



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIAS MÉDICAS EN EL HOSPITAL DE ATE VITARTE,
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO- BREÑA Y CENTRO
DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES.

ENERO 2020 - ABRIL 2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

GIAN FRANCO CÁRDENAS SÁENZ
JACK HARUN DURAN CERVANTES

ASESOR

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

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

**EXPERIENCIAS MÉDICAS EN EL HOSPITAL DE ATE
VITARTE, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO-
BREÑA Y CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES.
ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
GIAN FRANCO CÁRDENAS SÁENZ
JACK HARUN DURAN CERVANTES**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: M.C. Mario Heins León Florián

Miembro: MG Yanire Paty Macedo Alfaro

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado para nuestros padres por ser el apoyo fundamental a lo largo de los 7 años de carrera.

Gian Franco Cárdenas Sáenz
Jack Harun Duran Cervantes

ÍNDICE

	Págs
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación de Medicina Interna:	1
1.2. Rotación de Ginecología y Obstetricia:	7
1.3. Rotación de Cirugía:	13
1.4. Rotación de Pediatría:	18
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	24
2.1. Centro de salud San Juan de Miraflores	24
2.2. Instituto Nacional de Salud del Niño	25
2.3. Hospital de Ate – Vitarte	26
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	28
3.1. Rotación de Medicina Interna:	28
3.2. Rotación Ginecología y Obstetricia:	36
3.3. Rotación Cirugía	44
3.4. Rotación Pediatría	50
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	59
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	66
FUENTES DE INFORMACIÓN	68

ANEXOS	73
1. Población jurisdiccional asignada al C.S. S.J.M 2020	73
2. Cartera de servicio y horario de atención del C.S S.J.M 2020	74
3. Sistema de referencia y contra referencia C.S. S.J.M 2020	75

RESUMEN

El presente trabajo contiene, en síntesis, las experiencias y competencias adquiridas durante las prácticas preprofesionales en el internado pre y post pandemia, en las especialidades de Medicina interna, Pediatría, Cirugía y Ginecología, las cuales son de máxima importancia para ejercer como médicos.

En este trabajo se comentará la experiencia vivida y la importancia del primer nivel de atención, debido a que se asemeja mucho a la experiencia que se tendrá durante el SERUMS.

Se presentará las instituciones en donde se realizó las prácticas, los casos clínicos más resaltantes durante la experiencia en el internado, la relevancia de estos para poder tener mayor conocimiento de la carrera en la práctica diaria como profesionales, cuáles fueron los métodos, guías o protocolos que facilitaron el diagnóstico, tratamiento y en algunos casos el seguimiento de diversas enfermedades.

Objetivos: Desarrollar habilidades médicas, fortalecer la relación médico - paciente, obtener la pericia necesaria para trabajar en el primer nivel de atención, adecuarse al contexto de la pandemia por SARS-COV2, trabajar en equipo con el resto de personal de salud no sólo médico, sino también, enfermería, técnico, obstetra, realizar un trabajo respetando normas y principios bioéticos de la medicina humana.

Metodología: Compilación de fuentes de información de medicina basada en evidencia y experiencias en salud.

Conclusiones: El internado médico es una experiencia sumamente importante en la carrera de Medicina Humana por todas las experiencias que se viven el día a día, esto hará que el médico se forme tanto a nivel teórico y clínico, la pandemia por SARS COV 2 fue un gran impedimento para realizar un interno médico óptimo, sin embargo, ante ello surgió la oportunidad de aprender a conocer el primer nivel de salud.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina Interna, Gineco obstetricia, Pediatría, SARS-COV-2.

ABSTRACT

The present work contains, in summary, the experiences and skills acquired during pre-professional internships on the pre and post pandemic internship, within the specialties of Internal Medicine, Pediatrics, Surgery and Obstetrics, which are the most important to practice as doctors.

In this work, the experience and the importance of the primary care will be discussed, since it is very similar to the experience that will be had during the SERUMS.

The institutions where the internships were carried out, the most outstanding clinical cases during our experience in the internship, the relevance of these to be able to have greater knowledge of the career in our daily practice as professionals, which were the methods, guides or protocols will be presented. they facilitated the diagnosis, treatment and in some cases the follow-up of various diseases.

For this work, national and international technical standards were used, these are based on scientific evidence to ensure the correct management of patients.

Objective: Develop medical abilities, strength the doctor-patient relationship, get the necessary expertise to work in the first level of care, adapting to the context of the SARS-COV2 pandemic, working as a team with the rest of the health personnel, not only medical, but also nursing, technician, obstetrician, carry out work respecting ethical norms and principles of human medicine.

Methods: Compilation of information sources of evidence-based medicine and health experiences.

Conclusions: Medical internship is an extremely important experience in the Human Medicine career because of all the experiences that are lived from day to day will make the doctor train both at a theoretical and clinical level, the SARS COV 2 pandemic was a great impediment to making an optimal medical internship, however, the opportunity arose to learn to know the first level of health.

Keywords: Medical internship, General Surgery, Internal Medicine, Obstetric Gynecology, Pediatrics, SARS-COV-2.

INTRODUCCIÓN

El centro de salud San Juan de Miraflores, es el centro de labores asignado para las prácticas preprofesionales. Dicha institución cuenta con los servicios de medicina general, obstetricia, laboratorio, programa de Prevención contra Tuberculosis (PCT), programa de enfermedades no transmisibles como: diabetes mellitus e hipertensión, psicología, nutrición, área para atención de pacientes COVID 19, zona de vacunación, programa de prevención y tamizaje para VIH y odontología.

Se realizó la rotación de pediatría en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en el cual se cuentan con todas las especialidades que se le puede brindar a la población pediátrica. En el Instituto se roto por hospitalización, en la cual se realizaban las visitas médicas por la mañana para evaluar la evolución del paciente, tratamientos requeridos, o tratamientos que serían descartados, actualización de exámenes auxiliares, y algunos casos realizar el alta correspondiente. Durante el día se corría el plan de acuerdo con los exámenes auxiliares que el médico asistente solicitaba durante la visita médica, también se tuvo la oportunidad de poder rotar en el servicio de emergencia en el cual se tenía una amplia variedad de patologías, pero sobre todo las más frecuentes de la población pediátrica.

Las rotaciones de Cirugía y Gineco obstetricia se realizaron en el Hospital de Emergencias Ate - Vitarte. En la rotación de Cirugía hubo la oportunidad de poder asistir a las visitas médicas en el servicio de hospitalización de la

especialidad, durante la cual se discutían las situaciones de los pacientes hospitalizados con el médico asistente y se permitía dar opinión acerca de los tratamientos más adecuados para el paciente, siendo lo más común y destacado el síndrome de abdomen agudo quirúrgico. Por otro lado, se permitía la rotación por el servicio de emergencia de dicha especialidad, donde se pudieron desarrollar habilidades quirúrgicas sobre todo en las cirugías menores que servirán de mucho para la correcta formación del interno.

Con respecto a la rotación por el servicio de Ginecología y Obstetricia, el interno puede acceder a rotar en el piso de hospitalización del servicio, así como en la emergencia. Lo que más destaca en el servicio de hospitalización es la importante labor del interno para poder llevar un correcto control de las puerperas inmediatas que pueden ser por parto vaginal y cesárea. En la emergencia, el interno desarrolla las habilidades de poder detectar de manera precoz los signos de alarma y así poder aprender a reconocer una hemorragia de la primera y de la segunda mitad del embarazo, hemorragia post parto y preeclampsia. Así como identificar cuando una gestante se encuentra en trabajo de parto en fase latente o fase activa, añadido a esto el interno puede actuar como médico que encabeza el equipo para poder llevar a cabo un correcto parto, bajo la supervisión del médico asistente.

En condiciones normales el interno de medicina rota por las 4 especialidades básicas: Medicina interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. Dentro de cada rotación se tiene la oportunidad de poder rotar tanto en hospitalización, emergencia y consultorios externos.

Por este motivo, el internado médico adquiere una gran relevancia debido a que, al estar en un grupo de trabajo médico integrado por especialistas de mayor experiencia, comparten sus conocimientos con los internos, lo cuales aprovechan de gran manera esta información para prevenir errores médicos posteriores y garantizar la seguridad de los pacientes (1).

Se realizaba la visita médica durante la mañana, en la cual se presentaban las camas de hospitalización al médico asistente, aquí se podrá observar y valorar la evolución favorable o desfavorable del paciente, con la finalidad de

realizar el tratamiento oportuno; además de ello cada interno realizaba un aproximado de cinco guardias por mes usualmente en el servicio de emergencia del hospital donde se realizaban las practicas.

Sin embargo, a mediados de marzo del año 2020, se declara pandemia mundial por el virus SARS-Cov2. Motivo por el cual se decide la suspensión del internado, debido a que las autoridades a nivel nacional no consideraron viable la participación de los internos durante esta pandemia por ser considerado de alto riesgo infeccioso (2).

A mediados de noviembre del 2020 se vuelve a retomar las prácticas del internado, que por resolución ministerial N° 090-2020, se determina que las actividades de los internos se realizarán en el primer nivel de atención, el horario de trabajo era de 7 a.m. hasta la 1 p.m., de lunes a sábado con quince días de trabajo y quince días de descanso, con un sueldo correspondiente al estipendio mínimo vital de 930 nuevos soles, dando así la oportunidad de volver a tener contacto con pacientes y por lo tanto, seguir consolidando los conocimientos adquiridos durante los años en pregrado(3).

Cabe resaltar que en la actualidad existen múltiples restricciones durante la atención médica. Debido a la pandemia por COVID-19 el interno no puede tener contacto directo con el paciente, por lo que se debe realizar el acto a cierta distancia durante la anamnesis, sin embargo, al momento de realizar el examen físico el interno deberá acercarse al paciente, motivo por el cual, se debe verificar el correcto uso del equipo de protección personal y el correcto uso de la mascarilla por parte del paciente.

En el caso del centro de Salud de San Juan de Miraflores, se ha realizado una correcta entrega del equipo de protección personal mínimo requerido para poder realizar las prácticas de manera apropiada.

Se realizó previamente al reingreso de las actividades como internos una inducción sobre el COVID-19; la cual contenía características generales de la enfermedad, bioseguridad, uso correcto de equipos de protección y medidas de prevención de contagio.

Al ingresar a los diferentes servicios del establecimiento de salud también se realizó una breve inducción en la cual se enseñó aspectos básicos del servicio en donde se realizan las prácticas, como realizar una correcta anamnesis, examen físico para ingreso de pacientes, teniendo en cuenta las nuevas medidas de bioseguridad (4).

Es importante resaltar lo imprescindible que es la práctica clínica con el paciente, ya que se aplica los conocimientos aprendidos durante los primeros 6 años de estudios. A pesar de las limitaciones que se pudo traer esta pandemia es importante destacar el aspecto humano en la formación como médicos, ya que al tener contacto con el paciente se desarrolla la relación médico paciente, habilidad que sería muy difícil de ser adquirida de otra manera que no fuese presencial, el cual tan solo por ser enfatizado durante la práctica clínica ha demostrado mejorar la salud del paciente, teniendo efectos muy notorios en la salud

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es parte crucial de la formación como médicos, ya que permite trabajar en situaciones semejantes a los posibles lugares donde se trabajará a futuro, además de ser el lugar en donde se consolidan los conocimientos adquiridos durante el pregrado y estos puedan ser puestos en práctica; dichas prácticas serán útiles para el desempeño durante el SERUMS y también en el ejercicio de la labor como médico (5).

El internado comprende la fase preliminar a la vida profesional, al ser esta la última etapa antes de ejercer la profesión médica; la función del internado está encaminada a que el interno adquiera todos los conocimientos, habilidades, de aspecto técnico, pero también valores, ética y demás contenidos que se adapten al perfil requerido para ser un adecuado profesional de la salud (6).

Dado estas circunstancias, como internos de medicina y futuros médicos se tenía como prioridad obtener las capacidades, aptitudes y experiencias mínimas para poder ser un médico integral.

1.1. Rotación de Medicina Interna:

Dentro de esta especialidad se va a tener como objetivo poder hacer un correcto diagnóstico, tanto clínico como laboratorial y una correcta terapéutica de acuerdo con las enfermedades más frecuentes de índole infecciosa, respiratoria, cardiaca, gástrica, renal, neurológica, reumatológica. El interno al

poder desarrollar las competencias adecuadas podrá adquirir el conocimiento de cuando poder hacer la referencia a un centro de mayor complejidad.

A nivel de las enfermedades cardiovasculares, endocrinológicas y reumatológicas al ser estas de características más crónicas es importante saber su manejo apropiado en un centro de primer nivel de atención, realizar una vigilancia adecuada de los signos de alarma, un correcto tamizaje, detección de factores de riesgo y poder hacer la referencia a un centro de mayor complejidad en el momento adecuado.

CASOS CLÍNICOS MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N°1: TUBERCULOSIS

Paciente varón de 45 años ingresa al servicio de PCT. A la consulta médica, presentó tos de 3 semanas de duración, fiebre, náuseas, pérdida de apetito, fatiga, escalofríos, sudoración nocturna y una aparente pérdida de peso, durante el último mes; refiere contacto hace unas semanas con un paciente sintomático respiratorio, el paciente dejó dos muestras de esputo las cuales salieron con BAAR positivo para tuberculosis (++)

- **Funciones Vitales:** T°: 36.5, FR: 16x, FC: 70x, Saturación: 95 %, PA: 104/68 mmhg, Peso: 83 kg, Talla: 1.76 m, IMC: 26.8

Examen físico:

- **Piel:** Tibia, hidratada y elástica, poca cantidad de tejido celular subcutáneo, no cianosis, no ictericia, no presencia de acropaquia, llenado capilar menor a dos segundos
- **Tórax y pulmones:**
 - **Inspección:** Amplexación conservada a la inspección,
 - **Palpación:** no hay diferencias entre ambos campos pulmonares;
 - **Percusión:** Sonoridad en todas las regiones de ambos hemitórax.

- **Auscultación:** murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, con un soplo cavitario en ápice de hemitórax izquierdo.
- **Cardiovascular:** Área cardíaca normal, con pulsos presentes y sincrónicos; ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- **Abdomen:** Blando, depresible, Span hepático normal; ruidos hidroaéreos normales, sin dolor a la palpación superficial o profunda,
- **Sistema nervioso central:** Lúcido orientado en tiempo, y espacio. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Tuberculosis Pulmonar.

CASO CLÍNICO N°2: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Paciente varón de 63 años con previo control de presión arterial de 144/90 mmHg de promedio de varios registros sucesivos. Acude a consulta por presentar cefalea, náuseas, vómitos, mareos. Con previa consulta de hipertensión donde se le recomendó inicialmente cambios en estilo de vida y controles seriados diarios de presión arterial durante dos semanas, en la consulta se le realiza la medición correspondiente y resulta con una presión arterial de 150/60 mmHg sin presentar otra sintomatología gravitante.

