



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE VITARTE Y
CENTRO DE SALUD LEONOR SAAVEDRA EN PERIODO ENERO 2020 - ABRIL

2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
EDUARDO FRANZ NAMUCHE OJEDA

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE VITARTE Y CENTRO DE SALUD LEONOR SAAVEDRA EN
PERIODO ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
EDUARDO FRANZ NAMUCHE OJEDA**

**ASESOR
MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: MG. Hugo Rojas Olivera

Miembro: M.E. Guigliana Ayllón Bulnes

DEDICATORIA

A mis padres y hermano:

Hipólito Namuche Pizarro, Amandina Ojeda Alegría y Fernando Namuche Ojeda.

Por su ayuda sacrificada, que ha permitido forjar mis anhelos.

A mis tías:

Elizabeth, Judith y Nelly Ojeda Alegría.

Por brindarme su gran apoyo en todos estos años de carrera.

Eduardo Franz Namuche Ojeda

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación cirugía	2
1.2 Rotación pediatría	5
1.3 Rotación medicina interna	7
1.4 Rotación gineco-obstetricia	9
CAPITULO II CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III APLICACIÓN PROFESIONAL	16
3.1 Rotación cirugía	16
3.2 Rotación pediatría	18
3.3 Rotación medicina interna	20
3.4 Rotación gineco-obstetricia	22
CAPITULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	23
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACION	31
ANEXOS	34
1. Listado de abreviaturas	35

RESUMEN

El internado médico es una etapa fundamental y obligatoria en la formación del estudiante de medicina de pregrado dado que se realiza las actividades preprofesionales durante su último año de estudios donde se pondrá en práctica todo lo adquirido a lo largo de la carrera.

Para realizar dicha actividad se deberá escoger primeramente mediante orden de mérito, plaza cautiva o examen que proporciona el mismo establecimiento de salud ya sea del MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas o clínica privada.

El objetivo primordial del internado medico es adquirir las capacidades y habilidades necesarias para la práctica diaria de un médico general, así como la habilidad de trabajar en equipo con otros trabajadores de la salud para alcanzar una atención eficiente y eficaz. Para llevar a cabo un correcto internado medico aparte de lo que pueda dar el interno se necesita de recursos tanto materiales como humanos únicos de cada establecimiento de salud con el fin de que el interno de medicina logre concluir este año tan importante para su carrera de una manera satisfactoria.

Podemos definir que el internado medico logra afinar las habilidades y destrezas que le servirán al estudiante de último año de medicina para llevar a cabo un servicio rural urbano marginal de buena calidad en beneficio del paciente y la población de la cual estará a cargo cuando vaya a un centro de salud de primer nivel a brindar la atención correspondiente por el laxo de un año que luego daría paso a lo que sería optar por estudiar una especialidad o en otro caso aplicar a un puesto de médico general en algún establecimiento de salud.

ABSTRACT

The medical internship is a fundamental and mandatory stage in the training of the undergraduate medical student given that the pre-professional activities are carried out during their last year of studies where everything acquired throughout the career will be put into practice.

To carry out this activity, you must first choose by order of merit, captive place or examination provided by the same health establishment, either from MINSA or ESSALUD.

The primary objective of the medical internship is to acquire the skills and abilities necessary for the daily practice of a general practitioner, as well as the ability to work as a team with other health workers to achieve efficient and effective care. To carry out a correct medical internship apart from what the intern can give, both material and human resources unique to each health establishment are needed for the medical intern to be able to conclude this important year for their career of one satisfactory way.

We can define that the medical internship manages to refine the skills and abilities that will serve the final year medical student to carry out a good quality marginal urban rural service for the benefit of the patient and the population of which he will be in charge when he goes to a first-level health center to provide the corresponding care for the last of a year that would then give way to what would be to choose to study a specialty or otherwise apply for a position as a general practitioner in a health establishment.

INTRODUCCIÓN

La importancia del internado médico en el Perú radica en que es fundamental para la correcta formación del médico de pregrado debido a que en este último año de estudios el estudiante de medicina realiza prácticas preprofesionales en establecimientos de salud ya sea en MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas o en Clínicas privadas. ⁽¹⁾

La elección de alguna de estas sedes dependerá de varios factores, para empezar el promedio total que el alumno haya obtenido en los 6 años previos antes de iniciar el internado, luego ver que sedes tengan convenio con la universidad a la que está inscrito; existen algunas sedes que piden un promedio mínimo para poder rendir un examen de capacidad y ver si son aceptados para realizar el internado en dicho establecimiento. En caso de ESSALUD, su examen es a nivel nacional y si el alumno es admitido elegirá acorde a su puesto obtenido por su nota del examen y su promedio ponderado. Normalmente el internado inicia la última semana de diciembre del año anterior esto con el fin de brindar a los internos información necesaria acerca del establecimiento de salud en cuanto a logística, manejo del sistema para registrar a los pacientes, organización de horarios de trabajo y documentación que pide el hospital para dar un carnet de identificación al interno.

En este caso se hablará del internado realizado en el año 2020 en el Hospital Vitarte de Lima-Perú, categorizado como un establecimiento de salud de baja

complejidad categoría II-1, que es pertenece al MINSA, dentro de la jurisdicción de la DIRIS LIMA-ESTE. (2)

Este hospital se encuentra ubicado en el Km 7.00 de la carretera central 506, avenida Nicolas Ayllon 5880, Ate 15491, cuenta con 924 trabajadores, 142 de ellos son médicos de distintas especialidades que van acorde con el nivel de categorización del establecimiento de salud. Asimismo, cuenta con otros profesionales de la salud como los son licenciados y técnicos de enfermería, obstetras, psicólogos, odontólogos, tecnólogos médicos, trabajadores sociales, químico farmacéuticos, técnicos en nutrición, en rayos X, en farmacia, de laboratorio, personal administrativo, un auditor y trabajadores de servicios generales y mantenimiento. Cuenta con 78 camas, 2 salas de operaciones, equipo de rayos X, ecógrafos. Atiende las 24 horas en emergencias, laboratorio, rayos X y hospitalización. (2)

El hospital Vitarte dispuso en el año 2020 un total de 80 vacantes para internos de medicina, siendo así su convocatoria más grande debido a que ese mismo año iban a inaugurar el nuevo Hospital de emergencias Ate Vitarte ubicado en la carretera central 132, Ate 15491, razón por la cual el número de plazas aumento a comparación de años anteriores. Gracias a una buena gestión por parte del hospital todos los internos pudieron ser remunerados a diferencia de otros hospitales del Ministerio de salud (MINSA) donde solo una parte de los internos es remunerada y la otra es *Ad Honorem* (“de forma honoraria”).

