



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE 2021-2022**

PRESENTADO POR

**ANGEL MARIO CHAPPA GIL
LOURDES MARIANA RODRIGUEZ PERLA**

ASESORA

LILIANA URIARTE CORTEZ

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MEDICO CIRUJANO**

CHICLAYO, PERÚ

2022



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE 2021-2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
ANGEL MARIO CHAPPA GIL
LOURDES MARIANA RODRIGUEZ PERLA**

**ASESORA
DRA. LILIANA URIARTE CORTEZ**

**CHICLAYO, PERÚ
2022**

JURADO

Presidente: M.E. Mora Sulbaran, Pedro Antonio.

Miembro: MG. Calderon Vilchez, Percy Alberto.

Miembro: M.E. Fritz Oliver, Vera Rendon.

DEDICATORIA

Principalmente para Dios por guiarme hacia delante, a mis padres por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, a mi abuela materna por sus buenos consejos que ayudaron en mi desarrollo profesional, a mis bisabuelos materna por ser mis ángeles que guía mi camino.

Mario

A toda mi familia, especialmente a mis padres y hermano, por ser mi apoyo en todo lo personal y profesional, y a mis amigos por estar siempre en cada momento a lo largo de esta difícil carrera.

Lourdes

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la vida, por guiarnos a lo largo de todos los años de estudio y por ser la fortaleza en aquellos momentos de dificultad.

Gracias a nuestros padres por ser promotores de todos nuestros sueños, por confiar y creer en nosotros, por sus consejos, sus valores y principios que nos han inculcado.

A todos nuestros docentes de la facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres-Filial Norte, compañeros de estudio y personas que nos han apoyado para realizar nuestros trabajos con éxito, en especial a aquellos que compartieron sus conocimientos, que fueron un valioso aporte.

ÍNDICE

JURADO	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	20
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	47
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
FUENTES DE INFORMACIÓN	51
ANEXOS	58

RESUMEN

El presente trabajo describe la experiencia del internado de medicina humana realizado en el primer nivel de atención en salud. **Objetivo:** Describir los aspectos teóricos y prácticos aprendidos en el internado médico 2021-2022 en la región Lambayeque. **Métodos:** Se comentó sobre el internado médico realizado en centros de salud del primer nivel de atención con diferente capacidad resolutive y sobre nuestra experiencia en el contexto de la pandemia por covid-19. Conclusiones: El internado es una de las etapas más importante de la carrera de medicina humana, el cual nos permite consolidar conocimientos teóricos y prácticos aprendidos durante la etapa de estudiante. La oportunidad de realizar el internado en establecimientos del primer nivel de atención, nos ha brindado una vista preliminar de cuál será nuestra función como futuros médicos generales en el SERUMS. Una de las carencias más notables en nuestro sistema de salud es la bioseguridad, tanto en personal de salud como en personal técnico y administrativo. Una buena relación médico – paciente y un manejo integral es de suma importancia para llevar un buen control de la enfermedad.

ABSTRACT

This current project describes the experience of the internship in medicine carried out in primary health care facilities. Objectives: To describe the theoretical and practical aspects learned during the medical internship 2021-2022 in the Lambayeque region. Methods: We remarked on the medical internship experience carried out in primary care health centers with different resolution capacity and on our experience in the context of the covid-19 pandemic. Conclusions: The internship is one of the most important stages of the career in human medicine, which allows us to consolidate theoretical and practical knowledge learned during the student stage. The opportunity to perform the internship in primary care establishments has given us a preview of what our role will be as future general practitioners at the SERUMS. One of the most notable shortcomings in our health system is biosecurity, both in health personnel and in technical and administrative personnel. A good doctor-patient relationship and holistic management are of the utmost importance to carry out good control of the disease.

INTRODUCCIÓN

El internado médico que se realiza en pregrado forma parte del plan de estudio de la carrera de Medicina, es un año obligatorio e indispensable, donde todos los alumnos integran y consolidan los conocimientos que adquirieron durante los años previos (1).

Uno de los objetivos del internado médico en el Perú es capacitar a los internos en la realización práctica de procedimientos médicos básicos, que van a realizar en su vida profesional. Esta es una preocupación debido a que la mayoría de los médicos recién egresados van a realizar posteriormente el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), durante el cual probablemente tengan que laborar en comunidades aisladas y realizar procedimientos médicos por su cuenta (2).

Las actividades a desarrollarse en el internado, son fundamentalmente en los servicios médicos de las unidades hospitalarias, denominadas “áreas de rotación”, las cuales son: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia, Pediatría, cada una de ellas con objetivos propios para el desarrollo de habilidades y destrezas (3).

En México, desde el año 1934 se estableció que la práctica en hospitales debería realizarse durante un año, en jornadas de 10 horas diarias, ofreciendo así a los estudiantes la oportunidad de elegir los servicios que convenían a sus intereses. (1)

En el Perú, existen dos decretos supremos sobre el internado, los cuales son, el Decreto Supremo N° 020-2002-EF, en donde se acuerda la compensación remunerativa mensual de S/. 400,00 (4) y el Decreto Supremo N° 003-2008-TR, que dispone jornadas de prácticas de 6 horas diarias o 150 horas mensuales, incluyendo las guardias nocturnas (5).

The Association of American Medical Colleges, el día 17 de marzo del 2020, recomendó la suspensión de actividades presenciales en las escuelas de medicina de los Estados Unidos debido a que la pandemia restringía la capacidad de las escuelas de medicina, hospitales, organizaciones médicas profesionales y sociedades científicas para realizarlas (8).

El 15 de marzo de 2020 el expresidente, Martín Vizcarra, promulgó el Decreto supremo N°044-2020- PCM, estableciendo el Estado de Emergencia Nacional y asilamiento social obligatorio (6); ese mismo día, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina Humana (ASPEFAM), recomendó que los internos de medicina sean retirados de los hospitales ya que no se podía garantizar condiciones de bioseguridad necesarias para resguardar su salud (7).

El 30 de marzo del 2020, la SUNEDU, anuncia los criterios para supervisar la calidad de la educación no presencial, así mismo, sugiere que las universidades definieran los cursos que pueden acogerse a esta modalidad, facilitando su ejecución y evaluación, también, señala que estos cambios no implican un cambio permanente en la modalidad del programa académico; por otro lado, anunció el 28 de mayo del 2020 que no había autorizado a ninguna universidad el inicio del internado médico en modalidad virtual (8).

El 21 de junio de 2021, por la resolución ministerial N° 779-2021/MINSA, los “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria”, establecieron derechos temporales como el estipendio S/.770, equipos de protección personal y condiciones laborales con las que continuamos hasta la fecha (10).

En el mundo, el Primer Nivel de Atención (PNA) en salud es el escenario idóneo para la formación de futuros médicos. Debido a la pandemia durante el año 2020, el Ministerio de Salud del Perú, estableció iniciar el internado en centros de salud del primer nivel de atención, lo cual es una ventaja, ya que nos permitirá

desarrollar las competencias esenciales frente a los problemas de salud más frecuentes que veremos durante nuestro SERUMS, como: tratamiento integral, intervenciones de salud pública, evaluación clínica centrada en las personas, trabajo integrado, entre otras (9).

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Realizar el internado médico en el Primer Nivel de Atención prepara al estudiante de medicina para enfrentarse a los problemas más frecuentes que debe manejar como médico general. El Sistema Nacional de Salud cuenta con 18 738 establecimientos de salud categorizados, de los cuales, casi el 97 % corresponde al Primer Nivel de Atención (9).

La etapa del internado médico es de suma importancia para la consolidación tanto de conocimientos prácticos como teóricos, las experiencias vividas durante esta etapa nos ayudaran a desenvolvemos de una mejor manera en nuestra futura vida laboral, a forjar una buena relación médico - paciente y a aprender a trabajar en equipo junto con el personal de salud.

Es importante que, durante la rotación en el primer nivel, se realicen, las diferentes actividades profesionales que brinda el tutor asignado, que también forma parte del equipo multidisciplinario de salud (9).

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Esta es un área muy importante, ya que no solo se busca el bienestar de la gestante, sino también del hijo, es imprescindible llevar buenos controles para terminar en un parto con condiciones favorables y poder identificar factores de riesgo que podrán traer posteriores consecuencias tanto para la madre, como para el recién nacido.

Llevar esta rotación en Centros de Salud, es equivalente a pasar por las siguientes áreas: Control Prenatal, Planificación Familiar y Centro Materno, las cuales también incluían las emergencias obstetricas.

Puesto de Salud I -2 José Quiñones Gonzales

Caso clínico 01: Gestante de 33 años de edad primigesta de 36 sem por FUR, acude Puesto de Salud, refiriendo desde hace 03 días presentar dolor en la región pélvica, asociado a ardor para miccionar, mal olor de la orina, niega sensación de alza termica, niega náuseas, niega vómitos, no refiere sangrado, ni pérdida de liquido via vaginal, manifiesta percibir movimientos fetales. No signos de irritación cortical.

Examen Físico: AREG, AREN, AREH

T= 36.0°C, PA= 112/75 mmHg, FC= 75 x min, FR= 15 x min, Sat= 98%, Peso= 72 Kg, Talla= 1.60 m

Piel y faneras → Llenado capilar < 2 seg, tibia, sonrosada.

TCSC → Sin edemas.

Cabeza → Normocéfalo, simétrico.

Aparato Respiratorio → Pasaje de aire audible en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → Útero gravídico por feto único vivo, altura uterina de 34 cm, SPP= Longitudinal Cefálico Izquierda, LCF= 148 x min, sin dinámica uterina, movimientos fetales (+++/+++).

Genito – Urinario → No se evidencia sangrado, PPL (+).

Aparato Locomotor → Movimiento activo – pasivo conservado, tono y fuerza conservado.

SNC → Despierta, ventilando espontáneamente, LOTEP.

Diagnósticos:

1. Gestante de 36 semanas por FUR.
2. Infección del Tracto Urinario en el embarazo.

Centro de Salud I – 3 El Bosque

Caso clínico 02: Gestante de 28 años de edad tercigesta de 34 sem 4 días por Ecografía de 1º Trimestre, acude a Centro Salud a las 19:20 horas por Emergencia. Paciente refiere desde hace aproximadamente 30 min presentar sangrado vaginal, rojo rutilante, asociado a dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, además manifiesta sí percibir movimientos fetales. Niega traumatismos abdominal, niega caídas, niega cefalea, niega fotopsias, niega escotomas, niega náusea, niega vómitos, niega molestias urinarias.

Examen Físico: AREG, AREN, AREH.

T= 36.5°C, PA= 105/75 mmHg, FC= 97 x min, FR= 19 x min, Sat= 97%, Peso= 62 Kg, Talla= 1.57 m.

Piel y faneras → Llenado capilar < 2 seg, tibia, sonrosada.

Cabeza → Normocéfalo, simétrico.

Cuello → No masas, clavículas íntegras.

Tórax → Simétrico, buena amplexación, no presencia de tirajes.

Aparato Respiratorio → Pasaje aéreo audible en ambos hemitorax, no ruidos agregados.

Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → Útero gravídico por feto único vivo, altura uterina de 33 cm, SPP= Longitudinal Cefálico Izquierda, LCF= 144 x min, Dinámica Uterina esporádica, Movimientos fetales (+++/+++).

Genito – Urinario → Se evidencia sangrado rojo rutilante de regular cantidad, presencia de coágulos.

Aparato Locomotor → Movimiento activo – pasivo conservado, tono y fuerza conservado.