- **Funciones vitales:** Temperatura: 36.2°. Frecuencia respiratoria: 15x, FC: 80x, Saturación: 97 %, PA: 150/60 mmHg; Peso: 90 kg; Talla: 1.74 m; IMC: 29.1

Examen físico:

- **Piel y mucosas:** Tibia, hidratada elástica, sin ictericia, sin cianosis; sin edemas sin presentar otras alteraciones en faneras o en tejido celular subcutáneo; con llenado capilar menor a 2 segundos; mucosa oral húmeda, sin aparentes signos de deshidratación.
- **Tórax y pulmones:** simétrico a la inspección; con expansibilidad torácica normal, no tirajes, vibraciones vocales conservadas, con

sonoridad normal a la percusión y con murmullo vesicular normal en ambos hemitórax sin estertores

- **Cardiovascular:** área cardiaca normal, con pulsos presentes y sincrónicos; ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- **Abdomen:** sin presencia de lesiones a la inspección, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible no doloroso a la palpación superficial o profunda
- **Sistema nervioso central:** Lúcido y orientado en tiempo y espacio, Glasgow 15/15; marcha sin alteraciones. Tonalidad muscular conservada.

Impresión diagnóstica:

1. Hipertensión arterial esencial.

CASO CLÍNICO N° 3: DIABETES MELLITUS

Paciente mujer de 70 años, que ingresa al servicio de emergencia, traída por sus familiares los cuales refieren que la paciente no despierta desde la mañana y no responde a ningún tipo de estímulo.

Una parte del equipo de trabajo de emergencia acude donde los familiares a preguntar cuáles son los antecedentes de importancia de la paciente. Familiar refiere que paciente tiene el antecedente de ser diabética tipo 2 diagnosticada hace 10 años e hipertensa diagnosticada hace 5 años, además de ello refieren que paciente no consume su medicamento hace aproximadamente 3 meses debido a falta de recursos económicos.

Motivo por el cual se le consulta a especialista y la paciente de inmediato queda hospitalizada para su manejo intensivo por la especialidad de medicina interna.

- **Funciones vitales:** PA: 90/60, Frecuencia cardiaca: 110 x', Frecuencia respiratoria: 25x', SatO2: 92%, T°:37,5.

Examen físico:

- **Ectoscopia:** Se evidencia una mujer en mal estado general, mal estado de hidratación, mal estado de nutrición, el signo clínico más destacado es la inconsciencia y la no respuesta a estímulos.
- **Piel:** Fría, deshidratada, sequedad evidente, se evidencia palidez de piel y mucosas, no cianosis.
- **Tejido celular subcutáneo:** Disminución evidente, no hay presencia de edemas.
- **Aparato locomotor:** Pérdida de tono y fuerza muscular, paciente no mueve extremidades.
- **Ojos:** Paciente con reflejo pupilar presente, fotoreactivo a la luz.
- **Boca:** mucosa oral seca, lengua seca.
- **Tórax y pulmones:** No evaluable por estado en el cual se encontraba la paciente.
- **Cardiovascular:** Se palpaba pulso carotídeo, no se evidencia alteraciones de la pared torácica, no choque de punta, a la auscultación se evidenciaba ruidos cardiacos rítmicos de baja intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, no signos peritoneales, RHA (+/+++).
- **Genitourinario:** No se evidencia globo vesical.
- **Sistema nervioso central:** Paciente en estado de coma, pupilas fotoreactivas, Glasgow aproximado en un primer momento de 9/15, fuerza muscular ausente, tono muscular ausente, no hay signos meníngeos, no focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Diabetes mellitus descompensada.
2. Estado hiperosmolar hiperglucémico

CASO CLÍNICO N° 4: NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Acude a consulta paciente varón de 25 años refiriendo desde hace 2 días sensación de alza térmica cuantificada en 38,5°, tos con movilización de secreciones, rinorrea abundante, leve dificultad respiratoria, malestar general, mialgias generalizadas y cefalea de moderada intensidad. Paciente niega antecedentes personales, en cuanto a antecedentes familiares: padre diabético y madre con hipertensión arterial.

- **Funciones vitales:** PA:120/80, FC:102 por minuto, T°:38,5, FR: 24 por minuto, Saturación de oxígeno: 92%, Peso: 80kg, Talla: 1,65, IMC: 31.

Examen físico:

- **Ectoscopia:** Paciente con regular estado general, regular estado de hidratación, pícnico. Signos característicos: fiebre, tos con expectoración amarillenta y leve disnea.
- **Piel:** Caliente, hidratada, no se evidencia sequedad, no se evidencia palidez de mucosas, no se evidencia cianosis.
- **Tejido celular subcutáneo:** Aumentado en gran cantidad, distribuido de gran manera a nivel abdominal, no se evidencia edemas.
- **Aparato locomotor:** Movilización adecuada de los 4 miembros, tono muscular sin alteraciones.
- **Tórax y pulmonar:**
 - **Inspección:** Amplexación de ambos hemitórax sin alteraciones, no se evidencian tumoraciones.
 - **Palpación:** No se evidencia enfisema subcutáneo, vibraciones vocales levemente disminuidas a predominio de base de hemitórax derecho.
 - **Percusión:** Se evidencia una matidez a nivel de base del hemitórax derecho.
 - **Auscultación:** Murmullo vesicular abolido en base de hemitórax derecho, se auscultan ruidos agregados como son los crépitos en la misma zona.

- **Cardiovascular:** Se palpaba pulso carotídeo, no se evidenciaba alteraciones de la pared torácica, no choque de punta, a la auscultación se evidenciaba ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, timpánico, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales, RHA (++/+++), no visceromegalia.
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-), no hay evidencia de globo vesical.
- **Sistema nervioso central:** Paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow: 15/15, no hay signos meníngeos, no hay signos de focalización, pupilas fotoreactivas.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome consolidativo parenquimal.
2. Neumonía adquirida en la comunidad.

1.2. Rotación de Ginecología y Obstetricia:

Para ginecobstetricia el manejo de controles prenatales es crucial para un correcto control de una gestante, teniendo en cuenta las complicaciones habituales que puede tener, ya sean simples o complejas, como hemorragias de la primera o segunda mitad del embarazo, vigilancia periódica de la presión arterial con controles de proteinuria en orina. Para las pacientes no gestantes que acuden al servicio, se realiza la planificación familiar explicándole los beneficios del uso de métodos anticonceptivos, además consultas de índole ginecológicas.

En contraste con el nivel hospitalario, en el cual se verán patologías más complejas en la gestante como: abortos en todos sus tipos, placenta previa, vasa previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina o preeclampsia, por otro lado, también acudirán al hospital para poder tener un trabajo de parto mucho más supervisado debido a que se preservara, con todos los recursos que se tiene, la vida tanto de la madre como del feto.

En el servicio de Ginecología del hospital, también se tendrá pacientes que acuden por enfermedades complejas como son: miomatosis uterina, enfermedad pélvica inflamatoria en sus grados más severos, distopias genitales en sus grados más complicados y en algunos casos cánceres ginecológicos, los cuales serán programados para intervención quirúrgica.

CASO CLÍNICOS DE GINECOBSTETRICIA

CASO CLÍNICO N°1: INFECCIÓN URINARIA DURANTE EL EMBARAZO

Primigesta de 25 años, con 26ss de edad gestacional por FUR, presenta disuria, polaquiuria, tenesmo desde hace una semana, al pasar por el servicio de obstetricia se le realizó un examen de orina con tiras reactivas en la cual salió positivo a leucocitos. Pero negativo a bacterias; por lo que al pasar por la evaluación médica se decide dejar un examen de orina, un cultivo de orina, hemograma, PCR, creatinina en sangre.

- **Funciones vitales:** T°: 36°, FR: 14x, FC: 74x, PA: 100/60 mmHg, Saturación: 95 %, Talla:1,60, Peso: 73kg.

Examen físico:

- **Piel:** tibia, hidratada, elástica, no cianosis o ictericia, llenado capilar menor a dos segundos
- **Tórax y pulmones:** amplexación conservada; murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- **Abdomen:** blando depresible, sin dolor a la palpación en el epigastrio, se palpa útero un centímetro por encima de la cicatriz umbilical; no presenta signos de flogosis, ni eritema. Puño Percusión lumbar, negativo.
- **Genitourinario:** no presenta mal olor ni cambio de coloración habitual en cérvix, orificio cervical interno cerrado.
- **Sistema nervioso central:** lúcido y orientado en espacio y tiempo; Escala de Glasgow 15/15.

Datos de control prenatal:

- **Peso antes de gestación:** 78 kg
- **Talla:** 1.64 m
- **IMC antes gestación:** 29
- **Latidos cardíacos fetales:** 130x
- **Situación:** longitudinal; Posición: derecha; Presentación: cefálico; No encajado,
- **Movimientos fetales:** ++
- **Altura uterina:** 24 cm
- **Peso actual:** 87 kg
- **Peso ganado:** 12 kg

Impresión diagnóstica:

1. Infección del tracto urinario.
2. Cistitis.

CASO CLÍNICO N°2: SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

Paciente mujer de 30 años ingresa al servicio de ginecobstetricia para control de planificación familiar, decidiendo el uso de la inyección mensual, durante la anamnesis revela que ha tenido ciertas molestias menores al tener relaciones sexuales, prurito e irritación en zona vulvar, y “descenso” que mancha parte de su ropa interior, sin haber presentado fiebre, ni dolor abdominal, tampoco antecedentes de dolor pélvico previo.

- **Funciones vitales:** T°: 36.5°, FR: 15x, FC: 78x, PA: 100/70 mmhg, saturación: 97%, Peso: 65 kg, Talla: 1,55, IMC: 27.1.

Examen físico:

- **Piel:** tibia, hidratada y elástica, no ictericia, llenado capilar menor a dos segundos
- **Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa adecuado en ambos hemitórax no se auscultan ruidos agregados
- **Cardiovascular:** ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

- **Abdomen:** blando depresible; no se aprecian lesiones y zonas con tumoración, no doloroso a la palpación superficial ni profunda en ambas fosas iliacas.
- **Genitourinario:** flujo vaginal maloliente de color verdoso, muy inflamatorio; se aprecia a la especuloscopia “colpitis en fresa”.
- **Sistema nervioso central:** lúcida y orientada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15, marcha conservada.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome de flujo vaginal.
2. Trichomoniasis.

CASO CLÍNICO N° 3: PREECLAMPSIA

Gestante de 34 años, nulípara, acude a la emergencia del hospital refiriendo que desde hace unas horas presenta cefalea intensa, visión borrosa, ve “chispitas”, dolor abdominal a nivel del epigastrio y leve dificultad respiratoria. Se le solicita su carnet perinatal en el cual se evidencia que desde hace unos 2 controles prenatales se había detectado que la paciente cursaba con presiones de 140/95 pero que por falta de tiempo no se había acercado a la emergencia hasta que empezó a presentar síntomas que no le permitían realizar sus actividades diarias. Calculando la edad gestacional con respecto a la ecografía el primer trimestre se obtiene una gestación de 37 semanas 4/7. Motivo por el cual se decide su hospitalización en el servicio de ginecología y obstetricia.

- **Funciones vitales:** PA:144/96, FC:110 por minuto, T°: 36,5°, FR: 26 por minuto, Saturación de oxígeno: 94%, Talla:1,65, Peso: 75kg.

Examen físico:

- **Ectoscopia:** Paciente en mal estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- **Signos y síntomas característicos:** Cefalea, escotomas, dolor epigastrio, disnea, edemas.

- **Piel:** Caliente, hidratada, no se evidencia sequedad de piel, no se evidencia signo del pliegue, mucosas orales húmedas, no se evidencia palidez de mucosas, no se evidencia cianosis.
- **Tejido celular subcutáneo:** Regular cantidad, distribución homogénea, se evidencia edemas en miembros inferiores.
- **Aparato locomotor:** Movilización adecuada de los 4 miembros, tono muscular sin alteraciones.
- **Tórax y pulmonar:**
 - **Inspección:** No se evidencia tumoraciones, amplexación de ambos hemitórax simétricos.
 - **Palpación:** Vibraciones vocales disminuidas a nivel de base de campo pulmonar izquierdo, no hay enfisemas
 - **Percusión:** Matidez a nivel de base de campo pulmonar izquierdo.
 - **Auscultación:** Murmullo vesicular disminuido en base de campo pulmonar izquierdo.
- **Cardiovascular:** No se evidenciaba alteraciones de la pared torácica, no choque de punta, a la auscultación se escuchan ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, no hay signos peritoneales, RHA (++/+++), no visceromegalia, útero con tono adecuado.
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-), no hay evidencia de globo vesical.
- **Sistema nervioso central:** Paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.
- **Examen obstétrico:**
 - **Altura uterina:** 33 cm.
 - **Latidos cardíacos fetales:** 145 por minuto.
 - **Situación:** Longitudinal, posición: izquierdo, presentación: cefálico.
 - **Al examen de tacto vaginal:** cuello cerrado, no incorporado.

Impresión diagnóstica:

1. Preeclampsia con signos de severidad.

CASO CLÍNICO N° 4: ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA.

Paciente mujer de 18 años ingresa por emergencia de cirugía general debido a que presenta un dolor abdominal bajo desde hace 12 horas, que se localiza en fosa iliaca derecha, fosa iliaca izquierda e hipogastrio de tipo cólico, intensidad 8/10, que no cede con analgesia, asociado a náuseas, vómitos, malestar generales y diarrea.

- **Funciones vitales:** PA:100/60, FC:103 por minuto, T°: 38°C, FR: 20 por minuto, Saturación de oxígeno: 98%, Peso: 60kg, Talla: 1.60, IMC: 23.4

Examen físico:

- **Ectoscopia:** Paciente en mal estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- **Signos y síntomas característicos:** Dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, fiebre, náuseas, vómitos y diarreas.
- **Piel:** Caliente, hidratada, no se evidencia sequedad de piel, no se evidencia signo del pliegue, mucosas orales secas, se evidencia palidez de mucosas, no se evidencia cianosis.
- **Tejido celular subcutáneo:** Regular cantidad, distribución homogénea, se evidencia edemas en miembros inferiores.
- **Aparato locomotor:** Movilización adecuada de los 4 miembros, tono muscular sin alteraciones.
- **Tórax y pulmonar:** No se evidencia tumoraciones, amplexación de ambos hemitórax simétricos, vibraciones vocales pasan bien en ambos campos pulmonares, no hay enfisemas, sonoridad pulmonar conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares y no se auscultan ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** No se evidenciaba alteraciones de la pared torácica, no choque de punta, a la auscultación se escuchan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

- **Abdomen:** Blando, depresible, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca izquierda, signos peritoneales, Blumberg (+), RHA (++/+++), no visceromegalia.
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-), no hay evidencia de globo vesical.
- **Sistema nervioso central:** Paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Abdomen agudo quirúrgico.

1.3. Rotación de Cirugía:

Dentro de la especialidad de Cirugía, es importante saber que se deben desarrollar las competencias para poder diagnosticar de manera oportuna un abdomen agudo quirúrgico y así poder referir de manera oportuna, debido a que esta patología es muy frecuente a nivel de la población, las cuales, si no son tratadas de manera oportuna tienen un alto índice de mortalidad.