El internado medico inicio un 26 de diciembre del año 2019 con un curso de inducción donde se dieron pautas sobre bioseguridad, como hacer una historia clínica y evolución del paciente, de la historia del hospital y su logística, luego se dio la elección de las rotaciones y los horarios, finalmente se realizó un recorrido por todas las áreas del hospital.

Durante el primer mes de internado médico, las actividades dentro del hospital eran como las de años anteriores, se ponía en práctica lo aprendido ciclos anteriores en la universidad bajo la supervisión de los médicos adscritos y los residentes que brindaban apoyo para reforzar lo aprendido. También se realizaban pruebas escritas y exposiciones de diversos temas que servían para el repaso diario del interno.

Fue recién a finales de enero del 2020 que las noticias de una posible pandemia de SARS-COV 2 cobraban mayor fuerza (aquella anunciada el 31 de diciembre del 2019), esto debido a los casos crecientes que sucedían en Asia y Europa. Este virus cuyo primer caso se registró en Wuhan- China se transmite por vía respiratoria y en menor medida por contacto con una superficie contaminada.

El 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara a la epidemia de SARS-COV 2 como una emergencia mundial de salud pública, luego el 11 de marzo es declarado pandemia. ⁽³⁾

Fue en la segunda semana de febrero que el hospital inicia medidas para proteger a su personal de salud mediante la entrega de una mascarilla a la semana la cual era de uso obligatorio mientras uno se encontraba en servicio. Con el pasar de las semanas se fue implementando más medidas contra el COVID en el hospital como la instalación de dispensadores de alcohol en gel y la delimitación de zonas de atención para pacientes sospechosos de COVID-19

El primer caso de coronavirus en el Perú fue reportado el 6 de marzo del 2020 y posteriormente el 15 de marzo de ese año el gobierno del Perú dicta cuarentena a nivel nacional por tal motivo se suspendió el internado hasta nuevo aviso. ⁽⁴⁾

En setiembre del 2020 luego de varios meses de diálogos entre las facultades de medicina del país y los ministerios de salud y educación, se da inicio al regreso del internado médico, este regreso fue progresivo debido a que no todas las universidades estaban de acuerdo y mandaron a sus internos meses después. En el caso del centro de salud Leonor Saavedra, perteneciente a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima-Sur (DIRIS LIMA-SUR), el internado inicio en noviembre siendo así la primera vez que aceptaban internos de medicina haciendo sus prácticas preprofesionales en dicho establecimiento, cumpliendo con todos los protocolos de bioseguridad en favor de sus empleados tanto los de salud, administrativos, de seguridad y mantenimiento y limpieza. Estas prácticas iban a durar hasta finales de abril del año 2021. ⁽⁵⁾

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La importancia del internado en la profesión médica es fundamental no solamente por el hecho de consolidar y poner a prueba todos los conocimientos adquiridos a lo largo de los ciclos anteriores de estudio, sino que también enseña lo importante que es la cooperación para una correcta atención del paciente tanto en las áreas de hospitalización, emergencia, así como en las reuniones de revisión de casos y junta médica.

El contacto directo con el paciente es otra razón para darle importancia al internado debido a que se toma un mayor protagonismo a diferencia de las rotaciones que se hacían en hospitales durante los ciclos previos; sin dejar de lado el hecho que el alumno aun está en etapa de aprendizaje por lo que recibe el apoyo tanto de los médicos adscritos y los residentes de las diferentes rotaciones que lleva a lo largo del año, así como de los otros trabajadores de la salud.

Lo que normalmente se espera al iniciar el internado es poder poner en práctica los conocimientos adquiridos en la universidad y con eso poco a poco poder pulir nuestras habilidades en esta primera experiencia como parte del equipo de trabajadores de la salud pudiendo así lograr obtener la suficiente experiencia que permita al interno de medicina poder dar el siguiente paso que es ir a trabajar a un centro de salud de primer nivel y así cumplir con su Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS) de forma eficaz.

Al igual que años pasados se esperaba poder rotar las 4 especialidades sin mayor inconveniente, cumpliendo de esa manera los objetivos planteados para el internado médico.

sin embargo, la pandemia impidió la realización de estas solamente pudiendo completar una rotación, por lo tanto, los objetivos iniciales no lograron concretarse viéndose en la necesidad de adaptar estos a un entorno donde se tenga presente la pandemia, asumiendo los limitantes como capacidad máxima de internos por centro de salud u horarios permitidos debido a toques de queda impuestos por el estado.

1.1 Rotación cirugía

Caso A

Paciente de 23 años que acude al centro de salud por presentar desde hace 2 días dolor abdominal tipo cólico e inapetencia. Empezó con dolor leve que se iba incrementando con el paso de las horas en el epigastrio y que posteriormente el dolor fue migrando hacia fosa iliaca derecha. Un día antes de la consulta el dolor le impedía caminar con normalidad, menciona sensación de alza térmica no cuantificada motivo por el cual acude al centro de salud.