SNC → Despierta, ventilando espontáneamente, LOTEPE.

Diagnóstico:

1. Gestación única de 34 sem 4 días por ecografía de 1º Trimestre.
2. Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Puesto de Salud I - 2 Cruz de la Esperanza

Caso clínico 03: Paciente mujer de 19 años, primigesta de 23ss 4 días por FUR, acude a su 4to CPN. Refiere que siete horas antes del ingreso, mientras dormía, presentó dolor retroesternal súbito de tipo opresivo, con una escala de EVA 8/10, que empeora al toser, asociado a náuseas y pirosis. Al momento de la consulta refiere que dolor es de 6/10 y las náuseas persisten. Refiere que hace una semana previo al ingreso, presentó dolor tipo cólico (EVA 8/10) de aparición postprandial, en cuadrante superior derecho del abdomen que irradiaba a espalda, para lo cual consumió medicamento "Plidan Compuesto", con lo que logra calmar el dolor. Presenta un episodio parecido 4 días antes del ingreso. Refiere que fue diagnosticada de Artritis Reumatoide Juvenil hace 6 años para lo cual consumía Ibuprofeno 400mg. Dejó de tomar medicamento al salir embarazada. Refiere artralgiyas y rigidez matutina en rodillas, articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. No refiere pérdida de líquido vía vaginal, manifiesta percibir movimientos fetales.

Examen Físico: AREG, AREN, AREH

T= 36°C, PA= 90/60mmHg, FC= 104 x min, FR= 14 x min, SatO₂: 98%, Peso= 62 kg, Talla= 1.43 m.

Piel → Mucosas normocrómicas. Piel ligeramente húmeda y fría, llenado capilar <2 segundos.

Torax → Simétrico, buena amplexación.

Aparato Respiratorio → Pasaje aéreo audible en ambos campos pulmonares. No se aprecian ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos de amplitud y ritmo conservados.

Abdomen → Globuloso, ocupado por feto vivo. AU: 21 cm LCF: 154'. RHA presentes. Abdomen blando/depresible, presenta dolor a la palpación en epigastrio. Signo Murphy (-).

Genitourinario → Puño percusión lumbar negativa.

Aparato locomotor → Paciente en sedestación, tono muscular conservado.

Movilidad articular conservada, ligero dolor a palpación en articulaciones de rodillas, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, sin signos de flogosis.

SNC → Despierta, ventilando espontáneamente, LOTEPE.

Diagnósticos:

1. Gestante de 23 semanas y 4 días por FUR.
2. D/C Colelitiasis biliar.
3. Enfermedad por reflujo gastro esofágico.
4. Artritis reumatoide juvenil.

Centro de Salud I - 4 Toribia Castro Chirinos

Caso clínico 04: Paciente mujer de 40 años, gestante de 36ss+4d x FUR, G6 P5005, ingresa al servicio de emergencia a las 7:20 am por presentar dolor tipo contracción en zona del hipogastrio irradiado a zona lumbar, de fuerte intensidad, desde las 5:30 am. Percibe movimientos fetales. Niega pérdida de tapón mucoso.

Examen físico: ABEG, ABEH, ABEN

T°= 36.6°, PA= 115/70mmHg, FC= 94 x min, FR= 18 x min, Sat: 98%, Peso= 102.8 kg, Talla= 157cm, IMC: 41.7.

Piel → De color y temperatura normales.

Conjuntivas → Pálidas.

Aparato respiratorio → Pasaje aéreo audible en ambos hemitorax. No ruidos agregados.

Aparato cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → Globuloso, ocupado por feto vivo único. AU: 35cm LCF: 135/min SPP: LCI DU: 1/10min.

Genito – Urinario → Tacto vaginal: Dilatación: 2cm, Incorporación: 50%, Membranas íntegras.

Aparato Locomotor → MMII: No se evidencian edemas, ROT presente.

Diagnósticos:

1. Gestante añosa de 36ss+4d por FUR.
2. Gran multipara.
3. Obesidad grado 3.
4. Trabajo de parto en fase latente.

Se produce parto eutócico a las 9:52 am con RN vivo sexo femenino con APGAR 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, con un peso de 3255 g y una talla de 50cm.

Se realiza alumbramiento dirigido con oxitocina 10 UI IM STAT, con placenta completa y retención de membranas ovulares.

Al examen físico:

T= 36.1°C, PA= 110/70mmHg, FC= 77 x min, FR: 17 x min, Sat: 99%

Conjuntivas → Pálidas.

Aparato respiratorio → Pasaje aéreo audible en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

Aparato cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → blando/depresible, útero contraído a 2 cm por debajo de la cicatriz umbilical.

GU → loquios hemáticos en regular cantidad.

Diagnósticos:

1. Puerpera inmediata de 15 minutos.
2. Retención de membranas ovulares.

Rotación de Pediatría

Durante la rotación de pediatría pudimos ver en consultorio externo y tópico de emergencias las patologías más comunes como infecciones de vías respiratorias altas, enfermedades diarreicas agudas y síndromes febriles, también tuvimos la oportunidad de rotar por las estrategias de crecimiento y desarrollo y de prevención de anemia en donde aprendimos sobre la atención integral del niño, el calendario de vacunación y sobre la suplementación de hierro en los pacientes pediátricos. Además, pudimos aprender sobre la atención inmediata del RN después de un parto vaginal.

Puesto de Salud I -2 José Quiñones Gonzales

Caso clínico 01: Paciente de sexo masculino de 8 meses de vida acude a puesto de salud con madre, quien refiere desde el día de ayer, por la noche, haber presentado deposiciones semiliquidas con moco, sin sangre, un total de 6 cámaras hasta la hora de dormir, para el día de hoy, refiere haber hecho 8 cámaras a lo largo de la mañana, antes de acudir a consulta, refiere sensación de alza térmica no cuantificada, no refiere náuseas, ni vómitos. Madre informa que hijo tolera la vía oral, pero disminución de apetito, además refiere haberle dado gotas de paracetamol y contar con carnet de vacunación al día.

Exámen Físico: AREG, AREN, AREH.

T= 37.8°C, FC= 105 x min, FR= 17 x min, Sat= 99%, Peso= 7800 gr, Talla= 70 cm.

Piel → Llenado capilar < 2 seg, tibia, sonrosada, signo del pliegue (-).

Cabeza → Normocéfalo, simétrico.

Cara → Ojos no hundidos.

Boca → Mucosas orales semisecas.

Cuello → No masas, clavículas íntegras.

Tórax → Simétrico, buena amplexación, no tirajes.

Aparato Respiratorio → Pasaje aéreo audible en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → Globuloso, RHA (+), blando / depresible, no masas, no dolor.

Genito – Urinario → Genitales masculinos acordes a la edad.

Aparato locomotor → Tono y fuerza conservado.

SNC → Despierto, reactivo.

Diagnóstico:

1. Enfermedad diarreica aguda.
2. Deshidratación leve.

Centro de Salud I – 3 El Bosque

Caso clínico 02: Paciente de sexo femenino de 01 año de edad acude a centro de salud por emergencia en brazos de su madre, quien refiere que hace aproximadamente 5 min, el paciente presenta movimientos tónicos clónico generalizados de 10 min aproximadamente, retroversión ocular, sialorrea, refiere además que paciente presenta sensación de alza térmica no cuantificada desde hace aproximadamente 24 horas. Niega episodios similares anteriores, niega antecedentes familiares de epilepsia, niega otros síntomas patológicos. Madre refiere que paciente cuenta con calendario de vacunación completa.

Exámen Físico: AREG, AREN, AREH.

T= 40.0°C, FC= 100 x min, FR= 18 x min, Sat= 99%, Peso= 11 Kg, Talla= 79 cm

Piel → Llenado capilar < 2 seg, tibia, sonrosada.

Cabeza → Normocéfalo, simétrico.

Cara → Ojos en retroversión.

Boca → Se evidencia sialorrea.

Cuello → No masas, clavículas íntegras.

Tórax → Simétrico, buena amplexación, no tirajes.

Aparato Respiratorio → Pasaje aéreo audible en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → Globuloso, RHA (+), blando / depresible, no masas.

Genito – Urinario → Genitales femeninos acordes a la edad.

Aparato locomotor → Movimientos tónico clónicos generalizados, hipertonía muscular en MMII y MMSS.

SNC → Sonoliento, no reactivo, irritable.

Diagnóstico:

1.Convulsión febril.

Puesto de Salud I - 2 Cruz de la Esperanza

Caso clínico 03: Paciente varón de 5 meses es traído a emergencias por presentar, tos, congestión nasal desde hace 03 días y temperatura de 37.8° en una oportunidad, la cual disminuyó con paracetamol. Madre refiere que menor ya ha tenido episodios parecidos pero que esta oportunidad presenta una respiración agitada y que escucha “silbidos” en su pecho.

Examen físico: AREG, AREN, AREH.

T°= 38.1°C, FC= 148 x min, FR= 56 x min, SatO2= 99%, Peso= 7450 gr, Talla= 64 cm.

Piel → Pálido.

Orofaringe → Eritematosa, no se aprecian placas blanquecinas.

Tórax → Simétrico, leve tiraje subcostal.

Aparato respiratorio → Murmullo vesicular audible, presencia de sibilancias espiratorias y roncus difusos.

Aparato Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

SNC → Activo, llanto vigoroso.

Diagnósticos:

1. Síndrome de obstrucción bronquial aguda
2. D/C Bronquiolitis.

Centro de Salud I - 4 Toribia Castro Chirinos

Caso clínico 04: Recién nacido por parto eutócico, de sexo femenino, de 15 minutos de vida, con APGAR 7 al minuto y 9 a los 5 minutos, presenta edema palpebral bilateral, labios evertidos en forma de "O", eritrodermia, descamación y exfoliación de la piel a predominio de pliegues de articulaciones. Sexta hija de padres no consanguíneos.

Examen físico: AREG, AREN, AREH.

T= 36°C, Edad por Capurro= 39ss, Peso= 3255g, Talla= 50cm, PC= 34cm, PT= 33 cm, PA= 35cm, FC= 150 x min, FR= 48 x min.

Piel → eritematosa, edematosa, seca, con descamación en pliegues de articulaciones.

Cráneo → normocéfalo, fontanelas normotensas.

Cara → edema palpebral bilateral, labios evertidos en forma de "O", fosas nasales permeables, paladar íntegro, pabellón auricular con buena implantación.

Cuello → Simétrico, móvil, sin masas palpables.

Tórax → Simétrico.

Aparato respiratorio → Pasaje aéreo audible en ambos campos pulmonares. No se aprecian ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos de amplitud y ritmo conservados.

Abdomen → Globuloso, RHA (+), blando/depresible. Cordón umbilical con 2 arterias, 1 vena.

Genito – Urinario → Genitales externos femeninos de aspecto normal.

Ano → Permeable.

Extremidades → Móviles, buen tono muscular.

Diagnósticos:

1. RN a término de sexo femenino de 39ss por capurro.
2. Peso adecuado para la edad gestacional.
3. Síndrome de eritrodermia exfoliativa (Bebé colodión).
4. D/C Ictiosis lamelar.

Rotación de Cirugía General

La rotación de cirugía nos permitió poner en práctica los conocimientos en cuanto al manejo de emergencias y la realización de procedimientos, también nos permitió poner en práctica la realización de una buena anamnesis e historia clínica detallada para poder diferenciar patologías que necesitan un manejo médico o un manejo quirúrgico, y así poder realizar una referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria. A continuación, describimos los casos clínicos más frecuentes en nuestros respectivos centros.

