



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CASOS CLÍNICOS EN EL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
DURANTE EL INTERNADO MÉDICO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**CINDY CAROLA CALLE CARREÑO
PROCLO YEFFERSON PEREZ-PALMA RAMOS**

**ASESORA
DRA. NELLY BORRA**

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

**CASOS CLÍNICOS EN EL PRIMER Y TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN DURANTE EL INTERNADO MÉDICO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CINDY CAROLA CALLE CARREÑO
PROCLO YEFFERSON PEREZ-PALMA RAMOS**

**ASESORA
DRA. NELLY BORRA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E Jorge Luis Herrera Quispe

Miembro: M.E. Felipe Santiago Tolentino Valladares

Miembro: M.E. Hugo Ortiz Souza

DEDICATORIA

Cindy:

Este trabajo está dedicado a mis padres, quienes se han esforzado por hacer de mí la persona que soy, pero sobre todo a mis abuelos, Delia y Simón, quienes me vieron iniciar la carrera y soñaban con verme titulada, hoy no me acompañan físicamente, pero sé que nunca se irán de mi lado. Gracias por todo su apoyo incondicional.

Yefferson:

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se lo debo a ustedes, incluyendo éste último.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina interna	1
1.2 Cirugía general	5
1.3 Ginecología y Obstetricia	12
1.4 Pediatría	16
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	23
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	29
3.1 Medicina interna	29
3.2 Cirugía general	36
3.3 Ginecología y Obstetricia	43
3.4 Pediatría	48
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	55
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
FUENTES DE INFORMACIÓN	65

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo resaltar la importancia del internado médico para un estudiante de la salud, haciendo un contraste entre las prácticas clínicas previas a la pandemia y durante la pandemia, pudiendo identificar las principales deficiencias de este nuevo internado. Si bien es cierto el retorno al internado durante la pandemia fue limitado en diversos aspectos como el horario, la demanda de los pacientes, los exámenes físicos limitados, la relación médico – paciente, ello no significó que no sea provechoso, puesto que a diferencia de años anteriores, el interno fue introducido vez primera en el primer nivel de atención, y esto le servirá como requisito fundamental en su próxima labor como médico serumista. Se pudieron recopilar 16 casos clínicos de las 4 grandes especialidades, evidenciando algunas patologías de mayor relevancia médica; no obstante, el interno de medicina hubiese deseado tener la oportunidad de enfrentar a un mayor número de casos clínicos para afianzar más los conocimientos adquiridos durante los años de pre grado. Se concluye que si bien no ha sido el internado ideal al cual las generaciones pasadas de internos de medicina han estado acostumbradas, ello no ha sido impedimento para alcanzar conocimientos básicos como futuros médicos generales, ya sea en el primer o tercer nivel de atención. Finalmente, se sabe que el interno de medicina debe tener la capacidad de adaptarse a los diversos escenarios, puesto, que ello le servirá de mucho para poder lidiar con problemas similares en un futuro, ya sea como médico serumista, residente o asistente.

ABSTRACT

This work aims to highlight the importance of the medical internship for a health student, making a contrast between clinical practices prior to the pandemic and during the pandemic, being able to identify the main deficiencies of this new internship. Although it is true that the return to the medical internship during the pandemic was limited in various aspects such as the schedule, the demand of the patients, the limited physical examinations, the doctor-patient relationship, this did not mean that it was not profitable, since unlike previous years, the intern was introduced to the first level of care for the first time, and this will serve as a fundamental requirement in his next job as a in the rural service. It was possible to collect 16 clinical cases from the 4 major specialties, showing some pathologies of greater medical relevance; however, the medical intern would have liked to have the opportunity to face a greater number of clinical cases to further strengthen the knowledge acquired during the undergraduate years. It is concluded that although it has not been the ideal internship to which past generations of medical interns have been accustomed, this has not been an impediment to achieve basic knowledge as future general doctors, either in the first or third level of care. Finally, it is known that the medical intern must have the ability to adapt to the various scenarios, since this will be very useful to be able to deal with similar problems in the future, whether as in rural service, resident or assistant.

INTRODUCCIÓN

El médico durante ciclos ha cumplido un rol importante en la sociedad, el cual se ha visto enfatizado durante el contexto actual de pandemia. Una de las características principales del médico es el aprendizaje y entrenamiento continuo de sus destrezas, que no solamente se limitan a procedimientos médicos diagnósticos y/o terapéuticos sino también incluye la adquisición de habilidades comunicacionales que permiten dar una atención integral al paciente. La relación médico-paciente, considerada una piedra angular del acto médico, se consolida durante el internado de medicina, la cual permite al médico aproximarse al paciente para así poder conseguir dato fidedignos para una buena anamnesis, y por consiguiente, un mejor diagnóstico. La empatía desarrollada por esta relación, también trasciende como parte de la praxis médica, y será herramienta fundamental para ganar experiencia en el campo de ciencias de la salud.

Para poder concretar la formación en el ámbito médico en el Perú, se deben realizar 7 años de carrera dentro del pre-grado, del cual el séptimo año corresponde al internado médico, año de vital importancia en la formación del estudiante medicina.

El internado médico es un periodo obligatorio y fundamental donde se afianzan los conocimientos teóricos aprendidos durante los 6 años en la Facultad de Medicina Humana, y se adquieren nuevas competencias para la atención integral, individual y colectivamente en el ámbito de salud. Cabe resaltar que el internado médico es requisito fundamental para poder realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) en nuestro país, siendo de carácter indispensable. Asimismo, es considerado una etapa de transición en la cual el estudiante de medicina se prepara para lo que será su

vida profesional, alcanzando cualidades, valores y actitudes para ser parte del gremio médico.

El ciclo en el cual se elabora el internado de medicina humana abarca un periodo de 12 meses. Estos, a su vez, se subdividen en 4 rotaciones, cada una de 3 meses respectivamente. Dichas rotaciones incluyen: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría. Para el cumplimiento de las rotaciones mencionadas, el alumno de medicina al culminar el sexto año de la carrera deberá postular a una sede hospitalaria o clínica privadas y así conseguir una vacante respectiva. Se eligieron los hospitales del Ministerio de salud (MINSA) Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) como sedes hospitalarias para la realización de prácticas clínicas correspondientes al internado de medicina.

El 15 de marzo del 2020 debido a las políticas de confinamiento por la pandemia de la COVID-19, el internado médico quedó suspendido. Posteriormente, tras la emisión del documento técnico cuyo nombre es “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020” (1) se planificó el retorno de los internos de medicina a sus labores correspondientes, las cuales fueron modificadas en el decreto ya mencionado. Cabe resaltar que la reanudación de las actividades de los internos de medicina fue progresiva y voluntaria. Los estudiantes de medicina que decidieron reincorporarse debían firmar un consentimiento informado aceptando los nuevos lineamientos propuestos por el Decreto de Urgencia explicado. Dichas actividades se realizarían principalmente en establecimientos de salud, pertenecientes al primer nivel de atención, priorizando que estos establecimientos sean lo más cercano a los domicilios del interno de ciencias de la salud, evitando así mayor exposición.

El desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud será presencial, de los cuales asistirá continuamente 15 días al establecimiento de salud asignado, en áreas no-COVID, seguidos de 15 días de descanso. Tales así se crearon dos grupos de internos por cada mes. Dentro de los días laborales, los internos debieron acudir en un horario de 7:00 am a 13:00 pm de lunes a sábado. Además, de realizar una guardia diurna de 12 horas por

semana en áreas no COVID. De esta manera, las rotaciones clásicas de 3 meses, pasaron a ser de 2 meses, cubriendo así 30 días laborales por cada rotación restante. Por otro lado, hubo una serie de requisitos básicos para la reincorporación al internado médico, ello incluye la entrega de equipos de protección personal (EPP), realización de pruebas rápidas de COVID-19, tutores responsables que supervisen las actividades de los internos, designados por la universidad de procedencia de cada interno, entre otras más. Concomitante a ello, se permitieron realizar rotaciones externas en diferentes sedes hospitalarias, no dejando de lado, el tercer nivel de atención. Tras estos nuevos requisitos, los autores del presente informe de sustentación fueron reasignados en nuevas sedes: Centro de Salud Materno-Infantil (CSMI) “El Porvenir” y clínica Detecta.

El presente trabajo de suficiencia tiene como finalidad describir las experiencias recopiladas durante el último año de la carrera de medicina humana en el contexto COVID, así como también, detallar el proceso de adaptación y establecer diferencias entre el internado pre-pandemia e internado post-pandemia. Para así hacer comparaciones entre ambas situaciones y sirva como guía para las futuras generaciones de internos de medicina a partir de este momento.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico tiene un papel fundamental en la carrera todo estudiante de medicina humana, y tiene como finalidad consolidar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la etapa del pre-grado. Como parte del internado, el alumno desarrollará diversas destrezas que lo harán un mejor médico a futuro, ellas incluyen: la formación en las habilidades del conocimiento y la praxis médica, una gran iniciativa por la investigación científica producto de toda la experiencia recopilada, un gran sentido de diferenciación, y adquirir un correcto desempeño en lo profesional y una gran responsabilidad al lidiar con pacientes como parte de una iniciativa propia. En síntesis, el internado proporciona las herramientas necesarias para incluir al alumno interno al ámbito profesional, y así pueda aprovechar los avances científicos, teóricos, prácticos y tecnológicos; y comprender que la interrelación es fundamental para lograr buenas habilidades como médico general.

1.1 Medicina interna

Caso 1

Tiempo de enfermedad: 1 mes.

Signos y síntomas principales: cefalea.

Paciente mujer de 55 años de edad, sin antecedentes de importancia clínica, acude a consulta externa por presentar cefalea (intensidad 5/10) en región frontal. Ocupación: ama de casa.

- Antecedentes familiares: Madre con diagnóstico de HTA (+).

- Examen físico:
 - Funciones vitales: PA: 140/90 mmHg FR: 18 Sat: 97%
FC: 120 lpm T: 36,7 ° C
 - Antropometría: Peso: 65 kg Talla: 1,58 IMC: 26
 - Examen físico: sin hallazgos contributorios.

Con los siguientes datos se plantea el diagnóstico presuntivo de hipertensión arterial, motivo por el cual se solicita una 2da consulta externa para confirmar el diagnóstico de HTA, mientras se le da enalapril de 10 mg 1 vez al día.

Caso 2

Tiempo de enfermedad: 2 horas.

Signos y síntomas principales: cefalea, palpitaciones, diaforesis y mareos. Paciente varón de 63 años de edad, con tratamiento irregular de HTA y diagnóstico de Diabetes Mellitus hace 5 años que es tratado regularmente con metformina. Acude a emergencia del HNAL por presentar cefalea intensa (EVA: 8/10) holocraneana, diaforesis, mareos y palpitaciones.

- Medicación actual: IECA + hidroclorotiazida
- Examen físico:
 - Funciones vitales: PA= 200/120 mmHg FR= 20 SatO2%: 97%
FC: 130 lpm T: 36,8° C
 - Examen físico preferencial:
 - Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, aumentados en frecuencia e intensidad. No se auscultan soplos.
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No se auscultan ruidos agregados.
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación.

En la emergencia del HNAL se hace el diagnóstico presuntivo de crisis hipertensiva: D/C urgencia VS emergencia hipertensiva.

Como exámenes auxiliares se solicita un electrocardiograma (EKG) y reevaluar de acuerdo a los resultados, mientras inicia con un IECA vía oral (captopril). La lectura del EKG no reveló cambios importantes.

Caso 3

Tiempo de enfermedad: 3 días.

Signos y síntomas principales: disuria y polaquiuria.

Paciente mujer de 32 años de edad, sexualmente activa con nueva pareja desde hace 1 mes, acude a consultorio externo de centro de salud por disuria y polaquiuria, asociado a orinas “muy cargadas y mal olientes” en varias ocasiones. Niega sensación de alza térmica, dolor lumbar, náuseas y vómitos. Paciente refiere que suele usar ropa interior sintética, y tiene como ocupación un puesto de verduras en el mercado, lo cual le demanda mucho tiempo en su negocio, y no le permite acudir a los servicios higiénicos cuando existe deseo de micción. Niega flujo vaginal.

- Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg FR: 14 Sat: 97% FC: 85 lpm T: 36,8° C
- Examen físico preferencial:
 - Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados.
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible, no doloroso a la palpación.
 - Genitourinario: PPL (-) y PRU (-)

Con los datos siguientes, se plantea un diagnóstico presuntivo de una ITU no complicada (cistitis aguda), motivo por el cual se solicita un examen completo de orina, el cual reveló nitritos (+), estereasa (+) y 10 leucos x campo, confirmando así nuestro diagnóstico presuntivo. Por lo cual daremos amoxicilina/clavulánico 500 mg cada 8 horas por 5 días.

Caso 4

Tiempo de enfermedad: 4 días.

Signos y síntomas principales: Disuria, polaquiuria, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos, hematuria.

Paciente mujer de 23 de años, sin antecedente patológico de importancia, que acude al servicio de emergencia del HNAL por presentar disuria, polaquiuria desde hace 4 días. 2 días antes del ingreso refiere fiebre cuantificada de 39,1°C asociado a escalofríos, náuseas, vómitos y malestar general. El día del ingreso, la paciente presenta hematuria, motivo por el cual acude a la emergencia del HNAL.

- Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg FR:16 Sat: 98 % FC: 130 lpm T: 39,1°C
- Examen físico preferencial:
 - Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
 - Tórax y pulmones: MV pasa bien en AHT. No ruidos agregados.
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible, no doloroso a la palpación.
 - GU: PPL (+) bilateral y PRU (-).

- Exámenes auxiliares:

- Hemograma completo: Hb de 13,6 g/dL, leucocitos 18 000, bastonados > 5 %. Plaquetas: 213 000
- Urea: 27
- Creatinina: 0,84
- Electrolitos: Na en 133, K en 4, Cl en 99.
- Exámenes de orina: pH de 6, nitritos (-), hematíes >100 por campo. Se solicita urocultivo antes de empezar con antibiótico terapia empírica.

1.2 Cirugía general

Caso 1

Tiempo de enfermedad: 8 horas.

Signos y síntomas principales: dolor abdominal, hiporexia, fiebre, náuseas y vómitos.

Paciente varón de 40 años de edad, acude a la emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo por presentar dolor tipo cólico de moderada intensidad en hipogastrio desde hace 8 horas asociado a hiporexia y malestar general. Con el transcurso de las horas, el dolor fue aumentando en intensidad, siendo de 8/10 según escala de EVA, y se irradió a fosa iliaca derecha. 2 horas antes de su ingreso, presentó fiebre de 38,7 C° con náuseas y vómitos.

El examen físico nos revela los siguientes datos al ingreso:

- Funciones vitales:
 - PA: 120/80 mmHg FC: 120 lpm FR: 22 T°: 39,1 °C Sat: 98 %
- Examen físico preferencial:
 - Se evidencia un abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos (+), doloroso a la palpación profunda y superficial en hemiabdomen inferior izquierdo. Signo del rebote (+). Signo de McBurney (+).

Con los datos anteriores, clínicamente nuestro paciente obtiene un puntaje de 7 en la escala de Alvarado, razón por la cual es sometido a una serie de exámenes auxiliares que incluyen: hemograma completo, examen de orina, glucosa, úrea, creatinina, perfil hepático, grupo y factor sanguíneo. Siendo lo más relevante que en el hemograma completo se nos revela una leucocitosis con desviación izquierda, el resto de exámenes en sus valores normales.