Por otro lado, se deben desarrollar las habilidades correspondientes en el manejo de una cirugía menor como son: heridas punzo cortantes en cualquier región del cuerpo, heridas por mordeduras de animales y desarrollar la capacidad de poder explicarle al paciente con palabras concisas cómo será el manejo de estas después de que se realizó un correcto procedimiento y tratamiento.

CASOS CLÍNICOS CIRUGÍA

CASO CLÍNICO N°1: HERIDA CORTANTE EN CABEZA

Paciente de 65 años ingresa por el servicio de urgencia al centro de salud, con una pequeña laceración en la región occipital, asociado a un ligero sangrado, menciona que estaba distraído y se golpeó la cabeza con una escalera en forma de “caracol”, el paciente se encuentra lúcido, con un ligero dolor en la cabeza, sangrado, sin otras manifestaciones clínicas.

- **Funciones vitales:** T°: 36°, FR: 16x, FC: 84x, PA: 110/60 mmHg, saturación: 96%, Peso: 75 kg, Talla: 1.60 m, IMC: 29.3

Examen físico:

- **Piel:** Tibia hidratada elástica, no cianosis, presenta herida punzocortante en región occipital, asociado con un leve sangrado, dolor a la palpación, herida atraviesa la piel llegando al tejido celular subcutáneo.
- **Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no soplos
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- **Abdomen:** blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes
- **Sistema nervioso central:** lúcido y orientado en espacio y tiempo. Marcha sin alteraciones. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Herida cortante en región de la cabeza

CASO CLÍNICO N°2: MORDEDURA DE PERRO

Paciente de 22 años refiere que unas horas antes del ingreso se encontraba caminando cuando un perro se acerca hacia él y le muerde inicialmente el brazo, después en la cara, el paciente huye e inmediatamente se dirige al puesto de salud. Durante el trayecto menciona que perdió una mínima cantidad de sangre, y que el perro se fue después de morderlo, no tenía collar ni había un dueño cerca de él.

- **Funciones vitales:** T°: 36.5°, FR: 16x, FC: 85x, PA: 110/68 mm hg, Peso: 74 kg, Talla: 1.70 m, SatO2: 95 %, IMC: 25.6

Examen físico:

- **Piel y TCSC:** Tibia, hidratada y elástica, no cianosis, laceraciones en brazo izquierdo producto de una mordedura y también en región mentoniana esta última de mayor profundidad, penetrando el tejido celular subcutáneo, resto de región epidérmica sin lesiones.

- **Tórax y Pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos.
- **Abdomen:** Blando depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda; no adenopatías, Ruidos hidroaéreos normales.
- **Sistema nervioso central:** Lúcido, orientado en tiempo y espacio, Glasgow 15/15; marcha y fuerza muscular conservada.

Impresión diagnóstica:

1. Mordedura de perro.

CASO CLINICO N°3: APENDICITIS

Acude a emergencia un paciente varón de 18 años refiriendo que aproximadamente hace 12 horas presentó un dolor abdominal a nivel de boca del estómago que con el paso de las horas se va localizando a nivel de hemiabdomen inferior derecho, además refiere que presenta sensación de alza térmica, náuseas y vómitos.

Paciente niega antecedentes de importancia personales y familiares.

- **Funciones vitales:** PA:110/70, FC:95 por minuto, T°:38, FR: 20 por minuto, Saturación de oxígeno: 96%, Peso: 65kg, Talla:1.70, IMC:22,5.

Examen físico:

- **Ectoscopia:** Paciente en regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- **Signos característicos:** dolor abdominal, vómitos y fiebre.
- **Piel:** Caliente, hidratada, no se evidencia sequedad, no se evidencia palidez de mucosas, no se evidencia cianosis.
- **Tejido celular subcutáneo:** Regular cantidad y distribuido de manera homogénea en todo el cuerpo, no edemas.
- **Aparato locomotor:** Movilización adecuada de los 4 miembros, tono muscular sin alteraciones.

- **Tórax y pulmonar:** No se evidencia tumoraciones, amplexación de ambos hemitórax simétricos, vibraciones vocales sin alteraciones en ambos hemitórax, no hay enfisemas, sonoridad pulmonar conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se encuentran ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** Se palpaba pulso carotídeo, no se evidenciaba alteraciones de la pared torácica, no choque de punta, a la auscultación se evidenciaba ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda, Mc Burney (+), Blumberg (-), no hay signos peritoneales, RHA (+/+++), no visceromegalia.
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-), no hay evidencia de globo vesical.
- **Sistema nervioso central:** Paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow: 15/15, no hay signos meníngeos, no hay signos de focalización, pupilas foto reactivas.

Impresión diagnóstica:

1. Abdomen agudo quirúrgico.
2. D/C Apendicitis aguda.

CASO CLÍNICO N°4: COLECISTITIS AGUDA

Paciente mujer de 35 años acude a la emergencia del hospital refiriendo que, desde hace 12 horas, después de la ingesta de “chicharrón” durante el desayuno, presenta un dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, intensidad 8/10, asociado a náuseas y vómitos, que no cede a analgésicos. Paciente también refiere que desde hace 2 horas se le agrega sensación de alza térmica no cuantificada, motivo por el cual acude a la emergencia.

Dentro de los antecedentes de importancia, paciente refiere que hace unos meses se le diagnosticó a través de una ecografía que tenía cálculos en la vesícula biliar.

- **Funciones vitales:** PA:100/60, FC:110 por minuto, T°: 39°, FR: 25 por minuto, Saturación de oxígeno: 96%, Peso: 82kg, Talla: 1,61cm, IMC: 31,6.

Examen físico:

- **Ectoscopia:** Paciente en regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- **Signos característicos:** dolor abdominal, vómitos y fiebre.
- **Piel:** Caliente, hidratada, no se evidencia sequedad, no se evidencia palidez de mucosas, no se evidencia cianosis.
- **Tejido celular subcutáneo:** Abundante cantidad, distribuidos principalmente en abdomen, no edemas.
- **Aparato locomotor:** Movilización adecuada de los 4 miembros, tono muscular sin alteraciones.
- **Tórax y pulmonar:** No se evidencia tumoraciones, amplexación de ambos hemitórax simétricos, vibraciones vocales sin alteraciones en ambos hemitórax, no hay enfisemas, sonoridad pulmonar conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se encuentran ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** Se palpaba pulso carotídeo, no se evidenciaba alteraciones de la pared torácica, no choque de punta, a la auscultación se evidenciaba ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+), Blumberg (-), no hay signos peritoneales, RHA (+/+++), no visceromegalia.
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-), no hay evidencia de globo vesical.
- **Sistema nervioso central:** Paciente lúcido orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow: 15/15, no hay signos meníngeos, no hay signos de focalización, pupilas fotoreactivas.

Impresión diagnóstica:

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. D/C Colecistitis aguda

1.4. Rotación de Pediatría:

La rotación de Pediatría se realizó en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Se hacía la visita médica a pacientes con enfermedades respiratorias, infecciosas o gastrointestinales, de ser el caso, se evaluaba la evolución matutina y en ocasiones diurna o nocturna a pacientes con otras comorbilidades, además de esto se hacían guardias tanto diurnas como nocturnas en el servicio de emergencia donde los casos clínicos más comunes eran niños febriles con alguna otra patología agregada, enfermedades respiratorias de índole infeccioso o síndromes obstructivos bronquiales agudos como son el asma y bronquiolitis.

CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA

CASO CLÍNICO N°1: BRONQUIOLITIS

Madre refiere que paciente de 2 años, sin antecedentes de importancia, inició hace 1 día con un cuadro catarral con coriza, rinorrea, tos y aparente sensación de alza térmica, después de unas horas refiere que el menor está agitado, con incremento de la rinorrea, hundimiento de pecho.

Funciones vitales: Temperatura: 38.0°, FR: 42x, FC: 110x, PA: 108/64 mmHg, Peso: 13 kg, Talla: 86 cm, Sato2: 91 % y P/T : -2 - +2 DE: Ideal

Examen físico:

- **Piel:** Tibia, hidratada y elástica, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a dos segundos
- **Tórax y pulmones:**
 - **Inspección:** Amplexación conservada, se observa tiraje intercostal, no aleteo nasal.
 - **Palpación:** No tumoraciones, no enfisema subcutáneo.
 - **Percusión:** Sonoridad pulmonar conservada.
 - **Auscultación:** Murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos hemitórax, se ausculta sibilantes inspiratorios y espiratorios.

- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad; no soplos; pulsos periféricos palpables, incrementados
- **Abdomen:** blando depresible, no doloroso a palpación superficial o profunda.
- **Sistema nervioso central:** Despierto, activo, reactivo a estímulos, conectado con entorno, sin irritabilidad o signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome obstructivo bronquial.
2. Bronquiolitis.

CASO CLÍNICO N°2: ASMA

Madre acude con menor de edad de 7 años con dificultad respiratoria, tos seca, no paroxística, con leve disnea, pero sin cianosis; refiere que niño estuvo jugando en un “ropero sucio” y expuesto a mucho polvo, madre con antecedentes de asma, padre también, refiere también que tuvo diagnóstico de dermatitis atópica hace unos meses.

Funciones vitales: T°: 36.5°, FR: 28x, FC: 900x, Pa: 98/60 mmHg, Peso: 30 kg, Talla: 1.18 cm, SatO2: 92 %, IMC: 21,5

Examen físico:

- **Piel:** Tibia, hidratada y elástica, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a dos segundos.
- **Tórax y abdomen:**
 - **Inspección:** Amplexación conservada, se observa tiraje intercostal solo al final de la inspiración, uso leve de músculos accesorios.
 - **Palpación:** No tumoraciones, no enfisema subcutáneo, vibraciones vocales conservadas.
 - **Percusión:** Sonoridad pulmonar conservada
 - **Auscultación:** Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes espiratorios.

- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad; no soplos; pulsos periféricos palpables, incrementados
- **Abdomen:** blando depresible, no doloroso a palpación superficial o profunda.
- **Sistema nervioso central:** Despierto, activo, reactivo a estímulos, conectado con entorno, sin irritabilidad o signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome obstructivo bronquial.
2. Asma bronquial descompensada.
3. Crisis asmática moderada

CASO CLÍNICO N°3: DIARREA ACUOSA

Paciente varón de 3 años de edad que acude a la emergencia del hospital traído por la madre, la cual refiere que desde hace 1 día su hijo presenta deposiciones líquidas en abundante cantidad, sin moco y sin sangre, con una frecuencia 5 veces por día que rebasa el pañal, asociado a vómitos hasta en 3 oportunidades. Madre refiere que niño no presenta sensación de alza térmica, sin embargo, se encuentra inquieto, con malestar general y sin mucho apetito. Además, refiere que hace aproximadamente 3 días el niño cursa con moco, estornudos y tos sin movilización de secreciones.

- **Funciones vitales:** PA:100/60, FC:100 por minuto, T°: 37°, FR: 28 por minuto, Saturación de oxígeno: 96%, Peso: 16kg, Talla:98cm. P/T: -2 - +2 DE.

Examen físico:

- **Ectoscopia:** Paciente en regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- **Signos característicos:** Diarrea acuosa
- **Piel:** Caliente, hidratada, no se evidencia sequedad, no se evidencia signo del pliegue, mucosas semi secas, no se evidencia palidez de mucosas, no se evidencia cianosis.
- **Ojos:** hundidos.

- **Orofaringe:** congestiva, eritematosa, no hay presencia de exudado.
- **Tejido celular subcutáneo:** Regular cantidad, distribución homogénea, no se evidencia edemas.
- **Aparato locomotor:** Movilización adecuada de los 4 miembros, tono muscular sin alteraciones.
- **Tórax y pulmonar:** No se evidencia tumoraciones, amplexación de ambos hemitórax simétricos, vibraciones vocales sin alteraciones en ambos hemitórax, no hay enfisemas, sonoridad pulmonar conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se encuentran ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** No se evidenciaba alteraciones de la pared torácica, no choque de punta, a la auscultación se escuchan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, timpánico, levemente doloroso a la palpación profunda en epigastrio, no hay signos peritoneales, RHA (++/+++), no visceromegalia.
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-), no hay evidencia de globo vesical.
- **Sistema nervioso central:** Paciente irritable, reactivo al estímulo, relacionado con el entorno, no muestra signos meníngeos, no muestra focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Diarrea acuosa aguda viral con signos de deshidratación leve.

CASO CLÍNICO N°4: FARINGO AMIGDALITIS BACTERIANA

Paciente mujer de 5 años acude a la emergencia del hospital traída por su madre la cual refiere que desde hace dos días la paciente presenta sensación de alza térmica cuantificada en 39°, asociado a falta de apetito, dolor a nivel de la garganta, aumento de la secreción salival, malestar general, niega estornudos, niega mocos y niega tos. Madre refiere que paciente no presenta antecedentes de importancia personales y tampoco familiares.

- **Funciones vitales:** PA:110/70, FC:105 por minuto, T°: 39°, FR: 23 por minuto, Saturación de oxígeno: 98%, Peso: 25kg, Talla: 1,05, IMC:22,7.

Examen físico:

- **Ectoscopia:** Paciente en regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.
- **Signos y síntomas característicos:** Fiebre, ganglios cervicales dolorosos, evidencia de exudados faríngeos.
- **Piel:** Caliente, hidratada, no se evidencia sequedad de piel, no se evidencia signo del pliegue, mucosas orales húmedas, no se evidencia palidez de mucosas, no se evidencia cianosis.
- **Orofaringe:** congestiva, eritematosa, presencia de exudados a nivel de las amígdalas cervicales.
- **Tejido celular subcutáneo:** Regular cantidad, distribución homogénea, no se evidencia edemas.
- **Ganglios:** Ganglios dolorosos a nivel de cuello, móviles, aumento de temperatura a ese nivel.
- **Aparato locomotor:** Movilización adecuada de los 4 miembros, tono muscular sin alteraciones.
- **Tórax y pulmones:** No se evidencia tumoraciones, amplexación de ambos hemitórax simétricos, vibraciones vocales sin alteraciones en ambos hemitórax, no hay enfisemas, sonoridad pulmonar conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se encuentran ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** No se evidenciaba alteraciones de la pared torácica, no choque de punta, a la auscultación se escuchan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- **Abdomen:** Blando, depresible, timpánico, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no hay signos peritoneales, RHA (++/+++), no visceromegalia.
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-), no hay evidencia de globo vesical.
- **Sistema nervioso central:** Paciente inquieto, relacionado con el ambiente, reactivo al estímulo, no se encuentran signos meníngeos, no se encuentran signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Faringoamigdalitis bacteriana

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1. Centro de salud San Juan de Miraflores

Se realizan las prácticas en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, un establecimiento de salud del Primer nivel de atención I-3, el cual se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores. Este establecimiento pertenece a la red DIRIS SUR; se atienden a los pacientes pertenecientes a la jurisdicción de San Juan de Miraflores la cual tiene una población de 42,291 habitantes asignados en el año 2020, extendiéndose a pacientes pediátricos, adultos, adultos mayores y gestantes. Anexo n°1

El centro de salud cuenta con los servicios de Medicina, Odontología, Psicología, Obstetricia, inmunización, nutrición, servicio social, programa de control de Tuberculosis, programa de enfermedades no transmisibles: Diabetes mellitus e hipertensión arterial, terapia física, área para pacientes COVID 19. El equipo de trabajo está conformado por 4 médicos cirujanos dentro del cual se encuentra un médico pediatra. Anexo n°2

Las referencias se realizan con motivos de apoyo diagnóstico o para atención especializada. El Centro de Salud San Juan de Miraflores al no contar con ambulancia para el traslado de paciente no garantiza la continuidad de atención en caso de emergencias; y en dicho caso se solicita apoyo al Centro Materno Infantil Manuel Barreto y Centro Materno Infantil Ollantay.