Puesto de Salud I -2 José Quiñones Gonzales

Caso clínico 01: Paciente de sexo femenino de 42 años de edad acude a puesto de salud refiriendo que desde hace 08 horas aproximadamente presentar dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho (EVA 7/10), el cual se irradia a

epigastrio, posterior a la ingesta de comida copiosa y grasosa, manifiesta náuseas, vómito en 01 oportunidad, niega sensación de alza térmica, refiere que calma al acostarse en posición fetal, niega diarreas, niega estreñimiento, niega haber tomado medicamentos antes de acudir.

Examen Físico: AREG, AREN, AREH.

T= 37.2°C, PA= 113/70 mmHg, FC= 85 x min, FR= 20 x min, Peso= 71 Kg, Talla= 1.53 m.

Piel → Llenado capilar < 2 seg, tibia, sonrosada.

Cabeza → Normocéfalo, simétrico.

Tórax → Simétrico, buena amplexación, no tirajes.

Aparato Respiratorio → Pasaje aéreo audible en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → Regular cantidad de TCSC, RHA (+), Blando / Depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en CSD y dolor a la palpación profunda en epigastrio, signo de Murphy (+), no se palpan masas.

Genito – Urinario → PPL (-), PRU (-)

Aparato Locomotor → Movimiento activo – pasivo conservado, tono y fuerza conservado.

SNC → Despierta, ventilando espontáneamente, LOTEP.

Diagnóstico:

1. Síndrome Doloroso Abdominal.
2. Cólico vesicular.
3. D/C Litiasis vesicular.

Centro de Salud I – 4 El Bosque

Caso clínico 02: Paciente de sexo femenino de 22 años de edad acude a emergencia de centro de salud (20/02/2022), refiriendo que 01 día antes de ingreso, presentar dolor en epigastrio de moderada intensidad (EVA 5/10), con el pasar las horas dolor migra a FID, intensificandose el dolor, refiere además sensación de alza térmica no cuantificada, pérdida de apetito. 01 hora antes del ingreso paciente presenta náuseas, niega vómitos, niega diarrea, niega sangrado vaginal, refiere vida sexual activa, niega uso de métodos anticonceptivos. FUR = 30/12/2021.

Examen Físico: AREG, AREN, AREH.

T= 37.8°C, PA= 100/70 mmHg, FC= 90 x min, FR= 19 x min, Peso= 54 Kg, Talla= 1.55 m.

Piel → Llenado capilar < 2 seg, tibia, sonrosada.

Cabeza → Normocéfalo, simétrico.

Cuello → No masas, clavículas íntegras.

Tórax → Simétrico, buena amplexación, no tirajes.

Aparato Respiratorio → Murmullo vesicular audible en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → Plano, RHA (+), Blando / Depresible, dolor a la palpación profunda en FID (EVA 9/10), punto de Mc Burney (+), signo de Rosving (+), Signo de Psoas (+), no se palpan masas.

Genito – Urinario → No sangrado, PPL (-), PRU (-).

Aparato Locomotor → Movimiento activo – pasivo conservado, tono y fuerza conservado.

SNC → Despierta, ventilando espontáneamente, LOTEP.

Diagnóstico:

1. Síndrome Doloroso Abdominal.
2. D/C Apendicitis aguda.
3. D/C EPI.

Puesto de Salud I - 2 Cruz de la Esperanza

Caso clínico 03: Paciente mujer de 56 años, ingresa al puesto de salud, por emergencia refiriendo presentar desde hace aproximadamente 20 minutos, múltiples soluciones de continuidad debido a mordedura de perro del vecino, en cara interna y externa de antebrazo derecho. Vecina manifiesta llevar un correcto control de vacunas del can.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH.

T°= 37°C, PA= 143/78 mmHg, FC= 73 x min, FR= 19 x min, SAT: 99%.
Peso=67kg, Talla=1.45m

Piel y faneras → normocrómicas, normotérmicas, LLC <2 seg.

Extremidades → Antebrazo derecho: solución de continuidad de aproximadamente 4 cm en dorso de antebrazo, herida en colgajo de aproximadamente 8x4cm en parte anterior.

Aparato respiratorio → Pasaje aéreo audible en ambos hemitorax. No se aprecian ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Diagnósticos:

1. Herida por mordedura de perro.

Centro de Salud I - 4 Toribia Castro Chirinos

Caso clínico 04: Paciente mujer de 43 años de edad acude a centro de salud a las 11:30 am por presentar dolor abdominal tipo cólico de aproximadamente 22 horas de evolución, el cual inicia en zona periumbilical y después se irradia a fosa iliaca derecha, asociado a anorexia y náuseas. Niega fiebre.

Examen físico: AREG, AREN, AREH.

T°= 36.8°C, PA= 105/60mmHg, FC= 93 x min, FR= 17 x min, SatO2: 98%, Peso= 68 kg, Talla= 1.52 m.

Piel y faneras → Mucosas normocrómicas. Piel ligeramente húmeda y fría, llenado capilar <2 seg.

Aparato respiratorio → Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares. No se aprecian ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos de amplitud y ritmo conservados.

Abdomen → No distendido, RHA presentes, blando/depresible, dolor a la palpación en FID. Signo de McBurney (+), signo de Blumberg (-), signo de Rovsing (+).

Genito – Urinario → Puño percusión lumbar negativa.

Diagnósticos:

1. Síndrome Dolor abdominal.
2. D/C Apendicitis aguda.

Rotación de Medicina Interna

La rotación de Medicina Interna nos ayudó a poner en práctica toda la parte teórica y clínica que hemos ido adquiriendo a lo largo de los 6 años de carrera, pero en esta ocasión aplicarlo sobre todos los pacientes que podamos examinar y así ir adquiriendo la destreza para el diagnóstico y tratamiento de las

enfermedades más comunes a las que nos enfrentaremos como médicos generales.

Durante esta rotación se pasó por los servicios de consultorio externo y emergencia médica.

Puesto de Salud I -2 José Quiñones Gonzales

Caso clínico 01: Paciente mujer de 55 años de edad, acude a puesto de salud con familiar (hija), quien refiere desde que despertó presentar dolor de cabeza (EVA 7/10), asociado a náuseas y mareos, niega haber presentado un episodio similar con anterioridad, niega vómitos, niega traumatismo previo, niega sensación de alza térmica. Antecedentes de madre y padre hipertensos.

Examen físico: AREG, AREN, AREH.

T= 36.3°C, PA= 185/110 mmHg, FC= 98 x min, FR= 18 x min, Peso= 75 Kg, Talla= 1.65 m.

Piel → Llenado capilar < 2 seg, sonrosado, tibia.

Cabeza → Normocéfalo, simétrico.

Boca → Mucosas orales húmedas.

Cuello → No masas, clavículas íntegras, no ingurgitación yugular.

Tórax → Simétrico, buena amplexación, no tirajes.

Aparato Respiratorio → Pasaje aéreo audible en ACP, no ruidos agregados.

Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → No distendido, RHA (+), no dolor a la palpación, no masas.

Genito – Urinario → PPL (-), PRU (-).

SNC → Despierta, ventilando espontáneamente, LOTEP.

Diagnóstico:

1. Crisis hipertensiva.

Centro de Salud I – 4 El Bosque

Caso clínico 02: Paciente varón de 19 años acude a centro de salud en compañía de un familiar, sujetandolo para poder caminar, en aparente mal estado general, refiere dolor muscular generalizado, manifiesta presentar aumento en la frecuencia de la micción, aumento de apetito, aumento de sed, desde hace 07 días aproximadamente, refiere además orina espumosa. Antecedente familiar de padre con DM2 (Padre).

Examen físico: AMEG, AMEN, AMEH.

T= 36.5°C, PA= 90/60 mmHg, FC= 130 x min, FR= 18 x min, Peso= 84 Kg, Talla= 1.60 m.

Piel → Llenado capilar < 2 seg, sonrosado, tibia, diaforética.

Cabeza → Normocéfalo, simétrico.

Boca → Se evidencia aliento cetónico, mucosas orales secas.

Cuello → No masas, clavículas íntegras.

Tórax → Simétrico, buena amplexación, no tirajes.

Aparato Respiratorio → Pasaje aéreo audible en ambos hemitorax, no ruidos agregados.

Cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → Con regular cantidad de TCSC, RHA (+), no dolor a la palpación, no masas.

Genito – Urinario → PPL (-), PRU (-).

SNC → Somnoliento, desorientado en tiempo, espacio y persona.

Examen auxiliar → Hemo Gluco Test: 335 mg/dl.

Diagnóstico:

1. Obesidad tipo I.

2. D/C Diabetes Mellitus descompensada.
3. D/C Cetoacidosis diabética.

Puesto de Salud I - 2 Cruz de la Esperanza

Caso clínico 03: Paciente de sexo femenino de 64 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II desde hace 19 años e hipertensión arterial desde hace aproximadamente 15 años, acude a consultorio de medicina general por presentar herida abierta de aproximadamente 1 cm en planta del segundo dedo del pie izquierdo, la cual apareció hace 02 semanas. Niega dolor, niega fiebre. Trae consigo resultados de análisis de laboratorio: Glicemia en ayunas de 303.4 mg/dl, Hemoglobina glicosilada de 11.9%, colesterol total de 275.6 mg/dl y triglicéridos de 448.2 mg/dl.

Examen clínico: ABEG, ABEH, ABEN.

T°= 36.3°C, PA= 120/75mmHg, FC= 96 x min, FR= 20 x min, Peso= 59kg, Talla= 150cm, Sat: 99%.

Piel → normocrómica, normotérmica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Aparato respiratorio → Pasaje aéreo audible en ACP. No ruidos agregados.

Aparato cardiovascular → Ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen → RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación.

Extremidades → Herida abierta de aproximadamente 1 cm en planta del segundo dedo del pie izquierdo, de base limpia, con bordes eritematosos y piel eritematosa y brillante en zona periungueal, caliente al tacto, no doloroso a la palpación. Pulsos pedios presentes (++/+++).

Diagnósticos:

1. Diabetes mellitus tipo II.
2. Hipertensión arterial.

3. Dislipidemia mixta.
4. Pie diabético Wagner I.
5. Celulitis en segundo dedo de pie izquierdo.

Centro de Salud I - 4 Toribia Castro Chirinos

Caso clínico 04: Paciente de sexo masculino de 41 años de edad, procedente de Lambayeque, acude al servicio de consulta externa de medicina general por presentar una úlcera de 3 cm de diámetro, en tercio proximal, parte posterior de pantorrilla derecha, con bordes sobreelevados y eritematosos, no dolorosa, la cual apareció hace aproximadamente un mes e inició como una lesión puntiforme la cual fue creciendo en tamaño. Refiere como antecedente un viaje a Huarmaca-Piura hace más de un mes.

Examen físico: AREG, AREN, AREH.

T°= 36°C, PA= 115/70mmHg, FC= 84 x min, FR= 16 x min, SatO₂: 98%, Peso= 75 kg, Talla= 1.62 m.

Piel y faneras → Mucosas normocrómicas.

Aparato respiratorio → Tórax con buena amplexación. Pasaje aéreo audible en ACP. No se aprecian ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular → Ruidos cardíacos de buena intensidad, rítmicos, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos de amplitud y ritmo conservados.

Extremidades → Presencia de úlcera de 3 cm de diámetro, en tercio proximal, parte posterior de pantorrilla derecha, con bordes sobreelevados y eritematosos, no dolorosa

Diagnósticos:

1. D/C Leishmaniasis cutánea.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

Ambos autores realizaron los 10 meses de internado en Centros de salud I -2 (5 meses) y I – 4 (5 meses), como parte del programa de pregrado de la facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y por lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud (MINSA).