Tras los resultados de laboratorio y la clínica relatada durante el examen físico y la anamnesis, se plantea el diagnóstico presuntivo de una apendicitis aguda. Posteriormente, se procede a solicitar los riesgos quirúrgicos cardiológicos, neumológicos y de anestesiología puesto que nuestro paciente será candidato a una apendicectomía laparoscópica. Para lo cual el paciente recibe antibióticoterapia profiláctica con ceftriaxona y metronidazol.

- Reporte operatorio: incluye los siguientes datos.
 - Diagnóstico pre-operatorio: apendicitis aguda.

- Diagnóstico post-operatorio: apendicitis aguda flemonosa.
- Operación realizada: apendicectomía laparoscópica
- Hallazgos: apéndice cecal de 7 cm x 1 cm flemonosa en toda su extensión con fibrina, posición paracecal externa. Base cecal indemne y ciego fijo.

Tratamiento post-operatorio: como el diagnóstico post-operatorio fue una apendicitis aguda flemonosa, solamente se le da analgésicos porque son consideradas apendicitis no complicadas.

Caso 2

Tiempo de enfermedad: 3 días.

Signos y síntomas principales: dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Paciente mujer de 45 años de edad, obesa (IMC: 31), sin antecedentes de importancia clínica, acude a la consulta de urgencias y emergencias del centro de salud "El Porvenir" por presentar un dolor tipo cólico de inicio súbito y curso progresivo, localizado en epigastrio que luego se irradia a hipocondrio derecho con una moderada intensidad (EVA 7/10), asociado a náuseas y vómitos de carácter bilioso. El dolor mencionado incrementa con el consumo de comidas abundantes. Se administra analgésicos y antiinflamatorios. Tras la mejoría del dolor, se le da de alta al paciente con analgésicos y una orden de ecografía abdominal para su próxima cita en el establecimiento de salud, con diagnóstico de cólico biliar simple.

A las 72 horas, la paciente acude nuevamente al centro de salud debido a que el dolor en hemiabdomen inferior izquierdo se intensifica, y no cede con la anestesia prescrita. Paciente trae consigo su ecografía que reveló las siguientes conclusiones:

- Vesícula biliar distendida con engrosamiento de la pared de 4 mm, edematosa con doble contorno. Presencia de un cálculo de 1 cm en el conducto cístico, y signo de Murphy ecográfico positivo (+).

Rápidamente se hace la referencia de la paciente al Hospital Nacional Dos de Mayo, donde es admitida por emergencia, y a su llegada presenta náuseas y vómitos, fiebre cuantificada de 38,5 C ° y una taquicardia de 125 latidos por minuto.

En la exploración física se evidencia dolor a la palpación en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo (+). Se procede a realizar exámenes de

laboratorio pidiéndole un hemograma completo, perfil hepático (bilirrubinas totales, directa e indirecta; transaminasas, fosfatasa alcalina, etc.), examen de orina, glucosa, urea y creatinina. Media hora después, los exámenes de laboratorio revelaron lo siguiente:

- Hemograma completo: leucocitosis de 15 000 células/mm³ con desviación izquierda.
- Perfil hepático: hiperbilirrubinemia directa y aumentos discretos de las transaminasas y fosfatasa alcalina.

Ante la sospecha de una colecistitis aguda, la paciente es evaluado por el equipo de Cirugía de emergencia, y es candidata a colecistectomía de emergencia. El ASA de nuestra paciente es de II. Y media hora antes del acto quirúrgico fue cubierta con antibióticos profilácticos (una cefalosporina de 3ra generación).

- Reporte operatorio: incluye los siguientes datos.
 - Diagnóstico pre-operatorio: Colecistitis aguda calculosa.
 - Diagnóstico post-operatorio: Colecistitis aguda calculosa.
 - Operación realizada: Colecistectomía laparoscópica.
 - Hallazgos: plastrón conformado por epiplón el cual se desarma con facilidad. Vesícula biliar de aproximadamente 10x8x6 cm de paredes engrosadas. Cístico engrosado de aproximadamente 5 mm de diámetro. Arteria cística de \pm 1,5 mm.
- Manejo post-operatorio: como el diagnóstico post-operatorio fue de una colecistitis aguda calculosa, se recomienda cubrir los 7 días posteriores al acto quirúrgico con antibióticos por 7 días (ceftriaxona y metronidazol) más analgésicos.

Caso 3

Tiempo de enfermedad: 1 año.

Forma de inicio: insidioso.

Signos y síntomas principales: dolor en hipocondrio derecho y dispepsia.

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, soltera, procedente de Lima, acude a hospitalización debido a que hace aproximadamente un año presenta frecuentes dolores abdominales tipo cólico en hipocondrio derecho, los cuales en diversas oportunidades la han obligado a acudir a los servicios de

emergencia ya que el dolor no cedía a los analgésicos (ketoprofeno), además el dolor se asociaba dispepsia a grasas, motivo por el cual acudió a Gastroenterólogo quien solicitó una ecografía de abdomen superior donde se evidenció litiasis vesicular, motivo por el cual la paciente es derivada a la especialidad de Cirugía General, especialista la evalúa y propone tratamiento quirúrgico debido a los múltiples episodios de cólicos biliares, los cuales eran aproximadamente entre 3 – 4 veces al mes.

- Antecedentes patológicos: Asma bronquial durante la infancia (última crisis asmática hace 20 años), infección COVID-19 en mayo 2020
- Antecedentes quirúrgicos: apendicetomía a los 14 años
- RAM: niega
- Examen físico:
 - Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg FC: 70 Imp FR: 15 T: 36.2° Sat: 99 %
 - Peso: 66 kg Talla: 1.61 IMC: 25.48
 - Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos.
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, adecuados en frecuencia e intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, timpánico, no doloroso a la palpación.
 - Genitourinario: PPL (-).
 - SNC: Paciente lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow: 15/15, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica:

- Síndrome doloroso abdominal: Colecistitis crónica calculosa
- Sobrepeso

Plan de trabajo:

- Riesgo anestesiológico
- Riesgo cardiovascular
- Perfil pre quirúrgico

- Examen de orina
- Radiografía de tórax

Riesgo pre anestésico:

- Analítica:
Hemoglobina/hematocrito: 14/43.2, plaquetas: 265 000, grupo y factor RH: B positivo, glucosa: 92, úrea: 32, creatinina: 0,88, pruebas serológicas Hepatitis B, VIH, RPR, VDRL: no reactivo.
- Examen de orina no patológico
- Mallampati: II
- ASA: II/IV

Se realiza procedimiento quirúrgico de colecistectomía laparoscópica con la técnica americana en la cual se evidenció vesícula biliar con múltiples adherencias y cálculos en bacinete. El sangrado intraoperatorio fue de 10 cc y se envió la pieza operatoria, vesícula biliar, a patología. Previo al acto quirúrgico se dio tratamiento antibiótico profiláctico.

Paciente toleró el acto quirúrgico satisfactoriamente y tuvo una evolución favorable, siendo dado de alta al día siguiente de la cirugía con control por consultorio externo en una semana.

En consultorio externo el paciente se encontraba estable, con leve dolor en heridas operatorias, tolera vía oral. En la anatomía patológica se confirmó el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa.

Caso 4

Tiempo de enfermedad: 1 año.

Forma de inicio: Brusco.

Paciente varón de 63 años de edad, casado, procedente de Mala, que trabajaba como obrero en el sector de construcciones. Refiere aparición de masa abdominal desde hace aproximadamente 1 año que se acompaña de dolor abdominal difuso. Dicha masa suele protruir y es dolorosa, y en un inicio solía desaparecer espontáneamente pero ahora requiere de que el paciente la “introduzca de nuevo”. El defecto mencionado se ubica en la región inguinal derecha, suele aparecer durante el día cuando se realizan las actividades cotidianas y desaparece durante la noche al momento del reposo. La masa

ha ido creciendo con el transcurso de los meses, inicialmente era de aproximadamente 3x3 cm, siendo ahora de unos 6x6 cm.

- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- Examen físico:
 - Examen físico: PA: 120/60 mmHg FC: 83 lpm FR: 16 T: 36.6°
Sat: 97 % Peso: 79 kg Talla: 1.67 IMC: 28.41
 - Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
 - Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, adecuados en frecuencia e intensidad, no se auscultan soplos
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, timpánico, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Se le pide al paciente que puje, maniobra de Valsalva, y protruí una masa en región inguinal derecha que se redujo espontáneamente. Se realizó la maniobra de Edward Wyllys Andrews la cual indicó que se trataba de una hernia inguinal indirecta. Se le pide al paciente que se ponga en bipedestación y se pudo evidenciar masa de aproximadamente 6 x 6 cm en región inguinal derecha, la cual podía reducirse manualmente.
 - Genitourinario: PPL (-)
 - SNC: Paciente lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow: 15/15, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica:

- Hernia inguinal derecha.
- Sobrepeso.

Con la impresión diagnóstica de hernia inguinal que causaba malestar en el paciente, cirujano indica la opción de reparación quirúrgica de la hernia mediante laparoscopia, la cual el paciente acepta.

Plan de trabajo:

- Riesgo anestesiológico
- Riesgo cardiovascular
- Perfil pre quirúrgico
- Examen de orina
- Radiografía de tórax

Riesgo pre anestésico:

- Analítica:
Hemoglobina/hematocrito: 16.4/49.6, plaquetas: 350 000, grupo y factor RH: O positivo, glucosa: 110, úrea: 45, creatinina: 1.1, pruebas serológicas Hepatitis B, VIH, RPR, VDRL: no reactivo.
- Examen de orina no patológico
- Mallampati: II
- ASA: II/IV

Se realiza procedimiento quirúrgico que consistió en realizar una hernioplastia laparoscópica con la técnica TAPP (laparoscopia transabdominal preperitoneal) durante la cual se colocó una malla de polipropileno de 15 x 10 cm para reparar el defecto de pared que se presentaba. El paciente toleró de manera satisfactoria el acto quirúrgico, posteriormente estuvo en la unidad de recuperación post anestésica donde permaneció aproximadamente 2 horas para luego ser trasladado a hospitalización. El paciente no tuvo ninguna complicación durante su estancia hospitalaria y fue dado de alta al día siguiente de la cirugía con analgésico (ketoprofeno) y con cita dentro de una semana para control y retiro de puntos.

Acude a consultorio una semana luego de la cirugía y el paciente se encontraba en buen estado general, no refería molestias, toleraba adecuadamente la vía oral. Se retiran los puntos y se examinan las heridas operatorias, las cuales se encontraban sin signos de flogosis. Paciente es dado de alta y se le indica que ante cualquier eventualidad acuda por consultorio externo.

Para poder llegar a un diagnóstico definitivo y poder guiar adecuadamente la terapéutica en cada caso clínico, ha sido fundamental afianzar los conocimientos que hemos ido adquiriendo en el pregrado como estudiantes de medicina, empezando por realizar una buena anamnesis, que incluye el

saber orientar el relato cronológico sobre la enfermedad que aqueja al paciente, haciendo hincapié en sus antecedentes fisiológicos y patológicos como parte de una buena historia clínica. Además, estos datos recopilados en la anamnesis se complementan con un examen físico que irá orientada hacia nuestra sospecha diagnóstica sin dejar de lado la unidad clínica. Siguiendo esta secuencia podemos llegar a un diagnóstico presuntivo o en algunas ocasiones hasta de un diagnóstico definitivo. Para confirmar este diagnóstico presuntivo se pueden solicitar exámenes auxiliares que nos permiten confirmar el diagnóstico en el cual estamos sospechando. Todas estas habilidades, tanto prácticas como teóricas, se han ido adquiriendo a lo largo de estos años, sobre todo, al momento de interactuar con los pacientes, quienes son nuestra principal fuente de información. Es por ello, que resaltamos nuevamente la importancia de la praxis médica dentro del internado de medicina.

1.3 Ginecología y Obstetricia

Caso 1

Tiempo de enfermedad: 2 meses.

Signos y síntomas principales: masas inguinales, dermatosis, dolor. Paciente varón de 55 años de edad, acude a consultorio externo del CSMI “El Porvenir” por presentar una dermatosis diseminada en miembro inferior izquierdo que se extiende hasta genitales, especialmente en la región inguinal y parte del prepucio. Paciente refiere que a nivel de la ingle, le han aparecido cuatro “bolitas” muy dolorosas que limitan su actividad diaria. Dichas lesiones mencionadas aparecieron dos meses atrás, inicialmente como un grano no doloroso, que se inflamó y terminó provocando las lesiones descritas.

- Antecedentes: Paciente refiere tener múltiples parejas sexuales y haber sostenido contacto sexual dos semanas antes del inicio de la dermatosis.
- Antecedentes patológicos: niega enfermedades.
- Antecedentes quirúrgicos: niega intervenciones quirúrgicas.
- Ocupación: desempleado, viudo.

Al examen físico preferencial se evidenciaron 4 adenopatías unilaterales izquierdas, con cambios de coloración de la piel (rojo-violáceo) y dolorosas a la palpación. El resto de aparatos y sistemas sin alteraciones.

Con la anamnesis descrita más el examen físico relatado, se hizo el diagnóstico presuntivo de síndrome de bubón inguinal, que fue tratado con doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 21 días.

Caso 2

Tiempo de enfermedad: 1 semana.

Signos y síntomas principales: flujo vaginal blanquecino, prurito vulvar.

Paciente mujer de 34 años de edad, casada, con 4 hijos, todos nacidos por parto vaginal, acude a consultorio externo por presentar, desde hace 1 semana, flujo vaginal blanquecino asociado a prurito intenso. Refiere además que anteriormente ha presentado un episodio de similares características.

- Antecedentes patológicos: 1 episodio previo de flujo vaginal.
- Antecedentes quirúrgicos: niega.
- RAM: niega
- Método anticonceptivo: niega
- Antecedentes obstétricos: G6 P4024
- Al examen físico preferencial:
 - Génito-urinario: A la especuloscopia se evidencia abundante flujo blanquecino adherido a las paredes vaginales, de tipo algodonoso, además se evidencia edema y excoriaciones.

Tanto como con la anamnesis como con el examen físico se deduce que estamos ante un síndrome de flujo vaginal que debido a las características que se mencionan nos orientan hacia una candidiasis vaginal como probable etiología, que fue tratada con óvulos de butoconazol cuyas indicaciones fueron 1 óvulo cada 24 horas por 3 días consecutivos. Para este caso no se solicitaron exámenes auxiliares para confirmar el diagnóstico.

Caso 3

Paciente mujer de 44 años de edad soltera procedente de Lima. Anamnesis: Paciente refiere que hace más de 10 años le diagnosticaron de

miomatosis uterina, para lo cual se le realizó una miomectomía laparoscópica. Tras cirugía paciente se realiza chequeos anuales dentro de los cuales se incluía ecografía transvaginal, hace 2 años le informan que presentaba miomas pero al no presentar sintomatología no le da importancia. Seis meses antes del ingreso paciente presenta dismenorrea, menometrorragia, polaquiuria, asociado a ello hace más de un año tiene deseos de gesta sin obtener resultado, motivo por el cual acude a consultorio donde le indican una ecografía transvaginal evidenciándose múltiples miomas uterinos que explicarían sintomatología descrita. Paciente acude a clínica para una miomectomía convencional debido a que presenta deseos de gestación.

- Antecedentes de importancia: niega
- Antecedentes quirúrgicos: miomectomía en el 2010
- Menarquia: 9 años
- Antecedentes familiares: hermana con miomatosis uterina
- Examen físico preferencial:
 - Funciones vitales: PA: 120/80 mmHg FC: 82 lpm FR: 18
T°: 36.5° Sat: 98 %
 - Peso: 81 kg Talla: 1.51 cm IMC: 35.5
 - Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor de 2 segundos
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se auscultan soplos. Se palpan pulsos periféricos.
 - Abdomen: Globuloso en hemiabdomen inferior, ruidos hidroaéreos presentes, timpánico, se palpan tumoraciones en hipogastrio.
 - SNC: paciente orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15.