El centro de salud no cuenta con servicios de imágenes para ayuda diagnóstica por lo cual, en caso de que el médico solicite una radiografía o una ecografía se realiza una referencia a los centros antes mencionados.

Para interconsultas de pacientes que requieran atención especializada se utiliza el sistema de teleconsulta; para el caso del centro de salud, se ha implementado el servicio de REFCON, a cargo del personal administrativo para que realice el ingreso de la información. Para la atención especializada generalmente se realizan dichas interconsultas al Hospital María Auxiliadora. Anexo n°3

2.2. Instituto Nacional de Salud del Niño

Para la rotación de pediatría durante este año de internado, se tuvo la oportunidad de poder rotar en el Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña. El cual tiene una categoría de III - 2 correspondiente al máximo nivel de complejidad a nivel de salud, se encuentra ubicado en Av. Brasil N° 600, Distrito de Breña, Provincia de Lima, Departamento de Lima. Pertenece a la jurisdicción de Disa 2 Lima Sur con una población asignada de aproximadamente 6 192 978, la población objetivo del INSN es población pediátrica que comprende a los pacientes desde recién nacidos hasta los 18 años de edad. La extensión del INSN 3, 22 km². INSN al ser un establecimiento de máximo nivel de complejidad se tienen todas las especialidades para la población pediátrica, dentro de las cuales se destacan:

- Pediatría general: Neumología, cardiología, neuropediatría, infectología, nefrología, dermatología, neonatología, gastroenterología, endocrinología, reumatología y hematología.
- Cirugía: Cirugía general pediátrica, traumatología, urología, neurocirugía, oftalmología, cirugía plástica, cirugía de tórax, otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, ginecología y cirugía buco maxilofacial.
- Emergencia y áreas críticas: UCI y emergencia.

El INSN al ser un establecimiento de salud de máximo nivel, es el centro de referencia nacional para todas las patologías de alta complejidad que no se puedan resolver en instituciones de menor nivel (7).

2.3. Hospital de Ate – Vitarte

El Hospital de Ate - Vitarte, fue la sede para realizar las rotaciones de medicina interna, cirugía general y ginecología. Este hospital tiene una categorización II - 1, ubicado en el distrito de Ate en la Carretera central Av. Nicolas Ayllon 5880, provincia de Lima, departamento de Lima. Pertenece a la jurisdicción de DISA IV Lima Este, la población asignada para este establecimiento de salud es de aproximadamente 1 millón de habitantes, la población objetivo son pacientes pediátricos, adultos, adultos mayores y gestantes que van a requerir el servicio de consulta externa, emergencia e internamiento. La extensión del hospital es de 1,5 km². Se cuenta con los siguientes servicios:

- Medicina interna: Dermatología, gastroenterología, neurología, psiquiatría, endocrinología, geriatría y medicina física y rehabilitación.
- Cirugía: Cirugía general, cirugía plástica, anestesiología, urología, otorrinolaringología y traumatología.
- Ginecología y obstetricia
- Pediatría
- Unidad de vigilancia intensiva (UVI).

El centro de referencia del Hospital de Vitarte para patologías más complejas es el Hospital Nacional Hipólito Unanue (8).

Antecediendo a la pandemia en el Perú, siempre existía un déficit de personal de salud, no sólo médico, en los distintos niveles de atención, la carga laboral generalmente era muy elevada, con las salas de emergencia desbordando de pacientes, insuficientes camas de hospitalización, aun en hospitales de tercer nivel. La exposición del médico a infecciones intrahospitalarias como la tuberculosis o neumonía era alta.

Después del inicio de la pandemia dicha carga laboral no solo ha incrementado, si no que la exposición previamente mencionada se potenció, el personal de salud ahora se expone al COVID-19; con aún menos camas de hospitalización, ya que la mayoría son destinadas a los pisos de hospitalización por COVID-19, en muchos casos al personal de salud no se le otorga el equipo de protección personal y ellos tiene que adquirirlo por otros medios o de manera personal, a pesar de que el inicio de la vacunación ya

tiene más de 2 meses gran parte del personal de salud, inclusive médicos intensivistas aún no han sido vacunados.

En los establecimientos de salud donde se realizó las prácticas, se pudo apreciar que durante la pandemia por COVID 19 se ha utilizado la estrategia de triaje diferenciado con el único objetivo de guardar el bienestar tanto del paciente como del personal de salud, en este triaje se separa a todos los pacientes en sintomáticos respiratorios y no sintomáticos respiratorios. A los sintomáticos respiratorios, se les toma pruebas ya sea rápidas o antigénicas. De esta manera, al salir positivo un paciente para COVID 19 se dirigirá al área establecida en cada establecimiento de salud para pacientes positivos a COVID 19.

Por decreto supremo, el interno de medicina no atiende a pacientes con diagnóstico de COVID 19, sin embargo, muchos pacientes pueden ser asintomáticos o tener COVID 19 y no tener un diagnóstico certero, esto puede predisponer a que el interno de medicina pueda estar en mayor riesgo de contagio para este virus.

Para efectos de las prácticas clínicas en los establecimientos de salud estas se deben hacer con equipos de protección personal, guardando distancia, y procurando que el paciente también utilice mascarilla y en algunos casos recomendando el uso de protector facial.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Para el presente trabajo, se han unido tanto la experiencia clínica durante las prácticas del internado médico con todos los conocimientos teórico. Con el único objetivo de alcanzar las competencias adecuadas para poder brindar la mejor atención posible a los pacientes, siempre bajo la supervisión de médicos tutores que han colaborado con sus enseñanzas sobre todo desde la experiencia clínica.

3.1. Rotación de Medicina Interna:

CASO CLÍNICO N°1: TUBERCULOSIS

Plan de trabajo:

Para confirmar la sospecha diagnóstica, y también facilitar el inicio de la terapia farmacológica para la tuberculosis se solicitaron los siguientes exámenes:

- **Hemograma:** Hb: 13mg/dl; Hto:39 %, neutrófilos 75%, linfocitos 20%, monocitos 3%, eosinófilos 2%, basófilos 1%.
- **Leucocitos:** 15000,
- **Glucosa:** 95 mg/dl
- **Creatinina:** 0.9 mg/dl
- **Perfil hepático:** ALT: 30 UI/l; AST: 35 UI/l ; BT 0.9 mg/dl; BD:0.3 mg/dl
- **Prueba rápida de VIH:** negativo

- **PCR:** 1.2mg/dl.
- **BAAR** positivo para tuberculosis (++)

En la radiografía de tórax se evidenció una imagen cavitada, en el lóbulo superior derecho.

Con estos hallazgos, asociado a los síntomas del paciente y los laboratoriales se decide realizar un cultivo tipo MODS; el cual evidencia la sensibilidad hacia la isoniazida y la rifampicina; por lo cual se decide iniciar el tratamiento para tuberculosis sensible con el esquema HRZE diario, después de dos meses se inicia con la segunda fase con HR por tres días a la semana, con evaluaciones periódicas de baciloscopias y control de cultivo antes del inicio de la segunda fase.

Además de esto, se realiza una cita a todas las personas que hayan tenido contacto con el paciente o que vivan con él, para así con posterior evaluación médica se le inicie terapia preventiva con isoniazida a los que presenten un PPD mayor de 10 mm.

Para el tratamiento de la tuberculosis se ha usado la norma técnica del MINSA la cual detalla cuáles eran las características típicas de un sintomático respiratorio, también la batería de pruebas que se realiza al ingreso del paciente, los métodos diagnósticos, la importancia de realizar un buen seguimiento de control de contactos para así actuar de manera precoz en el inicio de la profilaxis antibiótica con isoniacida, para evitar casos nuevos.

Para el diagnóstico de tuberculosis se realiza el BAAR en los sintomáticos respiratorios; de salir positivo, se realizará una cita por medicina, en el cual se hará una exhaustiva anamnesis y examen físico, añadido a esto los exámenes auxiliares como la radiografía de tórax, pruebas de función hepática, hemograma completo, PCR y realizar el cultivo para determinar la sensibilidad hacia las drogas que conforman el núcleo base, de esta forma decidir el tratamiento más apropiado tanto si es una tuberculosis pulmonar como un extrapulmonar.

Para el tratamiento del caso clínico se utiliza el esquema convencional de isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida con toma de medicamentos

diario, control mensual de esputo y cultivo previo a cambio de fase para verificar la ausencia de colonias de *Mycobacterium tuberculosis* (9).

CASO CLÍNICO N°2: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Al sospechar de la presencia de una hipertensión se decide solicitar una batería de exámenes para confirmar o descartar otras patologías asociadas como el síndrome metabólico.

Plan de Trabajo

Se solicita exámenes laboratoriales:

- **Hemograma:** Hb 13.8g/dl; Hto: 45.54. %
- **Leucocitos:** 10000/mm³; Linfocitos: 20%, Neutrófilos 70%, monocitos 5%, eosinófilos: 2%, basófilos 1%. plaquetas :250000/mm³.
- **HDL:** 75 mg/dl
- **Colesterol total:** 185 mg/dl
- **Triglicéridos:** 142, mg/dl
- **Glicemia en ayunas:** 92 mg/dl
- **Examen de orina:** color amarillento, Sin turbidez, PH: 4.7; in proteinuria ni leucocituria,
- **Urea en sangre:** 8 mg/dl
- **Creatinina en sangre:** 1.1, mg/dl

Al no presentarse otra alteración ni el paciente tener un grado de severidad se decide iniciar el tratamiento en el centro de atención del primer nivel, dado que es un paciente de poca complejidad.

Se le inicia la terapia farmacológica con Enalapril 20 mg dos veces al día cada 12 horas, con una interconsulta por nutrición para abordar de manera específica su dieta y disminuir los hábitos nocivos; añadido a esto se le explica signos de alarma, como dolor de cabeza, dolor retroesternal; náuseas y vómitos intensos; se le emplea también un control inicial a la semana con controles diarios de presión arterial, posterior a ello de acuerdo a las metas obtenidas; se decidirá si continúa con el mismo tratamiento o si se agrega otro antihipertensivo.

En el caso de la hipertensión esencial es importante destacar inicialmente el grupo etario, ya que al ser un paciente de una edad adulta o adulta mayor se sospecharía más de una hipertensión primaria; de lo contrario si el paciente es joven tendría más probabilidades de ser una hipertensión secundaria.

Para el correcto diagnóstico las guías del MINSA recomiendan realizar varias medidas de presión arterial; que puede ser domiciliario o en el centro de salud, por un personal con experiencia; y de estos valores hacer un promedio y confirmar con este valor la presión arterial.

Una vez diagnosticado, se iniciará la terapia farmacológica, según norma técnica el medicamento de elección es el Enalapril 20mg dos veces al día, como terapia base; para ver el efecto del tratamiento se realizará controles de presión arterial para obtener las metas individualizadas para cada paciente; para el caso del paciente vendría a ser una presión arterial sistólica menor a 140 y diastólica menor a 90, además de esto brindar consejería para disminuir hábitos nocivos como el tabaco (10).

CASO CLÍNICO N°3: DIABETES MELLITUS TIPO 2, ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICEMICO

Plan de trabajo:

Se solicitaron: Hemoglucotest, análisis de gases arteriales, hemograma, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, examen de orina y radiografía de tórax (11).

De manera inmediata al llegar a la emergencia a la paciente se le practica el protocolo de manejo de emergencias que comienza con el ABC haciendo de manera simultánea los tres pasos, en el cual, se asegura de manera adecuada la vía aérea con un tubo de mayo para evitar que esta se obstruya, además se administra oxígeno, luego de ello se procederá a verificar que la ventilación sea la adecuada y no hayan complicaciones a nivel pulmonar, finalmente se le puso a la paciente dos vías periféricas de alto calibre para poder hidratar de manera activa a la paciente.

De manera simultánea, se le realizaron exámenes de primera línea como son: hemoglucotest y un análisis de gases arteriales. Luego de haber realizado el hemoglucotest se visualiza en la pantalla la palabra “high” debido a que esta ayuda diagnóstica solo se contabiliza hasta un límite superior de 600, de manera simultánea se hace el análisis de gases arteriales (AGA) donde se confirma que hay una glucosa alrededor de 1081, osmolaridad en 318.7, lactato en 4.

Hemograma:

- **Leucocitos:** 14 000 mm³, a predominio de abastionados.
- **Hemoglobina:** 10 g/dl
- **Plaquetas:** 250.000 mm³
- **Creatinina:** 1,3 mg/dl
- **Urea:** 50 mg/dl
- **Examen de orina:** leucocitos de 20 – 25 por campo.
- **Radiografía de tórax:** sin alteraciones.

Al haber obtenido de manera rápida los valores de glucosa, de manera inmediata se utilizó en la emergencia un bolo de 5 unidades de insulina y una hidratación muy enérgica con 1 litro en 1 hora, porque se determinó que estábamos ante una complicación severa de la diabetes mellitus como es el coma hiperosmolar.

Dentro del manejo estandarizado del estado hiperosmolar hiperglucémico es importante saber que los primeros exámenes que se deben solicitar en el manejo de esta emergencia hiperglucémica son: glucosa sérica, análisis de gases arteriales (AGA), B – hidroxibutirato sérico (ideal), osmolaridad sérica, electrolitos séricos (para poder establecer cuál es la osmolaridad sérica y el anión GAP).

Por otro lado, se debe ser acucioso en poder encontrar la probable causa que desencadenó esta emergencia. Por ello se solicita: hemograma completo, examen completo de orina (se busca cuerpos cetónicos y/o infección del tracto urinario), creatinina sérica, electrocardiograma y radiografía de tórax.

En cuanto a la terapéutica que se tiene estandarizada, se puede decir que el primer paso dentro del manejo propio de la emergencia es la administración de fluidos, luego se tiene la insulino terapia, manejo de electrolitos (potasio, bicarbonato y fosfato).

- **Fluidos:** el objetivo principal es expandir volumen a nivel intravascular e intersticial y optimizar la perfusión renal. Para ello, se debe contar con un acceso vascular central, sin embargo, de no ser posible poder acceder con CVC, se debe poner dos vías periféricas permeables.

En caso del estado hiperosmolar hiperglucémico la dosis de hidratación es de 10 – 20 cc/kg en un tiempo de 36 a 48 horas.

Si el paciente se encuentra en un estado de shock, la recomendación es iniciar la resucitación con CNa 0.9% a dosis de 20 cc/kg en un tiempo de 30 a 60 minutos.

Finalmente se debe ajustar la hidratación de acuerdo con el valor de sodio corregido.