El mes de Julio se empezó rotando por Puestos de Salud I – 2: “José Quiñonez Gonzales” y “Cruz de la esperanza”, con una duración de 05 meses, de lunes a sábado con turnos de 06 horas, con 01 guardia diurna a la semana.

El Centro de Salud José Quiñones Gonzáles tiene una categoría I -2, la cual corresponde a la Microred de José Olaya. Su ubicación es en la calle Tumbes en esquina con Sargento Lorens S/N, Urb. Quiñones. Entre su cartera de servicios, cuenta con Medicina, Enfermería, Psicología, Obstetricia, Odontología, Nutrición, así como los programas de: CRED, TBC, adulto mayor, PROMSA; siendo un total de 30 trabajadores entre personal de salud y administrativo. Recibe 100 pacientes diarios aproximadamente, con horario de atención de 7:30 am a 7:30 pm de lunes a sábado (11).

El Clas "Fernando Carbajal Segura" - El Bosque ubicado en la calle Lloque Yupanqui N° 1746, en el distrito de La Victoria; empezó a funcionar el 17 de octubre del año 1987, actualmente su jurisdicción tiene una población estimada de 20 mil 98 habitantes. Lidera la microred de salud del distrito La Victoria, la cual está constituido por los siguientes establecimientos de salud: La Victoria I, La Victoria II, Raymondi y Chosica del Norte. Cuenta con un aproximado de 55 trabajadores entre profesionales médicos, no médicos, administrativos y técnicos. Su cartera de servicios es: Medicina, Enfermería, Nutrición, Psicología, Terapia física, Obstetricia, programa de TBC, programa de adulto mayor, Centro obstetrico, Emergencia de Medicina, Emergencia de Obstetricia, entre otras. Con un horario de atención de 24 horas (12).

El Puesto de Salud de Cruz de la Esperanza es un establecimiento de salud de categoría I – 2, ubicado en Av. Progreso con Calle Isabel La Católica S/N del PPJJ Cruz de la Esperanza, Chiclayo, actualmente atiende a más de 27 mil habitantes. El 13 de Julio del 2005 formaliza su funcionamiento con resolución directoral ejecutiva y se reconoce el nivel de atención, nivel de complejidad y categoría del establecimiento a I-2. Actualmente el establecimiento cuenta con los servicios de consulta externa por médico general, atención ambulatoria por enfermera, psicólogo, obstetra, cirujano dentista y por nutricionista y también con el servicio de patología clínica; cuenta con un horario de atención de 7:30 am a 7:30 pm de lunes a sábado (13).

El Centro de Salud Toribia Castro Chirinos es un establecimiento que brinda atención integral en salud basado en familia y comunidad, ubicado en Calle Andrés Avelino Cáceres 489 del A.H. Toribia Castro en el distrito Lambayeque, correspondiente a la Microred de salud del MINSA Lambayeque. Es un centro de salud de primer nivel de atención de Categoría I- 4 que brinda una atención de 24 horas en los servicios de medicina general y familiar, pediatría, odontología, psicología, obstetricia, nutrición, laboratorio, farmacia y enfermería (14).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 01:

Las infecciones del tracto de las vías urinarias, representa el 5 a 10% de las complicaciones médicas durante el embarazo. Siendo el agente etiológico las Enterobacterias en un 90 %, de las cuales Escherichia coli representa el 80 a 90 %, Klebsiella pneumoniae y Enterobacter spp (15).

El Manejo es de forma ambulatoria, para lo cual se solicita un Examen completo de orina y un Urocultivo, siendo estos los métodos estándar para el diagnóstico de infección del tracto urinario. El tratamiento será según resultado de urocultivo y sensibilidad del antibiograma (15).

El Instituto Nacional Materno Perinatal, sugiere un tratamiento antibiotico de 7 días (15):

- Primera opción:
 - Nitrofurantoína 100 mg c/6 horas, no usar entre las 37 a 42 semanas, ni tampoco durante el trabajo de parto por que puede presentar riesgo de anemia hemolítica en el recién nacido.
 - Cefalexina 500 mg c/6 horas o
 - Amoxicilina 500 mg c/8 horas o
 - Timetropin/Sulfametoxazol 160/800 c/12 horas, no usar en el I trimestre del embarazo por existir riesgo de teratogenicidad (defectos del tubo neural), tampoco en el III trimestre por riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal y posterior, kernicterus.
- Segunda opción:
 - Fosfomicina trometamol 3g. Oral / IM (dosis única).

La ACOG recomienda solicitar urocultivo como tamizaje en la primera consulta prenatal y la U.S. Preventive Task Force lo recomienda entre las 12 – 16 semanas

de embarazo. A pesar de que aún no se conoce el momento óptimo para realizar el urocultivo, ni la frecuencia, la obtención entre estas semanas detectaría aproximadamente el 80 % de las pacientes con Bacteriuria Asintomática (15).

Caso clínico 02:

El Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP), consiste en la separación prematura total o parcial de la placenta, pasadas las 22 semanas de gestación y antes del parto, asociado con hemorragia dentro de la decidua basal. Tiene una frecuencia de 1 en 100 a 200 partos, con una prevalencia de 0.7% en el Perú. La gran mayoría tiene una etiología multicausal, se postula como causal un mecanismo isquémico a nivel decidual como el factor involucrado, junto con otras patologías. Actualmente se le considera junto con la preeclampsia y el RCIU parte de la enfermedad isquémica placentaria (15).

Estudio Ecográfico: Su sensibilidad oscila entre 25 – 50%, durante la fase aguda se puede ser hiperecogénica a isoecogénica, y posteriormente se vuelve hipoecogénica; se puede identificar tres principales localizaciones del DPP: pre placentario, retro placentario y subcoriónico (15).

Estudio de Laboratorio: Hemograma completo, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina sérica, perfil hepático, pruebas cruzadas y un examen completo de orina (15).

Clasificación clínica: Ver Anexo 1.

El Instituto Nacional Materno Perinatal, recomienda el siguiente manejo, según la clasificación (15):

DPP Grado 1 (Leve) (15):

Medidas generales:

- Canalizar vía endovenosa con catéter N° 18 e iniciar infusión de Solución Salina 0,9 % x 1000 cc.
- Monitoreo permanente de signos vitales.
- Monitoreo fetal continuo.
- Reposo absoluto.
- Hospitalización con exámenes auxiliares completos y plan de trabajo establecido.

Medidas específicas:

- DPP + feto pretérmino menor o igual a 34 semanas: observación, maduración pulmonar y ecografías obstétricas seriadas.
- DPP + feto mayor de 34 semanas: culminar embarazo por la mejor vía.

DPP Grado 2 A 3 (Moderado a severo) (15):

- Activar clave roja (ver Anexo 2) y estabilizar a la paciente.
- Si el feto está vivo, se procede a cesárea inmediatamente.
- En caso de bradicardia fetal, la extracción por cesárea dentro de los 20 minutos significativamente reduce la mortalidad neonatal y la incidencia de parálisis cerebral. (Nivel C)
- Si hay óbito fetal y la paciente está hemodinámicamente estable y presenta un trabajo de parto en fase activa, se procederá a parto vía vaginal. Si se presenta algún signo de descompensación hemodinámica o el expulsivo no se diera dentro de 30 minutos, se procederá a cesárea.
- Luego de culminada la gestación, presente inestabilidad hemodinámica, se activa clave roja (ver Anexo 2).

Caso clínico 03:

Plan de trabajo:

1. Ranitidina 300mg VO cada 24 horas por 30 días.
2. Bromuro de Hioscina 20mg VO + Paracetamol 1g VO condicional a dolor.
3. Se solicita ecografía de vesícula biliar y vías biliares.
4. Uso de agentes físicos para manejo de artralgias.

5. Continuar con APN.
6. I/C con cirugía general.
7. I/C con Terapia física y rehabilitación.

El embarazo es un factor de riesgo para la formación de litiasis vesiculares, y se asocia con complicaciones maternas y fetales (16).

El aumento de los niveles de progesterona y estrógeno en el transcurso del embarazo y los cambios de la función hepatobiliar, generan un ambiente propicio para la formación de cálculos biliares. Se considera que entre un 10% a un 31% de las mujeres embarazadas presentan barro biliar, y entre el 2% y el 6% tendrán litiasis biliar, de estas mujeres entre un 0,5 a 2% tendrán complicaciones como pancreatitis, colecistitis y colangitis; además de otras complicaciones como aborto espontáneo, trabajo de parto pretérmino y riesgo incrementado de morbilidad neonatal. El manejo de las gestantes con complicaciones de la vía biliar dependerá de la clínica y de la edad gestacional, pudiendo ser tratamiento médico conservador o quirúrgico (16).

El reflujo gastroesofágico es el paso de material ácido desde el estómago hacia el esófago a través de un esfínter esofágico inferior debilitado (17), lo cual causa pirosis, náuseas y vómitos, síntomas frecuentes durante el embarazo, el reflujo es frecuente en gestación ya que el tono del esfínter esofágico inferior disminuye y el aumento de la progesterona disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal, además, en las embarazadas las presiones intraesofágicas son más bajas y las intragástricas son más altas (18). La incidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en las mujeres gestantes se sitúa entre 30 a 88 % (17). Los cambios en el estilo de vida son la clave en el manejo de ERGE en las pacientes embarazadas. El tratamiento con fármacos es necesario en mujeres con un grado de síntomas de moderados a severos. Si es posible, se propone esperar las primeras 10 semanas de embarazo para indicarlo. Se pueden usar antiácidos como el sucralfato, el hidróxido de aluminio o magnesio asociados a antagonistas

H2 o inhibidores de la bomba de protones. La cimetidina y la ranitidina son los antagonistas H2 más utilizados y son drogas de clase B. Los estudios prospectivos controlados sugieren que estos agentes son aceptables para el uso durante el embarazo (17).

Se puede observar una disminución en la actividad de la artritis reumatoide (AR) del 48 % al 86 % durante el embarazo. Sin embargo, algunos pacientes con AR pueden desarrollar una mayor actividad de la enfermedad. La recurrencia en el embarazo se ha asociado con la interrupción del tratamiento médico. Las mujeres embarazadas con AR tienen un mayor riesgo de presentar eclampsia, parto por cesárea y parto prematuro. En un estudio sueco en mujeres gestantes con artritis reumatoide juvenil (ARJ) tuvieron un mayor riesgo de complicaciones maternas e infantiles que aquellas sin comorbilidades. El embarazo no siempre se considera un factor protector, y podría conducir a un aumento en la actividad de la misma, en estos casos se justifica la utilización de fármacos para prevenir la destrucción articular. La seguridad de algunos medicamentos durante la gestación puede cambiar, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), la sulfasalazina y la hidroxicloroquina, cruzan la barrera placentaria, pero no se asocian con malformaciones fetales al momento del nacimiento. Los AINEs no son teratogénicos durante las primeras semanas de embarazo, pero pasadas las 20 semanas pueden producir afecciones a nivel renal y causar contracción del conducto arteriovenoso. La Hidroxicloroquina (HCQ) está clasificada como categoría C, y si es necesaria para controlar la actividad de la enfermedad, se puede administrar de manera segura durante el embarazo a dosis de 400 mg o menos y no está asociada con un mayor riesgo de nacimiento prematuro o defectos congénitos (19).