Datos del paciente:

- Temperatura: 37.8°
- Frecuencia respiratoria: 15x
- Frecuencia cardíaca: 90x
- Presión arterial: 130/85
- Peso: 70kg

- Talla: 1.65m

Examen físico:

- Paciente en mal estado general, levemente deshidratado, quejumbroso, discreta palidez, presenta leve dificultad para caminar con normalidad.
- Piel y mucosas: llenado capilar <2". mucosas discretamente secas
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax. A la auscultación no se evidencian ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.
- Abdomen: Inspección: Abdomen móvil, simétrico. Palpación: paciente presenta rigidez abdominal (reacción de defensa). No se palpa masa. Dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio y predominantemente en fosa iliaca derecha. Mc Burney positivo, Blumberg positivo. Percusión: timpánico en todo marco colónico. Auscultación: se auscultan ruidos hidroaéreos normales

Se procede a sacar escala de Alvarado:

Escala de Alvarado modificada	
Signos	Puntos
Dolor migratorio en la fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náusea/vómito	1
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	2
Rebote en fosa iliaca derecha	1
Elevación de la temperatura > 38 °C	1
Signos extras: Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal	1
Laboratorio	
Leucocitosis de 10,000-18,000 cel/mm ³	2

(6) Elaboración: Guidelines International

Interpretación: riesgo moderado (5-7 puntos)

Diagnóstico presuntivo: abdomen agudo quirúrgico d/c apendicitis aguda

Caso B:

Paciente varón de 26 años, obrero de construcción civil, viene al centro de salud refiriendo que hace aproximadamente 15 minutos mientras realizaba sus labores se resbala y para evitar la caída se agarra de un tubo extendiendo su brazo derecho, lo que le ocasiona un dolor intenso en el hombro derecho que posteriormente no le permite realizar ningún movimiento motivo por el cual acude a este centro de salud.

Antecedentes: anteriormente ha tenido una luxación el mismo lugar que refiere que se la redujeron en su lugar de trabajo.

Examen físico:

Se observa una actitud antálgica del hombro derecho con deformidad anatómica junto con dolor e impotencia funcional. Se observa hombro en charretera.



(7) Elaboración: Campillos Páez T.

Se le toma radiografía de hombro derecho: luxación anterior de cabeza de humero

1.2 Rotación pediatría

Caso C:

Lactante varón de 17 meses de edad es llevado a la emergencia por sus padres por presentar desde hace 3 días deposiciones líquidas 4 cámaras al día, sin moco y sin sangre, vómitos una vez por día y sensación de alza térmica. Hoy los padres agregan vómitos en 3 ocasiones durante la última hora.

Funciones biológicas:

- Orina: normal
- Apetito: bebe rápido y ávidamente
- Deposiciones: las descritas
- Sueño: conservado
- Peso: no recuerda previo

Antecedentes perinatales:

- Parto eutócico a término peso al nacer de 3,2kilos
- Lactancia materna exclusiva
- Alimentación complementaria desde los 6 meses
- Inmunizaciones completas para la edad

Antecedentes patológicos:

- Niega alergia a medicamentos
- Nunca fue hospitalizado
- Epidemiológicos:
- Niega familiares enfermos

Datos del paciente:

- Frecuencia cardiaca: 105x
- Frecuencia respiratoria: 19
- Temperatura: 37.7°C

- Peso 10.8kg
- Talla 80cm

Examen físico:

- Piel y mucosas: Ojos hundidos, mucosas poco hidratadas. Llenado capilar: <2 segundos, signo de pliegue desaparece lentamente <2, no petequias
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se evidencian ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.
- Abdomen: móvil a la respiración no distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, blando depresible no doloroso
- Neurológico: Despierto activo reactivo conectado a entorno. Irritable, no signos de focalización

Diagnóstico: diarrea aguda

Caso D:

Niño de 4 años es llevado a la consulta por sus padres porque notan que desde hace 2 meses presenta inapetencia, palidez, decaimiento. 1 semana antes de la consulta notan que se ha incrementado la inapetencia y presenta fatiga al caminar motivo por el cual acuden a la consulta.

Madre refiere que su hijo es selectivo a la hora de comer

Datos del paciente:

- Presión arterial: 100/70
- Peso: 13kg
- Talla: 99cm

- Piel y mucosas: palidez, no adenopatías
- Hemograma de ingreso:
 - Hemoglobina: 9.5
 - Hematíes: $3,0 \times 10^{12}$
 - Hematocrito: 35

Examen físico:

Piel y mucosas: llenado capilar < 2seg, palidez y mucosas levemente seca.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se evidencian soplos.

Diagnóstico: anemia por deficiencia de hierro

1.3 Rotación medicina interna

Caso E:

Varón de 40 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado a los 35 años, tratado con antidiabéticos orales (metformina) con mal cumplimiento, acude a la consulta para control de su diabetes. Ha suspendido su tratamiento hace varios meses. El paciente presenta poliuria, polidipsia, pérdida de peso. Se mide glucosa con glucómetro y sale 420mg/dl.

Datos del paciente:

- Presión arterial: 132/85
- Peso: 100kg
- Talla: 1.75
- Imc: 32.7

- Temperatura: 36.6°C

Examen físico:

- Obesidad global, no adenopatía
- Aparato cardiovascular: ritmos cardiacos de buena intensidad, no se evidencian soplos frecuencia cardiaca: 80x
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se evidencia ruidos agregados.
- Neurológico: Orientado en tiempo, espacio y persona

Características de las complicaciones hiperglucémicas en la DM

Variable	Estado Hiperosmolar Hiperglucémico (EHH)	Cetoacidosis Diabética (CAD)		
		Leve	Moderada	Severa
Glucemia (mg/dl)	>600	>250	>250	>250
Ph	>7.30	7.25-7.30	7.0-7.24	<7.00
Bicarbonato (mEq/L)	>15	15-18	10-14.9	<10
Cetonuria	Baja	Positiva	Positiva	Positiva
Cetonemia	Baja	Positiva	Positiva	Positiva
Osmolaridad Sérica (mOsm/Kg)	>320	Variable	Variable	Variable
Anión gap	variable	>10	>12	>14
Estado mental	Estupor/coma	Alerta	Somnolencia	Estupor/coma

(8) Elaboración: MINSa

diagnóstico: cetoacidosis diabética

Caso F:

Estudiante universitaria de 19 años con antecedente de asma bronquial de hace aproximadamente 7 años, en tratamiento con salbutamol ocasional, sin antecedente de hospitalización. Hace 3 meses se automedica con salbutamol diario por tos y obstrucción bronquial.