- **Insulino terapia:** Actualmente se tienen dos pensamientos en cuanto a esta parte de la terapéutica. Por un lado, se tiene la corriente que se debe usar un bolo endovenoso directo de 0.1 UI/Kg de insulina regular para posteriormente se continúe con una infusión endovenosa continua de 0.1UI/Kg/hora.

Por otro lado, la segunda corriente postula que se debe iniciar de manera directa la infusión de insulina regular a una dosis de 0.14UI/Kg/hora.

Se debe tener especial atención a la disminución de la glucosa en un promedio de 50 a 75 mg/dL/hora, para lo cual se debe tomar una glicemia capilar cada 1 a 2 horas. Cuando se llega a un valor de glucosa de alrededor de 300 mg/dL se va a disminuir la infusión de insulina a la mitad y se agregara una solución de Dextrosa (al 1/2 normal) con el objetivo de mantener la glucemia entre 150 – 200 mg/dL.

- **Potasio:** Es importante saber que debido al tratamiento que se administra va a haber una redistribución de potasio, lo cual puede llevar a arritmias cardiacas.

Si se tiene un valor de potasio menor a 3.3 mEq/L, se debe retrasar el comienzo de infusión de insulina endovenosa, y se va a suplementar con 20 a 30 mEq/L (1 a 2 ampollas de ClK al 20%). Si se encuentra un potasio mayor de 5.2 mEq/L, no se indica una suplementación de potasio y si se tiene un potasio entre 3.3 y 5.2 mEq/L se debe agregar 20 a 30 mEq/L de potasio por cada litro que se infunda de solución (12).

Por lo tanto, el manejo que se le dio a la paciente al llegar en estado de inconsciencia a la emergencia fue el adecuado, debido a que se determinó de manera oportuna y rápida la etiología de la pérdida de consciencia. Se actuó de manera correcta de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales.

CASO CLÍNICO N°4: NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Plan de trabajo:

Como parte del manejo inicial de la patología sospechada se solicita: hemograma, glucosa, urea, creatinina, radiografía de tórax.

- **Hemograma:** 14 g/dl hemoglobina, Plaquetas: 250 000 xmm³, 13 000 leucocitos, abastados: 5%.
- **Creatinina:** 1,02 mg/dl
- **Urea:** 25 mg/dl
- **Glucosa:** 110 mg/dl

Lamentablemente el centro de salud no cuenta con un equipo de rayos x por lo que no se pudo realizar el examen solicitado.

Al tener los resultados de los exámenes solicitados, sumado al examen físico que se realizó, a pesar de que no se contaba con la ayuda diagnóstica de la radiografía de tórax, se establece un diagnóstico de neumonía típica de la comunidad y se procedió a iniciar un tratamiento antibiótico empírico para esta

enfermedad. Se decide iniciar amoxicilina a una dosis de 500mg c/8 horas por 7 días, paracetamol 500mg c/8 horas por 3 días y se recomienda al paciente que tenga una adecuada hidratación.

A nivel mundial, el manejo ambulatorio de una neumonía adquirida en la comunidad consiste en tener una buena anamnesis, buen examen físico, exámenes auxiliares que puedan contribuir al diagnóstico, establecer grado de severidad de la enfermedad y prescribir un correcto tratamiento de acuerdo con la etiología causante de la enfermedad.

En cuanto a los exámenes auxiliares:

- Se requiere de una radiografía de tórax, la cual va a demostrar un nuevo infiltrado en un paciente con sintomatología compatible.
- A nivel mundial se tiene estandarizado que si se tiene una neumonía leve es suficiente establecer el diagnóstico y arrancar un tratamiento antibiótico empírico si se tiene una clínica compatible y una radiografía de tórax con infiltrado nuevo. Sin embargo, en tiempos de pandemia, se solicitará una prueba COVID 19, que se puede acompañar de un hemograma completo.

Establecer grado de severidad:

- Para poder establecer el grado de severidad de la neumonía en la atención ambulatoria, se debe apoyar el diagnóstico con el score estandarizado del CURB 65.
- Se debe tener en cuenta no solo el score mencionado, si no también, la capacidad de poder administrar el tratamiento por vía oral, adherencia por parte del paciente al tratamiento, antecedentes de consumo de drogas, deterioro a nivel de consciencia y entorno social del paciente.

Terapéutica:

- En cuanto al caso clínico presentado se tiene un paciente de 25 años, sin antecedentes de importancia y sin uso reciente de antibióticos, por lo tanto, no se tiene riesgo de que pueda haber algún tipo de resistencia a los antibióticos.

Es importante cubrir a los agentes más frecuentes como son: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y atípicos (Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila y Chlamydia pneumoniae). Por lo tanto, el manejo empírico va a incluir Amoxicilina a dosis altas de 1 gramo vía oral cada 8 horas, añadido a un Macrolido (Azitromicina, Claritromicina o Eritromicina) o Doxiciclina para poder cubrir a los microorganismos atípicos (13).

En este caso se desnuda la pobre equipación que se tiene en el primer nivel de atención, ya que los estándares internacionales del diagnóstico y manejo de la neumonía se incluye una radiografía de tórax, la cual no se pudo realizar en el centro de salud, es por esto por lo que solo con la clínica se hace el diagnóstico. En cuanto al tratamiento, se hizo una correcta elección de antibiótico, pero se debió complementar con un Macrólido para poder cubrir gérmenes atípicos.

3.2. Rotación Ginecología y Obstetricia:

CASO CLÍNICO N°1: INFECCIÓN URINARIA EN EL EMBARAZO

Al sospechar de una infección urinaria durante la gestación además de la terapia farmacológica es necesario realizar el cultivo para descartar un patógeno resistente a antibióticos de bajo espectro.

Plan de trabajo:

Se solicita exámenes laboratoriales

- **Hemograma:** Hb 13.5g/dl
- **Leucocitos:** 14000 mm³; Linfocitos: 20%, Neutrófilos 72%, monocitos 5%, eosinófilos: 2%, basófilos 1%. plaquetas :200000 mm³
- **Examen de orina:** ph:5.0, Proteínas, negativo; glucosa: negativo; cuerpos cetónicos: negativo; bilirrubinas: negativo; nitritos: positivo;
- **Esterasa leucocitaria:**15
- **PCR:** 15 mg/l
- **Creatinina en sangre:**1.1mg/dl,
- **Urea en sangre:** 13 mg/dl

- **Resultado de cultivo de orina:** Cultivo positivo para E. coli 10⁶ UFC

Tratamiento

Con estos exámenes laboratoriales, añadidos a los síntomas se define la infección urinaria de tipo Cistitis como diagnóstico, aunque fuese una bacteriuria asintomática, la sola presencia de unidades formadoras de colonia en el cultivo de orina ya vendría a ser un indicador de inicio de tratamiento.

Se inicia el tratamiento farmacológico con Nitrofurantoina de 100mg cada 6 horas por 7 días; tratamiento idóneo ya que las fluoroquinolonas y las sulfas se encuentran contraindicados en el embarazo por sus efectos teratogénicos. Para la infección, las guías del MINSA del tratamiento para la infección urinaria utiliza como pilar para diferenciar las infecciones altas de bajas; la fiebre, vómito, dolor en espalda baja, asociado a puño percusión lumbar, a diferencia de las infecciones bajas en donde la mayoría de los síntomas son netamente a nivel de la vejiga, siendo este el ejemplo del caso clínico por lo que el tratamiento de nitrofurantoína es el indicado para una gestante (14).

CASO CLÍNICO N°2: SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

La sospecha del flujo vaginal es netamente clínica; por lo general una buena anamnesis correlacionado con una clínica y un examen físico de la vía vaginal permitirán el diagnóstico.

Plan de trabajo

- **En exámenes auxiliares se realizaron durante la especuloscopia:**
Ph: vaginal mayor a 4.5.
- Pruebas de aminas positiva.

Tratamiento

Se le inicia el tratamiento con metronidazol 2g VO, con clotrimazol 500 mg ambos en dosis única, además se cita a la pareja para iniciar la terapia también.

El síndrome de flujo vaginal generalmente es una patología que puede ser tratada en un primer nivel de atención, las guías del Minsa mencionan tratamientos generales en los cuales la terapia farmacológica es capaz de eliminar las 3 causas más comunes del flujo vaginal; además al momento del examen físico es importante tener en cuenta complicaciones como la salpingitis y ooforitis, por lo que la palpación en fosas iliacas cobra importancia durante el examen físico (15).

CASO CLÍNICO N°3: PREECLAMPSIA

Plan de trabajo:

De acuerdo con la anamnesis y examen físico, se hace la presentación del caso al médico ginecólogo que se encuentra en el turno de guardia, con el cual se determina que se está frente a una preeclampsia con signos de severidad. Motivo por el cual se solicita los siguientes exámenes: perfil de preeclampsia, hemograma completo, ecografía abdominal obstétrica, un test fetal no estresante y todos sus exámenes preoperatorios.

Resultados:

- **Perfil de preeclampsia:** DHL: 650 UI/l, Creatinina: 1,2 mg/dl TGO: 80 UI/l, Bilirrubinas totales aumentadas a predominio de bilirrubina indirecta.
- **Hemograma:** hemoglobina: 11, Plaquetas: 110 000, Leucocitos: 8000.
- **Ecografía abdominal obstétrica:** se informó una gestación de 38 semanas según ponderado fetal, no hay alteraciones a nivel placentario.
- **Test fetal no estresante:** Se evidencia que hay una desaceleración de grado dos.

Luego de recibir todos los exámenes auxiliares, se confirma la presunción diagnóstica de preeclampsia con signos de severidad asociado a un sufrimiento fetal aguda, motivo por el cual se programa una cesárea de emergencia para poder preservar la vida tanto de la madre como del feto.

Durante el post operatorio se dejó Nifedipino 10mg EV condicional a presiones mayor de 140/90, adicional a ello se le administra sulfato de magnesio al 20% en una dosis de 6 gramos EV en bolo y luego 2 gramos hora.

Al ser la preeclampsia una enfermedad con alta mortalidad materna se debe aprender a identificar precozmente esta patología. A nivel mundial el manejo de una gestante con preeclampsia con signos de severidad se debe hospitalizar para una correcta evaluación y seguimiento.

Se comienza el manejo con una evaluación adecuada de la presión evitando la cafeína o la nicotina antes de los 30 minutos en los cuales será tomada la presión, la paciente debe reposar por lo menos 5 minutos antes de medir la presión arterial y debe estar sentada. Posterior a ellos se piden pruebas de laboratorio como:

- Hemograma completo con plaquetas.
- Valor de creatinina sérica.
- TGO y TGP.
- Medición de proteínas en una muestra de orina recolectada en 24 horas.
- Estudios de coagulación: tiempo de protrombina, tiempo de trombolastina parcial activada y fibrinógeno.
- Evaluar bienestar fetal: perfil biofísico, test no estresante o test estresante.
- Ecografía fetal.
- Interconsulta a neurología.
- Factores angiogénicos: sFlt – 1, factor de crecimiento placentario (PIGF) (16).

Dentro de la terapéutica, si se tiene a una gestante con preeclampsia con signos de severidad, se debe activar la clave azul la cual consiste en:

- **Controlar la presión cuando está incrementada (>160 o >110)**
 - Labetalol incrementa la perfusión útero placentaria, se debe dar a una dosis de 10 – 20 mg ev, luego 20 – 80 mg cada 20 a 30 minutos hasta un máximo de 300 mg o infusión continua de 1 a 2 mg/min EV.

- Metildopa a una dosis de 250 – 500 mg cada 6 – 12 horas, se debe tener cuidado con su uso debido a que tiene una acción muy lenta y su vida media es alta, por lo que podría traer consecuencias como hipotensión, somnolencia o cefalea.
 - Hidralazina en bolo de 5mg EV diluido en una solución salina, posterior a ellos continuar con una dosis de 5 mg EV cada 20 minutos o en infusión continua de 0.5 a 10 mg/hora. Dentro de los efectos colaterales más frecuentes se puede tener: hipotensión, taquicardia, aumento del gasto cardíaco y disminución de la perfusión útero placentaria.
 - Nifedipino a una dosis de 10 mg por vía oral, repetir de ser necesario en 30 minutos y luego cada 4 a 6 horas hasta un máximo de 120 mg/día. El efecto de este antihipertensivo va a dar como consecuencia vasodilatación arterial periférica, adicional a ello puede restaurar la diuresis e inclusive se puede normalizar las plaquetas posparto.
- **Prevenir o tratar las convulsiones:**
 - Sulfato de magnesio (20% 10mL): 6 gramos EV diluido en Volutrol 100mL, se pasa en 10 a 20 minutos. Luego de ellos, pasar 2 gr cada hora, controlando siempre los reflejos osteotendinosos y la diuresis. En caso de que alguno de ellos esté alterado, se puede determinar que se está ante una intoxicación por sulfato de magnesio y se debe administrar su antídoto que es el gluconato de calcio 10%.
 - **Fluidoterapia:** Se debe administrar una solución de cristaloides de 250mL en una hora y continuar con 100 a 150 mL por hora, siempre manteniendo una vigilancia constante de la diuresis en ≥ 30 mL por hora.
 - **Finalizar la gestación de manera inmediata (17).**

Se puede concluir que el manejo que se le dio a la paciente al llegar a la emergencia con una preeclampsia con signos de severidad fue el correcto, se realizó el manejo que se encuentra estandarizado a nivel nacional y mundial.

CASO CLINICO N°4: ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Plan de trabajo:

Se le solicitó: hemograma, ecografía, examen de orina y perfil preoperatorio.

- **Hemograma:** 10,5 de hemoglobina, 13 000 leucocitos a predominio de abastados, 250 000 plaquetas.
- **Ecografía:** con datos no concluyentes, pero se sugería de un proceso inflamatorio del apéndice.
- **Examen de orina:** negativo.
- Perfil preoperatorio dentro de los rangos normales.

Motivo por el cual se le cataloga como una apendicitis aguda complicada y es programada de emergencia para una apendicectomía. Durante el acto operatorio los cirujanos se dan con la sorpresa que tanto el ovario y la trompa derechos estaban llenas de secreciones purulentas, en ese momento se le hace el llamado correspondiente al ginecólogo de guardia que entra a sala de operaciones para que pueda intervenir la especialidad. El ginecólogo cataloga como enfermedad pélvica inflamatoria grado 4, en la cual el absceso tubo ovárico se rompió y debido a esto se procedió a realizar la salpingo-ooforectomía correspondiente.

Es importante resaltar que una enfermedad pélvica inflamatoria puede confundirse de manera muy fácil con una apendicitis, debido a que al examen físico se tendrá un dolor abdominal a la palpación localizado a nivel de fosas ilíacas e hipogastrio, además se puede encontrar signo del rebote, fiebre y la disminución de ruidos hidroaéreos.

A nivel mundial, se recomienda que se puede hacer diagnóstico de EPI basándose únicamente en la anamnesis, en la cual se podrá obtener los datos de una paciente sexualmente activa con dolor abdominal inferior y malestar pélvico, los hallazgos del examen físico como dolor a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior, dolor a la movilización del cérvix, dolor uterino o anexial y realizar un examen con espéculo para poder observar si hay secreción purulenta.