Caso clínico 04:

Plan de trabajo:

1. Verificar estado de involución del útero y revisión manual de la cavidad uterina.

2. Verificar y mantener vía aérea permeable.
3. Monitoreo de funciones vitales cada 15 minutos.
4. Colocación de 2 vías EV de NaCl 9%, frasco 1 pasar a chorro hasta reponer volumen, frasco 2 agregar 30 UI de oxitocina pasar a 40 gotas por minuto.
5. Toma de muestra sanguínea para análisis de laboratorio.
6. Colocación de sonda Foley N°14 con bolsa colectora y controlar diuresis.
7. Coordinar referencia a establecimiento de mayor capacidad resolutive Hospital Belén de Lambayeque.

La hemorragia postparto se define como una pérdida sanguínea mayor a 500cc después de un parto vía vaginal o más de 1000cc luego de cesárea (15). Ver Anexo 3.

A nivel mundial, la hemorragia posparto (HPP) se asocia con más de 125 000 muertes al año. En el Perú se estima que en el 2011 hubo 92,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La hemorragia posparto ocurre en el 10% de los partos y es la primera causa directa de muerte materna reportada en el Perú (15).

Entre las causas de HPP encontramos la falta de contracción uterina después del parto (70 %). El trauma del tracto genital (20 %), el sangrado debido a retención de tejido placentario (9 %) y las fallas en el sistema de coagulación (1%). La HPP atónica es la principal causa de muerte materna en países de ingresos medianos y bajos (15). Ver Anexo 4.

Rotación de Pediatría

Caso clínico 01:

La enfermedad diarreica aguda se define como aumento de la frecuencia y disminución de la consistencia de las deposiciones, puede ir acompañada de vómito y/o fiebre. Se define aguda por presentar el cuadro menor a 14 días. La principal etiología de la diarrea aguda infantil es de origen viral siendo Rotavirus el principal agente. Los agentes patógenos colonizan el epitelio intestinal y la función de las proteínas transportadoras se ve alterada por las enterotoxinas, con

posterior pérdida de electrolitos y fluidos a través de las heces. El paciente sin signos de deshidratación representa menos de 5 % del déficit del peso corporal (20).

Para la evaluación de la deshidratación (ver anexo 5).

En nuestro caso clínico el paciente presenta deshidratación leve, y según la clasificación de deshidratación del Minsa, se usará el PLAN A (20):

El tratamiento de un niño o niña con diarrea y sin signos de deshidratación, este plan se hará de manera ambulatoria mediante las 5 reglas (ACREZ):

Primera: Aumentar la ingesta de líquidos apropiados en mayor cantidad que lo habitual:

Se debe ingerir una cantidad de líquido similar a la cantidad de diarrea evacuada para reponer el agua y sales que se pierden por diarrea y/o vómitos.

La OMS aprueba poder usarse líquido hechos en casa en base a cereales cocidos como: avena, quinua, arroz, cebada, maíz, etc.), no dar bebidas como gaseosas, jugos procesados, debido al alto contenido de azúcar, lo cual podría empeorar el flujo de diarrea por aumento de la osmolaridad.

Se puede usar Sales de Rehidratación Oral en pacientes que presentan: 3 o más vómitos por hora o más de 5 vómitos en 4 horas, 10 deposiciones en 24 horas o más de 4 deposiciones en 4 horas. Ver Anexo 4, para establecer el número de sobres de SRO por edad.

Segunda: Mantener la alimentación habitual (adecuada en cantidad, frecuencia y consistencia) sobre todo con la lactancia para prevenir la deshidratación.

Los niños y niñas deben continuar con la lactancia materna, es fundamental para la recuperación, de manera fraccionada, la cantidad que este tolere, se recomienda el aporte de alimentos ricos en carbohidratos, no se recomienda el uso de fórmulas lácteas especiales o terapéuticas, ya que facilita la recuperación de la función intestinal, y de esta forma mejor la absorción y digestión de los nutrientes

Tercera: Reconocer signos de deshidratación y alarma y en qué momento regresar de inmediato al establecimiento.

Tener en cuenta los siguientes signos:

- No se ve bien o empeora.
- Irritado o Hiperactivo o letárgico.
- Deposiciones líquidas muy frecuentes (> de 4 deposiciones en 4 horas o 10 deposiciones en 24 horas) y de gran volumen.
- Vómitos en reiteradas oportunidades.
- Sed intensa.
- No tolera la vía oral
- Fiebre
- Presencia de sangre en las heces.

Cuatro: Enseñar a evitar futuros episodios de diarrea.

- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementa hasta los dos años de edad.
- Lavado de manos con agua y jabón: después de usar el baño, cambio de pañales, preparación de alimentos.
- Hervir el agua, cocinar bien los alimentos, almacenarlos adecuadamente.
- Cumplir con el esquema de vacunas, incluyendo sarampión y rotavirus.

Quinto: Administración de Zinc

Se recomienda como coadyuvante en todas las enfermedades diarreicas desde los 6 hasta los 59 meses, ayuda a reducir la severidad y duración de la diarrea. La

primera dosis se debe administrar dentro del establecimiento de salud, si el niño o la niña rechazan o vomita el Zinc esperar 30 min y volver a ofrecerle una nueva dosis. Ver Anexo 5.

Caso clínico 02:

Las convulsiones febriles se definen como una convulsión ante la presencia de una temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$, no asociada a una infección del sistema nervioso central, ni tampoco a convulsiones a febriles previas, estas convulsiones afectan del 2 al 5% entre los 6 meses a 5 años, pero la mayoría se produce entre los 12 y los 18 meses de edad. Las convulsiones febriles simples tienen una duración < 15 min, no asociado a características focales y no recidivan dentro de un período de 24 horas.

Las convulsiones febriles complejas tienen una duración ≥ 15 min de forma continua o con pausas, tienen características focales, o recurren a las 24 h. Hablando de manera general, el $> 90\%$ de las convulsiones febriles son simples (21).

El diagnóstico se basa en realizar una buena anamnesis para catalogarla como una “verdadera” CF, clasificarla y determinar el foco a través de un minucioso examen físico, En lactantes $<$ de 12 meses, la realización de una Punción Lumbar (PL) es altamente recomendable, debido a que los signos y síntomas sobre meningitis pueden ser mínimos o estar ausentes, los niños de 12 a 18 meses de edad, debe considerarse la PL, porque la clínica de meningitis puede ser sutil, a los niños $>$ de 18 meses, se recomienda la PL se recomienda en presencia de signos y síntomas meníngeos. El Electroencefalograma (EEG) tiene un valor limitado en la CF, es más probable que sea anormal en los niños de mayor edad con CF, la Asociación Americana de Pediatría indicó que el EEG no debe ser parte de la evaluación de rutina en niños neurológicamente sanos con una CF simple, las neuroimágenes realizarse en niños que al examen físico presenta alteraciones

neurológicas, no se recomienda la realización de exámenes de laboratorio de rutina (22).

Medidas generales (23):

- Lateralizar a la izquierda, para evitar aspiración.
- Mantener las vías aéreas permeables.
- Administrar oxígeno de ser necesario.
- Si la ventilación es deficiente → Intubar.
- Monitorear los signos vitales: Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Control de temperatura: medios físicos - antipiréticos.
- Canalizar vía.

Manejar la Crisis convulsiva (23):

1. Diazepam:

- 0.3 mg/kg/dosis, endovenoso lento, máximo de 10 mg.
- Aplicar sin diluir, en caso de hacerlo, usar NaCl 0.9% o agua destilada.
- Puede repetirse hasta 2 veces, cada 5 – 10 minutos.
- Si no se puede aplicar por vía endovenosa, administrar por vía rectal a una dosis de 0.5 mg/kg/dosis, dosis máxima de 20 mg

De no lograrse el control de la convulsión, pasar al siguiente paso:

2. Fenitoína:

- 15 – 20 mg/kg/dosis por vía endovenosa.
- Diluir en agua destilada.
- Puede repetirse cada 10 – 15 min con monitoreo cardíaco.
- No pasar más de 50 mg por minuto.
- Dosis máxima es de 1 gr.

De no lograrse el control de la convulsión, pasar al siguiente paso:

3. Fenobarbital:

- 15 – 20 mg/kg/dosis endovenoso, dosis máxima de 1 gr o > 70 – 80 mg/kg.
- Puede diluirse en agua destilada o NaCl 0.9%.
- Puede repetirse cada 10 – 15 minutos, hasta alcanzar dosis máxima.
- La infusión no debe ser mayor de 100 mg/min.
- Si es necesario exceder la dosis máxima, se necesitara apoyo ventilatorio.

Para el control de la fiebre, se usó Metamizol. El Metamizol sirve para manejar pacientes muy febriles, cuando el control térmico no ha sido posible con otros medicamentos, se usa una dosis, de 10 mg/kg/día con un máximo de cuatro dosis, un riesgo frecuente en niños menores de 1 año es la hipotermia y el uso parenteral puede causar hipotensión (24).

Menos del 1% de las crisis febriles tienen como causa una infección del sistema nervioso central, se debe sospechar en niños con historia previa de hiporexia, irritabilidad, letargia o vómitos, crisis atípicas, déficit neurológico focal, pobre respuesta pupilar, fontanela abombada, periodo post ictal prolongado (25).

La guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de crisis febriles del Hospital Nacional Cayetano Heredia, recomienda los siguientes exámenes para buscar la causa de la fiebre (25).

Punción Lumbar:

Se debe realizar en niños que además de la convulsión y la fiebre, presentan síntomas y signos meníngeos (Brudzinski, rigidez de nuca, Kernig). Niños que no cuentan con vacunas contra Haemophilus Influenzae tipo b o Streptococo Pneumoniae, o no se ha determinado su estado de inmunización previo. Niños con tratamiento antibiótico previo, ya que puede enmascarar los síntomas y signos de meningitis. Se debe considerar en todo paciente con crisis febril atípica o compleja o niño menor a 1 año y no existe la causa clara de la fiebre. Del líquido obtenido se realizarán estudios de citología, gram y bioquímico (glucosa y proteínas), más cultivo, para aislar la causa definitiva de la neuroinfección (25).

Neuroimagen:

No son exámenes de rutina en niños con crisis febril, debe ser direccionado hacia la causa de la fiebre (25).

Exámenes de laboratorio:

No se recomienda de rutina, dependerá de la evaluación de cada paciente, se consideran: hemograma, glucosa, calcio, examen de orina, calcio, fosforo, magnesio (25).

Caso clínico 03:

Plan de trabajo:

1. Nebulización con 4ml de suero fisiológico NaCl al 0,9% STAT.
2. Paracetamol 120mg/5ml: 4ml VO condicional a temperatura axilar mayor a 38°.
3. Aplicar 2 a 3 gotas de suero fisiológico NaCl al 0,9% en cada fosa nasal cada 06 horas, luego aspirar secreciones.
4. Continuar con lactancia materna con frecuencia.
5. Observar signos de alarma (persistencia de fiebre, dificultad para respirar, dificultad para lactar, somnolencia) si presentara alguno acudir al establecimiento de salud más cercano por emergencias.
6. Control por consultorio externo en 05 días. Ver Anexo 6.

La bronquiolitis es el primer cuadro de tos con sibilancias o estertores, posterior a síntomas de infección respiratoria alta por 3 a 5 días en los niños menores de 2 años. Es causada por el virus sincitial respiratorio (VSR) en un 70% de los casos (26).