Desde hace 7 días presenta tos, disnea progresiva hasta cuando hace actividades que requieren esfuerzo leve. Motivo por el cual acude a la emergencia del hospital.

Antecedente familiar:

- madre asmática

Signos vitales:

- Presión arterial: 120/80
- Frecuencia cardiaca: 120x
- Frecuencia respiratoria: 32x
- Temperatura: 37°C

Examen físico:

- Paciente en regular estado general, orientada en tiempo, espacio y persona, ansiosa, presenta ojeras, polipneica, disneica.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de alta intensidad, no se evidencian soplos
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes en ambas bases pulmonares. Se evidencia leve tiraje supraclavicular e intercostal. Saturación al ingreso: 89%

Diagnóstico: Asma aguda

1.4 Rotación gineco-obstetricia

Caso G:

Mujer de 30 años, con antecedente de haber dado a luz hace 4 meses, viene a la consulta por presentar dolor en la mama izquierda hace 3 días y fiebre cuantificada (38.3°C) y escalofríos hace 12 horas motivo por el cual acude al

centro de salud. Refiere que ha vuelto a trabajar hace 5 días por lo que le dificulta dar una lactancia adecuada a su hijo.

Antecedentes:

- no refiere alergia a medicamentos
- fórmula obstétrica: G2 P2002. G1: parto eutócico, RN mujer 6 años, 3025gr. G2: parto eutócico, RN varón 4 meses, 3370gr.

Examen físico:

- Se ve mamas ingurgitadas a predominio de mama izquierda donde hay presencia de eritema en cuadrante inferior izquierdo, dolorosa a la palpación y al tacto se siente calentura. No se palpa tumoraciones ni abscesos.
- No se evidencian adenopatías
- No secreción a la expresión (exprimir) de las mamas

Diagnóstico: Mastitis

Caso H:

Paciente mujer de 41 años acude a la consulta derivada de su centro de atención primaria por presentar sangrado menstrual de un mes de evolución, refiere que no le tomó importancia debido al trabajo y porque creía que el sangrado iba a parar por sí solo.

Antecedente:

- Niega alergia a medicamentos
- No medicación crónica
- No antecedentes de médicos quirúrgicos relevantes.
- Fórmula menstrual: 5/28

- G2P2002. G1: parto eutócico. RN varón 15 años, 3170gr. G2: parto eutócico. RN varón 8 años, 3420gr.

Datos de la paciente:

- Frecuencia cardiaca: 93x
- Frecuencia respiratoria:16x
- Presión arterial: 125/80

Examen físico:

- Paciente en BEG, BEH, BEN
- Piel y mucosas: se observa ligera palidez mucocutánea.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no se evidencia soplos.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Abdomen: RHA presentes, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No visceromegalias. No se evidencian masas a la palpación
- Especuloscopia: sangrado procede de la cavidad uterina.

Diagnóstico: hemorragia uterina disfuncional. Menorragia

CAPITULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El trabajo profesional se realizó en el Hospital Vitarte de categoría II-1 para ese entonces ubicado en Km 7.00 de la carretera central 506, avenida Nicolas Ayllon 5880, en el distrito de Ate Vitarte; y en el centro de salud Leonor Saavedra de categoría I-3 ubicado en avenida Torres Paz CMC. 1 esquina avenida Los Héroes CMC.4 (2)

En hospital de Vitarte al ser de categoría II-1 cuenta con las especialidades de: gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general, cirugía plástica, anestesiología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, dermatología, gastroenterología, radiografía, ortopedista-traumatología, psiquiatría, urología, intensivo, especialidad en medicina familiar, planes y desarrollo-COE, medicina general. (2)

Este hospital tiene como población objetivo a los habitantes de Lima Este que está compuesto por los distritos de: El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte, La Molina, Lurigancho-Chosica, Cieneguilla y Chaclacayo. Al ser un hospital del Ministerio de Salud (MINSA) da atención tanto a personas no aseguradas como a personas inscritas al Sistema Integral de Salud (SIS), da prioridad a las personas de estratos económicos más bajos. (2)

El hospital cuenta con un área de 1672 metros cuadrados, que con el paso de los años fue llenándose con el fin de atender la alta demanda.

Al ser un establecimiento de salud de baja complejidad solo recibía referencia de los centros de salud de primer nivel de las zonas cercanas y los pacientes que requieran un manejo más especializado son referidos al Hospital Nacional Hipólito Unanue, ubicado en la avenida César Vallejo 1390, en el distrito del Agustino- Lima. ⁽⁹⁾

La situación en el hospital Vitarte meses antes que la OMS el 11 de marzo del año 2020 declarara pandemia de COVID-19 era sin mayores cambios, los internos hacían sus labores sin restricción alguna a pesar de las noticias en Asia y Europa donde reportaban que el número de infectados iba creciendo a una escala alarmante. ⁽³⁾

Fue recién en la 2da semana de febrero del 2020 que se inician las primeras medidas de protección contra el COVID-19 mediante la entrega de una mascarilla N95 por semana a cada trabajador del hospital, incluyendo a los internos, su uso era obligatorio mientras se encontraba en servicio ya sea en área de emergencias, área de cirugía o en pabellones de hospitalización. Posterior a eso, el hospital fue implementando cada vez más medidas de bioseguridad, como la instalación de dispensadores de alcohol en gel en puntos estratégicos, delimitación de zonas COVID-19, restringir el número de visitas a familiares de los pacientes, toma de temperatura en las puertas de acceso al hospital.