Paciente acude a hospitalizarse con exámenes pre quirúrgicos: hemoglobina: 9.3 g/dL, grupo y factor: O positivo, glucosa en ayunas: 96,

urea: 26, creatinina: 0.59, pruebas de hepatitis B, RPR, VIH, VDRL: no reactivas, prueba de hisopado antigénico para covid-19: no reactivo.

Además, cuenta con evaluación pre anestésica: ASA II/IV

Impresión diagnóstica:

- Hemorragia uterina anormal: miomatosis uterina.
- Anemia moderada.

Se realiza cirugía inicialmente planteada, miomectomía convencional, dentro de la cual los hallazgos operatorios fueron:

- 58 miomas intramurales, submucosos y subserosos.
- Focos endometriósicos.
- Epiplon adherido a útero, ovarios, recto y vejiga.

Durante el acto quirúrgico hubo un sangrado de aproximadamente 2 litros, motivo por el cual se le transfundieron 2 paquetes globulares durante la cirugía, evitando así una descompensación hemodinámica de la paciente. Al día siguiente, debido a que paciente presenta taquicardia asociada a palidez, mareos y debilidad general, se realiza un control de hemoglobina encontrándose en 6.9 g/dL motivo por el cual se transfunde un paquete globular más, además se indica control de funciones vitales cada 4 horas y ampollas de ferinject (carboximaltosa de hierro). A los 2 días se indica alta con indicaciones con una hemoglobina de 7.8 motivo por el cual asociado a analgésicos se indica hierro polimaltosado con control por consultorio en una semana.

Caso 4

Tiempo de enfermedad: 2 semanas

Signos y síntomas principales: Dolor abdominal bajo, dispareunia, flujo vaginal

Paciente mujer de 30 años acude a consultorio externo por presentar dolor abdominal bajo a predominio de hipogastrio, asociado a dispareunia en las últimas 2 semanas. Refiere dos episodios de fiebre, uno ayer de 38 °C, y hoy llega a los 39 °C con incremento de dolor pélvico, con una escala de EVA 7/10. Asimismo, refiere flujo vaginal verde grisáceo con mal olor desde hace 3 semanas.

- Filiación: Paciente mujer de 30 años, conviviente, católica, natural y procedente de Lima.

- Antecedentes personales: menarquía a los 11 años y su primera relación sexual fue a los 16 años. Andría: 3.
- Antecedentes patológicos: niega.
- Fórmula obstétrica: G2 P2002
- Tercera pareja inestable por consumo de licor, con violencia familiar en más de una oportunidad.
- Métodos anticonceptivos: inyectables mensuales.

Con lo expuesto en el caso clínico anterior, se presume que estamos ante un probable diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, que pertenece al síndrome doloroso abdominal bajo, que fue tratada con antibióticos: ciprofloxacino 500 mg VO en dosis única + doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 14 días + metronidazol 500 mg VO cada 12 horas durante 14 días; además, de brindarle al paciente información y el uso de las 4 C, que incluye consejería, cumplimiento del tratamiento, tratamiento también para los contactos y provisión de condones (preservativos).

1.4 Pediatría

Caso 1

Tiempo de enfermedad: 3 días

Signos y síntomas principales: deposiciones líquidas, vómitos, sensación de alza térmica

Lactante varón de 8 meses de edad es traído a consultorio externo por su madre, por presentar desde hace 3 días deposiciones líquidas de aproximadamente 3-4 cámaras al día que rebasan el pañal, sin moco y sin sangre. Desde ayer, ha presentado vómitos post prandiales (2-3 veces al día) y sensación de alza térmica no cuantificada.

- Funciones biológicas:
 - Sed: aumentada
 - Apetito: disminuido
 - Orina: normal.
 - Sueño: conservado
 - Deposiciones: las descritas en la anamnesis.

- Peso: no recuerda el peso previo.
- Niega medicación habitual
- Antecedentes perinatales de importancia:
 - Parto eutócico a término al nacer: 3,2 kilos. Alta conjunta
 - Lactancia materna exclusiva.
 - Alimentación complementaria desde los 6 meses.
 - Vacunas completas para la edad
- Antecedentes patológicos:
 - No es alérgico a ningún medicamento.
 - Niega hospitalizaciones previas
- Antecedentes epidemiológicos:
 - Acude a guardería hace 1 mes
- Familiares enfermos en casa desde la semana pasada con síntomas de resfriado común: congestión nasal, rinorrea y estornudos
- Examen físico:
 - Funciones vitales: FC: 110 lpm FR: 20 T: 36,5 °C
SatO2%: 98 % Peso: 8,5 kg Talla: 70 cm
 - Despierto, activo, reactivo conectado con el entorno.
 - Ojos no hundidos, presencia de llanto con lágrimas.
 - Piel y mucosas: mucosas húmedas, llenado capilar menor de 2 segundos. Signo de pliegue negativo (-).
 - Cuello: no adenopatías ni presencia de masas.
 - Orofaringe: no congestiva, no eritematosa.
 - Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
 - Neurológico: no irritable, no signos de focalización.

Con los datos corroborados tanto en la anamnesis como en el examen físico planteamos el diagnóstico de una enfermedad diarreica aguda (EDA) sin signos de deshidratación que fue tratada con suero de rehidratación oral, por cada pérdida: 10 ml/kg por cada vómito y 5 ml/kg por cada diarrea, y una consejería sobre la alimentación a la madre. Finalmente, se le explica los signos de alarma a la responsable del paciente, en caso se presenten, pues que vuelva a acudir al establecimiento de salud.

Caso 2

Tiempo de enfermedad: 2 días

Paciente de 8 años de edad de sexo masculino es traído por emergencia por su madre debido a que desde hace 2 días, de manera súbita, paciente presenta deposiciones líquidas con moco y sin sangre con frecuencia de 4 a 5 cámaras asociado a dolor abdominal tipo cólico de intensidad 7/10. Madre refiere que un día antes del ingreso paciente presentó alza térmica no cuantificada y persistencia de deposiciones líquidas asociado a hiporexia. El día del ingreso paciente persiste con sintomatología motivo por el cual acude al servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

- Antecedentes patológicos: Asma
- Antecedente epidemiológico: Niega familiares con sintomatología similar, niega comidas fuera de lo habitual
- Examen físico:
 - Funciones vitales: FC: 120x FR: 25x T: 38°
 - Antropometría: Peso: 25 kg Talla: 123 cm
 - Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, signo del pliegue negativo
 - Mucosa oral seca, ojos poco hundidos
 - Orofaringe: no congestiva
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, adecuados en frecuencia e intensidad, no se auscultan soplos.
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos aumentados, blando y depresible, doloroso a la palpación profunda a predominio de mesogastrio.

- SNC: Orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow: 15/15
- Ampliación: Madre de paciente refiere no recordar el peso previo de su menor hijo.

De acuerdo con la anamnesis y el examen físico se estaría frente al caso de una EDA de tipo acuosa con signos de deshidratación leve a moderado, motivo por el cual se decide iniciar tolerancia oral en la emergencia bajo supervisión médica con suero de rehidratación oral, se le explica a la madre que le vaya dando $\frac{1}{4}$ de vaso cada 10 minutos por $\frac{1}{2}$ hora, y de no tolerarlo avisar al médico encargado, al presentar fiebre se da paracetamol en jarabe. Al tolerar adecuadamente la vía oral tolerar durante dos 30 minutos se le da de alta al paciente explicándole signos de alarma e indicando que debe continuar con el suero de rehidratación oral mientras persista la diarrea, por cada diarrea debe tomar un vaso de suero de rehidratación oral. Además, se le indica que tome un pro biótico por 3 días.

Caso 3

Tiempo de enfermedad: 7 días

Signos y síntomas principales: rinorrea, febrícula y dificultad respiratoria, Lactante menor de 1 mes y 15 días de sexo femenino es traída por emergencia por su madre debido a que desde hace una semana lactante presenta rinorrea motivo por el cual es llevada a centro de salud donde le indican “rinobebé” y le explican que se trataba de un proceso viral. Cuatro días antes del ingreso, presenta febrícula de 37.5 °C, motivo por el cual madre lleva nuevamente a su menor hija a centro de salud donde le indican que si presenta de 38 a más de temperatura le dé paracetamol en gotas. Un día antes del ingreso, por persistencia de sintomatología madre decide llevar a lactante menor por emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño donde le indican que se trataba de un proceso viral y que continúe con las indicaciones de la posta. Al llegar a su domicilio, lactante pese a paracetamol persistía con temperatura de 38°C y madre nota que su menor hija no respiraba adecuadamente, refiere que veía que “su pecho se hundía”, motivo por el cual acude por emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

- Antecedentes perinatales de importancia:

- Parto eutócico a término con un peso de 3.400 kg al nacer. Alta

conjunta

- Lactancia artificial porque madre refiere no tener leche y que lactante no succionaba bien
- Vacunas hasta el momento completas
- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedente epidemiológico: niega familiares con sintomatología similar
- Examen físico:
 - Funciones vitales: FC: 160x FR: 65x T: 38.6° Sat: 92%
 - Antropometría: Peso: 5.100 kg Talla: 56 cm
 - Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos
 - Orofaringe: ligeramente congestiva, no placas purulentas
 - Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, aumentados en frecuencia, no se auscultan soplos.
 - Tórax y pulmones: Se observan tirajes intercostales, no se evidencia disbalance toracoabdominal ni cianosis, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, se auscultan sibilantes difusos en ambos hemitórax.
 - Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible
 - SNC: Irritable, activo, conectada con entorno.

Con los datos obtenidos mediante la anamnesis y el examen físico se sospecha de un síndrome obstructivo bronquial (SOB) a descartar una bronquiolitis, motivo por el cual se decide hospitalizar a la paciente, solicitándole un hemograma completo y una radiografía de tórax.

En el hemograma se obtienen valores normales y en la radiografía de tórax se observa horizontalización de las costillas que traducen atrapamiento aéreo y engrosamiento peribronquial que son compatibles con la sospecha diagnóstica. La paciente al llegar con saturación en 92% se le da soporte ventilatorio con cánula binasal a 2 litros manteniendo una saturación de 97%, al día siguiente al observar mejoría clínica se disminuye el aporte oxigenatorio a 1 litro, la fiebre aún persistía. A los 2 días de hospitalización se le retira el oxígeno llegando a alcanzar una saturación de 96% y para este día la fiebre cedió, y el paciente se encontraba clínicamente estable, motivo por el cual

queda en observación y de pasar el día sin fiebre se le daría de alta al día posterior. Al tercer día paciente persiste asintomática por lo cual se decide darle de alta.

Caso 4

Tiempo de enfermedad: 3 días

Signos y síntomas principales: Odinofagia, alza térmica, malestar general, hiporexia

Paciente mujer de 6 años de edad, es traída a consultorio externo junto a su madre. La madre refiere un tiempo de enfermedad de 3 días, de inicio súbito y curso progresivo. El cuadro clínico se caracteriza por malestar general, asociado a hiporexia, alza térmica cuantificada (38,2 °C) y odinofagia. Niega tos, coriza, vómitos, náuseas o diarreas.

-Funciones biológicas:

- Sed: normal.
- Apetito: disminuido.
- Orina: normal.
- Sueño: conservado
- Deposiciones: 2-3 veces por día, normales. No cambios en la frecuencia ni consistencia.

-Antecedentes patológicos:

- No es alérgico a ningún medicamento.
- Niega hospitalizaciones previas

-Antecedentes epidemiológicos:

- Contacto TBC (-)
- Viajes (-)

-Examen físico:

- Funciones vitales:
FC: 100 lpm FR: 18 T°: 39,1 °C SatO2%: 98 % Peso: 20 kg
Talla: 110 cm
- Piel: Tibia, hidratada y elástica, con llenado capilar menor de 2 segundos. No se observa ictericia ni cianosis.
- Cuello: se palpa adenopatía unilateral derecha de 2 cm de diámetro, dolorosa, móvil y blanda.

- Orofaringe: amígdalas aumentadas de tamaño, eritematosa con exudados y petequias en ambos pilares anteriores.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales ni tirajes.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso.
- Neurológico: Conectado con el entorno, activo.

Con los datos recopilados tanto en la anamnesis como en el examen físico, planteamos como diagnóstico probable una farigoamigdalitis (FAGA), que según la escala de Centor, nuestra paciente tiene 5 puntos, estando así ante una FAGA de probable origen bacteriano. La cual fue tratada con amoxicilina 500 mg vía oral (VO) cada 12 horas por 10 días y paracetamol (de 120 mg/5ml) 12,5 ml cada 6 horas condicional a dolor y/o fiebre.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La rotación de Medicina Interna se desarrolló en las instalaciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir”. El Hospital Nacional Arzobispo Loayza pertenece al III nivel de atención, ubicado en la Av. Alfonso Ugarte 848 Lima – Perú. Este hospital contaba con 5 pabellones de hospitalización de la especialidad subdivididos en 2, la rotación se realizó en el pabellón 3-II que contaba con 30 camas para paciente mujeres que venían ya sea de emergencia o consultorio externo. Dentro las patologías más frecuentes tratadas en dicho servicio estaban las complicaciones de enfermedades como hipertensión arterial y diabetes mellitus (agudas y crónicas), además de insuficiencia respiratoria y sepsis. Las guardias se hicieron dentro del servicio de emergencia de la especialidad mencionada. Durante la pandemia, el servicio descrito pasó a ser un pabellón para pacientes con COVID-19. Por otro lado, el Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir” de categoría I-4 que pertenecen a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro, ubicado en Jirón Sebastián Barranca 982, correspondiente al distrito de La Victoria. El centro de salud, por pertenecer al primer nivel de atención, tiene bajo su disposición la jurisdicción de La Victoria, abarcando así 32 sectores que tienen la gran parte de éste distrito mencionado como población objetivo. Cabe resaltar que por ser un establecimiento de salud I-4 proporciona las siguientes unidades de productoras de servicios de salud: consulta externa, laboratorio clínico y farmacia. A continuación se mencionará las principales actividades de atención directa y de atención de soporte en un establecimiento de salud de categoría I-4 (2), que son las siguientes:

- Atención de urgencias y emergencias.
- Referencias y contrarreferencias.
- Vigilancia epidemiológica
- Registros de la atención de salud e información
- Salud ambiental y ocupacional

Paralelamente, se realizan actividades como acciones de salud ambiental en la comunidad, nutrición integral, salud familiar y comunitaria, atención de gestantes en periodo de parto. Intervenciones de cirugía por consultorio externo (incluye sutura de heridas o curación de una herida), ecografías y radiografías.

Con respecto a la rotación de Medicina Interna, el centro de salud cuenta con dos tópicos de consulta externa, a cargo de un médico general, de tal forma que hacemos un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades más comunes como HTA, Diabetes Mellitus, dislipidemias, gastritis, entre otras patologías.

