana Mansour, Pirjo, Kristina Gemzell. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, February 2010;15:4–16.
 27. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud-MINSA. 2004.
 28. Guía de Métodos Anticonceptivos. FDA U.S. Food and drug administration. Disponible en: <https://www.fda.gov/consumers/free-publications-women/guia-de-metodos-anticonceptivos-guide-contraceptive-methods>.
 29. Duley L, Meher S, Abalos E. Management of pre-eclampsia. *BMJ*. 25 de febrero de 2006;332(7539):463-8.
 30. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol* 2020; 135:e237.
 31. Turner JA. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *Int J Womens Health*. 30 de septiembre de 2010;2:327-37.

32. Calvo JP, Rodríguez YP, Figueroa LQ. Update in preeclampsia. Rev Médica Sinerg. 9 de enero de 2020;5(01):345.
33. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Trastornos hipertensivos del embarazo. 2016.
34. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. octubre de 2014;60(4):385-94.
35. Magee LA, Pels A, Helewa M, et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. J Obstet Gynaecol Can 2014; 36:416.
36. Roberts JM, Villar J, Arulkumaran S. Preventing and treating eclamptic seizures. BMJ 2002; 325:609.
37. Ovarian Torsion: Practice Essentials, Pathophysiology, Etiology. 27 de agosto de 2020 [citado 14 de abril de 2021]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2026938-overview>
38. WANG Y, XIE Y, WU X, LI L, MA Y, WANG X. Laparoscopic management of pedicle torsion of adnexal cysts. Oncol Lett. mayo de 2013;5(5):1707-9.
39. Maita Q. F, Hochstatter Arduz E, Niño de Guzman Peña O. Diagnóstico en Torsión de Pedículo de Quiste Anexial en Ginecología. Gac Médica Boliv. 2011;34(1):30-3.
40. Rha SE, Byun JY, Jung SE, Jung JI, Choi BG, Kim BS, et al. CT and MR Imaging Features of Adnexal Torsion. RadioGraphics. 1 de marzo de 2002;22(2):283-94.
41. Eliya MC, Banda GW. Primary closure versus delayed closure for non bite traumatic wounds within 24 hours post injury. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [citado 11 de abril de 2021]. p. CD008574. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008574>.
42. Manual práctico de cirugía menor. Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Valencia, 2012.
43. Santervás F,Casas M. Quemaduras. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 1: 275-287. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_quemaduras.pdf.

44. Acute Appendicitis - Clinical Features - Management [Internet]. TeachMeSurgery. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://teachmesurgery.com/general/large-bowel/appendicitis/>
45. Awayshih MMA, Nofal MN, Yousef AJ. Evaluation of Alvarado score in diagnosing acute appendicitis. Pan Afr Med J [Internet]. 2019 [citado 15 de abril de 2021];34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6859007/>
46. Ethiopia KP BPharmS (Hons), MRPharmS, RPh, CPh Freelance Medical Writer, Orlando, Florida Consultant Pharmacist, Nordic Medical Centre Addis Abbaba. Managing Abdominal Hernias [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uspharmacist.com/article/managing-abdominal-hernias>
47. Epigastric Hernia: Symptoms, Diagnosis, and Treatment [Internet]. Healthline. 2017 [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/epigastric-hernia>
48. de Beaux AC. 4 - Abdominal hernias. En: Paterson-Brown S, editor. Core Topics in General and Emergency Surgery (Fifth Edition) [Internet]. Oxford: W.B. Saunders; 2014 [citado 15 de abril de 2021]. p. 57-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702049644000043>
49. Epigastric Hernia Surgery - University Surgeons Associates, PC [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.utsurgery.com/spec_hernia_epigastric.php
50. Norma Técnica de Salud de atención integral de la población trans femenina para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Ministerio de Salud. 2016.
51. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, M. Strasberg S, A. Pitt H, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis., J Hepatobiliary Pancreas Sci. 2018; (25): 17-30.
52. A.Lipsett P, A. Pitt H. Acute cholangitis. Frontiers in Bioscience 2003, 8: 1229-1239.
53. World J Gastrointest Pathophysiol 2018; 9(1): 1-36.

54. Miura F, Okamoto K, Takada T, M. Strasberg S, J. Asbun H, A. Pit H, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis., *J Hepatobiliary Pancreat Sci* (2018) 25:31–40.
55. Gomi H, S. Solomkin J, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, M. Strasberg S, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and Cholecystitis., *J Hepatobiliary Pancreat Sci* (2018) 25:3–16.
56. Syphilis - 2015 STD Treatment Guidelines [Internet]. 2019 [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis.htm>
57. Breu AC, Breu AC, Axon RN. Acute Treatment of Hypertensive Urgency. *J Hosp Med* [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 17 de abril de 2021];13(12). Disponible en: <https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/176615/hospital-medicine/acute-treatment-hypertensive-urgency>
58. Gauer R. Severe Asymptomatic Hypertension: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*. 15 de abril de 2017;95(8):492-500.
59. Unger Thomas, Borghi Claudio, Charchar Fadi, Khan Nadia A., Poulter Neil R., Prabhakaran Dorairaj, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 1 de junio de 2020;75(6):1334-57.