La situación en el país se tornó complicada cuando el 6 de marzo del 2020 fue reportado el primero caso confirmado de COVID-19, debido a ello el 15 de marzo del mismo año, en una conferencia a nivel nacional el presidente de ese entonces Martin Vizcarra Cornejo declara cuarentena en todo el país por 15 días, medida que fue tomada positivamente por la mayoría de la población. Por esta razón se vio interrumpido hasta nuevo aviso el internado 2020 en todos los establecimientos de salud. Debido a la extensión de la pandemia en el país, el estado peruano se vio obligado a ampliar la cuarentena en varias ocasiones hasta el 26 de junio donde el gobierno cambia de táctica y modifica su estrategia a una restricción bajo un aislamiento social focalizado. ⁽⁴⁾

Por varios meses, las facultades de medicina humana del Perú se reunieron para dialogar acerca del reinicio del internado en conjunto con el Ministerio de

Salud (MINSAs), creando protocolos que sirvan para disminuir al máximo la probabilidad de contagio de los internos.

En setiembre del 2020, después de varias reuniones entre las facultades de medicina y los ministerios de salud y educación, se da inicio al regreso de los internos de medicina, esta medida fue acatada por una parte de las universidades que brindaron equipos de protección personal a sus internos y los mandaron principalmente a centros de salud de primer nivel. Posteriormente con el pasar de las semanas otras universidades daban el visto bueno para que sus internos de medicina vuelvan a ejercer sus prácticas preprofesionales ya sea en centros de salud o en hospitales, donde les brindarían equipos de protección personal para realizar de una forma segura sus actividades, además de contar con seguro de salud y un salario mínimo durante los meses que estén haciendo el internado.

En el caso del centro de salud Leonor Saavedra al igual que muchos otros centros de salud de primer nivel, era la primera vez que aceptaban internos de medicina para que puedan hacer sus prácticas preprofesionales en su establecimiento.

Este centro de salud con categoría I-3 pertenece a la dirección de Redes Integradas de Salud Lima-Sur (DIRIS LIMA-SUR) ubicado en la avenida Torres Paz CMC 1. Esquina avenida Los Héroes CMC. 4 en el distrito de San Juan de Miraflores-Lima. (5)

En este establecimiento la labor de los internos de medicina era atender a los pacientes que llegaban y bajo la supervisión del médico general se hacía la anamnesis, se tomaba los signos vitales, se hacía el examen físico y procedimientos simples de ser necesario, plantear un tratamiento acorde al diagnóstico y pedir exámenes de imágenes (radiografía y ecografía) o de laboratorio si era necesario y si estaba disponible en el centro de salud, caso contrario se pedía al paciente poder hacerse esos exámenes de forma particular. En algunas ocasiones el interno podía suturar heridas simples que podían ser correctamente atendidas en el centro de salud.

Todas estas labores incluso las administrativas como la de registrar las historias clínicas o llamar a los pacientes para que vengan a recoger los

resultados de sus exámenes eran hechas portando el equipo de protección personal por lo que el riesgo a contagiarse de algún paciente era mínimo.

Los pacientes que requerían un manejo más complejo eran referidos al Hospital María Auxiliadora ubicado en la avenida Miguel Iglesias 968, en el distrito de San Juan de Miraflores.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación cirugía

Caso A:

Plan: (10)

- Referir al paciente a un establecimiento de salud de mayor nivel
- Pedir exámenes de laboratorio y ecografía abdominal:
 - hemograma: leucocitosis: 15000
 - grupo sanguíneo y factor Rh
 - perfil coagulación
 - orina completa
 - glucosa urea y creatinina
- preparar al paciente para cirugía programada
- NPO
- Sonda nasogástrica condicional a vómitos
- Vía endovenosa: suero fisiológico al 0.9% 1000cc 1 frasco
- Dar antibióticos parenterales profilácticos (30min antes de cirugía)

- Paciente debe tener vejiga vacua
- Control de signos vitales

Tratamiento quirúrgico:

- Apendicetomía convencional (incisión de Mc Burney)
- No lavado peritoneal
- No drenaje.

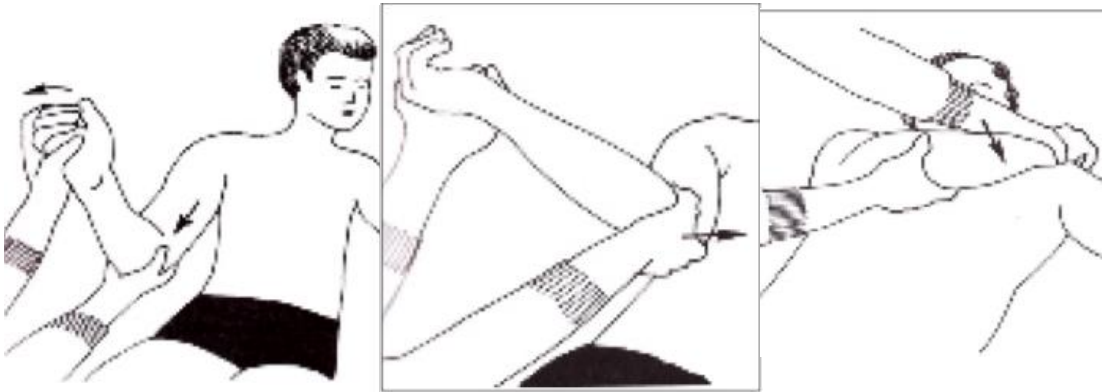
tratamiento post operatorio:

- Sonda nasogástrica por 12 horas
- vía oral progresiva a partir de 18 horas
- Fluidoterapia: balance hidroelectrolítico
- Antibioticoterapia: cloranfenicol + gentamicina
- Analgesia: metamizol 80-100 mg/kg/día
- Movilización temprana del paciente
- Control de funciones vitales cada 8 horas
- Curación de herida operatoria 2 veces al día

Caso B:

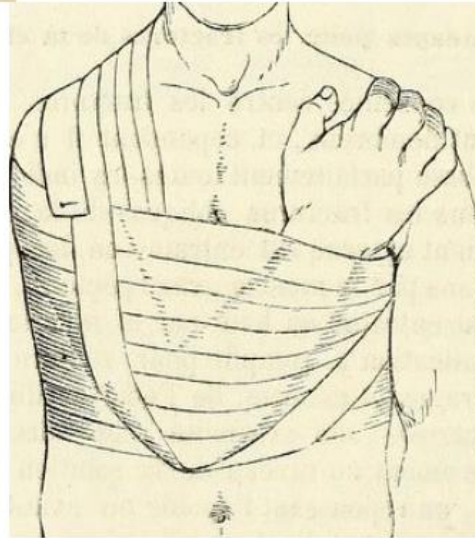
Plan: ⁽¹¹⁾

- Se le aplica diazepam y dexametazona intravenoso, luego se realiza reducción de luxación mediante técnica de Kocher.