Pruebas que se deben realizar:

- Prueba de embarazo.
- Microscopía de flujo vaginal y tinción Gram.
- Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.
- Pruebas de detección de VIH.
- Pruebas serológicas para sífilis.
- VSG, PCR

En cuanto a la terapéutica, el manejo internacional va a depender mucho del estado en el cual se encuentra la paciente. Si se presenta un paciente con signos peritoneales, signos de que la paciente está entrando en shock o falla multiorgánica se le debe catalogar como una enfermedad pélvica inflamatoria grado IV y debe acudir a sala de operaciones de manera inmediata para el lavado de cavidad que será complementado con una salpingo ooforectomía la cual puede ser por vía laparoscópica o vía laparotomía dependiendo de la habilidad del cirujano, acompañado de la siguiente antibióticoterapia:

- Cefoxitin 2 gramos o Cefotetan 2 gramos EV.
- Doxiciclina 100 mg c/12 horas o Clindamicina 900mg EV cada 8 horas
- Gentamicina 3 a 5 mg/kg EV.

De lo contrario si no presenta ninguna complicación se debe tratar ambulatoriamente con:

- Ceftriaxona 500 mg intramuscular.
- Doxiciclina 100 mg c/12 horas por 14 días.
- Metronidazol 500 mg c/12 horas por 14 días (18).

A nivel nacional el manejo de esta patología se da dentro del marco de un síndrome doloroso pélvico, el cual si no tiene ningún signo de complicación el tratamiento será ambulatorio donde se cubrirá los microorganismos más frecuentes como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y anaerobios con los siguientes antibióticos:

- Ciprofloxacino 500 mg VO dosis única, en los casos de gestantes
Ceftriaxona 250 mg IM única dosis.

- Doxiciclina 100 mg VO c/12 horas durante 14 días, en el caso de mujer gestante se optara por Eritromicina 500 mg VO c/ 6 horas durante 14 días.
- Metronidazol 500 mg VO c/12 horas durante 14 días o Clindamicina 300 mg VO cada 6 horas durante 14 días (19).

Si se tiene a una paciente con signos peritoneales, fiebre muy elevada o embarazo, se le catalogará como una paciente con un síndrome doloroso pélvico complicado, el cual se deberá hospitalizar. Luego de ello se debe descartar patologías como embarazo ectópico, apendicitis, abortos o endometritis puerperal. El tratamiento de elección será:

- Gentamicina 160 mg/día en infusión a dosis única diaria, hasta 48 horas después de haber obtenido la mejoría clínica, luego continuar tratamiento con Doxiciclina 100 mg VO c/12 horas hasta completar 14 días.
- Clindamicina 600 – 900 mg EV lento c/8 horas hasta después de 48 horas de mejoría clínica, luego de ello se deberá pasar a VO con metronidazol 500mg c/12 horas hasta completar los 14 días.

De acuerdo con el caso clínico presentado, la paciente que acudió por emergencia del hospital entró en primera instancia en el servicio de cirugía general, debido a que como se evidencia en la literatura es muy frecuente que se pueda dar como diagnóstico una apendicitis y recién al ingresar a sala de operaciones se darán con la sorpresa que puede ser una enfermedad inflamatoria pélvica complicada. Al recurrir a la literatura, se puede evidenciar que los ginecólogos que entraron a sala actuaron de acuerdo a lo estandarizado para este grado de EPI y así pudieron lograr que la paciente pueda tener un desenlace alentador.

3.3. Rotación Cirugía

CASO CLÍNICO N°1: HERIDA CORTANTE DE CABEZA

Al realizar el examen físico de una herida, es importante distinguir si dicha laceración requiere una sutura, ya que la presencia de coágulos o sangre en la región afectada no permite apreciar la profundidad de la lesión, por lo que una limpieza previa a realizar es necesaria.

Plan de trabajo

- Limpieza de área de lesión
- Xilocaína 2%
- Guantes 8 estériles
- Jeringa de 10 cc
- Sutura seda negra
- Gasa 4 x 4
- Campo estéril
- Tomografía (diferida)

Tratamiento

Para el tratamiento se inicia primero con la asepsia de la zona de la lesión, se limpia con NaCl 0.9% la zona de la herida, se realiza un corte a la zona cubierta por cabello para tener una mejor visión para realizar la sutura, se infiltra el anestésico, y luego se le realiza 3 puntos simples; para efectos del caso se retirará los puntos a los 7 días.

Además de ello, se le realiza una orden para una tomografía diferida para comprobar que no exista alguna lesión intracraneal.

La guía del MINSA menciona, que el tratamiento consiste en la higiene apropiada de la región afectada, añadido a esto si la lesión cortante o punzo cortante sobrepasa la dermis e ingresa al tejido celular subcutáneo, se le indica la sutura para afronta la piel, con bordes evertidos para permitir la regeneración de la dermis (20).

CASO CLÍNICO N°2: MORDEDURA CANINA

Plan de trabajo

- Limpieza de área de lesión
- Xilocaína 2%
- Guantes 8 estériles
- Jeringa de 10 cc
- Sutura seda
- Gasa 4 x 4
- Campo estéril
- 5 dosis de vacuna antirrábica por vía intramuscular, aplicar en días 0,3, 7,14 y 18
- 1 dosis de suero antirrábico
- Amoxicilina con ácido clavulánico por 10-14 días
- Vacuna antitetánica

Tratamiento

Debido a que algunas de las mordeduras fueron en la zona de la cara con cierta profundidad se decide realizar dos puntos en la región afectada previa higiene ya que las heridas solo tenían 2 horas de evolución, se le realizó las suturas para ser retiradas 6 días después, se le da las indicaciones de los días que debe venir para la vacuna antirrábica y el tratamiento profiláctico con amoxicilina y ácido clavulánico.

Las indicaciones tanto de las guías del MINSA, como del Colegio Médico del Perú indican, que el tratamiento de la mordedura canina debe ser precoz con terapia quintuple de vacunación, añadido a esto la vacuna con inmunoglobulinas, por ser la mordedura en región facial. El tratamiento con la vacuna antitetánica, terapia profiláctica antibacteriana y la sutura son también de elección en el caso clínico por ser en la región facial, con previa higiene de la zona de la mordedura (21).

CASO CLÍNICO N°3 CIRUGÍA: APENDICITIS AGUDA

Plan de trabajo:

Al poder realizar la correcta anamnesis y un examen físico adecuado junto al médico especialista se decidió, por la sospecha clínica, pedir los siguientes exámenes: hemograma, examen de orina, ecografía abdominal inferior, perfil preoperatorio y riesgo quirúrgico. Adicional a ello se le administró metamizol 1 gramo endovenoso STAT para poder disminuir la fiebre, dimenhidrinato 50mg EV para poder disminuir las náuseas y los vómitos.

- **Hemograma:** 13 Hb g/dl, leucocitos: 15 000 mm³ a predominio de abastados, plaquetas: 335 000 mm³
- **Examen de orina:** sin alteraciones.
- **Ecografía:** con signos de inflamación con aumento de grosor de pared del apéndice en >6mm.
- Perfil preoperatorio sin alteraciones y riesgo quirúrgico sin alteraciones.

Al momento de poder obtener los resultados de laboratorio, que refuerzan el examen físico, se realizó la escala para la patología sospechada, que fue la escala de Alvarado, en la cual salió un puntaje de 8 por lo que se tiene una alta sospecha diagnóstica de apendicitis aguda. En ese mismo momento se programó al paciente para poder pasarlo a sala de operaciones donde se confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda.

El manejo estandarizado a nivel nacional para la Apendicitis aguda debe incluir exámenes de laboratorio dentro de los cuales se debe incluir:

- **Hemograma completo:** Es importante recalcar que alrededor del 90% de pacientes van a tener alrededor de 10 000 a 15 000 leucocitos. Sin embargo, hay un reducido porcentaje de 10% que puede presentar leucopenia.
- **Examen de orina:** Este examen es de importante relevancia debido a que ayudará al personal de salud para el descarte de diagnósticos diferenciales como puede ser una pielonefritis, cálculos renales o cistitis.

- **Proteína C reactiva:** Esta prueba puede tener hasta un 93,5% de sensibilidad y 80% especificidad (22).

En cuanto a los estudios de diagnósticos por imagen, se debe pedir:

- **Ecografía abdominal inferior:** Permite hacer una rápida medición de la pared del apéndice para poder establecer si está inflamada o no.
- **Tomografía:** Este examen dará un diagnóstico más preciso de la Apendicitis aguda. Sin embargo, está indicado solo en un 30% de pacientes los cuales cursan con un cuadro clínico atípico.
- **Resonancia magnética nuclear:** Mostrará un apéndice tubular, curvado o lleno de líquido. Apéndice con pared extensa, apendicolitos calcificados.
- **Laparoscopia:** Procedimiento seguro y eficaz para diagnosticar la apendicitis, además se puede usar en el tratamiento de esta enfermedad. Esta ayuda diagnóstica es de indicación en paciente con diagnóstico cuestionable de apendicitis o pacientes obesos.

El tratamiento de esta enfermedad va a ser cirugía de emergencia, en la cual se prefiere la vía laparoscópica por encima de la cirugía abierta. Añadido a ello se establecerá un esquema antibiótico de amplio espectro tanto para aerobios como anaerobios:

- Cloranfenicol 50 mg/kg + Gentamicina 7 mg/kg.
- Clindamicina 30 mg/kg + Amikacina 15 mg/kg.
- Ciprofloxacino 25 mg/kg + Metronidazol 30 mg/kg.

A nivel mundial, se recomienda hacer uso de antibioticoterapia profiláctica antes del acto quirúrgico para poder evitar así la infección de herida operatorio o el absceso intraabdominal. Se recomiendan los siguientes antibióticos:

- Cefoxitina 2g EV o Cefotetan 2g EV.
- Cefazolina 2g EV + Metronidazol 500 mg EV (23).

Por lo tanto, haciendo una comparación del manejo que se le dio a la paciente en la emergencia y el manejo estandarizado a nivel nacional y mundial, se puede concluir que se manejó de manera correcta a la paciente solicitando los correctos exámenes auxiliares, dando una intervención quirúrgica adecuada

para evitar que la patología siga evolucionando y se pueda haber complicado con el paso de las horas lo cual iba a ser perjudicial para la paciente. El único inconveniente que se tuvo fue que por la pandemia actual que se vive, no se pudo realizar la operación por vía laparoscopia y se prefirió el acto quirúrgico abierto.

CASO CLINICO N°4: COLECISTITIS AGUDA

Plan de trabajo:

Luego de poder recaudar toda la información necesaria para el correcto diagnóstico se presenta el caso al cirujano de turno, el cual solicita: hemograma, examen de orina, ecografía abdominal superior, PCR, perfil preoperatorio y el riesgo quirúrgico a la paciente. Además, se le administra al paciente metamizol 1 gramo endovenoso STAT para disminuir la fiebre asociado a un dimenhidrinato 50 mg endovenoso STAT para poder disminuir las náuseas y los vómitos.

Resultados:

- **Hemograma:** Hemoglobina 12.2 g/dl, 16 000 mm³ leucocitos a predominio de bastonados, 230 000 mm³ plaquetas.
- **PCR:** 10 mg/dl
- **Ecografía abdominal superior:** informa una pared de vesícula aumentada en grosor >4mm.
- **Examen de orina:** sin alteraciones.
- Perfil preoperatorio sin alteraciones y riesgo quirúrgico sin alteraciones.

Al momento de obtener los resultados de laboratorio y complementándose con el examen físico que se realizó al comienzo de la atención se procedió a usar los criterios de Tokio para colecistitis aguda, obteniendo con estos criterios una posibilidad muy alta de que la paciente esté cursando con una colecistitis aguda. Motivo por el cual se programa a la paciente para sala de operaciones y se le realiza colecistectomía abierta donde se evidencia que la vesícula biliar tenía signos de inflamación.

El manejo estandarizado de la colecistitis aguda calculosa debe incluir exámenes de laboratorio y exámenes de diagnóstico por imágenes.

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma completo: Se evidenciará una leucocitosis con desviación izquierda.
- Amilasa y lipasa séricos.
- Electrolitos.
- Perfil hepático completo.
- Calcio.
- Albúmina
- Prueba de embarazo a toda mujer fértil (24).

Exámenes de diagnóstico por imágenes:

- Ecografía abdominal: Se podrá evidenciar la presencia de cálculos en la vesícula biliar, engrosamiento de la pared de la vesícula biliar >4 mm, líquido perivesicular o edema conocido como “signo de la doble pared”.
- Signo de Murphy ecográfico.
- Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM): Se realizará en aquellos pacientes en los cuales haya aumento de las transaminasas hepáticas, bilirrubinas totales o si hay un hallazgo de la dilatación del colédoco en la ecografía.
- Tomografía computarizada: Este estudio será utilizado para poder hacer el descarte de complicaciones de la patología en pacientes con sepsis (vesícula gangrenada), peritonitis generalizada (perforación), crepitación abdominal (colecistitis enfisematosa) u obstrucción biliar a causa de un íleo biliar.

En cuanto a la terapéutica, el tratamiento de elección será la colecistectomía, pero va a variar en cuanto al momento en el cual se realiza la cirugía.

Si se tiene a un paciente con fiebre muy alta, inestabilidad hemodinámica o dolor intratable es muy probable que tenga un diagnóstico de vesícula biliar gangrenada, necrosada, perforada o una colecistitis enfisematosa y de

manera inmediata se debe programar para una colecistectomía de emergencia (25).

Por otro lado, si se tiene a un paciente que es ingresado a la emergencia por una colecistitis calculosa aguda pero no tiene signos de enfermedad complicada, la recomendación a nivel mundial es realizar una colecistectomía durante la hospitalización inicial, dentro de un tiempo aproximado 3, 7 y 10 días.

A nivel mundial, se recomienda hacer uso de antibioticoterapia profiláctica antes del acto quirúrgico para poder evitar así la infección de herida operatorio o el absceso intraabdominal. Se recomiendan los siguientes antibióticos:

- Cefoxitina 2g EV o Cefotetan 2g EV.
- Cefazolina 2g EV + Metronidazol 500 mg EV.

La técnica quirúrgica que va a ser de elección es la laparoscópica por encima de la cirugía abierta, por la menor tasa de complicaciones en el post operatorio para la paciente.

Haciendo una comparación entre el manejo que se le dio a la paciente en el caso clínico con lo estandarizado a nivel mundial, se puede concluir que el manejo inicial fue el mejor para la paciente, se pidieron los exámenes auxiliares correspondientes y junto con ellos se pudo hacer un correcto diagnóstico. En cuanto al tratamiento, se hizo el de elección, pero no se le pudo realizar por vía laparoscópica a causa de la pandemia por el virus SARS COV 2, por lo tanto, se decidió por una cirugía abierta.

3.4. Rotación Pediatría

CASO CLÍNICO N°1: BRONQUIOLITIS

Es importante destacar el grupo etario, para diferenciar el asma, puesto que ambos presentan sibilancias; la bronquiolitis es considerada como diagnóstico a niños menores de dos años.