Las infecciones de vías respiratorias bajas son un problema importante en nuestro país, con más de 2.3 millones de casos diagnosticados en el año 2017. En los últimos 5 años los casos de bronquiolitis han aumentado según lo documentado en el Sistema de Consulta Externa HIS. El mayor número de casos se presentan en los niños menores de 1 año de edad. El 2% a 5% de los niños con bronquiolitis aguda requerirán ser hospitalizados y hasta 20% de

estos niños pueden requerir ingreso a unidades de terapia intensiva pediátrica (26).

Caso clínico 04:

Plan de trabajo:

1. I/C con servicio de pediatría para evaluación.
2. Mantener hidratación de la piel y control de la temperatura corporal en cervicocuna hasta coordinación de referencia.
3. Referencia a establecimiento de mayor complejidad – Hospital Belén de Lambayeque.

La ictiosis se refiere a un grupo de alteraciones cutáneas de la formación del estrato córneo. Las ictiosis se dividen en ictiosis vulgar, ictiosis ligada al cromosoma X, ictiosis congénitas recesivas, en donde encontramos a la eritrodermiaictiosiforme congénita no bulosa y a la ictiosis laminar, uno de los tipos más frecuentes de todas, aunque tan solo ocurre en uno de uno de cada 100 000 nacimientos. Está causada por mutaciones en el gen que codifica la enzima transglutaminasa-1, proteína que se encuentra en la membrana de los queratinocitos, la cual se encarga de unir las proteínas precursoras que forman la capa córnea. Entre los factores de riesgo para padecer esta enfermedad se encuentran los factores genéticos como endogamia y consanguinidad (27).

El término “bebé colodión” engloba al fenotipo inicial de ictiosis, es más frecuente en recién nacidos pretérmino, pequeños para la edad gestacional, los cuales nacen recubiertos por una membrana gruesa, brillante y tensa, también presentan eclabium, ectropión e hipoplasia de los cartílagos nasales y auriculares. La membrana colodión se separa entre la primera y cuarta semana de vida, lo que evidencia el tipo de ictiosis definitiva. Existen alteraciones en las glándulas sudoríparas que favorecen una piel seca. La piel no es flexible y, por lo tanto, hay una disminución de la movilidad de las articulaciones y contracturas flexurales; lo que propicia la formación de fisuras en la superficie de movimiento como palmas y plantas, estas fisuras pueden infectarse por *Staphylococcus aureus*,

Streptococcus β -hemolítico grupo A y Escherichia coli, lo que aumenta la mortalidad del bebé colodión, le siguen los trastornos hidroelectrolíticos y alteraciones en la termorregulación (27).

El tratamiento está dirigido a mantener la temperatura del neonato, en una incubadora con ambiente humidificado; conservar el equilibrio hidroelectrolítico y la ingesta calórica. Se recomienda el baño diario con jabones antisépticos y el uso de pomadas emolientes como preparados con glicerol, urea o vaselina, cada cuatro o seis horas, hasta que desaparezca la hiperqueratosis. Es importante también guiar a los padres en el conocimiento y manejo de la enfermedad, sobre todo por las implicaciones estéticas que existen que pueden repercutir en la salud mental tanto del niño como de los padres (27).

Rotacion de Cirugía General

Caso clínico 01:

Plan de trabajo:

1. Hioscina + Metamizol + Dimenhidrato EV pasar en 100cc de NaCl 0.9%
2. NaCl 0.9% 1000cc EV a XXX gotas x min.
3. SS hemograma completo.
4. SS ecografía abdominal.
5. Con resultados, evaluación por especialista.

El dolor abdominal representa el 10% de las visitas a Emergencia, los hallazgos físicos al examen son variables y pueden ser engañosos. El dolor abdominal deriva de una o más de tres vías del dolor: Visceral, es sordo, molesto y pobremente localizado, Parietal, es profundo, debido a irritación o inflamación del peritoneo parietal o de la raíz del mesenterio, siendo más definido, Refereido, se manifiesta en un lugar distinto al que es estimulado, frecuente en adultos mayores, dificultando el diagnostico (28).

La colelitiasis se define como la presencia de uno o varios cálculos dentro de la vesícula biliar. El 10% de los adultos y el 20% de los individuos > 65 años tienen cálculos biliares, los cuales tienden a ser asintomáticos, siendo el síntoma más frecuente el cólico biliar. El diagnóstico se basa en la anamnesis y exámen físico, apoyándose de una ecografía. La ecografía abdominal es la prueba de elección para detectar la presencia de los cálculos biliares, tiene una sensibilidad y una especificidad del 95%, además se puede observar con exactitud, si hay presencia de arenilla biliar (29). La litiasis en vesícula se sospecha en pacientes que presentan estos síntomas: dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho del abdomen que puede estar asociado a náuseas y vómitos. El dolor es intenso (mayor a 5 en la escala visual análoga del dolor) inicia de forma brusca o aumenta progresivamente de intensidad antes de estabilizarse. Esto es debido a la distensión de la vesícula biliar tras una obstrucción aguda, transitoria del conducto cístico por un cálculo. La mayor parte de los episodios se resuelven espontáneamente. El dolor de tipo cólico biliar tiene una frecuencia irregular, inicia aproximadamente una hora después de las comidas, durante la última hora de la tarde o por la noche, puede despertar al paciente del sueño y durar más de una hora (30).

El examen de diagnóstico por imagen de elección en la detección de cálculos biliares es la ecografía abdominal, la cual tiene una exactitud de más del 95%. En la examen ecografico, los cálculos biliares tienen forma de focos ecogénicos, los cuales proyectan una sombra distal hipoecogénica. Para poder diferenciar entre cálculos y pólipos vesiculares la ecografía se debe realizar con el paciente en diferentes posiciones, como decúbito supino, decúbito lateral izquierdo o en posición vertical. El barro biliar se detecta también mediante ecografía y se muestra como pequeños focos ecogénicos que asemejan arena. Si tenemos un paciente con dolor de tipo cólico biliar, pero con una ecografía abdominal normal, podemos utilizar la ecografía endoscópica, la cual tiene una sensibilidad elevada, de un 94–98% en la detección de la colecistolitiasis. Esta técnica puede resultar útil en los pacientes con una pancreatitis aguda o recurrente aguda inexplicada,

que podría ser producida por el barro biliar. Se ha recomendado el empleo de la resonancia magnética si los resultados de la ecografía no son concluyentes. La tomografía computarizada es menos útil para el diagnóstico de los cálculos de la vesícula biliar (30).

En cuanto al manejo del cólico biliar, se debe priorizar la analgesia, se usan fármacos analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en combinación con espasmolíticos. Estudios recientes muestran que el uso de AINES reduce la probabilidad de que se produzca una colecistitis aguda a lo largo de un cólico biliar. Si se presentan síntomas intensos, se hace uso de opioides con acción analgésica más potentes. Siendo el de elección, la buprenorfina, ya que parece causar menos contracción del esfínter de Oddi, frente al uso de la morfina. La colecistectomía es el gold estándar para la litiasis vesicular sintomática. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan cólicos recurrentes, el riesgo de complicaciones en estos pacientes, como colecistitis aguda, pancreatitis biliar, ictericia obstructiva o colangitis es de un 0,5–3% al año. Las alternativas a la cirugía son el tratamiento de disolución con ácidos biliares mediante el empleo de ácido ursodesoxicólico (UDCA) y la litotripsia extracorpórea, pero estos tratamientos no pueden recomendarse de rutina debido a la baja tasa de curación que alcanzan (30).

Caso clínico 02 y 04:

Plan terapéutico

1. Se solicita: Hemograma completo, examen de orina completo.
2. Referencia por emergencia a establecimiento de mayor complejidad – Hospital Docente las Mercedes – servicio de cirugía general.

El dolor abdominal de inicio agudo es una de las patologías más frecuentes que se puede observar en el servicio de emergencias. Es de vital importancia una buena anamnesis y un enfoque rápido y oportuno de todo paciente que ingresa a emergencia por dolor abdominal (31). Los médicos son los responsables de determinar si un paciente con dolor abdominal necesita tan solo observación y

tratamiento conservador o si éste requiere más estudios, una referencia con un especialista o si necesita un manejo quirúrgico lo más pronto posible (32).

Una de causas más comunes de dolor abdominal agudo es la apendicitis, y a la vez es una de las motivos más comunes para una cirugía abdominal de emergencia. Durante la segunda y tercera década de la vida es donde esta patología ocurre con más frecuencia, siendo los varones los más afectados. En su presentación clínica clásica el paciente refiere dolor periumbilical que migra a fosa iliaca derecha, esto solo ocurre en 50 a 60% de pacientes, se pueden presentar también náuseas y vómitos, los cuales aparecen después del dolor abdominal, fiebre y también está asociada a anorexia, un síntoma que aparece hasta en el 70% de los casos (33).

Para realizar un buen diagnóstico de apendicitis aguda debemos integrar la información de la anamnesis, el examen físico y nos podemos ayudar de exámenes de laboratorio y del uso de la escala de Alvarado. Esta escala que es muy útil para el diagnóstico de la apendicitis aguda y nos ayuda a tener una mejor oportunidad y eficacia de la evaluación, especialmente en los establecimientos, los cuales no cuentan con estudios de imágenes. La puntuación tiene 6 parámetros clínicos (dolor migratorio, náuseas o vómitos, anorexia, dolor en cuadrante inferior derecho, fiebre y signo del rebote +) y 2 mediciones de laboratorio (leucocitosis, neutrofilia mayor a 75%) con un total de 10 puntos. Si el puntaje es < a 4 puntos, hay una baja probabilidad de que sea una apendicitis, se deben considerar otras causas; entre 5 a 6 puntos, es consistente con apendicitis, pero no es diagnóstico por lo cual se recomienda ingreso hospitalario y observación, se pueden usar estudios de imágenes como ecografía o TAC para descartar otras causas; y con 7 a 10 puntos hay una alta probabilidad que nos encontremos frente a una apendicitis y por lo tanto no se debe retrasar el manejo quirúrgico (34).

Es también de suma importancia realizar un buen diagnóstico diferencial, sobre todo si nos encontramos con una paciente mujer en edad fértil. Tenemos que

descartar ginecológicas y obstétricas de dolor abdominal agudo como enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo ováricos, ruptura de quistes ováricos, torsión ovárica y embarazos ectópicos (32).

Ver Anexo 7.

Caso clínico 03:

Plan de trabajo:

1. Tramadol 50mg SC STAT, luego condicional a dolor.
2. Lavado de herida por 10 minutos con NaCl al 0,9% y yodopovidona.
3. Sutura de herida con puntos de Afronte.
4. Amoxicilina/ ácido clavulánico 500mg/125mg VO cada 08 horas por 10 días.
5. Naproxeno 550 mg VO cada 12 horas por 5 días.
6. Vacunación antitetánica.
7. Vacunación antirrábica esquema estándar.
8. Notificar caso y vigilancia del animal durante 10 días.
9. Control por consultorio externo en 03 días.

En cuanto a la atención primaria de una herida por mordedura canina, se recomienda el lavado de las heridas por aproximadamente por 10 minutos con jabón doméstico y abundante agua, yodopovidona o cualquier otra sustancia antiséptica, para reducir la carga viral y bacteriana. Si es necesario suturar como en mordeduras extensas o desgarradas, la sutura debe ser laxa, con puntos de Afrontamiento, para así facilitar el drenaje, pero si la mordedura se encuentra en cabeza o cara es mejor realizar una sutura primaria. Se puede infiltrar suero antirrábico en la periferie y por la parte inferior de la herida, antes de realizar la sutura si la mordedura se encuentra en cara, cabeza, cuello, pulpejo de dedos y genitales y han sido producidas por animales domésticos o silvestres sospechosos de rabia, también si son mordeduras múltiples, profundas o desgarradas. Se aplicará inmunización antitetánica de acuerdo con los antecedentes de vacunación del paciente y también se procederá con un tratamiento antibiótico adecuado (35).