(7) Elaboración: Campillos Páez T.

- a) Se aplica tracción sobre el brazo derecho y realiza rotación externa.
 - b) Seguidamente hacer el movimiento de aducción.
 - c) Luego rotación interna, llevar mano derecha hacia el hombro izquierdo
 - d) Repetir todas las etapas en caso no se haya logrado la reducción.
- Se le pide radiografía de control: superficie articular congruente
 - Se inmoviliza con vendaje tipo Velpeau y se prescribe analgésicos



(12) Elaboración: Serrano.D

- Se recomienda inmovilización 2 semanas, luego pasar por rehabilitación para progresión de movilidad activa y fortalecimiento muscular.

3.2 Rotación pediátrica

Caso C:

Plan: (13)

- Se evalúa el tipo de deshidratación que presenta el paciente.

- Tratar la deshidratación: 50-100 ml/kg ($\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ taza grande) en 3 a 4 horas. 1-2 sobres al día
- No dar alimentos mientras se logra la hidratación inicial
- Luego de las 4 horas reevaluar
- Una vez corregida la hidratación, se reintroduce tempranamente la alimentación

Tabla N° 3: Evaluación de la deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

(13) Elaboración: MINSA

Caso D:

Tratamiento: ⁽¹⁴⁾

- Sulfato ferroso en jarabe 3mg/kg/día por 6 meses
- Control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
- Dieta rica en hierro como, por ejemplo:
- Hierro hemínico: hígado, sangrecita, carnes rojas, pescado

- Hierro no hemínico: lentejas, habas, frejoles, espinaca, huevos

Tabla N° 09: Esquema de tratamiento con hierro para niñas y niños y adolescentes de 3 a 19 años con anemia de grado leve y moderado

GRADOS DE ANEMIA	DOSIS	CANTIDADES A UTILIZAR	TIEMPO
ANEMIA LEVE y ANEMIA MODERADA (Tabla N° 01-B)	3 mg/Kg/día²⁰. La dosis máxima tolerable en niñas y niños de 3 a 5 años es de 15 mg. de hierro elemental/día. En los niños y niñas mayor de 5 años y en adolescentes no exceder dosis máxima tolerable de hierro de 30 mg. de hierro elemental/día.	Jarabe Sulfato Ferroso: 15 mg Fe elemental / 5 ml Frasco ó Jarabe Hierro Polimaltosado(*): 50 mg Fe elemental / 5 ml Frasco	Hasta que la Hemoglobina alcance valores normales para la edad

(14) Elaboración: MINSA

3.3 Rotación medicina interna

Caso E:

PLAN: ⁽⁸⁾

- Se le instaura suero e insulina intravenosa hasta alcanzar un mejor control glicémico e hidratación
- Se le indica metformina e insulina bifásica al 50% antes de cada comida (50 unidades al día)
- se le pide exámenes de laboratorio:
 - microalbuminuria en orina 24 horas
 - HbA1c

-Perfil lipídico completo

Tabla N°1: Clasificación de excreción de albúmina

	Excreción de albúmina		
	Cociente Albuminuria/ creatinuria Orina al azar	Orina 24 horas	Horaria
Normal	<30 ug/mg creatinina	< 30 mg/24 horas	< 20 ug/min
Albuminuria	≥30 ug/mg creatinina	≥ 30 mg/24 hora	≥ 20 ug/min
Microalbuminuria	30-300 ug/mg creatinina	30-300 mg/24 horas	20-200 ug/min
Macroalbuminuria	>300 ug/mg creatinina	>300 mg/24 horas	>200 ug/min

(8) Elaboración: MINSa

Caso F:

Plan: (15)

- Pedir exámenes de laboratorio:
- Gasometría arterial:
 - pH: 7.3
 - PO₂: 75 mmHg
 - PCO₂:40mmHg
- Hemograma
- Radiografía de tórax
- Tratamiento con oxígeno para lograr alcanzar una saturación ≥90%
- Se le indica B₂ agonistas, adrenérgico de acción corta 3 dosis en la primera hora, dar corticoides orales si no hay una respuesta rápida o ha recibido recientemente corticoides sistémicos
- Después de 90 minutos realizar reevaluación

3.4 Rotación gineco-obstetricia

Caso G:

Plan: (16)

- Vaciado de mamas por lactancia a demanda, se puede usar extractor de leche en caso la cantidad de leche que toma el bebé fuera insuficiente para mejorar los síntomas de la paciente.
- Dar descanso médico para favorecer la lactancia.
- Dar cloxacilina 500mg c/d 6h por 10 días
- Dar paracetamol 500mg c/d 8h condicional a fiebre o dolor
- Cita en 1 semana en consultorio para control

Caso H: (16)

Plan:

Dar anticonceptivo oral 20 microgramos de estrógenos c/d 12h por 3 días.

Luego subir la dosis de estrógenos a 30 microgramos c/d 24h hasta completar el ciclo.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado medico en el hospital Vitarte fue acorde a las expectativas que se esperaba, por ejemplo, en la rotación de medicina interna desde antes de empezar el internado los tutores encargados dieron un horario de 150 horas al mes que contenía horas en emergencia con las guardias diurnas y nocturnas y horas en pabellón de hospitalización. Además, agregaron horas extras que serían utilizadas para discusión de casos clínicos, exposiciones sobre temas usuales que se ven en medicina interna donde tanto los médicos adscritos como los residentes proporcionaban la bibliografía actualizada que serviría como base para que los internos puedan tener conocimientos del tema antes de la reunión. Los procedimientos que nos permitían hacer como tomar muestra de sangre para el análisis de gases arteriales, uso del glucómetro en los pacientes diabéticos, poner vía intravenosa, eran supervisados los primeros días por los residentes, luego de haber aprendido correctamente los procedimientos ya no necesitaban de una mayor supervisión.