Resaltar la importancia del primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud, con una serie de recursos aptos de acuerdo a su nivel de categorización, prestando una cartera de servicios disponibles para las necesidades y demandas de una población en específico, basados en la prestación de servicios de salud en calidad, eficiencia y equidad. En este nivel, se desarrollan fundamentalmente actividades de promoción de la salud y protección específica (prevención primaria), diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (prevención secundaria) de las patologías más frecuentes (3). Aquellas patologías que necesiten de un procedimiento diagnóstico propios de la especialidad, exámenes de imágenes más complejos o pruebas con mayor complejidad para dar con el diagnóstico o procedimientos quirúrgicos como operaciones abiertas o laparoscópica serán referidos al Hospital Nacional Dos de Mayo, puesto, que el CSMI "El Porvenir" pertenece a la DIRIS centro

La rotación de Cirugía general se desarrolló en las instalaciones del Hospital Nacional Dos de Mayo y de Detecta Clínica. El Hospital Nacional Dos de Mayo de III nivel, localizado en la avenida Miguel Grau 13, Cercado de Lima 15003. El departamento de Cirugía General y Digestiva está subdividido en 4

servicios: I-3 (colon y recto), H-3 (páncreas e intestino delgado), I-4 (estómago) y H-4 (hígado, vías biliares, defectos de la pared abdominopélvica y apéndice). La presente rotación se desarrolló en el servicio de H-4, que contaba con 18 camas, cuyos pacientes eran procedentes tanto de consultorio externo como de emergencia del mismo nosocomio con los diagnósticos de apendicitis aguda, colelitiasis, hernias, entre otras patologías. Cabe resaltar que antes de la pandemia, el servicio de H-4 programaba cirugías electivas, recibiendo pacientes de consultorio externo o respondiendo alguna referencia de un centro de salud de menor complejidad. Asimismo, las camas disponibles también recibían pacientes procedentes de la emergencia y/o de otro servicio de los mencionados inicialmente. Durante la etapa de pandemia, se suspendieron todo tipo de cirugías electivas, y H-4 pasó a ser un servicio de sala de operaciones (SOP) COVID. Detecta Clínica, es una clínica privada que pertenece al III nivel de atención, ubicada en avenida Angamos Este 2688, Surquillo. La clínica cuenta con 10 pisos de los cuales 5 están destinados a pacientes hospitalizados, cada piso está acondicionado para albergar entre 7 a 8 pacientes, un piso cuenta con dos salas de operaciones y una unidad de recuperación post anestésica, por otro lado hay un piso destinado a consultorios externos de diversas especialidades. Además, cuenta con un laboratorio, centro de quimioterapia, centro de imágenes y farmacia. Inicialmente la clínica estuvo exclusivamente dedicada a pacientes oncológicos, pero con el paso del tiempo fue ampliando su cartera de servicios, convirtiéndose así en una clínica con diversas especialidades. En el servicio de Cirugía, la mayoría de pacientes llegan para cirugías programadas contando ya con una evaluación pre anestésica, riesgo cardiovascular, exámenes pre quirúrgicos dentro de los cuales se incluye una prueba antigénica de hisopado, la cual no debe tener más de 72 horas de realizada al momento de la hospitalización, siendo pocos los pacientes que se operan de emergencia.

La rotación de Pediatría se desarrolló en la emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) y en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB). El INSN de III nivel como parte de una rotación externa, dicho instituto se encuentra ubicado en la avenida Brasil 600, Breña 15083. El departamento de Emergencia se subdivide en 3 servicios: la Unidad de

Cuidados Intensivos (UCI), la Emergencia de Cirugía (incluye la evaluación de pacientes quirúrgicos hospitalizados, atención en Cirugía Pediátrica, Traumatología y Neurocirugía, y procedimientos y cirugías de emergencia) y la emergencia de Medicina (incluye la atención en evaluación de pacientes hospitalizados en emergencias, y atención en tópico y unidad de cuidados críticos y supervisión de consultorio). Asimismo, cada servicio respondía a una prioridad en base a una triaje, clasificando así 4 tipos de prioridades: Prioridad I (incluye todo paciente con alteración súbita y crítica del estado de salud en riesgo inminente de muerte, por ende, se requiere atención inmediata. Patologías asociadas como paro cardio-respiratorio, hemorragia masiva, convulsiones continuas, etcétera.), Prioridad II (incluye a todo paciente que posean un cuadro súbito agudo con un riesgo de muerte o una complicación en específico. Patologías asociadas como crisis asmática, dolor abdominal agudo, cefalea asociado a náuseas y vómitos, entre otras.), Prioridad III (incluye pacientes que no poseen riesgo de muerte i secuelas invalidantes. Patologías asociadas como intoxicación alimentaria, otitis media aguda, deshidratación leve, urticaria o infecciones urinarias, entre otras) y Prioridad IV (incluye pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata que fácilmente pueden ser manejados en la consulta externa o consultorios descentralizados. Patologías comunes como un resfriado común, enfermedad diarreica aguda, faringitis aguda, etc.). La presente rotación externa se realizó en el servicio de emergencia de Medicina atendiendo prioridades III y IV, dicha rotación tuvo una duración de 15 días continuos durante el mes de diciembre del 2020 como parte de lo establecido por los nuevos lineamientos del Decreto de Urgencia N° 090-2020. Si bien es cierto, antes de la pandemia el internado médico se desarrollaba en todos los servicios de emergencia mencionado; no obstante, por época de pandemia solo se limitaron al de medicina resolviendo prioridades III y IV que equivalen a las patologías que se puedan atender en un primer nivel de atención. El HNSEB se encuentra ubicado en la Av. Túpac Amaru 5321, Comas, es un hospital de III nivel de atención el cual cuenta con servicio de emergencia, hospitalización y UCI pediátrica. La rotación se realizó en los servicios de emergencia y hospitalización. Se realizaron guardias de 12 horas en la emergencia donde los internos eran encargados, junto a un residente, de

hacer el triaje siendo las patologías más frecuentes: faringitis, herpangina, resfrío común, infecciones del tracto urinario, diarrea aguda infecciosa con o sin signos de deshidratación. El interno durante su rotación por el servicio de hospitalización se encargaba de realizar las historias clínicas y evoluciones del paciente, para luego presentar los casos ante el médico tratante, de este modo se podía llevar un adecuado seguimiento de los casos. En el servicio de hospitalización, debido a la coyuntura, se redujeron el número de camas, por lo cual solo habían 16 camas habilitadas, es por ello que la mayoría de pacientes eran manejados preferentemente en las áreas de observación de la emergencia pediátrica.

La rotación de Ginecología-Obstetricia se realizó tanto en El CSMI “El Porvenir”, Detecta Clínica y en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Con respecto a la rotación de Ginecología-Obstetricia, el CSMI “El Porvenir” cuenta con un Centro Obstétrico que proporciona los principales servicios de atención en lo que respecta a parto humanizado, hospitalización y vigilancia perinatal. Dicho establecimiento cuenta con una sala de parto, camas de hospitalización y atenciones las 24 horas. En Detecta Clínica se realizó la rotación de Ginecología, donde había tanto consultorios externos como de hospitalización y sala de operaciones. Se tuvo la oportunidad de poder rotar en las 3 áreas mencionadas, en consultorio externo principalmente se veían casos como el síndrome de flujo vaginal, tumores de mama, miomatosis uterina, endometriosis. Además al contar con mamógrafo y ecógrafo se realizaba el chequeo ginecológico preventivo que constaba de mamografía + ecografía de mamas en mayores de 40 años, mientras que en menores de 40 años solo se indicaba ecografía, examen físico completo donde se aprendió a hacer una correcta exploración física de mamas y cérvix, éste último mediante la especuloscopia y colposcopia, asociado a ello se hacía la visualización con ácido acético y la toma de Papanicolaou. Por otro lado, al ser esta una clínica que inició para pacientes oncológicos, se podía hacer un seguimiento de los cánceres más frecuentes del país, como son el cáncer de mama y de cuello uterino. Durante la rotación se pudo asistir a diversas cirugías como las de histerectomías, tanto convencionales como laparoscópicas, miomectomias, cuadrantectomias de mama, mastectomías radicales, anexectomias, estadiaje de cáncer de ovario, entre otros. En hospitalización se hacía

seguimiento de pacientes post operadas de las patologías mencionadas anteriormente. En el HNSEB se realizó la rotación en Obstetricia, donde se pudo hacer prácticas en los servicios de alto riesgo obstétrico (ARO), puerperio, unidad de cuidados intermedios y emergencia. En ARO se encontraban las pacientes con preeclampsia, edad materna avanzada, pacientes con distocias a las cuales se les hacía un monitoreo estricto. En puerperio se veían a las puérperas tanto de parto vaginal como por cesárea, a las pacientes de parto vaginal se les podía dar de alta pasadas las 24 horas si es que no presentaban fiebre y se encontraban hemodinámicamente estables, mientras que a las puérperas por cesárea se les daba de alta a las 48 horas de parto, a quienes se les realizaba curaciones de herida operatoria. En UCIN se encontraban las pacientes post cesárea, sobre todo aquellas que fueron cesáreas de emergencia por preeclampsia, desprendimiento prematuro de membranas, etc. En la emergencia se hacían guardias de 12 horas, donde se veía comúnmente a gestantes en trabajo de parto.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Medicina Interna

A. Hipertensión arterial.

- **Definición:** La hipertensión arterial es una enfermedad crónica cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistencia de la presión arterial sistólica o diastólica, siendo el punto de corte una presión arterial sistólica (PAS) \geq a 140 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg. La importancia de esta patología radica en que es la principal causa de morbi-mortalidad cardiovascular y la primera carga de enfermedad a nivel mundial. Si bien es cierto, la HTA no tiene una cura, es necesario una reducción efectiva de ella para así disminuir los eventos cardiovasculares posteriores. Existen 2 tipos de HTA: primaria (95 %) y secundaria (5 %). La HTA primaria es aquella a la que no se identifica una causa específica, por eso también se le conoce con el nombre de idiopática; en cambio, la HTA secundaria tiene una causa identificable, la cual al ser tratada conlleva a un control de la presión arterial. (4)

Existen múltiples factores de riesgo asociados: edad, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus, entre otras. La hipertensión es mayormente asintomática, y de presentarse síntomas, pues, estos son el reflejo de las complicaciones crónicas como la insuficiencia cardíaca congestiva, nefropatías, trastornos visuales y problemas neurológicos. En caso de presentarse una crisis hipertensiva se puede presentar como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Una crisis hipertensiva se define como una presión arterial sistólica/presión arterial diastólica \geq 180/90 mmHg. Tales crisis se

clasifican en dos: urgencia hipertensiva (sin compromiso de órgano blanco) y emergencia hipertensiva (con compromiso de órgano blanco). Según la “Guía Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva” emitido por MINSA (4), se debe estratificar el riesgo cardiovascular según los valores de presión arterial tanto sistólica como diastólica, factores de riesgo concomitantes, daño a órgano blanco, diabetes mellitus, grado de enfermedad renal crónica y enfermedad cerebro vascular. De acuerdo a lo mencionado se clasifica al paciente en: riesgo bajo, riesgo de bajo a moderado, riesgo moderado, riesgo moderado a alto, riesgo alto, riesgo alto a muy alto y riesgo muy alto.

Una vez diagnosticado y estratificado según el riesgo cardiovascular, los pacientes deben ser manejados según niveles de complejidad:

- Hipertenso con riesgo cardiovascular bajo o moderado e hipertenso controlado con riesgo cardiovascular alto: deben ser controlados en el primer nivel de atención.
- Hipertenso con riesgo cardiovascular alto: deben ser controlados en el segundo nivel de atención.
- Hipertenso con riesgo cardiovascular muy alto: deben ser controlados en el tercer nivel de atención o cardiólogo de segundo nivel de atención o médico internista del segundo nivel de atención.
- Hipertensos controlados con riesgo cardiovascular muy alto: deben ser controlados en el segundo o tercer nivel de atención.

En cuanto al tratamiento, lo principal son los cambios en estilo de vida para poder reducir la presión arterial, estos son:

- Disminuir el consumo sal.
- Evitar la ingesta de alcohol.
- Consumo de frutas y verduras, y alimentos bajos en grasa.
- Reducción y control de peso.
- Actividad física constante.
- Evitar exposición al humo de tabaco.

Se iniciara terapia farmacológica con los siguientes pacientes con HTA:

- Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses, y en quienes no se han obtenido las metas óptima de presión arterial.
- Hipertensos con presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 100 mmHg, independientemente de otras medidas.
- Hipertensos con riesgo cardiovascular moderado o más, independiente del nivel de la presión arterial.

Esta terapia farmacológica se puede dar con 1 solo agente o en diversas combinaciones. Los medicamentos anti-hipertensivos que se suelen utilizar son los siguientes: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA-II), beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas.

Por una lado la monoterapia puede ser con enalapril 2 veces al día (10-20 mg por día), losartan 2 veces al día (50-100 mg por día), hidroclorotiazida 1 vez al día (12,5 a 25 mg por día) o amlodipino 1 vez al día (5-10 mg por día). Por otro lado, se pueden utilizar terapia farmacológica combinada, la cual dependerá de la respuesta clínica del paciente, generalmente se da al no alcanzarse la meta de presión arterial en la menos 8-12 semanas, donde el paciente ha seguido un tratamiento regular y continuo. No obstante, existe un grupo de pacientes en los que se prefieren empezar con una terapia doble, entre los cuales se encuentran:

- Paciente con PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 100 mmHg.
- Pacientes con síndrome metabólico.
- Hipertensos con riesgo cardiovascular moderado a más.
- Adulto mayor.
- Pacientes con obesidad.

En caso de crisis hipertensiva el manejo terapéutico es el siguiente:

- En caso de urgencia hipertensiva: se usa la vía oral (VO), y se tiene que reducir la presión arterial (PA) en horas (aquellos pacientes que presenten alto riesgo de evento cardiovasculares inminentes) o días (en aquellos pacientes con hipertensión asintomática grave como pacientes con hipertensión previamente tratada recientemente e hipertensión no tratada). La PA debe reducirse a menor de 160/100 mmHg. El fármaco de elección es un IECA por vía oral, en este caso, se recomienda captopril.
- En caso de emergencia hipertensiva: se indica una reducción inmediata pero cuidadosa de la PA con drogas parenterales (EV) como los nitratos, bloqueadores de canales de calcio, agonistas de dopamina 1, bloqueadores adrenérgicos, entre otros.

- **Análisis del caso 1:** En el caso 1 se describe un paciente con diagnóstico reciente de hipertensión arterial, estratificado según riesgo cardiovascular en una hipertensión con riesgo moderado, motivo por el cual se le inicia monodosis de enalapril de 10 mg 1 vez al día. En cuanto a la terapéutica es el manejo adecuado; sin embargo, primero se debió hacer énfasis en los cambios de estilo de vida, que incluye lo siguiente:

- Reducir ingesta de sal a no más de 5 gramos diarios.
- Mantener un IMC entre 18,5 y 24,9.
- Mantener un perímetro abdominal < 112 en varones, y < 88 en mujeres.
- Consumo de frutas, vegetales y alimentos bajos en grasas totales y saturadas.
- Se debe realizar ejercicio físico aeróbico de moderada intensidad de manera regular, por lo menos 30 minutos diarios o 150 minutos por semana.
- Se debe evitar el consumo de alcohol en el mejor de los casos, o no exceder su ingesta como máximo de 20-30 gramos diarios de etanol en los varones, y de 10-20 gramos diarios en las mujeres.