Plan de trabajo:

- Hidratación con fluidos (tolera vía oral).
- Nebulización con NaCl 0.9% 5 ml cada 20 minutos 3 veces y luego cada 4 horas.
- Paracetamol 1 dosis; y después dar condicional a fiebre.
- Oxígeno suplementario para mantención de SaO₂ >92%
- Aspiración de secreciones.
- Control de funciones vitales y signos de alarma.
- Balance hídrico.
- Radiografía de tórax.

Tratamiento:

Para el tratamiento se va a vigilar la hidratación que tiene el paciente de manera estricta, ya que si tolera fluidos no será necesario canalizarle una vía endovenosa.

Se mantendrá estricto control de la saturación de oxígeno, ya que el pico de días de bronquiolitis generalmente es de 3 a 5.

La radiografía evidencia hiperinflación de ambos hemitórax, con aplanamiento de diafragmas, no se muestran zonas de consolidación parénquima.

El consenso del MINSA de la “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS” menciona que la hidratación es el pilar fundamental del tratamiento contra la bronquiolitis, el uso de oxígeno está restringido sólo si el paciente presenta desaturación, importante también, la aspiración de secreciones y la radiografía de tórax para descartar otras patologías como la neumonía (26).

CASO CLÍNICO N°2: ASMA

Para el diagnóstico de asma; un grupo etario mayor a dos años y menor a cinco asociada a sibilancias permite sospechar de esta patología; para efectos del caso clínico el índice predictivo de asma que asocia a padres con asma,

con atopía y episodios de sibilancias anteriores, es de mucha utilidad en especial durante la emergencia en donde se requiere un diagnóstico rápido para iniciar con la terapia de manera precoz.

Plan de trabajo:

- Se inicia nebulización con salbutamol 0.15mg/kg cada 20 minutos hasta realizar 3 dosis
- Prednisona 1 mg /kg/día.
- Reevaluación en 15 minutos después de última toma.
- Control de Funciones vitales; observación de signos de alarma.

Tratamiento

- Una vez terminado la última nebulización, se debe reevaluar la saturación, la frecuencia respiratoria, sibilancias y musculatura accesoria.
- De mejorar la saturación >94% alta con SABA a demanda, Prednisona 1mg/kg de 3 a 5 días.
- Si saturación no mejora iniciar O2 hasta subir Saturación >94%, nebulización + Bromuro de ipratropio 250 ug cada 20 minutos hasta 3 dosis + 2 mg/kg prednisona oral o Vía Ev
 - De no mejorar ingreso a hospitalización
 - De no responder a bolo de corticoides considerar estado asmático ingreso a UCI.

Las guías internacionales de asma mencionan que, en el tratamiento agudo, se utiliza nebulizaciones con salbutamol para disminuir la broncoconstricción, mejorar la saturación, vigilar signos de alarma, vigilancia también de mejoras tanto en la saturación como en la clínica; de haber respuesta buena al tratamiento se le inicia SABA con prednisona hasta resolución (27).

CASO CLINICO N°3: DIARREA ACUOSA AGUDA

Plan de trabajo:

De acuerdo con la correcta anamnesis que se le hace a la madre, acompañado de un examen físico detallado, con el equipo de guardia se da como diagnóstico una diarrea aguda acuosa de origen viral con signos leves de deshidratación, este diagnóstico es reforzado por el antecedente de que el paciente hace unos días cursa con signos respiratorios altos que probablemente también son de origen viral.

En el caso del hospital donde se recibe al paciente, no se le solicita ningún examen auxiliar debido a que se sabe que por frecuencia la gran mayoría de diarreas son de origen viral y se van a autolimitar, por lo tanto, los exámenes auxiliares no son de relevancia.

En cuanto al tratamiento, se evidencio de que el paciente se encuentra en una deshidratación leve, motivo por el cual se decide iniciar tolerancia oral con sales de rehidratación oral y observación en la emergencia para poder ver si es que el paciente responde bien al tratamiento. Luego de aproximadamente 2 horas, se vuelve a reevaluar al paciente donde se ve una mejoría clínica evidente y se ve una hidratación marcada de mucosas, es por esto que se decide dar de alta al paciente con sintomáticos como es el paracetamol con 15 mg/kg/dosis condicional a temperatura mayor 38 °C y líquidos a demanda para el paciente, además de esto se indica a la mamá cuáles son los signos de alarma como: paciente no despierta, no responde a estímulos, mayor de 8 diarreas en una hora, mucosas orales muy secas para que así los pueda identificar y poder volver a la emergencia del hospital.

En el caso de la enfermedad diarreica aguda en la población pediátrica, el manejo estandarizado a nivel nacional va a comenzar estratificando al paciente en diarrea sin signos de deshidratación, algún grado de deshidratación o deshidratación grave. Para ello se basará en las siguientes características clínicas: pérdida de peso, estado de consciencia, ojos, boca y lengua, lágrimas, sed y signo del pliegue.

- Diarrea sin signos de deshidratación: paciente estará alerta, ojos normales, boca y lengua húmedas, presencia de lágrimas, bebe agua sin sed y no se encuentra signo del pliegue.
- Diarrea con algún grado de deshidratación: paciente irritable, ojos hundidos, boca y lengua secas, lágrimas escasas, sediento y signo del pliegue desaparece lentamente.
- Diarrea con deshidratación grave: paciente que no responde al estímulo, ojos muy hundidos y secos, boca y lengua muy seca, lágrimas ausentes, paciente bebe mal o no tiene la capacidad de beber o lactar y signos del pliegue desaparece muy lento.
- Signos claves de deshidratación: estado de consciencia, ver cómo están los ojos y examinar el pliegue cutáneo.

En cuanto a los exámenes auxiliares su uso no es recomendado debido a que la causa viral es la más frecuente, salvo en casos excepcionales como:

- EDA con duración mayor a 7 días.
- Sospecha de sepsis o bacteriemia.
- Presencia de moco y sangre en las heces.
- Niña o niño con inmunosupresión, desnutrición en grado moderado o severo, o lactante menor de 3 meses.

Exámenes recomendados:

- Reacción inflamatoria en heces.
- Coprocultivo.
- Coprofuncional.
- Examen parasitológico seriado.

Exámenes de diagnóstico por imágenes, se debe solicitar cuando se tiene complicaciones como la intususcepción intestinal, íleo paralítico, etc.

- Radiografía de abdomen.
- Ecografía abdominal.
- Tomografía.

En cuanto a la terapéutica de la enfermedad, se debe iniciar por una prevención primaria de la enfermedad fomentando la lactancia materna

exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementaria a los alimentos hasta los dos años, lavado constante de manos con agua y jabón, hervir el agua antes de consumirla, eliminación de manera adecuada de excretas y basuras, lavar los alimentos adecuadamente y cumplir de manera regular la vacunación.

Si se tiene una diarrea sin signos de deshidratación se procederá a aplicar el plan A:

- Se implementa la mnemotecnica ACREZ para el manejo adecuado en domicilio:
 - Aumentar la ingesta de líquidos a demanda.
 - Continuar con la alimentación habitual.
 - Reconocer de forma oportuna los signos de deshidratación y alarma para acudir al centro de salud más cercano.
 - Enseñar a evitar futuros episodios de diarrea.
 - Zinc: administrar suplemento a 20 mg/día.
- Además, se debe reconocer cuales son los niños que tienen una alta probabilidad de deshidratarse:
 - 3 o más vómitos por hora o >5 vómitos en 4 horas.
 - 10 deposiciones en 24 horas o >4 deposiciones en 4 horas.
- En ellos el manejo debe ser en el establecimiento de salud con sales de rehidratación oral (SRO) y quedar en observación por 2 horas para observar si hay tolerancia a las SRO

Si se tiene a un niño o una niña con algún grado de deshidratación se debe aplicar el plan B:

- Dar SRO por vía oral a una dosis de 50 a 100 mg/kg de peso en 3 a 4 horas, con una cuchara lento y pausado.
- Se debe continuar alimentando al paciente con leche materna.
- No se le debe administrar alimentación durante el tratamiento de rehidratación oral.
- En caso no haya tolerancia de la vía oral se debe usar una sonda nasogástrica y administrar SRO en una dosis de 50 a 100 ml/kg en 4 horas goteo.

- Paciente queda en observación por dos horas para que vuelva a ser evaluado.

En caso se tiene a un paciente con signos de deshidratación grave, se procederá a implementar el plan C:

- No se encuentra en estado de shock: administrar 100 ml/kg endovenoso según la edad:
 - <12 meses: iniciar 30 ml/kg en 1 hora, luego 70ml/kg en 5 horas.
 - >12 meses: iniciar 30 ml/kg en 30 minutos, luego 70 ml/kg en 2 horas y 30 minutos.
 - Luego dar SRO desde el inicio a penas la niña o el niño pueda beber.
 - Continuar con la leche materna.
- Se encuentra en estado de shock:
 - Bolo inicial de 20 ml/kg de CNa 0.9% en 15 a 20 minutos.
 - Palpar pulso radial y evidenciar que este fuerte, evaluar estado del sensorio y perfundir adecuadamente.
 - Repetir máximo 3 veces el bolo si en caso se sospecha de cólera (28).

En consecuencia, en el tratamiento estandarizado de la diarrea aguda en la población pediátrica, durante la atención del paciente pediátrico se actuó de manera correcta al poder identificar de manera precoz que el paciente enmarcaba en diarrea aguda con algún grado de deshidratación y se actuó de acuerdo con el plan establecido. Además, al ser la etiología viral la más frecuente de todas y por las características descritas por la madre, no era recomendable pedirle ningún examen auxiliar o de imágenes para poder definir el diagnóstico y el tratamiento.

CASO CLÍNICO N°4: FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA

Plan de trabajo

Habiendo realizado un examen físico detallado y orientado al sistema que está más afectado, se decide con el médico especialista, dar el diagnóstico de una faringoamigdalitis bacteriana, la cual es una enfermedad de diagnóstico netamente clínico, por lo tanto, los exámenes auxiliares no van a ser relevantes para esta enfermedad.

Por otro lado, se ha usado la escala de Centor modificado por Isaac para este paciente, con el cual se cumple con todos los criterios para poder dar el diagnóstico de la enfermedad planteada. Habiendo realizado todo el protocolo de atención y diagnóstico se decide optar por un tratamiento antibiótico y sintomático. Se decide usar Amoxicilina a una dosis de 50 mg/kg/día por 7 días, acompañado de un sintomático como es el paracetamol a una dosis de 15 mg/kg/dosis por 3 días y luego condicional a temperatura mayor o igual a 38°C.

Para el manejo de una faringoamigdalitis bacteriana se tiene un protocolo estandarizado, en el cual menciona que es importante poder definir si se está frente a una etiología bacteriana o viral, para ello se utilizará la escala validada de Centor modificado por Isaac, el cual tiene una sensibilidad elevada para la etiología bacteriana.

En cuanto a los exámenes auxiliares, se recomienda solicitar los siguientes:

- Cultivo de secreción faringe: este examen auxiliar se va a realizar en un AGAR sangre, la cual va a tener una sensibilidad de alrededor del 90 a 95% y especificidad de 99%. Se debe esperar un periodo de incubación de aproximadamente 18 a 24 horas.
- Prueba rápida de detección de antígeno: esta prueba tiene una sensibilidad de alrededor de 65 a 90% y una especificidad mayor de 95%. Se recomienda hacer uso de esta prueba en pacientes que tiene una alta sospecha de que el patógeno es *Streptococcus pyogenes* o en aquellos cuyo cultivo saldrá en un plazo mayor a 48 horas.

- Es importante saber que alrededor de un 15 a 20% de la población entre 3 a 15 años van a ser portadores asintomáticos del *Streptococcus pyogenes*, por lo tanto, ni la prueba rápida ni el cultivo va a poder hacer la diferencia entre faringoamigdalitis aguda estreptocócica de los portadores con enfermedad aguda viral.
- Pruebas serológicas: medición de anticuerpos antiestrepolisina, antidesoxiribonucleasa B va a indicar infección por estreptococo, el inconveniente es que recién se podrán detectar alrededor de 2 a 3 semanas después de la infección.

El tratamiento de elección va a ser los antibióticos para poder tratar esta enfermedad dentro de los cuales, los de elección serán:

- Penicilina V: 40 mg/kg/día 2 a 3 veces/día VO por 10 días.
- Amoxicilina 50 mg/kg/día c/8 horas VO por 10 días.
- Penicilina G benzatínica: ≤27 kg 600 000 U, >27 kg 1 200 000 U IM

Pacientes alérgicos a penicilina

- Cefalexina 50 mg/kg/día c/6 horas VO por 10 días.
- Cefadroxilo 30 mg/kg/día c/12 horas VO por 10 días.
- Eritromicina 50 mg/kg/día c/6 horas VO por 10 días.
- Claritromicina 15 mg/kg/día c/12 horas VO por 10 días.
- Azitromicina 10 - 12 mg/kg/día c/24 horas VO por 5 días (29).

Si se hace una comparación en cuanto al manejo que se le dio en el hospital al paciente, con lo que establecen en las guías, se puede confirmar que paciente fue tratado de acuerdo con lo estandarizado debido a que el diagnóstico fue exclusivamente por anamnesis y examen físico, debido a que en esta patología no es de utilidad los exámenes auxiliares. En cuanto al tratamiento, se eligió de manera adecuada el antibiótico indicado para esta patología.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es el momento durante el cual se tiene el mayor contacto con el paciente, esto permite que se pueda aprender a través de las experiencias que van a ser respaldadas por el conocimiento adquirido a lo largo de toda la carrera. Al poder conocer día a día nuevos pacientes con distintas patologías las cuales servirán mucho en el desarrollo profesional.

Previo al inicio de la pandemia, el internado se realizaba en los distintos hospitales públicos. En ellos se permitía rotar en las 4 grandes especialidades, dentro de las cuales, se permitía acceder a todas las distintas áreas posibles y además de poder realizar procedimientos. Esto daba las facilidades para que el interno de medicina desarrolle competencias y así día a día pueda ir ganando confianza, debido a que luego del internado iba a caer en sus manos la responsabilidad de poder ayudar a la población.

Se procederá a describir cómo eran las actividades previo al inicio de la pandemia dentro de las 4 grandes especialidades:

- **Medicina y pediatría:** En estas dos especialidades las actividades eran muy similares, el interno podía participar directamente de las visitas médicas por la mañana y así poder participar de la evolución, evaluación, diagnóstico, procedimientos y tratamientos de cada uno de los pacientes, poder discutir todos estos puntos de la evaluación con el médico especialista, el cual dará una retroalimentación para poder llevar a cabo el mejor plan para el paciente.

En la emergencia de las especialidades mencionadas, el interno estaba encargado de la anamnesis inicial, examen físico y de dar las posibles impresiones diagnósticas, las cuales eran presentadas a los médicos residentes y con ellos se determinaba el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

El 15 de marzo del 2020 al declararse el confinamiento total a nivel nacional debido a la pandemia por el SARS COV 2, el Ministerio de Salud decide suspender el Internado médico de manera indefinida, a fin de poder salvaguardar la seguridad de cada uno de los internos de medicina.