Para determinar el riesgo de rabia, las exposiciones se clasifican en leves y graves. En las leves tenemos a las mordeduras ocasionadas por gatos o perros que no manifiestan sospecha o signos de rabia. La lesión es superficial, única, ubicada en cualquier parte del cuerpo, excepto cuello, cabeza, cara o pulpejo de dedos de mano. Las exposiciones graves se dan en mordeduras localizadas en cara, cabeza, cuello o pulpejo de dedos por animales domésticos con o sin sospecha de rabia, en mordeduras profundas, desgarradas o múltiples, ocasionadas por animales desconocidos o por animales que mueren durante los siguientes 10 días de la exposición (35).

En el Libro de Registro de Denuncias de Mordeduras por Animales, el personal de salud del establecimiento debe registrar la denuncia de la mordedura, donde el médico, de acuerdo a la condición del animal que ocasionó la mordedura, determina el tipo de exposición y el tratamiento que debe ser seguido por el paciente. En el Libro de Pacientes en Vacunación Antirrábica Humana será registrado el esquema de vacunación prescrito. Se utiliza el esquema estándar post exposición de la OMS el cual consta de 5 dosis, aplicadas en el día 0 (el día de la exposición), día 3, 7, 14, 21 y 28 por vía intramuscular en la región deltoidea para adultos y niños mayores de 2 años (35).

La profilaxis antibiótica se recomienda en los pacientes que presenten heridas que han sido afrontadas, que se localicen en cara, manos o genitales, que sean profundas y estén próximas a huesos o articulaciones, en pacientes inmunocomprometidos, o en mordeduras que tiene más de 8 horas. La profilaxis antibiótica debe cubrir agentes como *S. aureus meticilina resistente*, streptococos y *P. multocida*. El antibiótico preferido por su espectro de cobertura es Amoxicilina con ácido clavulánico y la primera dosis debe ser recibida lo más pronto posible después de ocurrida la mordedura. Antibióticos como cefalosporinas de primera generación, penicilinas resistentes a la penicilasas como dicloxacilina o macrólidos deben ser evitados debido a su limitado espectro de acción (36).

Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 01:

Plan de trabajo:

1. Captopril 25 mg VO STAT.
2. Control de PA en 30 min.

Se define crisis hipertensiva a la elevación aguda de la presión arterial, pudiendo esta producir o no alteraciones en órganos blancos como: cerebro, riñón, arterías, retina y cerebro. Emergencia hipertensiva: presentar una presión arterial > 180/120 mmHg de forma súbita, asociado a disfunción progresiva o súbita de los órganos blancos, pudiendo comprometer la vida y causando daños reversibles. El tratamiento es endovenoso. Urgencia hipertensiva: elevación de la presión arterial de manera súbita sin compromiso de órgano blanco, el tratamiento es por vía oral. Gran parte de las UH se manejan con un fármaco por VO, captopril y nefidipino; el captopril, es el más utilizado tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria, se recomienda empezar con una dosis de 25 mg VO, siendo evidente su efecto a los 15 – 30 min y dura 4 – 6 h, posterior a eso agregar una medicación establecida. El objetivo de la Emergencia Hipertensiva una reducción del 20 al 25 % de la inicial, desde los primeros minutos hasta las 2 h (37) (ver Anexo 8).

Caso clínico 02:

La Cetoacidosis Diabética es una complicación grave de la diabetes, llegando a ser mortal, esta es más frecuente en la diabetes tipo 1 (38).

La fisiopatología resulta de la deficiencia absoluta de insulina en sangre y un aumento de las hormonas contrarreguladoras (cortisol, hormona de crecimiento, glucagón y epinefrina) en el hígado, lo cual trae como consecuencia un incremento de la gluconeogénesis y de la glucogenólisis, llevado a una mayor producción hepática de glucosa, además de una disminución de la captación periférica de

glucosa, esta hiperglicemia produce una diuresis osmótica, provocando deshidratación y pérdida de electrolitos (Potasio) (39).

Criterios Diagnósticos: Ver Anexo 9.

Se recomienda los siguientes exámenes auxiliares para confirmar el diagnóstico (39):

- Glucosa sérica.
- Análisi de gases arteriales.
- B – Hidroxibutirato sérico (idealmente).
- Osmolaridad sérica (idealmente).
- Electrolitos séricos (para calcular osmolaridad sérica y anión gap).

El Hospital Cayetano Heredia, recomienda la siguiente terapéutica (39):

Fluidoterapia:

El déficit por agua en la Cetoacidosis Diabética es de 100cc/kg, se debe reponer el total de pérdida de agua dentro de las primeras 12 a 24 horas (el 50% del déficit dentro de las primeras 6 horas) (39).

Si el paciente presenta Shock, dar NaCl 0.9% a dosis de 20 cc/kg en 30 a 60 min, si no está en Shock, dar NaCl 0.9% a una velocidad de 15 a 20 cc/kg/hora o 1 L a 1.5 L en una hora. Una vez hidratado el paciente ajustar una infusión entre 4 a 14 cc/kg/h. Inicialmente usar soluciones al 1 Normal (NaCl 9%) hasta estabilizar hemodinamicamente, luego al ½ Normal (NaCl 0.45%) si el valor del sodio corregido está en rangos elevados o normales, si el sodio corregido se encuentra por debajo de límites normales usar NaCl 0.9% (39).

Insulinoterapia:

El objetivo es detener la cetosis y mejorar la glicemia. Antes de iniciar la infusión de insulina es necesario el valor de potasio sérico (39).

Hay 2 corrientes: en la primera se usa un bolo endovenoso directo de 0.1 UI/kg de insulina regular, luego una infusión continua de 0.1 UI/kg/hora; la segunda, inicia con una infusión de 0.14 UI/kg/hora (39).

Asegurarse un descenso gradual de glicemia de 50 a 75 mg/dL/hora, se debe monitorizar la glicemia capilar cada 1 a 2 horas (39).

Electrolitos:

Potasio (39):

- Si $K < 3.3$ mEq/L, retrasar la infusión de insulina endovenosa y dar 20 a 30 mEq/L (1 a 2 ampollas de ClK al 20%) en una hora hasta alcanzar mayores valores.
- Si $K > 5.2$ mEq/L, no dar potasio, control de valor sérico en 2 horas.
- Si K entre 3.3 – 5.2 mEq/L, dar 20 a 30 mEq/L (1 a 2 ampollas de ClK al 20%) a cada litro de solución a infundir.

Bicarbonato (39):

El uso de bicarbonato en pacientes que presenten Cetoacidosis Diabética, ya que la insulino-terapia y la recuperación de la volemia detienen la producción de cuerpos cetónicos llevando a una disminución del consumo de la reserva alcalina.

Fosfato (39):

Existe un déficit de fosfato de aproximadamente 1 mmol/kg en promedio, produciendo debilidad muscular, rabdomiolisis o falla cardíaca, de presentarse la clínica, se puede reemplazar a 20 – 30 mEq/L agregado a las soluciones a infundir, con una velocidad de infusión no mayor a 4.5 mmol/hora.

Caso clínico 03:

Plan de trabajo:

1. Metformina 850 mg VO después de desayuno y cena
2. Losartán 50 mg VO cada 12 horas
3. Atorvastatina 20mg VO cada 24 horas
4. Levofloxacino 750mg VO cada 24 horas por 10 días
5. Curación diaria en centro de salud
6. Teleconsulta a servicio de Endocrinología del Hospital Regional Lambayeque

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2019 se registraron 3.9 casos de diabetes mellitus por cada 100 peruanos mayores de 15 años. La población femenina es la más afectada (4.3%) a diferencia de la población masculina (3.4%). Y en el contexto de la emergencia sanitaria por la pandemia del coronavirus, la diabetes se ha convertido en una de las comorbilidades más frecuentes en las personas fallecidas por la covid-19 (40).

Para el año 2020, en comparación del 2019, el Minsa trazó una meta de atención de 180 000 personas con diabetes a nivel nacional, un 10% adicional más que el año pasado. A pesar de ello, debido a la emergencia sanitaria por la pandemia, Covid-19, se generó una brecha de atención, logrando registrar, entre enero y octubre, 74 457 atenciones, significando tan solo el 55% de la población programada para este año. Es por esto que Minsa sigue promoviendo la atención integral del paciente con diabetes, ahora a través de las teleconsultas, podrán tener acceso a una evaluación con oftalmología, nefrología y cardiología, de una manera más rápida (41).

El principal factor de riesgo que lleva a las amputaciones no traumáticas en personas que sufren de diabetes, son las úlceras del pie diabético. Este presenta una alteración funcional y anatómica, determinada por daño neurológico y diversos grados de la alteración vascular periférica, lo cual lo hace más susceptible a presentar infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos. Las úlceras del pie diabético se pueden clasificar según Wagner en seis grados, sin embargo, clasificación de la Universidad de Texas de San Antonio (ver Anexo 10) es más

completa ya que combina el grado de profundidad (0-III) con la presencia o ausencia de infección/isquemia (A - D) (42).

Luego del cribado inicial, el manejo comienza derivando al paciente al endocrinólogo y nutricionista, para un estricto control de la glicemia y apoyo nutricional,. El manejo quirúrgico comienza con el desbridamiento y el control de la infección con tratamiento antibiótico, en caso de encontrarnos frente a una úlcera que no cicatriza, se debe derivar a los especialistas correspondientes para su posterior tratamiento y evaluación para limitar la diseminación de la infección y realizar el salvataje del pie diabético (42).

Caso clínico 04:

Plan de trabajo:

1. Limpieza de la lesión.
2. Estibogluconato de sodio 1250 mg diluido en 100 cc de NaCl al 0,9%, a goteo lento cada 24 horas por 20 días.
3. Notificación del caso.
4. Se solicitan: perfil hepático, urea, creatinina.

La leishmaniasis es causada por por la picadura de insectos del género Lutzomyia, el cual inocula al protozoo del género Leishmania. La leishmaniasis cutánea es la forma clínica más común y en el Perú se reportan aproximadamente 7000 casos cada año (43).

El tratamiento de primera línea para esta enfermedad consiste en recibir un ciclo de 20 dosis parenterales de estibogluconato de sodio o de antimonio de meglumine a dosis de 20mg/kg de peso/día, con una dosis máxima de 1250 mg por día (44).

Sin embargo, la eficacia de estos medicamentos es controversial. En un estudio peruano elaborado en el Instituto de Medicina Tropical "Alexander Von Humboldt" entre los años 2000 al 2004, se demostró que el porcentaje de falla de los

pacientes tratados con estibogluconato de sodio fue de 24,4% y de los pacientes tratados con antimonio de meglumine fue de 19,0% (44). Como tratamiento de segunda línea se utiliza anfotericina B a dosis de 0,5mg/kg de peso/día, solo en casos de falla terapéutica a 2 series completas y dosis adecuadas de tratamiento con antimoniales pentavalentes (44).