- **Análisis del caso 2:** en el caso 2 estamos ante una crisis hipertensiva, que nos orientaría en base al examen físico hacia una urgencia hipertensiva, y no hacia una emergencia hipertensiva, debido a que en la exploración física no se evidenció compromiso de órgano de diana. En primera instancia lo que se debió hacer con el paciente fue enviarlo a un lugar tranquilo para que esté en reposo, de existir ansiedad se debe administrar lorazepam 1 mg por VO o sublingual. Si a los 30 minutos de haber estado en reposo o haber administrado el ansiolítico, la PAS es menor de 160 o 180 mmHg, y la PAD es menor de 100 o 120 mmHg, y previamente el paciente recibía tratamiento anti-hipertensivo, pues, se procede al alta domiciliaria, explicándole la continuación de medicación habitual, incrementando así la dosis o añadiendo otro fármaco. Si es que se diagnostica por primera vez HTA, pues no se debe añadir tratamiento anti-hipertensivo, y se recomienda seguimiento ambulatorio dentro de las 24-48 horas. Si tras el reposo y el ansiolítico, la PAS es \geq 180 mmHg o la PAD es superior a 120 mmHg, se debe iniciar tratamiento hipertensivo con captopril de 25 mg vía sublingual, pudiendo repetirse esta dosis a los 30 minutos de ser necesario (5), todo lo mencionado anteriormente no se cumplió debido a que solo se limitaron a administrarle captopril sublingual.

B. Infección del tracto urinario.

- **Definición:** la ITU hace referencia a la presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin síntomas, teniendo en cuenta que la orina es un fluido orgánico estéril.

Clásicamente una ITU se divide en dos (6):

- ITU baja (cistitis y/o uretritis): se caracteriza por manifestarse con incontinencia de urgencia, disuria, polaquiuria, orina turbia, hematuria y dolor suprapúbico.
- ITU alta (pielonefritis): esta infección invade el parénquima renal, dándonos fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos, que pueden acompañarse o no de síntomas del tracto urinario inferior.

Por otro lado, las ITU se pueden clasificar en:

- ITU no complicada: son aquellas que se dan en pacientes en las

cuales el tracto urinario no presenta alteraciones funcionales ni anatómicas, tampoco presentan enfermedades metabólicas e inmunológicas ni han tenido una historia reciente de instrumentación.

- ITU complicada: ocurre en pacientes en extremos de la vida (niño y adulto mayor), paciente de sexo masculino, alteración anatómica funcional, presencia de cuerpo extraño, inmunosupresión, gestación, historia reciente de instrumentación, presencia de un organismo inusual o resistente.

El agente etiológico más frecuente asociado a ITU en un 75-80 % se debe a E. Coli. Otros microorganismos incluyen Proteus mirabilis, Klebsiella sp. , Pseudomona aureginosa, entre otras.

Los factores de riesgo asociado a ITU son los siguientes: defectos anatómicos del tracto urinario, comorbilidades como diabetes mellitus, inmunosupresión, relaciones sexuales, gestantes, menopaúsicas, trauma local de la vía urinario inferior, entre otros.

Ante la sospecha de una ITU se debe solicitar un examen completo de orina, y así evaluar los siguientes criterios:

- Criterios mayores: presencia de leucocituria (10 leucocitos/ml en orina no centrifugada o más de 5 leucocitos/campo en orina centrifugada).
- Criterios menores: nitritos positivos (+), esterase leucocitaria (+) y hematuria.

En caso de ITU complicada se debe solicitar urocultivo, al igual que un hemograma completo, urea, creatinina, glucosa y electrolitos. La ecografía abdominal puede ser considerada ante la presencia de un shock séptico, insuficiencia renal, dolor tipo cólico, hematuria franca, masa renal, o persistencia de la fiebre al tercer día de un tratamiento antibiótico adecuado.

- **Análisis del caso 3:** estamos ante un caso de ITU no complicada que fue tratado de manera ambulatoria con amoxicilina/clavulánico de 500 mg cada 8 horas por 5 días. Dicha terapéutica no es la indicada según la “Guía de Práctica Clínica de Infección del Tracto Urinario” (6), puesto, que aquí se recomienda como primera alternativa administrar

nitrofurantoína 100 mg cada 6 horas por 5 días o nitrofurantoína de liberación prolongada (macroantina) 100 mg cada 12 horas por 5 días, o fosfomicina 3 gramos en dosis única; las tres alternativas mencionadas son como primera opción. Debido a que los fármacos mencionados anteriormente no se encuentran dentro del petitorio nacional de medicamentos, se opta por el uso de amoxicilina/clavulánico como terapia alternativa del manejo de una ITU no complicada. Por otro lado, se debió hacer hincapié en las recomendaciones no farmacológicas que incluían ingesta abundante de líquidos para favorecer el vaciamiento adecuado de la vejiga, mantener una correcta higiene perineal y un adecuado vaciamiento de vejiga después del contacto sexual, entre otras recomendaciones higiénico-dietéticas. Además, se le debe explicar los signos de alarma a la paciente, que al ser presentados debe retornar al establecimiento de salud. Dichos signos de alarma son: persistencia o empeoramiento de síntomas que no mejoran tras 48 horas de tratamiento, náuseas y vómitos persistentes, temperatura > 38 °C luego de 48 horas después de haber iniciado el tratamiento, hipotensión, hipotermia y deterioro del estado general.

- **Análisis del caso 4:** estamos ante un caso de una pielonefritis complicada debido a la hematuria que presenta la paciente, motivo por el cual se decide hospitalizar a la paciente quien recibió ceftriaxona endovenosa (EV) 2 gramos cada 24 horas. Al tratarse de una ITU complicada se le realizó sus exámenes de laboratorio, evidenciándose una leucocitosis con desviación izquierda. Durante la hospitalización se decide realizar una ecografía renal y de vías urinarias, observándose cálculos renales. El urocultivo reveló que se tratada de una E. Coli sensible, motivo por el cual no fue necesario rotar antibióticos. La paciente fue evolucionando favorablemente, motivo por el cual a las 72 horas se le dio de alta con tratamiento ambulatorio con cefuroxima 500 mg cada 12 horas VO por 11 días, siendo esto un manejo adecuado de una pielonefritis complicada como lo indica la “Guía de práctica Clínica de Infección del Tracto Urinario” (6).

3.2 Cirugía general

A. Apendicitis aguda

- **Definición:** La apendicitis es una condición en la cual el apéndice cecal se encuentra inflamado, siendo considerado una de las causas más comunes de abdomen agudo quirúrgico. Anatómicamente, el apéndice se encuentra ubicado en la base del ciego, ésta constituye un verdadero divertículo. A diferencia del ciego, la mucosa y submucosa del apéndice está constituido por células linfoides B y T.

Su incidencia es de aproximadamente 100 por 100 000 personas al año. Se da con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida, siendo la incidencia más alta entre los 10 y 19 años; afectando mayormente a hombres entre mujeres en una proporción de 1,4:1.

Dentro de las causas principales de apendicitis se encuentra la obstrucción apendicular, constituye la principal causa de esta patología, la cual puede ser causada por fecalitos, cálculos, hiperplasia linfoidea, procesos infecciosos y tumores.

Dentro de las manifestaciones clínicas encontramos el dolor abdominal, ubicado en el cuadrante inferior derecho, anorexia, náuseas y vómitos. De ellos, la mayoría de pacientes describe la aparición del dolor como el primer síntoma. Pese a que el dolor migratorio se considere como un síntoma clásico, éste solo se da en un 50-60 % de los pacientes. En el examen físico, en las primeras etapas, puede no ser muy contributivo; sin embargo, conforme pasa el tiempo, y por ende, avanza la inflamación, puede aparecer el dolor localizado en el cuadrante inferior derecho, el cual puede ser detectado mediante la exploración abdominal. Existen signos físicos que nos orientaran al diagnóstico, entre ellos se encuentran:

- Signo de McBurney: punto doloroso ubicado que une el 1/3 medio con el 1/3 externo de la línea imaginaria que une el ombligo con la espina iliaca antero-superior (EIAS).
- Signo de rebote: es el dolor a la descompresión en el cuadrante inferior derecho.

Dentro de los exámenes auxiliares se solicitan exámenes de laboratorio e imágenes. En los exámenes de laboratorio, la mayoría de pacientes, cursa con leucocitosis con desviación izquierda. Asimismo, se recomienda que ante pacientes con sospecha de apendicitis se debe solicitar PCR y prueba de embarazo en mujeres de edad fértil. En la imagenología, la tomografía computarizada abdomino-pélvica es el gold estándar para apendicitis aguda. Sin embargo, muchas veces no se dispone de uno (13).

Para poder identificar a los pacientes con una alta probabilidad de apendicitis aguda se utiliza la puntuación de Alvarado (14), la cual reúne una serie de síntomas, signos y exámenes auxiliares. Dicha puntuación se basa en los siguientes criterios:

- Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho: 1 puntos.
- Anorexia o hiporexia: 1 punto.
- Náuseas o vómitos: 1 punto.
- Dolor en cuadrante inferior derecho: 2 puntos.
- Dolor al rebote en cuadrante inferior derecho: 1 punto.
- Fiebre > 37,5 ° C: 1 punto.
- Leucocitosis > 10 000: 1 punto.
- Desviación izquierda: 1 punto.

Al sumar los componentes, mientras más alta sea la puntuación, existe una mayor probabilidad de apendicitis. Por un lado, una puntuación < de 4 sirve para descartar apendicitis, y sugiere buscar otros diagnósticos. Por otro lado, una puntuación \geq a 4 se debe evaluar más a fondo para detectar apendicitis.

En pacientes con apendicitis no perforada se sugiere el tratamiento quirúrgico (15), es decir, la apendicectomía, la cual debe ser realizada dentro de las 12 horas establecido el diagnóstico. Una hora antes de la incisión se debe administrar una dosis de antibióticos profilácticos como cefoxitima, cefotetan o cefazolina con metronidazol. Esta cirugía puede ser laparoscópica o por laparotomía, siendo la elección a criterio del cirujano. Pero se sabe que aquellos pacientes sometidos a una

apendicectomía laparoscópica tienen menos complicaciones en el post-operatoria que una apendicectomía abierta.

Por otro lado, aquellos pacientes que manifiesten una apendicitis perforada que cursan con inestabilidad hemodinámica, sepsis, perforación libre, o peritonitis generalizada, requieren una apendicectomía de emergencia, que consiste en irrigación y el drenaje de la cavidad peritoneal que muchas veces puede ir acompañado de resección intestinal. Cabe resaltar que paciente con apendicitis perforado también son candidatos a una apendicectomía laparoscópica o por laparotomía.

- **Análisis de caso 1:** Por los datos recopilados durante la anamnesis y el examen físico, y usando la escala de Alvarado con un puntaje de 9, estaríamos ante una muy probable apendicitis aguda. Si bien es cierto las guías de manejo de apendicitis recomiendan confirmar el diagnóstico presuntivo con exámenes de imágenes, siendo la tomografía computarizada la prueba gold standard; no obstante, en la práctica clínica no se suele complementar el diagnóstico clínico y laboratorial con exámenes de imágenes, y menos con una tomografía computarizada, precisamente no es de uso rutinario en nuestro país porque no se cuenta con un tomógrafo en todas las sedes hospitalarias. Por otro lado, existe buena evidencia científica entre el manejo no quirúrgico en base a antibioticoterapia versus el manejo quirúrgico (apendicectomía). Con respecto al uso de antibióticos como tratamiento es usado en pacientes con una apendicitis aguda de etiología no obstructiva, que es la principal causa en la población pediátrica, sin embargo, en nuestro caso clínico presente estamos ante un paciente varón de 40 años cuya etiología por grupo etario es probable que sea obstructiva (fecalito), por tal razón, se prefiere al manejo quirúrgico. Una vez decidido el tratamiento quirúrgico, se deben administrar antibióticos profilácticos que serán de importancia para evitar infecciones de herida operatoria. Se recomienda el uso de cefalosporinas de 3ra generación o metronidazol 1 hora antes del acto quirúrgico (15), en nuestro caso, se cumplió dicha recomendación correctamente. Finalmente, el reporte operatorio reveló una apendicitis

flemonosa, que pertenece al grupo de las apendicitis no perforadas, cuyo manejo no requiere de antibióticos, y solo se la da analgésicos en el post-operatorio. Posteriormente, cuidados de la herida operatoria y control por consultorio externo, que incluye el retiro de puntos de la incisión quirúrgica.

B. Litiasis vesicular

- **Definición:** Los cálculos biliares son una patología común en la población en general, cerca del 6% de hombres y 9% de mujeres los presentan. Estos pueden ser sintomáticos o pueden presentar cólicos biliares o complicaciones de la litiasis vesicular. La mayoría de pacientes son asintomáticos y son detectados de manera incidental. La manifestación más frecuente dentro de las pacientes sintomáticos es el cólico biliar, que es un dolor intenso y sordo localizado en el cuadrante superior derecho, epigastrio o en área subesternal, Dicho cólico mayormente es desencadenado por la ingesta de comidas abundantes en grasas. Cabe resaltar que un cólico biliar no se asocia a alteración de las funciones vitales ni pruebas de laboratorio anormales (16).

Dentro de las complicaciones se encuentra la colecistitis aguda (17) que resulta ser la más común. Se trata de un síndrome de dolor en el cuadrante superior derecho que se asocia a fiebre, leucocitosis, debido a la inflamación de la vesícula biliar. Si bien es cierto la colecistitis aguda no solo es causada por cálculos biliares, ésta es la etiología más predominante. Por otro parte, la colecistitis crónica hace referencia a la infiltración celular inflamatoria crónica de la vesícula biliar.

Ante la sospecha de litiasis biliar, los pacientes deben ser sometidos a un estudio de imágenes, para determinar si se trata de cálculos o barro en la vesícula biliar. Esta evaluación empieza con una ecografía trans-abdominal, puesto, que es la prueba de imágenes más sensible para detectarlo. En la ecografía los cálculos se evidencian como focos ecogénicos con una sombra acústica, el barro biliar, por su parte, tiene apariencia ecogénica pero sin sombra acústica.

Para el diagnóstico de una colecistitis aguda se utilizan los criterios de Tokio 2018 (18) que incluye los siguientes:

- A: Signos locales de inflamación.
 - Signo de Murphy positivo (+).
 - Masa, dolor o hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho.
- B: Signos sistémicos de inflamación.
 - Fiebre > 38 °C.
 - PCR > 3 mg/dL.
 - Leucocitos > 10 000.
- C: Imágenes.
 - Positivo para imágenes en ecografía o gammagrafía. Siendo ésta última la prueba gold standard.

La interpretación de los criterios de Tokio se basa en la suma de los criterios mencionados, teniendo así las siguientes opciones:

- Criterio A + criterio B: sospecha diagnóstica.
- Criterio A + criterio B + criterio C: diagnóstico definitivo.

Una vez que a un paciente se le diagnostica de colecistitis aguda se debe instaurar una terapia definitiva destinada a eliminar los cálculos. De no ser así, la probabilidad de síntomas o complicaciones es alta.

Una vez con el paciente en la emergencia se debe iniciar una adecuada fluidoterapia, corrección de trastornos electrolíticos y manejo del dolor. Se sugiere inicio de terapia antibiótica empírica a todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda. Se recomienda la colecistectomía de emergencia para pacientes con:

- Signos y síntomas progresivos
- Sospecha de colecistitis aguda complicada.

Para los pacientes con un ASA I y II que no reúnan los criterios de una colecistectomía de emergencia, se recomienda la colecistectomía durante la hospitalización inicial, preferiblemente dentro de los 3 primeros días de inicio de los síntomas. Para aquellos pacientes con ASA III, IV y V; se sugiera un tratamiento inicial no quirúrgico que consiste en antibioticoterapia y, en algunas ocasiones, drenaje de la vesícula biliar (19).

La colecistectomía electiva es dirigida a pacientes con cólico biliar típico y cálculos biliares en imágenes, y es recomendada para evitar futuros episodios de cólico biliar y complicaciones de estos. Esta se realiza por vía laparoscópica (20).