Las responsabilidades del interno se basaban fundamentalmente en la puntualidad porque esto permitía hacer una mejor labor como por ejemplo en pabellón de hospitalización haciendo las historias clínicas y evoluciones de los pacientes de manera más organizada, hacer los procedimientos requeridos como tomar AGA, hacer el examen físico, pedir exámenes de laboratorio e imágenes con anticipación. También mencionar la importancia de la

puntualidad en las guardias de emergencia debido a que se podía estar al tanto de los pacientes que aún se encontraban en observación, así como brindar apoyo si a los otros internos si es necesario.

Semanas antes de que el internado fuera suspendido, el hospital dicto medidas de protección contra el COVID-19, como el uso obligatorio de mascarilla N95 mientras uno esté trabajando, evitar llevar mochila a los servicios debido al peligro de contaminación, por lo que dispusieron de casilleros para todos los internos a fin de que dejen sus cosas en un lugar menos contaminado. También hubo cambios a la hora del refrigerio, para evitar el hacinamiento se decidió dar horarios de almuerzo y con eso se disminuyó el número de personas en la cafetería lo cual fue un acierto ya que el área era pequeña.

El reinicio del internado medico fue de poco en poco, la idea principal era que los internos terminen de realizar sus prácticas preprofesionales en centros de salud de primer nivel que se encuentren cerca a sus hogares, aunque no todos los internos fueron distribuidos en centros de salud cerca a sus hogares esto debido a múltiples factores ya sea que en sus distritos no habían suficientes establecimientos de salud de primer nivel, la preferencia a las universidades públicas de escoger primeros las sedes y atrasos a la hora de presentar la documentación debida de los estudiantes que eligieron continuar el internado para que sean registrados al MINSA.

Después algunos hospitales del MINSA y Fuerzas Armadas volvieron a aceptar internos, pero con menos vacantes, dando preferencia a los internos que hacían su internado en esos establecimientos a inicios de año, en caso el interno no aceptaba regresar su puesto quedaba como vacante para otro interno que esté interesado en rotar en ese hospital.

Ya para finales de noviembre la mayoría de facultades de medicina habían enviado a sus internos tanto a centros de salud como hospitales para seguir con sus prácticas preprofesionales. Mientras en los hospitales los directivos determinaban independientemente el número de vacantes que en promedio muchas veces era un 40% menos a lo que aceptaron a inicios del año; en los centros de salud el número de vacantes era en promedio de 5 internos.

Los internos acudían a sus establecimientos de salud por 15 días al mes ya sea en la primera o segunda mitad del mes, con horarios de 7 u 8 de la mañana hasta la 1 o 2 de la tarde. Además, se incluía una guardia diurna de 12 horas. El mínimo de horas establecidas al mes era de 75 horas por lo cual no había dificultades para los internos de completar sus horas.

El centro de salud Leonor Saavedra acepto a inicios de noviembre un total de 4 internos, divididos en 2 grupos, cada interno recibió su equipo de protección personal (EPP) y de esa manera brindarle protección mientras realiza sus labores. También al primer día de iniciado el internado se le tomo una prueba rápida a los internos para descartar casos sospechosos de COVID-19

A pesar de las limitaciones que conlleva hacer el internado medico en un centro de salud de primer nivel como por ejemplo la falta de equipos especializados y laboratorios que tienen los hospitales, el número reducido de pacientes, no contar con pabellón de hospitalización, esto no fue impedimento de llevar a cabo un internado que cumpla con las expectativas de los alumnos.

Al ser un centro de salud, la población objetivo ya era conocida en su mayoría por gran parte de los empleados por lo que a la hora de atenderlos era de cierta forma más sencillo, por ejemplo, pacientes hipertensos que se atienden desde hace años en el centro de salud y vienen a la consulta principalmente para que los chequeen y les den su medicamento para un mes.

Otra ventaja de conocer bien a la población de los alrededores era que había una mayor confianza al momento de comunicarse con ellos por teléfono como por ejemplo cuando se llamaba a los padres de familia para avisarles acerca de los días que tenían que traer a sus hijos para vacunarlos o también cuando se llamaba a los pacientes que tenían referencia para avisarles los resultados de la tele consulta que hacían los médicos del centro de salud con los médicos del hospital.

A partir de febrero del año 2020, el centro de salud Leonor Saavedra acepto la inclusión de 5 internos, la razón por la que se aumentó las vacantes resulta ser que los hospitales donde rotaban habían vuelto a suspender las practicas del internado en sus sedes a causa del rápido aumento del número de personas infectadas de COVID, y como se veía venir una segunda ola los

hospitales empezaron a delimitar más áreas COVID para atender a los pacientes que vayan llegando para ser atendidos.

Si bien hubo ciertas dificultades los primeros días esto debido al aumento de internos en el centro de salud se pudo solucionar gracias de cierta manera gracias a una distribución de los internos en distintas áreas como obstetricia donde mayormente se atendían controles pre natales y se daba tratamiento anticonceptivo; tópico donde se hacían desde consultas hasta suturas simples; sala de ecografía donde normalmente se atendían gestantes, dolores abdominales y renales; y el área de vacunación aparte de atender a los bebés también fue fundamental para la campaña de vacunación del 2021.

CONCLUSIONES

Las medidas de bioseguridad en los meses antes de la suspensión del internado fueron tardías e insuficientes dado a varios motivos como por ejemplo el poco presupuesto que dan a salud, el poco tiempo de organización que tuvieron las sedes hospitalarias para la creación de protocolos, y en cierta forma no haberle dado la atención que necesaria a pesar de las noticias en Europa y Asia que nos daban una idea de lo que iba a pasar en el país en los meses posteriores.

A pesar del panorama poco alentador que trajo la pandemia de COVID-19, se logró de cierta forma seguir con el internado medico distribuyendo a los internos principalmente en centros de salud de primer nivel para compensar la reducción considerable de plazas en sedes del MINSA y Fuerzas Armadas y el cierre total de sedes hospitalarias de ESSALUD y clínicas privadas.