Alrededor del 15 de noviembre del 2020, a través del Decreto de Urgencia N° 090-2020 se establece el retorno del internado de los estudiantes de la ciencia de la salud, el cual establece que las actividades se reanudarán a nivel del primer nivel de atención en áreas no COVID bajo un régimen de 15 días de actividad y 15 días de descanso, un estipendio mínimo de 930 soles y un seguro de trabajo de riesgo (SCTR) y seguro de vida.

A consecuencia de la pandemia se realizó una distribución de equipos de protección personal (EPP) para los internos de ciencias de la salud, lo cual incluía: mandilón descartable, gorro quirúrgico, respirador, mascarilla quirúrgica.

Se asignó un establecimiento de salud de primer nivel, en el cual las actividades consisten en la atención de pacientes no COVID en los consultorios externos, donde se veían las enfermedades más frecuentes de la población adulta, además del control de enfermedades transmitidas por vectores, participar en el programa de control de tuberculosis (PCT). A nivel de obstetricia, se permitió realizar los controles prenatales de las pacientes gestantes, así como poder participar del programa de planificación familiar, tamizaje de cáncer de cérvix mediante el papanicolau.

En cuanto al nivel hospitalario, se pudo hacer rotaciones dentro de las especialidades de Cirugía, Pediatría y Ginecología luego del inicio de la pandemia.

- **Cirugía:** Todo paciente con sintomatología de COVID pasaba por un tamizaje con prueba serológica y así se podía establecer una atención diferenciada. Se permitía rotar en el área de emergencia, siempre y cuando, se cuente con el equipo de protección personal. También se dio la oportunidad de poder rotar en hospitalización, sin embargo, los consultorios externos quedaron clausurados para este servicio y se recurrió a la tele consulta.
- **Pediatría:** Al igual que en la especialidad de cirugía se tenía un triaje diferenciado para sintomáticos respiratorios, para que así el interno de medicina pueda tener atender exclusivamente a pacientes sin COVID 19 en el área de emergencia, también se permitió volver a rotar por los pisos de hospitalización. Los consultorios externos quedaron clausurados y se pasó a la tele consulta.
- **Ginecología y obstetricia:** En esta especialidad, al igual que en las dos anteriores, se tiene un triaje diferenciado para todo paciente que va a ser atendido por el servicio. Se le realiza una prueba rápida serológica y en caso de tener síntomas se realizará una prueba antigénica. En esta rotación el interno de medicina rota por la emergencia, sala de partos y hospitalización. Al igual que en las rotaciones anteriores, se va a recurrir a las teleconsultas.

Por lo general, la gran dificultad que se ha tenido es no poder realizar un internado de características normales, el cual consiste en un periodo de 12 meses sin interrupción para una preparación ideal. Al no estar habituado a un establecimiento de salud de primer nivel de atención, se perdió la posibilidad de observar una gran variedad de patologías complejas en las diferentes especialidades. A pesar de esto, se pudo sacar provecho a esta situación complicada, debido a que se conoció la realidad del primer nivel de atención en las diferentes postas médicas, se pudo apreciar la carga laboral que hay en los centros de salud y la atención de pacientes en el primer nivel de atención. Esto es algo que realizan la mayoría de los médicos en sus SERUMS por lo que ha servido de gran experiencia. Esta preparación ayudará a que el médico atienda patologías similares en dicho servicio, a diferencia de un hospital, en donde en muchos casos, se atienden patologías que

probablemente no puedan ser atendidos en postas durante el SERUMS ya que, al ser enfermedades con características particulares, tendrían que ser derivados a un centro de salud de mayor complejidad.

CONCLUSIONES

- El internado médico es un oportunidad donde se permite integrar el conocimiento teórico y práctico en cada una de las especialidades, esto permitirá al médico realizar la atención de manera más apropiada, no solo usando sus conocimientos apoyados en la experiencia clínica, sino también usando las guías y protocolos nacionales e internacionales para los tratamientos específicos de cada una de las patologías descritas, facilitando así la labor médica y también guiándose de la evidencia científica en los tratamientos para enfermedades con características comunes y así poder individualizar el tratamiento para cada paciente.
- A nivel de Medicina interna, es importante que el interno de medicina pueda identificar los factores de riesgo para así poder prevenir el desarrollo de las diferentes enfermedades con el único objetivo que la enfermedad no se pueda desarrollar. Por otro lado, se debe diagnosticar de manera adecuada y oportuna las patologías más frecuentes en esta especialidad como son: patologías infecciosas, patologías crónicas degenerativas, patologías metabólicas, patologías cardíacas y poder dar una terapéutica adecuada para cada una de estas enfermedades.
- A nivel de Cirugía, es de vital importancia poder diagnosticar de manera oportuna un abdomen agudo quirúrgico debido a que es una patología de alta mortalidad en la población en general. El interno de medicina

debe aprender a diagnosticar de manera oportuna y precoz esta patología para poder así empezar la referencia de manera rápida para el beneficio del paciente.

- La población Pediátrica, es una población muy vulnerable a patologías tanto respiratorias, gastrointestinales e infecciosas, las cuales son las más frecuentes en esta población. Es por ello, que se debe aprender a diagnosticar y tratar de manera adecuada estas principales enfermedades. Por otro lado, se debe hacer prevención primaria en esta población, informando a los padres de familia acerca de los factores de riesgo que predisponen a las patologías más frecuentes de esta población.
- La especialidad de Ginecología y Obstetricia es un pilar fundamental dentro de los conocimientos médicos del interno de medicina. Es de vital importancia aprender a hacer un correcto control prenatal de las gestantes, saber reconocer cuando una paciente se encuentra en trabajo de parto y en qué fase se encuentra, aprender a diagnosticar si se está frente a un parto eutócico frente a un parto distócico para poder proceder con el manejo más adecuado. En cuanto a Ginecología, es de vital importancia aprender acerca de los mejores métodos anticonceptivos para poder hacer un correcto plan de planificación familiar, aprender acerca del síndrome de flujo vaginal, adquirir la habilidad de poder realizar de manera correcta un papanicolau para detectar de manera precoz una atipia a nivel de cuello cervical y evitar así el cáncer de cérvix.
- La pandemia ha generado una serie de inconvenientes para la realización del internado, esta situación hizo que el interno de medicina siga sus prácticas en el primer nivel de atención donde no se podían observar patologías complejas.
- Es importante recalcar, que el hecho de haber realizado el internado en un establecimiento de salud del primer nivel, dio la oportunidad de poder conocer más de cerca la realidad de las postas médicas, por otro lado, se pudo diagnosticar y tratar las patologías más comunes que hay en la población, las cuales se verá con la misma frecuencia en el SERUMS.

- A pesar de la situación crítica de la pandemia, se pudo lograr hacer rotaciones de las especialidades en establecimientos de salud de mayor complejidad, esto dio la oportunidad de poder adquirir experiencias que en el primer nivel de atención no hubieran sido posibles.
- La situación a nivel nacional, obligó a que en los diferentes establecimientos de salud se establezca un triaje diferenciado, para poder así separar a los pacientes en COVID y en no COVID, a fin de poder hacer un esfuerzo por controlar el incremento de la pandemia.

RECOMENDACIONES

- Con la finalidad de hacer un mejor internado, es necesario tener una buena estructura de las competencias más importantes que debe realizar un médico cirujano, a fin de tener todas las destrezas requeridas para que la atención del paciente se desarrolle de la forma óptima posible.
- En las distintas especialidades es importante tener en cuenta, el desarrollo tanto profesional, ético, y moral, esto debido a que el médico no sólo debe dominar los conocimientos requeridos para realizar su labor como tal, sino también debe tener una formación integral en áreas donde su trabajo refleje sus capacidades también desde la conducta ideal que debe tener un profesional de la salud, tanto ético como profesional.
- Tener en cuenta también que, aunque el ámbito en donde se desarrolló el internado no ha sido el idóneo, se tuvo los esfuerzos suficientes como para poder desarrollar habilidades médicas. Hacer una reflexión sobre cuáles fueron ciertas deficiencias que se presentaron para así, en internados posteriores en situaciones similares, se puedan evitar y se aproveche de mejor manera la formación durante las prácticas preprofesionales.
- La situación nacional también puede haber representado un gran reto desde el punto de vista emocional para el interno de medicina, teniendo en cuenta esto, no se debe desestimar dicho ámbito, y se debe

desarrollar mejores formas por las cuales los internos puedan cuidar de su salud mental.

- Resulta conveniente destacar ciertos aspectos que de otro modo no se pudieran haber desarrollado durante un internado médico común, sobre todo con respecto a la atención en el primer nivel de salud, siendo este un aspecto que debería tomarse con mayor importancia durante la currícula de un estudiante de medicina, puesto que se ha demostrado que un primer nivel de atención eficiente reduce la carga hospitalaria de enfermedades crónicas y también previene complicaciones de dichas enfermedades.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Flores AS, Echavarría RF, Becerra RU, Flores NLL. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en Salud*. 2008;X(1):14-21.
2. WHO | Novel Coronavirus – China [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>
3. Resolución Ministerial N°622-2020-MINSA [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237051/RESOLUCIO%CC%81N_MINISTERIAL_N_622-2020-MINSA.pdf
4. Ahmed M, Arora S, Carley S, Sevdalis N, Neale G. Junior doctors' reflections on patient safety. *Postgraduate Medical Journal*. 1 de marzo de 2012;88(1037):125-9.
5. Köhl-Hackert N, Krautter M, Andreesen S, Hoffmann K, Herzog W, Jünger J, et al. Workplace Learning: An analysis of students' expectations of learning on the ward in the Department of Internal Medicine. *GMS Z Med Ausbild* [Internet]. 17 de noviembre de 2014 [citado 9 de abril de 2021];31(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259062/>

6. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 22 de octubre de 2015 [citado 9 de abril de 2021];17(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732308/>
7. Transparencia Hospital vitarte [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=778>
8. Análisis de los servicios de salud del INSN del 2020,AÑO:2010. :100.[Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1887.pdf>
9. Norma Técnica de Salud para la atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
10. Guía técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la enfermedad Hipertensiva[Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>
11. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
12. Guía Práctica Clínica Crisis Hiperglucémicas [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_088_2015.pdf
13. Thomas M. Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the outpatient setting - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient->

setting?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H680556865

14. Guía de Práctica de Infección de Tracto Urinario (ITU) [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_104_2015.pdf
15. Guía Nacional de manejo de ETS [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2104.pdf>
16. Phyllis A., Baha M. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia%20con%20caracter%C3%ADsticas%20graves&source=search_result&selectedTitle=2~122&usage_type=default&display_rank=2
17. Clave azul enfermedad Hipertensiva del embarazo, Guía de Práctica Clínica basada en evidencias [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/bitstream/ESSALUD/759/1/208.%20CLAVE%20AZUL.pdf>
18. Harold C. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?sectionName=THRESHOLD%20FOR%20TREATMENT&search=enfermedad%20p%C3%A9lvica%20inflamatoria&topicRef=7581&anchor=H2712604115&source=see_link#H2712604115
19. Guía de manejo sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en essalud [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en:

<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/disposiciones/08GCPS2010.pdf>

20. Manejo y tratamiento de las heridas y úlceras [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: https://inheridas.cl/wp-content/uploads/2017/03/Guia_1_Manejo_y_Tratamiento_de_las_Heridas_y_Ulceras.pdf
21. Norma técnica de Salud Para la Prevención y Control de Rabia Humana en el Perú [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/770_DGSP242.pdf
22. Guías de atención del Servicio de Cirugía [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalvitarate.gob.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=1120&fbclid=IwAR3oLX0PkZh8lahk3YW-jwGmENxUYiTv5mzP_tzgAtTmL64qDxyYhTCCObg
23. Douglas S. David I. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20del%20adulto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H26003216
24. Salam F., Nezam H. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~123&usage_type=default&display_rank=1
25. Charles M., Salam F., Nezam H. Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&sel

ectedTitle=2~123&usage_type=default&display_rank=2#H355680085
9

26. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis en Niños menores de dos años [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
27. Guía Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma Aguda en Emergencia [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014II/rd_087_2014.pdf
28. Guía Práctica Clínica Para el Diagnóstico y tratamiento de La Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña y el Niño [Internet]. [citado 13 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
29. Guía Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento de Faringitis Estreptocócica [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014/rd_068_2014.pdf

ANEXOS

ANEXO N°1: POBLACIÓN JURISDICCIONAL ASIGNADA AL C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES 2020

COD. REN AES	DISTRITO / ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORIA	POBLACION	0	1 a 4	5 a 11	12 a 17	18 a 29	30 a 59	60 a +	28 DIAS	0-5 MESES	6 a 11 MESES	NACIMIENTO	POB. FEM. TOTAL	POBLACION MEF			
																10 - 14	15- 19	20- 49	GESTANTES ESPERADAS
6115	C.S. San Juan de Miraflores	I-3	42,291	626	2537	4487	4,147	9,337	16042	4515	50	314	311	604	21,265	1630	1815	10,107	822

**ANEXO N°2: CARTERA DE SERVICIO Y HORARIO DE ATENCIÓN DEL
C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES 2020**

SERVICIO	N° DE AMBIENTES ANTES DE PANDEMIA	N° DE AMBIENTES ACTUALMENTE	HORARIO DE ATENCION
AREA NO COVID			
MEDICINA	03	01	07:00 A 19:00
ODONTOLOGIA	02	00	07:00 A 19:00
PSICOLOGIA	02	00	07:00 A 19:00
OBSTETRICIA	01	01	07:00 A 19:00
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	01	01	07:00 A 19:00
ORIENTACION EN CANCER	01	01	07:00 A 19:00
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	02	00	07:00 A 19:00
INMUNIZACIÓN	01	01	07:00 A 19:00
NUTRICION	01	01	07:00 A 13:00
ITS- VIH- TARGA	01	01	07:00 A 19:00
SERVICIO SOCIAL	02	00	07:00 A 13:00
TERAPIA FISICA	01	00	07:00 A 13:00
SANEAMIENTO AMBIENTAL	01	00	07:00 A 13:00
CONTROL DE TUBERCULOSIS	01	01	07:00 A 19:00
TOPICO	01	01	07:00 A 19:00
FARMACIA	01	01	07:00 A 19:00
LABORATORIO	01	00	07:00 A 13:00
UNIDAD DE SEGURO DEL SIS	01	00	07:00 A 19:00
AREA COVID			
TRIAJE	00	01	07:00 A 19:00
MEDICINA	01	01	07:00 A 19:00
FARMACIA - ADMISION	01	01	07:00 A 19:00
EQUIPOS DE RESPUESTA RAPIDA			
LOGISTICA	00	01	07:00 A 19:00

ANEXO N°3: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES 2020

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TIEMPO DE DEMORA	MOTIVO DE REFERENCIA			
		ATENCIÓN ESPECIALIZADA	APOYO AL DIAGNOSTICO		
			RAYOS X	ECOGRAFIA	LABORATORIO
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	20 min	X	X	X	X
CMI MANUEL BARRETO	20 min	X	X	X	
CMI. DANIEL ALCIDES CARRION	30 min	X			
C.S. LEONOR ZAAVEDRA	15 min		X	X	
C.S. JESUS PODEROSO	15 min			X	
C.S. TREBOL AZUL	30 min				X