- **Análisis de caso 2:** en el presente caso estamos ante una colecistitis aguda calculosa que cumplía con los criterios A, B y C de Tokio 2018. Nuestro paciente tenía un ASA de II, motivo por el cual era candidato a una colecistectomía dentro de su estancia hospitalaria. Asimismo, recibió antibioticoterapia profiláctica con una cefalosporina de 3ra generación, lo cual coincide con las guías de manejo. Con respecto al manejo post-operatorio, las guías sugieren administrar antibióticos como rutina a todos los pacientes diagnosticados de colecistitis aguda y seguir el tratamiento hasta extraer la vesícula biliar o la colecistitis aguda ya no presente sintomatología. En casos muy leves, algunos médicos prefieren no utilizar antibióticos debido a que existen datos contradictorios. Por ello para pacientes sometidos a colecistectomía por colecistitis no complicada, se discontinúan los antibióticos luego de la colecistectomía. En el caso 2 se le dio inadecuadamente una terapéutica antibiótica con ceftriaxona y metronidazol por 7 días durante el post-operatorio.
- **Análisis de caso 3:** en el presente caso estamos ante una colecistitis crónica calculosa, que a diferencia de lo anterior no requirió un manejo quirúrgico de emergencia, sino electivo. Esto debido a que la paciente presentaba episodios recurrentes de cólico biliar y a deseo del propio paciente, las cuales son indicaciones para realizar esta cirugía. Para esto se le administró antibioticoterapia profiláctica con cefazolina. Si bien los pacientes sometidos a colecistectomía electiva, no necesitan antibióticos profilácticos, existen algunos factores de riesgo de complicaciones infecciosas después de una colecistectomía laparoscópica dentro de los cuales está el episodio de cólico biliar 30 días antes del procedimiento, el cual presentaba la paciente, motivo por el cual la antibioticoterapia profiláctica es la adecuada (21).

C. Hernia Inguinal

- **Definición:** Una hernia es definida como una protrusión de cierto contenido, ya sea torácico o abdominal (víscera) a través de un orificio natural. Dependiendo donde sea la protrusión mencionada a nivel de la pared abdominal, una hernia recibirá su nomenclatura, siendo esa una hernia inguinal, femoral, epigástrica, etc. La hernia inguinal es más común que la hernia femoral, y que otras que proceden de la pared abdominal. Los hombres tienen 8 veces más probabilidades de desarrollar una hernia inguinal que el género femenino (22).

Dentro de los principales factores para el desarrollo de una hernia encontramos los siguientes: antecedentes de hernia, edad avanzada, sexo masculino, raza caucásica, tos crónica, constipación crónica, lesión de la pared abdominal, tabaquismo y antecedentes familiares de hernia.

Las hernias inguinales indirectas son las más frecuentes, y son aquellas que protruyen por el anillo inguinal profundo, lateral a los vasos epigástricos inferiores, y generalmente son congénitas. En cambio, las hernias inguinales directas, protruyen por el triángulo de Hesselbach, medial a los vasos epigástricos inferiores, y es producto de una debilidad de la fascia transversalis.

El hallazgo físico más común, es la protuberancia inguinal, las cuales se manifiestan en mayor proporción cuando el paciente está en bipedestación, es por ello que al examen físico se realiza con el paciente de pie preferentemente. De no ser visible, pues, se le pide al paciente que realice una maniobra de Valsalva. Existen diversas maniobras, dentro de la exploración física de una hernia, como la maniobra de Edwards Wyllys Andrews, que consiste en colocar el dedo a través de la piel del escroto e introducirlo siguiendo el trayecto inguinal, al realizar esto se palpa el anillo inguinal superficial, y se le indica al paciente pujar o toser; si protruye en la punta del dedo, estaríamos ante una hernia inguinal indirecta. En cambio, si protruye, empujando el dedo hacia adelante, estaríamos ante una hernia inguinal directa. Cabe resaltar que la maniobra mencionada solo es de aproximación diagnóstica, puesto que el diagnóstico de una hernia, para definir si es directa o indirecta es intra-operatorio (22).

El tratamiento definitivo de todas las hernias es la reparación quirúrgica. La sola presencia de una hernia inguinal es indicación suficiente para la reparación quirúrgica, y así prevenir futuras complicaciones y aliviar síntomas. Existen diversas técnicas quirúrgicas para abordar el tratamiento de una hernia, entre ellas tenemos: herniorrafia (o también llamada reparación tisular o con tensión) y las hernioplastias (que consiste colocación de mallas, conocida como reparación sin tensión). Por un lado, encontramos las técnicas abiertas, entre ellas las herniorrafias y hernioplastias. Por otro lado, encontramos también las técnicas cerradas (laparoscópica) como la laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP) y totalmente extraperitoneal (TEP), se prefieren las técnicas laparoscópicas debido a los beneficios que esta trae consigo (23 y 24).

- **Análisis de caso 4:** estamos ante el probable diagnóstico de una hernia inguinal indirecta, pues dio positivo a la maniobra de Andrews, y fue confirmada como tal durante el acto operatorio. La técnica usada para este procedimiento fue una TAPP. Siendo esta una técnica adecuada para el paciente, puesto, que se prefieren las técnicas laparoscópicas en hernioplastías programadas, debido a que producen menos dolor post-operatorio y un retorno a las actividades cotidianas en menor tiempo.

3.3 Ginecología y obstetricia

A. Infecciones de transmisión sexual

- **Definición:** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son conocidas desde tiempos muy remotos, y actualmente son consideradas una de las causas principales de morbilidad en todo el mundo. Constituyendo así un importante problema de salud pública por su alta prevalencia. He ahí la relevancia sobre su conocimiento para un correcto diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Entre los factores de riesgo asociadas a las ITS se encuentra el fracaso en el cumplimiento de adopción de medidas de “sexo seguro”, ello incluye el uso de preservativos o tener una sola pareja sexual y ser mutuamente monógamos. Otro factor de riesgo es la falta de conocimiento de infecciones de transmisión sexual (sintomatología), lo cual retrasa la

búsqueda de un profesional de la salud apropiado que guíe el tratamiento y su posterior seguimiento, puesto que el no cumplir con el tratamiento es considerado otro factor de riesgo. Cabe resaltar que las ETS traen diversas complicaciones: en los varones se reportan casos de epididimitis o uretritis; en cambio, en las mujeres, se reportan casos de enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, embarazo ectópico, entre otras.

Debido a la alta prevalencia de las ITS, es importante que se conozca acerca del manejo de estas infecciones para que puedan ser atendidas en el primer nivel de atención, y evitar sobrecargar establecimientos de mayor complejidad, puesto, que se puede efectuar un manejo sintomático según lo propuesto por la “Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual” elaborado por el Ministerio de Salud (MINSA) del 2006 (10). En esta guía se propone un enfoque sintomático de las ITS, pues, busca brindar diagnósticos y tratamientos correctos e inmediatos, puesto que muchas veces el paciente no suele acudir a una segunda consulta. Tales así que la presente guía engloba las ITS en cinco síndromes: síndrome de flujo vaginal, síndrome de bubón inguinal, síndrome doloroso abdominal bajo, síndrome de úlcera genital y síndrome de descarga uretral.

- **Análisis de caso 1:** estamos ante un caso de síndrome de bubón inguinal (SBI), caracterizado por un crecimiento doloroso y fluctuando de los ganglios linfáticos en la región inguinal asociado a esto, se evidencian cambios inflamatorios de la piel. El SBI tiene como etiología el linfogranuloma venéreo (LGV) y chancroide. Para tratar este síndrome, en primer lugar, se debe descartar un síndrome de úlcera genital; una vez descartado se procederá a prescribir el tratamiento para LGV, el cual consiste en administrar doxiciclina 100 mg vía oral (VO) cada 12 horas por 21 días. En caso no se disponga de esta se podría utilizar como alternativa una eritromicina 500 mg VO cada 6 horas por 21 días. Haciendo referencia al caso I se concluye que el tratamiento brindado al paciente fue el adecuado de acuerdo a la guía mencionada. La guía menciona (10) que la antibioticoterapia debe ir acompañado de la aspiración de pus tantas veces y en frecuencia sean necesarias, lo cual evitaría la formación de úlceras a posteriori. Así como también refiere darle tratamiento con

antibióticos a toda persona que sostuvo relaciones sexuales con el caso índice, recibiendo 1 gramo de azitromicina como monodosis en VO.

- **Análisis de caso 2:** el síndrome de flujo vaginal (SFV) es considerado como una alteración en el aumento en el color, olor y consistencia del flujo vaginal normal; asociado a estos cambios se pueden presentar síntomas como prurito o irritación vulvar, disuria, dispareunia o dolor abdominal bajo. Se hace hincapié en que no todo SFV es una ITS, puesto que existen diversas etiologías asociadas a éste síndrome. Las tres principales causas de flujo vaginal son la vaginosis bacteriana, *Trichomonas vaginalis* y *Cándida sp.*, de las cuales la que es transmitida sexual es la *Trichomonas vaginalis*. Para tratar este síndrome, se debe prescribir metronidazol 2 gramos en VO como monodosis, y en caso de haber prurito se debe añadir clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única.

En el caso J se trató no de manera sintomática como lo recomiendan en la guía sino se trató de manera etiológica, razón por la cual se difieren en los tratamientos mencionados. Según Uptodate (11) para una candidiasis vaginal no complicada se sugiere el uso de fluconazol por VO de 150 mg como monodosis. Hacemos énfasis en que la presente candidiasis del caso J no se manejó con el esquema habitual de una candidiasis no complicada, es decir que ha presentado menos de 3 episodios en un año, sus síntomas eran de leves a moderados y se trataba de una paciente inmunocompetente sin ninguna comorbilidad alguna. El tratamiento recomendado para una candidiasis no complicada es con 150 mg de fluconazol como dosis única.

B. Miomatosis uterina

- **Definición:** la miomatosis uterina son tumores benignos de músculo liso que provienen del tejido miometrial, los cuales son sensibles a estrógenos y progesterona por lo cual se desarrollan principalmente durante los años reproductivos. Se ha demostrado que los progestágenos limitan el crecimiento de estos tumores benignos. La incidencia de la miomatosis uterina varía entre un 30-70 % de la población en edad reproductiva, y este porcentaje se irá incrementando con la edad. Solo el 25 % de mujeres presenta sintomatología. Dentro de sus principales factores de riesgo

encontramos: menarquia precoz, IMC elevado, pariente de primer grado afectado con miomatosis uterina y nuliparidad.

Una miomatosis uterina, clínicamente se caracteriza por una hemorragia uterina anormal (HUA), dismenorrea, infertilidad, dolor abdominal bajo, polaquiuria, estreñimiento e incontinencia urinaria. De acuerdo a su ubicación, se clasifican en miomas serosos, intramural y submucoso. En el examen físico se puede evidenciar un aumento del tamaño uterino, asociado a masas heterogéneas.

Para corroborar el diagnóstico es indispensable realizar una ecografía transvaginal (Eco TV) que definirá la localización de los miomas. Otro de los exámenes de imágenes auxiliares comprende la histeroscopia e histerosonografía, que son ideales para el mioma submucoso (12).

- **Análisis de caso 3:** al ser la mayoría de los miomas de carácter asintomático, pues, no se requiere de ninguna intervención; pero una vez diagnosticado los miomas, se debe proceder a realizar una evaluación ginecológica cada 6 meses. En caso de que predomine alguna sintomatología, la terapéutica en función a la clínica presente. Pudiendo hacer uso de antiinflamatorios no esteroides (AINES) para la dismenorrea, anticonceptivos orales combinados (ACOS) para controlar la hemorragia y el dolor, dispositivos intrauterinos (DIU) de levonorgestrel en caso predomine la hemorragia, agonistas de la GnRH, inhibidores de la aromatasa y antiprogestágenos para disminuir el volumen de los miomas. Además, se puede realizar una embolización de arteria uterina para disminuir el flujo sanguíneo, ocasionando isquemia y una posterior necrosis de los miomas, disminuyendo así el tamaño de los síntomas descritos.

En caso de fracasar la terapia conservadora (no quirúrgica) o de tener una sintomatología importante, se optaría por un tratamiento quirúrgico, los cuales podría ser: histerectomía, histeroscopia o miomectomía (ésta última puede ser laparoscópica o por laparotomía). Dentro de los criterios para realizar una histerectomía se encuentran los siguientes: la presencia de múltiples miomas, paciente que se encuentra en la perimenopausia y el no deseo de gesta (12).

En el caso K descrito previamente, la paciente presentaba múltiples miomas por lo cual la indicación era realizar una histerectomía; sin embargo, la paciente al tener deseos de gesta optó, en conjunto con su médico tratante, por una miomectomía, respetando así el deseo genésico de la paciente.

C. Enfermedad pélvica inflamatoria

- **Definición:** la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección que afecta a los órganos reproductivos internos de las mujeres sexualmente activas. Los microorganismos que la causan, generalmente ascienden desde la vagina o cérvix hacia el endometrio, trompas de Falopio y/o anexos. El término EPI es usado para referenciar la infección del tracto reproductivo superior. Esta enfermedad es causada frecuentemente por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y microorganismos de la flora vaginal. Cabe resaltar que muchos casos de EPI suelen ser de etiología polimicrobiana, siendo imposible diferenciarlos clínicamente, por lo cual el tratamiento debe ir dirigido contra los diversos agentes etiológicos. Dentro de los factores de riesgo, encontramos principalmente las múltiples parejas sexuales, falta de uso de preservativo, uso de dispositivos intrauterinos, etcétera.

La EPI está incluida dentro del síndrome doloroso abdominal bajo (SDAB) propuesto por la “Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Trasmisión Sexual” por el MINSA (10).

- **Análisis de caso 4:** Para tratar un paciente con SDAB en primer lugar se debe realizar una buena historia clínica y examen físico dentro del cual se incluye el examen bimanual de cérvix. Tras la realización de la exploración física, se debe descartar que estemos ante una gestante, puérpera, paciente con aborto reciente, retraso menstrual, sangrado vaginal no menstrual, masa anexial o si presenta signo del rebote positivo (+) o abdomen en tabla; porque de ser uno de estos el presente caso, se debe referir a la paciente a un hospital para un manejo adecuado. En caso contrario, se debe evaluar si la paciente presenta una temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ o si existe dolor a la movilización del cérvix, de ser así, se empezaría tratamiento para EPI. Dicho tratamiento incluye dosis única de ciprofloxacino de 500 mg VO, doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por

14 días y metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 14 días; que fue el tratamiento empleado en el centro de salud a la cual llegó la paciente en mención. Pese a que el tratamiento referido fue el apropiado, se debió citar a la paciente a las 48 horas para reevaluación, puesto que si la sintomatología persistiese, debería ser referida a un hospital de mayor complejidad. Asimismo, se debe tratar también a las parejas sexuales de los últimos 60 días del caso índice con el mismo tratamiento del síndrome de descarga uretral, que consiste en 500 mg de ciprofloxacino en dosis único y azitromicina 1 g VO como monodosis, lo cual no se hizo con la paciente del presente caso.