Si bien el internado inicio en setiembre, esta medida fue acatada por pocas facultades de medicina debido a que el MINSA dejo a criterio propio de cada universidad el retorno de sus internos, dejando en claro que no terminaron por ponerse de acuerdo como sociedad de facultades de medicina y ocasionando ciertas descoordinaciones como que algunos internos hayan terminado antes sus rotaciones y con eso dejando un déficit a los centros de salud u hospitales donde rotaban.

El internado en centros de salud de primer nivel tiene potencial debido a que el alumno tiene una visión más acorde a lo que sería su servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS), además de contar con médicos generales que les brindan una enseñanza más personalizada al ser menor cantidad de alumnos por centro de salud a comparación de un hospital.

No se tuvo en cuenta en la posibilidad de que los hospitales volvieran a suspender el internado producto de un aumento de los casos de COVID-19, lo que causó malestar en los internos que realizaban sus labores en dichas sedes viéndose en la necesidad de continuar las practicas preprofesionales en centros de salud que podían darles alguna vacante hasta que los hospitales volvieran a aceptar internos.

El haber brindado un salario (930 soles) para todos y EPP incentivo que gran parte de los internos decidiera volver a retomar sus prácticas en los centros de salud ya que antes de la pandemia solo a un número reducido de internos se les pagaban y el sueldo era menos de la mitad (400 soles) en caso de los que hacían internado en el MINSA y Fuerzas Armadas que eran las sedes donde había mayor cantidad de internos.

RECOMENDACIONES

Para la próxima promoción de internos que está por hacer sus prácticas preprofesionales tanto en hospitales como en centros de salud de primer nivel será necesario tener con anticipación los protocolos de bioseguridad que a comparación del año pasado ya se cuentan con mayor cantidad de tiempo e información más actualizada acerca del virus COVID.

La campaña de vacunación para la próxima promoción de interno debería ser antes de que inicien sus labores en sus sedes hospitalarias esto con la finalidad de disminuir la probabilidad de contagio, a diferencia de la anterior promoción de internos que se vacunaron ya después de haber iniciado sus prácticas esto debido a que para ese entonces aun había vacuna disponible y cuando salieron las primeras aun estas eran difíciles de obtener.

Que las facultades de medicina de todo el país tomen decisiones en bloque a pesar de las diferencias que tengan con el fin de evitar una desorganización como la que se vio el año pasado cuando se reinició el internado y solo algunos internos de medicina volvieron a sus prácticas y otros tuvieron que esperar meses para poder reincorporarse en sus sedes hospitalarias.

Se debe brindar mejores condiciones a los médicos de los centros de salud de primer nivel para que puedan dar una enseñanza de mejor calidad si es que se seguirá haciendo el internado en dichos establecimientos de salud

Seguir dando los EPP y el salario mensual a todos los internos con la finalidad de que tengan un incentivo para hacer de forma eficiente sus labores en medio de esta pandemia.

FUENTES DE INFORMACION

BIBLIOGRAFIAS

- 1) Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosapi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta médica peru. 2016;33(2):105.
- 2) Ministerio de Salud - Hospital Vitarte [Internet]. Gob.pe. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/index.php?mod=content&accion=view&id=5>
- 3) COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Who.int. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- 4) Wikipedia contributors. Confinamiento por la pandemia de COVID-19 en Perú [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Confinamiento_por_la_pandemia_de_COVID-19_en_Per%C3%BA&oldid=134870430
- 5) MINSA. RIS SAN JUAN DE MIRAFLORES [Internet]. Gob.pe. 2019 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/sjm/>
- 6) Guidelines.international. Apendicitis Aguda [Internet]. 2017 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://guidelines.international/gpc/apendicitis-aguda>

- 7) Campillos Páez T, Pardo Moreno G, Agudo Polo S, San Laureano Palomero T. Luxación de hombro en Atención Primaria [Internet]. Mgyfsemg.org. 2002 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista_47/pdf/733-736.pdf
- 8) MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
- 9) HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE [Internet]. Gob.pe. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hnhu>
- 10) MINSA-Hospital Vitarte. Guías prácticas de hospitalización-servicios de cirugía y anestesiología 2012 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2013/r13172.pdf>
- 11) MINSA. Servicio de ortopedia y traumatología Hospital Arzobispo Loaysa Guía de práctica clínica 2011 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_dc2519938b51486_.pdf
- 12) Serrano D. Vendajes Parte II. Materiales y tipos de vuelta - Serralco.es [Internet]. Serralco.es. Serralco; 2019 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://serralco.es/vendajes-parte-ii/>
- 13) MINSA. Guía de práctica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
- 14) MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. 2016 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf>
- 15) MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de asma aguda en emergencia. 2014 [citado el 20 de abril de 2021].

Disponible en:
http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014II/rd_087_2014.pdf

- 16) MINSA-Instituto Materno Infantil. Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. 2010 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Listado de abreviaturas:

MINSA: Ministerio de Salud

EsSalud: Seguro Social de Salud

DIRIS: Dirección de Redes Integradas de Salud

SARS-COV 2: Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo

OMS: Organización Mundial de la Salud

COVID 19: Enfermedad por Coronavirus 2019

SERUMS: Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud

Kg: kilogramos

M: metros

Cm: centímetros

Seg: segundos

Mg: miligramos

dl: decilitro

°C: grado centígrado

G: Gestación

P: Parto

RN: Recién Nacido

Gr: gramo

BEG: Buen Estado General

BEH: Buen Estado de Hidratación

BEN: Buen Estado Nutricional

RHA: Ruidos Hidro Aéreos

COE: Centro de Operaciones de Emergencia

SIS: Sistema Integrado de Salud

NPO: Nada Por vía Oral

ml: mililitro

HbA1c: prueba de hemoglobina glicosilada

PO2: Presión arterial de oxígeno

PCO2: Presión arterial de dióxido de carbono

H: hora

c/d: cada

EPP: Equipo de Protección Personal