3.4 Pediatría

A. Enfermedad diarreica aguda

- **Definición:** Una EDA pese a ser prevenible constituye un gran problema de salud pública, sobre todo, en los países en vías de desarrollo. Esta enfermedad podría traer como consecuencia una deshidratación severa que incluso podría llevar a la muerte al paciente. (7)

Los factores de riesgo se dividen en 4 grupos:

- Medio ambiente y sociales:
 - Carencia de agua potable
 - Saneamiento deficiente
 - Hacinamiento
 - Familias con nivel socio económico bajo
- Estilos de vida e higiene:
 - Inadecuado lavado de manos
 - Manipulación inadecuada de alimentos
 - Lactancia materna no exclusiva en menores de 6 meses
 - Vacunación incompleta o ausente
 - Contacto cercano con paciente con diarrea
- Factores relacionados a la persona:
 - Niños menores de 2 años
 - Niños con algún grado de desnutrición o anemia de
 - Niños con inmunodeficiencias

- Factores hereditarios:
 - Atopia
 - Celiaquía
 - Enfermedad inflamatoria intestinal

La enfermedad diarreica aguda según su cronología se clasifica en 3 tipos:

- Aguda: Tiene un tiempo de duración de 14 días
- Persistente: Tiene un tiempo de enfermedad de 14 días a 1 mes
- Crónica: el tiempo de enfermedad es mayor de 1 mes

La enfermedad diarreica aguda se define por la disminución de la consistencia y el aumento de la frecuencia con respecto a las deposiciones (mayor a 3 veces por día), lo cual se puede asociar a fiebre y vómitos, esta enfermedad tiene un duración menor de 14 días.

Existen dos tipos de diarrea aguda:

- Acuosa: consiste en deposiciones líquidas.
- Disentérica: consiste en deposiciones líquidas con moco y con sangre.

La etiología de una enfermedad diarreica aguda es principalmente de origen viral, en menos frecuencia le siguen las bacterianas o parasitarias.

La enfermedad diarreica aguda va acompañada, en muchas oportunidades, de deshidratación la cual se clasifica en base a la pérdida de peso corporal, teniendo así 3 categorías:

- Sin signos de deshidratación: Déficit de peso corporal menos del 5%
- Algún grado de deshidratación: Déficit de peso corporal del 5 al 10%
- Deshidratación grave: Déficit de peso corporal más del 10%

Para evaluar una deshidratación es importante basarnos en un examen físico, teniendo en cuenta una serie de parámetros:

- Estado de conciencia
- Ojos
- Mucosas
- Lágrimas
- Sed
- Signo del pliegue

Dentro de los cuales los signos clave de deshidratación son la alteración del sensorio, presencia de sed y signo del pliegue.

Otro signo importante en los lactantes es observar la fontanela, si es que esta se encuentra abombada o deprimida.

Se considera un caso de diarrea sin signos de deshidratación cuando los 6 parámetros mencionados anteriormente se encuentran dentro de lo esperado, es decir, sin alteraciones. En cambio, una deshidratación leve a moderada es cuando al menos existen dos o más signos de deshidratación. Una deshidratación severa es aquella que cursa con la alteración de al menos un signo clave acompañado de dos o más signos de deshidratación. Según la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño” (7) plantea que para cada estado de deshidratación mencionado previamente le corresponde un plan terapéutico los cuales se subdividen en A, B y C.

El plan A es el manejo terapéutico para el paciente sin signos de deshidratación el cual consiste en un manejo ambulatorio con líquidos caseros por vía oral, además es necesario seguir las siguientes recomendaciones (ACREZ):

- Aumentar la cantidad de líquidos ingeridos
- Continuar con la alimentación cotidiana
- Reconocer signos de deshidratación y signos de alarma, en caso de presentarlos debería acudir al establecimiento de salud inmediatamente. Los signos de alarma son los siguientes: vómitos a repetición, paciente luce tóxico o no se ve bien, existe letargia o irritación, aumento de la sed, intolerancia oral.
- Enseñar a prevenir futuros episodios diarreicos
- Zinc, iniciar o no la suplementación con zinc

Cuando un paciente presenta un grado de deshidratación moderada (o llamado también, algún grado de deshidratación), le corresponde un manejo inmediato con el plan B según la guía mencionada anteriormente, la cual consiste en que todo niño (ña) que presente algún grado de deshidratación (o deshidratación moderada) debe recibir terapia de rehidratación con solución de SRO (sales/suero de rehidratación oral) en un establecimiento de salud. El tratamiento dura 4 horas y debe ser

evaluado por un personal de salud capacitado. Para esto se debe administrar 50 a 100 ml/kg de peso de SRO en 3 a 4 horas, de existir intolerancia oral se pasaría al plan C, de tolerarlo se le da de alta con indicaciones médicas.

El plan C, que se da en pacientes con deshidratación severa, consiste en un manejo especial en el cual se administrará fluidos endovenosos en un volumen que depende de si el paciente presenta o no signos de shock.

- **Análisis del caso 1:** En este caso nos encontramos ante una EDA sin signos de deshidratación cuyo manejo fue tratado de manera ambulatoria en la consulta externa con SRO equivalente a cada pérdida, es decir, que debe ingerir una cantidad de líquido similar a la cantidad de pérdida, que suele ser entre 5 a 10 ml/kg, ya sea por cada vómito o diarrea, respectivamente. Este manejo ha sido el adecuado ya que es lo que se establece en la guía del MINSA (7). Un dato importante es que se le dio consejería a la madre con respecto a la alimentación y los signos de alarma, pero se debieron tocar todos los puntos del ACREZ el cual fue explicado anteriormente.
- **Análisis del caso 2:** En este caso estamos frente a una EDA con signos de deshidratación leve a moderada que según la guía referenciada (7) se debe realizar tolerancia oral con SRO por 3 horas como mínimo con 50 a 100ml/kg, siendo para este paciente la cantidad mínima de 1 250 ml en 3 a 4 horas, siendo así una cantidad de aproximadamente 105 ml cada 15 minutos por 3 horas. Lo mencionado no se cumplió en la emergencia del hospital ya que a la madre del paciente se le indicó que paciente debía ingerir $\frac{1}{4}$ de vaso, que corresponde a 50 ml, cada 15 minutos, lo que significa que se estuvo brindando menos de lo requerido; además, solo se observó al niño durante la primera media hora y se le dio de alta, cuando en la guía propone que la primera reevaluación se da a las 2 horas de iniciada la tolerancia oral. Por todo lado, no se observó de manera directa al paciente durante este periodo ya que solo se le dieron las indicaciones a la madre y que esperara fuera de la emergencia debido a la coyuntura actual. Por lo tanto, se considera que se le dio un alta precoz al paciente, pudiendo ésta presentar complicaciones manifestando los signos de

alarma previamente mencionados. Lo que se debió hacer fue evaluar a las 2 horas y de acuerdo al estado del paciente decidir lo siguiente:

- Si no se evidenciaban signos de deshidratación, se le daba de alta con el plan A del tratamiento.
- Si persistía con signos de deshidratación se debía continuar con tolerancia por dos horas más.
- De presentar signos de hidratación grave o hay fracaso en el tratamiento, se debe iniciar el plan C.

B. Bronquiolitis aguda

- **Definición:** Una bronquiolitis aguda es definida como el primer episodio de tos con sibilantes en menores de 2 años. Se trata de una infección de vías respiratorias bajas frecuente en esta población, de hecho, el 2 a 5% de niños con un proceso de bronquiolitis requieren hospitalización. Dentro de los factores de riesgo más frecuentes se encuentran las infecciones virales respiratorias, como el virus sincitial respiratorio (hasta en un 70% de los casos), seguido por otros como el virus de la influenza, adenovirus o rinovirus. Se caracteriza por la aparición de síntomas de vías respiratorias superiores (rinorrea) seguido de una tos persistente acompañado de fiebre que se puede agravar en los días posteriores que se pueden evidenciar en el examen físico como taquipnea, sibilantes y tirajes. (8)

Como profesionales de la salud en el primer nivel de atención debemos diferenciar cuando una bronquiolitis aguda tiene o no criterios de hospitalización, siendo estos criterios los siguientes:

- Menor de 3 meses
- Apnea
- Dificultad respiratoria
- Saturación menor de 92%
- Paciente con comorbilidades: cardiopatías, neumopatías, inmunodepresión
- Si no responde al tratamiento sintomático por más de 48 horas.
- Deterioro de estado clínico

En cuanto a la terapéutica, según la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de 2 años” (8), al ser de origen viral se da tratamiento sintomático el cual consiste en:

- Aspiración de secreciones si es que es necesario
 - Oxigenoterapia para mantener una saturación de oxígeno mayor igual a 92%
 - Hidratación adecuada
 - Nebulización con NaCl al 0.9% para mantener permeable la vía aérea
 - En caso de presentar fiebre se debe administrar paracetamol de tener una temperatura mayor de 38 acompañada de medios físicos.
 - Continuar con alimentación habitual
- **Análisis del caso 3:** En el presente caso se decidió hospitalizar a la paciente por cumplir con dos de los criterios mencionados: la edad menor de 3 meses y la saturación de 92%. Con respecto a la terapéutica podemos constatar que se dio de manera adecuada según la guía clínica. Finalmente los criterios de alta fueron los adecuados del paciente. Esto es de vital importancia ya que los menores de 3 meses suelen tener manifestaciones atípicas en caso de descompensación o pueden tener descompensaciones bruscas, motivo por el cual es necesario mantenerlos bajo observación para de este modo evitar cuadros más severos. Lo cual se puede criticar de este caso es que en la guía se menciona que la radiografía de tórax no se usa de manera rutinaria, salvo para los casos con dudas diagnósticas, lo cual no era el caso ya que la paciente presentó una clínica florida de la enfermedad, cuadros graves o mala evolución, que tampoco fue el caso de la paciente ya que si bien llegó con tirajes no lucía en mal estado general.

C. Faringitis aguda

- **Definición:** Una faringitis aguda se define como una inflamación de las mucosas del área faringo amigdalara. Dentro de su etiología, está muy asociado a procesos virales y bacterianos. Uno de los principales diferenciales entre el diagnóstico y manejo de las faringitis agudas es tratar de discriminar si la infección es de etiología bacteriana (streptococo beta hemolítico del grupo A: Streptococo pyogenes) o no, para lo cual nos basaremos de un examen físico preferencial y datos epidemiológicos. La

importancia de lo mencionado anteriormente es para establecer un uso adecuado de antibióticos, para lo cual se ha creado la escala de Centor modificada por Mc Isaac que reúne los siguientes parámetros (9):

- Presencia de exudado amigdalár
- Edad entre 3 a 14 años
- Presencia de adenopatías en región latero cervical con inflamación y dolor
- Fiebre mayor de 38°C
- Ausencia de tos

Los cuales de ser positivos se les asigna la puntuación de uno, siendo un puntaje mayor o igual a 4 el establecido para definir una probable etiología bacteriana, por consiguiente el uso de antibióticos. Por un lado, de obtener un puntaje < de 4, nos orientaría a una probable etiología viral para lo cual sería manejado de acuerdo a sintomatología del paciente. Por otro lado, de obtenerse un puntaje ≥ 4 , el paciente sería candidato al uso de antibióticos, de preferencia se suele usar amoxicilina de 40-50 mg/kg/día cada 12 o 24 horas durante 10 días. En caso sean mayores de 4 años, se recomienda dar amoxicilina de 500 o 750 mg/día por 10 días (9).

- **Análisis del caso 4:** En el presente caso que tiene como diagnóstico una faringitis aguda, y empleando los criterios de Centor, se obtiene un puntaje de 5, lo cual nos orientaría a una muy probable etiología bacteriana, para lo cual el criterio de administrar antibióticos en nuestro paciente es el adecuado. Como dato adicional el uso racional de antibióticos en FAGA es para evitar las complicaciones no supurativas de esta enfermedad, como una posible glomerulonefritis post estreptocócica o una fiebre reumática.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante la rotación de Medicina Interna a inicios del 2021 se pudo acceder a los servicios de dicha especialidad que ofrecía el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, dichos servicios estaban constituidos por la emergencia, donde se realizan guardias de 12 horas tanto diurnas como nocturnas, hospitalización donde generalmente trasladaban a pacientes de la emergencia luego de estabilizarlos. Una desventaja es que el aprendizaje se centraba en el ámbito hospitalario y no se tenía acceso a la consulta externa, un área importante ya que la consulta externa es lo que más se realizará durante el SERUMS. Algo que se debe resaltar es la rotación en la emergencia, donde llegaban pacientes tanto estables como inestables y se aprendía acerca de un buen manejo. La casuística en el hospital era bastante amplia, ya que se veían desde enfermedades comunes hasta las más complejas. Dentro del servicio donde se rotó se hacían actividades académicas entre 2 a 3 veces por semana donde se comentaban los casos clínicos de mayor complejidad y se exponían los temas más frecuentes vistos en el servicio, esto era dirigido por los asistentes y complementado por los residentes. Otra ventaja es se podía tener acceso a otras especialidades para realizar un manejo multidisciplinario, pudiendo asistir con los pacientes a diversos procedimientos e interconsultas con las demás especialidades, lo cual integraba el conocimiento. A diferencia del hospital referido, en el Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir” los servicios de Medicina Interna se limitaban a dos consultorios externos donde la función principal del médico asistente y el interno, en conjunto, se limitan al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno como parte del primer nivel de atención. Cabe resaltar que en un establecimiento de salud también se atienden urgencias y emergencias orientadas a las patologías más comunes.

En caso exista una patología de mayor complejidad es necesario hacer la referencia al hospital que corresponda según ubicación geográfica. Como se realizó la rotación en este centro de salud durante los meses de pandemia se vieron limitadas muchas actividades, entre ellas las actividades académicas y el examen físico que se le realizaba al paciente para evitar la exposición, este examen era muy dirigido hacia los signos y síntomas principales del paciente y con las correctas medidas de bioseguridad. La ventaja de trabajar en el primer nivel de atención es que el interno de Medicina aprende a diagnosticar y a tratar las patologías más frecuentes para ponerlo en práctica durante el SERUMS.

A lo largo de la rotación de Pediatría, realizada durante la pandemia, se hicieron las prácticas clínicas en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) y en Hospital Sergio E. Bernales (HNSEB). En el primero se rotó por el área de emergencias, donde el interno estaba encargado de las prioridades III y IV, los principales tópicos de emergencia, en un horario limitado de 7:30 a. m. a 1 p. m. En las prioridades mencionadas se veían las patologías más comunes como rinofaringitis, faringitis aguda, herpangina, enfermedad diarreica aguda, infecciones del tracto urinario, entre otras, donde el interno aprendió a realizar una correcta anamnesis y exploración física sucinta para llegar a un adecuado diagnóstico y tratamiento según las guías establecidas del instituto. No se pudo hacer la rotación en hospitalización evitando el aprendizaje acerca de la evolución de los pacientes. Cabe resaltar que se realizaba una guardia de 12 horas por semana, donde se realizaba la misma labor relatada en la emergencia, al finalizar las guardias se realizaban discusiones académicas que retroalimentaban los casos más relevantes que llegaban. La ventaja de estar en una emergencia es la familiarización con las patologías que más frecuentemente aquejan a los pacientes pediátricos y que es de vital importancia saber diagnosticarlas y dar un correcto manejo. A diferencia de la rotación en el INSN, la rotación en el HNSEB se realizó tanto en la emergencia como en el servicio de hospitalización. En la emergencia, donde se realizaban guardias diurnas de 12 horas, se veían los mismos casos que se veían en el INSN, pero a diferencia del mencionado anteriormente, el interno era el encargado, junto al residente, de realizar el triaje ya que no había tópicos diferenciados según el grado de prioridad. Por otro lado, en el HNSEB, al rotar

por hospitalización se podía conocer la evolución del paciente y el tratamiento fuera de la emergencia, conociendo así criterios de hospitalización y de alta de los pacientes según la patología que aquejaban. El interno era el encargado de realizar la evolución diaria del paciente y de presentar el caso ante el asistente, durante esta actividad el asistente encargado hacía docencia a los pies del paciente, haciendo énfasis en el tratamiento. Una desventaja de realizarlo en época de pandemia es que cada día iba un asistente diferente que muchas veces diferían en el diagnóstico y tratamiento con el asistente que pasaba la visita un día anterior.

La rotación de Ginecología y Obstetricia se realizó durante la coyuntura actual en Detecta Clínica, Hospital Nacional Sergio E. Bernales y en el Centro de Salud Materno Infantil "El Porvenir". En Detecta Clínica se realizó la rotación de Ginecología en todos sus servicios permitiendo así ver la evolución del paciente, desde su primer contacto con el establecimiento en el consultorio externo, su hospitalización, en muchas ocasiones durante el acto quirúrgico si es que era requerido y su post operatorio. En el consultorio se veían las patologías más frecuentes de la especialidad como el flujo vaginal, miomatosis, endometriosis, hemorragia uterina anormal; además, se realizaban los chequeos ginecológicos preventivos, permitiendo aprender a realizar un examen físico completo, acompañado del Papanicolaou, un examen fundamental para el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix. Al ser una clínica privada, muchas veces el tratamiento no era igual a lo que dicen las normas técnicas ya que el petitorio de medicamentos suele ser más amplio en la clínica. Durante la rotación se realizaban actividades académicas que constaban de revisión de artículos de las patologías más vistas durante la consulta externa lo que se veía acompañado de preguntas para fijar los conceptos adquiridos. Durante la rotación de Obstetricia en el HNSEB, en el servicio de emergencia, donde el interno, por la pandemia, se limitaba a realizar la historia clínica junto al residente, no podía atender partos, algo fundamental en su formación como médico general, pero si se tenía la posibilidad de observarlo. Durante la rotación por hospitalización se pudo aprender acerca del manejo de las púerperas, sobre todo de anemia, una patología que la mayoría de pacientes presentaba. Por otro lado, en alto riesgo obstétrico se pudo evidenciar como monitorizar a dichas pacientes para que

puedan, en muchas ocasiones, llevar a término su gestación, dentro de las patologías que se veían se encontraban la preeclampsia, infecciones del tracto urinario, contracciones uterinas prematuras. En la unidad de cuidados intermedios, se aprendió acerca de las puérperas por cesárea y el cuidado de sus heridas operatorias para así evitar futuras complicaciones como la infección de sitio operatorio. En el Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir”, pese a contar con centro obstétrico que proporcionaba las herramientas necesarias para la atención de un parto humanizado no se atendió ningún parto porque la mayoría de pacientes preferían hacerlo en un hospital; además, el control pre natal estaba a cargo de las obstetras, motivo por el cual el interno no tenía facilidad de acceso, por ello el interno de Medicina no pudo ver las diversas patologías obstétricas.

Durante la rotación de Cirugía General en el Hospital Dos de Mayo, previo a la pandemia, el interno realizó sus actividades en los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia. En el primero, se encargaba de la evolución, seguimiento de los pacientes antes de su programación en sala de operaciones, para lo cual debía cumplir con todos los requisitos para que el paciente se encuentre en las mejores condiciones antes del acto quirúrgico, ello incluía actualizar sus exámenes de laboratorio, riesgo quirúrgico (cardiológico, neumológico y pre anestésico) y de haber una patología, realizar la interconsulta respectiva para su manejo antes de la operación. Así mismo, también se realizaron actividades académicas en el servicio correspondiente a cargo de los médicos asistentes y residentes. Durante las últimas semanas se realizó consulta externa, con la finalidad de que el interno tenga un seguimiento de post operatorio de los pacientes programados. Ello también le da una ventaja para que el interno pueda conocer las patologías más frecuentes vistas desde el área quirúrgica. En la emergencia del hospital, el interno adquirió la habilidad para realizar diversos procedimientos quirúrgicos: sutura de heridas, colocación de sondas, drenaje de abscesos, manejo de caídas y poli traumatizados, así como también programar las cirugías de emergencia. El interno también tuvo la posibilidad de asistir en las cirugías, aprendiendo lo básico que debe saber dentro del acto quirúrgico. Durante estos meses no solo se rotó por Cirugía General y Digestiva sino también por las especialidades quirúrgicas como

Traumatología, Urología y Otorrinolaringología, aprendiendo de ellas los procedimientos más prácticos para una emergencia. La rotación de Cirugía General en Detecta Clínica también se pudo realizar en los servicios de consultorio externo, hospitalización y sala de operaciones. Durante el consultorio externo, se aprendió a evaluar a los pacientes de manera integral, haciendo énfasis en la redacción de la historia clínica y el examen físico, sobre todo para programarlos para cirugías electivas, una vez que contaban con sus exámenes pre quirúrgicos y riesgos correspondientes, se programaba la cirugía ya que de haber alguna alteración primero de debía corregir. Debido a la coyuntura todos los pacientes debían ingresar con una prueba antigénica de hisopado negativa no mayor a 48 horas. En sala de operaciones, la interna pudo asistir en las cirugías más comunes de la especialidad como la colecistectomía laparoscópica, hernioplastía laparoscópica y apendicectomía, aprendiendo además a suturar por planos. Posterior a la cirugía, la interna se encargaba del seguimiento en la hospitalización y en la consulta tras el alta. Se aprendió a manejar algunas complicaciones post quirúrgicas, como el manejo del dolor, cambio de drenajes, colocación de sondas, limpieza de heridas quirúrgicas, manejo de drenajes. Teniendo así la posibilidad de aprender el manejo integral del paciente.

En términos generales, existe una gran diferencia entre hacer un típico internado ante un internado durante una pandemia, el primero no carece de limitaciones prácticas y desarrolla ampliamente las capacidades de un estudiante de Medicina en formación para convertirse en un médico general, ello implica invertir una gran parte de tiempo en su sede hospitalaria aprendiendo al lado del paciente, lo cual se ha visto totalmente limitado debido a la coyuntura actual, ya que para evitar la exposición solo se permitió rotar 15 días al mes en las diferentes sedes, causando así un déficit en el desarrollo profesional. Cabe resaltar que el manejo hospitalario es totalmente distinto que el primer nivel de atención, puesto que en los hospitales se ven patologías de diversa complejidad, mientras que en el primer nivel de atención tratamos las patologías más comunes de una población en específico. Pese a tener sedes hospitalarias durante la pandemia, la propia propagación del virus limitaba a que el interno tenga un contacto tan cercano con el paciente, impidiendo muchas veces realizar un examen completo. Por otro lado, el flujo

de pacientes también se vio muy limitada debido al temor de estos al contagio. La docencia también, en muchas sedes, se vio limitada ya que no era posible realizar las mismas actividades que solían hacerse, como la actividad académica al pie del paciente. Es por todo esto, que los internos de Medicina de este año deben más campo clínica para poder terminar de afianzar conocimientos previamente adquiridos porque a la larga todos se convertirán en médicos generales.

CONCLUSIONES

La rotación de medicina interna en el centro de salud fue buena ya que permitió conocer el manejo del primer nivel de atención frente a las patologías más frecuentes en esta especialidad, queda un vacío en cuanto a las emergencias que pueden presentarse en estas patologías, que sí pudieron ser observadas en el hospital. Motivo por el cual consideramos importante tener rotaciones en la emergencia.

La rotación de Pediatría fue realizada en centros pertenecientes al III nivel de atención por lo que la casuística y el aprendizaje cumplieron con nuestras expectativas. Siendo así una de las rotaciones más completas que el interno de medicina pudo realizar.

La rotación de Gineco Obstetricia fue satisfactoria tanto en Detecta Clínica como en HNSEB, donde se rotó por todos los servicios que estos ofrecían, aprendiendo así de grandes profesionales, se resalta la rotación Ginecología en Detecta Clínica, puesto que a diferencia de los establecimientos del estado, se contaba con todo lo necesario para llevar un adecuado seguimiento de las pacientes. Lamentablemente en el CCSS fue muy deficiente ya que las gestantes, la mayoría de veces, no eran vistas por el interno de Medicina sino por el servicio de Obstetricia y sus internos, así como también la labor que se realizaba en el centro obstétrico.

Durante la rotación de Cirugía general se cumplió con todas las expectativas puesto que el interno aprendió a diagnosticar las patologías quirúrgicas más frecuentes, se sabe bien que dichas enfermedades tienen un manejo netamente operatorio; sin embargo, nos debemos llevar los conocimientos necesarios para el manejo inicial de tales enfermedades. Ello se aprendió mucho durante las guardias en la emergencia, resaltando el aspecto práctico

que trae consigo la rotación de cirugía en cuanto a sus procedimientos. Asimismo, el manejo de un paciente quirúrgico no solo se basa en el acto quirúrgico per sé sino también en el post-operatorio, resaltando el manejo del dolor, curación de la herida operatorio y evaluar una que otra complicación relacionada.

Al poder observar las realidades de una rotación como interno de medicina en el nivel hospitalario y el primer nivel de atención, podemos resaltar que todavía persisten deficiencias en el primer nivel de atención, puesto que la población prefiere a ir a un establecimiento de salud de mayor complejidad, es por ello que se evidencia una mayor casuística en dichos establecimientos. Por consiguiente, al realizar estas labores durante pandemia, el aprendizaje se vio muy limitado.

El retorno al nuevo internado médico confirma la importancia del primer nivel de atención; sin embargo, al no haber mucho flujo de pacientes, quedan brechas en el conocimiento, que podrían ser subsanadas a posteriori en centros de salud de mayor resolución. Por otro lado, las rotaciones antes de la pandemia en un hospital, brindaba un mayor contacto con el paciente debido a que se contaba con un servicio de hospitalización y destrezas para poder manejar las emergencias más frecuentes de las diversas patologías. Pese a todas las deficiencias manifestadas no ha dejado de ser un año de gran aprendizaje para los estudiantes del último año de la carrera de medicina.

RECOMENDACIONES

1. Como bien se sabe el internado médico ha sido desarrollado en un contexto de pandemia, debido a ello es que es imprescindible asegurar la salud del interno, lo cual se lograría asegurando la entre de equipos de protección personal (EPP) durante cada práctica, ya sea en el primer nivel de atención o en niveles de mayor complejidad. Los EPP son fundamentales para seguir todos los protocolos de bioseguridad aprendidos durante el confinamiento. Estos no nos van a garantizar una protección total, es por ello que es necesario que los internos cuenten con un seguro de vida ante cualquier eventualidad. Del mismo modo, se recomienda la vacunación de todos los internos por pertenecer al personal de salud de primera línea.
2. Si bien es cierto, los internos de ciencias de la salud, realizarían sus nuevas prácticas clínicas en áreas no COVID, ello no descarta la probabilidad de poder lidiar con pacientes asintomáticos infectados por la COVID-19 o que sean casos sospechosos de dicha enfermedad. Motivo por el cual se recomienda la realización de pruebas COVID periódicas para un mejor control del personal de salud.
3. Se sabe que la asistencia a las prácticas del internado son solo durante 15 días continuos, muchas veces esta mecánica deja muchos espacios vacíos con respecto al seguimiento continuo de los pacientes, por ello se recomienda la asistencia permanente de los internos, sin dejar de lado el velar por su seguridad. Siempre y cuando se cumplan las recomendaciones 1 y 2 mencionadas anteriormente.
4. Si bien el primer nivel de atención es fundamental dentro del aprendizaje médico, muchas veces es limitado por el poco flujo de

pacientes, por tal razón se recomienda realizar rotaciones externas que complementen el aprendizaje del interno.

5. Se recomienda que a fin de subsanar las brechas en el conocimiento de los internos se realicen talleres de los tópicos médicos más relevantes enfocados en el primer nivel de atención, puesto que esto será su próxima labor como médico serumista.
6. Todo interno de ciencias de la salud, debe desarrollar la capacidad de adaptarse a todo tipo de circunstancia, puesto que pueden existir diversas eventualidades que no siempre traerán un adecuado desarrollo profesional como tal. Esto ha sido punto de partida para retornar nuevamente a las actividades como interno de medicina en un contexto atípico, es por ello que se recomienda a los futuros internos sacar el máximo provecho en todas sus rotaciones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Documento Técnico: "Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco de Decreto de Urgencia N° 090-2020" [Internet]. Gobierno del Perú. 2020 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
2. Noma Técnica de Salud "Categorías de establecimientos de la salud". [Internet]. La contraloría general de la República del Perú. . 2011 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa_operativo_Salud_5.PDF
3. Documento Técnico: "Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada" [Internet]. Biblioteca Virtual en Salud. . 2010 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa_operativo_Salud_5.PDF
4. Documento Técnico: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. [Internet]. Gobierno del Perú. 2015 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202015/RM031-2015-MINSA%20Dx%20tratamiento%20y%20Control%20de%20la%20Enfermedad%20Hipertensiva.pdf
5. Jiménez L, Clemente M, Palenzuela S, Llamas L, Montero F.

- Emergencia hipertensiva. En: Jiménez L, Montero F. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ta edición. Barcelona: Elsevier; 2018. 232 - 234
6. Guía de Práctica Clínica de Infección del Tracto Urinario (ITU) [Internet]. Ministerio de Salud - Hospital Cayetano Heredia. 2015 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_104_2015.pdf?fbclid=IwAR3Ts3Q0I5oPeQr28zKpcMLz8WUwQZbL_PZCvmE9Uad-rSLGVWm4hkeFBTA
 7. Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la niña y el niño" [Internet]. Gobierno del Perú. 2017 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
 8. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis en niños menores de dos años [Internet]. Biblioteca Virtual de Salud. . 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
 9. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. [Internet]. Instituto Nacional de Salud del Niño. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/guias-de-practica-clinicas/>
 10. Guía Nacional de manejo de Infecciones de Transmisión sexual [Internet]. Biblioteca Central del Ministerio de Salud. . 2006 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1NpcxBAfcEv8F5iv3ZLS0qLwDQIpvYy wC/view?fbclid=IwAR1QfgFPyXVQwVOhpzAoXBKMtch1q2hCWMGKQP0sDrt02mkjtt2f2hIEWLI>
 11. Sobel J. Candida vulvovaginitis: Treatment. [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=candidiasis%20vaginal&source=search_result&sele

- ctedTitle=1~72&usage_type=default&display_rank=1#H2175994530
12. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de Miomatosis Uterina. [Internet]. Ministerio de Salud - Hospital Cayetano Heredia. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_388-2019-HCH-DG.pdf
 13. Martin R. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1
 14. Martin R. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis%20alvarado&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2025980881
 15. Smink D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&topicRef=1386&source=see_link#H17Apendicitis III
 16. Zakko S. Overview of gallstone disease in adults [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
 17. Zakko S, Afdhal N. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis->

- clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H249918499
18. Guía de Tokio 2018 [Internet]. Sociedad Japonesa de Cirugía Hepato-Biliar-Pancreática. 2018 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: http://www.jshbps.jp/modules/en/index.php?content_id=47
 19. Vollmer C, Zakko S, Afdhal N. Treatment of acute calculous cholecystitis [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3
 20. Zakko S, Afdhal N. Approach to the management of gallstones [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colecistitis&topicRef=654&source=see_link#H3347959734
 21. Sopper N, Malladi P. Laparoscopic cholecystectomy [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-cholecystectomy?sectionName=Antibiotics&search=colecistitis&topicRef=3684&anchor=H10&source=see_link#H10
 22. Brooks D, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=2~126&usage_type=default&display_rank=2#H549554470
 23. Brooks D. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in->

adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=1~126&usage_type=default&display_rank=1#H1448121778

24. Sarosi G, Ben-David K. Laparoscopic inguinal and femoral hernia repair in adults [Internet]. UpToDate 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-inguinal-and-femoral-hernia-repair-in-adults?sectionName=Laparoscopic%20repair%20approaches&search=hernia%20inguinal&topicRef=3687&anchor=H491041886&source=search_link#H491041767