Todos los pacientes con leishmaniasis deben ser controlados estrechamente para verificar la eficacia del tratamiento y la aparición de efectos colaterales como artralgias, mialgias, náuseas, vómitos, dolor abdominal, mareos, cefalea, debilidad, edema. Se deben proporcionar tres controles clínicos, al finalizar el tratamiento, a los 30 días de haber finalizado el tratamiento y a los 3 meses (45).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante el internado los estudiantes de medicina tienen la oportunidad de rotar por las cuatro áreas de ginecobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general, las cuales son de suma importancia para su formación profesional como futuro médico general. Durante esta etapa se consolida todo lo que hemos aprendido en 6 años de estudios, no solo se adquieren conocimientos teóricos sino también prácticos y además nos permite interactuar con el resto del personal de salud y conocer desde dentro cómo es el trabajo en un establecimiento de salud.

A diferencia de nuestros compañeros que retomaron el internado en octubre del 2020 y que tuvieron la oportunidad de rotar por hospitales tanto del segundo como tercer nivel de atención, a nosotros se nos informó que tan solo rotaríamos en el primer nivel de atención y que tendríamos la oportunidad de rotar 5 meses en un hospital, dependiendo del número de plazas que éstos ofrecieran, lamentablemente no todos pudimos rotar por un hospital, sin embargo, pudimos rotar en establecimientos de distintas categorías dentro del primer nivel de atención, en los cuales aprendimos diferentes habilidades.

El hecho de no rotar por un hospital e iniciar el internado en un establecimiento I-2 nos causó gran inquietud al principio, ya que no tendríamos la oportunidad de rotar por áreas quirúrgicas como lo son cirugía general y ginecobstetricia. Sin embargo, luego pudimos rotar a establecimientos de mayor categoría dentro del primer nivel de atención, en donde pudimos participar de la atención de partos, una de las preocupaciones más grandes de los médicos generales que se encuentran realizando el SERUMS en las zonas más alejadas del país, ya que muchas veces ésta es la primera vez que se enfrentan solos a un parto en esta etapa de su carrera, por lo tanto tener una experiencia previa en cuanto a la atención de partos es de mucha importancia durante el internado.

Al comparar el internado hospitalario frente a realizarlo en un centro de salud, es un hecho que trae consigo ventajas y desventajas. Si bien no pudimos tener

acceso a las áreas quirúrgicas y a vivir la experiencia de entrar a una sala de operaciones y asistir en cirugías, hemos aprendido muchas otras habilidades que nos ayudarán en el futuro.

CONCLUSIONES

Uno de los períodos más importantes de la carrera de medicina humana, es el internado, ya que permite consolidar conocimientos teóricos y prácticos aprendidos durante la etapa de estudiante. Además, permite conocer más de cerca el trabajo dentro de un establecimiento de salud y permite tener un contacto más cercano con los pacientes.

El tiempo de desempeñar el internado en establecimientos de atención primaria, nos brindado una vista preliminar de cuál será nuestra función como futuros médicos generales en el SERUMS.

Una de las carencias más notables en nuestro sistema de salud es la bioseguridad, no solo el personal de salud debe conocer las normas y los principios de bioseguridad, sino también el personal técnico y administrativo que laboran en los establecimientos de salud, más aún frente al contexto de una pandemia.

Es importante entablar una buena relación médico – paciente, al estar en un establecimiento de primer nivel vamos a tener muchos pacientes continuadores, por ejemplo, los pacientes que sufren de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus o hipertensión arterial, quienes tienen controles mensuales, es de suma importancia tener una buena relación con ellos ya que así aseguramos una mejor adherencia al tratamiento y control de su enfermedad.

El manejo integral de la salud es de suma importancia, no solo el médico general se encarga de dar tratamiento, el manejo interdisciplinario con el resto del personal de salud como nutricionistas, obstetras y enfermeras permite un mejor control de la enfermedad y puede ayudar a prevenir y retrasar el avance de esta.

RECOMENDACIONES

Se debe garantizar un acceso igualitario a rotaciones en el primer de atención en salud, así como en el segundo y tercer nivel, durante el internado; es importante que las autoridades hagan cumplir con lo establecido y se puedan dar plazas a todos los internos ya que los diferentes niveles de atención aportan diferentes conocimientos teóricos y prácticos a los internos de medicina que serán necesarios para su inmediata y futura vida profesional.

Es necesario reforzar la atención y repartición de recursos en los establecimientos de atención primaria de salud, siendo estos el primer contacto entre la comunidad y el sistema de salud, así se evitará una saturación de los centros de mayor complejidad.

Es de vital importancia mejorar las medidas de bioseguridad en los centros de primer nivel de atención, se debe reforzar el cumplimiento de las normas y principios de bioseguridad no solo en el personal de salud si no también en personal técnico y administrativo de los establecimientos.

Es necesario mejorar el sistema de teleconsultas del sistema de salud, ya que no solo han sido de gran ayuda en el contexto de la pandemia, sino que en un futuro servirán para hacer llegar atención especializada a poblados de difícil acceso.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Villanueva R, Tapia R, Perea R, Rodríguez R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. 2007;10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v21n4/ems05407.pdf>
2. Taype A, Tataje G, Arizabal A, Alegría S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An Fac med. 12 de abril de 2016. 77(1): 31. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v77n1/a06v77n1.pdf>
3. Valadez S, Heshiki L, Osornio- L, Domínguez E, Tagle R. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. Investigación en Educación Médica. octubre de 2014;3(12):193-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v3n12/v3n12a4.pdf>
4. Gobierno del Perú. El Peruano. Fijan compensación remunerativa mensual para internos de Medicina Humana y Odontología. Decreto Supremo N.º 020-2002-EF- Poder ejecutivo. [Internet]. 2008. [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/223869-020-2002-ef>
5. Gobierno del Perú. El Peruano. Dictan medidas sobre jornadas máximas de modalidades formativas reguladas por la Ley N° 28518 así como de las prácticas pre-profesionales de Derecho y de internado en Ciencias de la Salud. Decreto Supremo N.º 003-2008-TR - Poder ejecutivo. [Internet]. 2008. [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal/#/expediente/search>
6. Gobierno del Perú. El Peruano. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del covid-19. Decreto supremo N°044-2020-PCM- Poder ejecutivo. [Internet]. 2020. [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>
7. ASPEFAM COVID-19 - 15.03.2020. ASPEFAM. [Internet]. 15 de marzo del 2020. [Consultado 2 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.aspefam.org.pe/covid19_comunicados.htm

8. Herrera P, Toro C. Educación médica durante la pandemia del covid-19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico covid-19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta Med Peru. [Internet]. 2020 [citado 21 de febrero de 2022]. 37(2). Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/999>
9. ASPEFAM. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención. Currículo y Manual del Interno. [Internet]. 1.^a ed. Lima, Perú: 2021. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
10. Aprueban el Documento Técnico: “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia Sanitaria”-RESOLUCION MINISTERIAL-N° 779-2021/MINSA [Internet]. 2021 [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico-lineamientos-para-el-desarro-resolucion-ministerial-n-779-2021minsa-1965360-1/>
11. Santisteban S, Serquen L. Influencia del programa educativo “Me cuido aprendiendo”, en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud José Abelardo Quiñones Gonzales – Chiclayo, 2016. [Internet]. Chiclayo, Perú: USS; 2016. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5854/Santisteban%200Santacruz%20%26%20Serquen%20Quispe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Gobierno regional de Lambayeque. Centro de salud "El Bosque" cumple 30 años de creación institucional. [Internet]. Perú: Gobierno regional de Lambayeque-Gerencia Regional de Salud Lambayeque. 2017. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/23530?pass=NA==>
13. Gobierno regional de Lambayeque. Directorio GERESA 2019. [Internet]. Perú: Gobierno regional de Lambayeque-Gerencia Regional de Salud Lambayeque. 2019. [Citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/tema/detalle/14706?pass=NA==>
14. Castillo P, Coronado M. Nivel de satisfacción de las madres sobre la calidad de atención de enfermería al niño menor de 5 años - centro de salud Toribia

- Castro - Lambayeque 2017. [Internet]. Chiclayo, Perú: USAT; 2017. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1322/3/TL_CoronadoMacoMaria_CastilloPinedoPierina.pdf.pdf
15. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. [Internet]. 2.^a ed. Lima, Perú. 2018. 536 p. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
 16. Diz L, Paller L, Larrocca C, Lauría W, Rey G. Complicaciones de la vía biliar en el periodo grávido-puerperal. Archivos de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2019. [Citado 23 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.ginecotologicab.hc.edu.uy/images/Complicaciones_de_la_v%C3%ADa_biliar.pdf
 17. Navarrete J. Reflujo gastroesofágico en gestantes de más de 20 semanas. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31202>
 18. Cunningham, Leveno, Bloom, Spong. Williams Obstetricia. 24ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 2015. 66p.
 19. Rojas E, Cabrera S. Artritis Reumatoide y embarazo. Actualización. Rev. Parag. Reumatol. [Internet]. 2020. [Citado 23 de febrero 2022]. 6 (1). 36–47. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-43412020000100036&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
 20. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Lima, Perú. 2017. 49 p.
 21. Convulsiones febriles - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-neurol%C3%B3gicos-infantiles/convulsiones-febriles>
 22. López Robles GA, Cerna Márquez MA, Contreras Martínez LM, Cáliz I, Zelaya S. Crisis Convulsivas Febriles: Revisión Integral. Act Ped Hond. 2 de julio de 2019. 8(2):810-8. Disponible en: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol8/pdf/APHVol8-2-2017-2018-8.pdf>

23. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica: Estado Convulsivo en Pediatría [Internet]. 1.a ed. Lima; 23 p. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAGPC%2010%20Emergencias%20en%20Pediatr%C3%ADa/RM511-2005%20Gu%C3%ADas%20Emergencia%20Pediatr%C3%ADa%20Parte%20II.pdf
24. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo de la Fiebre en el Paciente Pediátrico. Lima, Perú. 2019. 20 p.
25. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Crisis Febriles [Internet]. Lima; 2021 [citado 7 de abril de 2022]. 12 p. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_369-2021-HCH-DG.pdf.
26. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años. Lima, Perú: MINSA, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública 2019.
27. Vázquez G, Granados G, De la Rosa J. Ictiosis lamelar en una unidad neonatal. Rev Ciencias Médicas. [Internet]. 2020. [Citado 23 de febrero 2022]. 24 (4): 44-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000400016#:~:text=La%20ictiosis%20lamelar%20o%20eritrodermia%20ictioforme,plantar%20o%20onicosis%20y%20otros%20trastornos.
28. Hospital Cayetano Heredia. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Dolor Abdominal Agudo en el Adulto. Lima; 2014. 30 p. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/rd/RD2014/rd_169_2014.pdf
29. Colelitiasis - Trastornos hepáticos y biliares [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en:

<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/colelitiasis>

30. European Association for the Study of the Liver. Guías de práctica clínica de la EASL sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar. Journal of Hepatology. [Internet]. 2016. Vol. 65. 146 - 181. [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(16\)30032-0/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(16)30032-0/fulltext)
31. MINSA. Guía de práctica clínica de abdomen agudo en el adulto. [Internet]. Lima, Perú. MINSA. 2014.
32. Penner M, Fishman M. Evaluation of the adult with abdominal pain. UpToDate. [Internet]. 2021 [citado 24 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain?search=acute%20abdominal%20pain%20adult&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
33. Martin R. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. UpToDate. [Internet]. 2021 [citado 24 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H53459533
34. Meléndez J, Estela H, Sarmiento W. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Horiz. Med. [Internet]. 2019. [citado 24 de febrero 2022].19(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100003
35. MINSA. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú.1ra ed. Lima, Perú. MINSA, Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública, Dirección de prevención y control de metaxénicas y zoonosis. 2017.

36. Baddour L, Harper M. Animal bites (dogs, cats, and other animals): Evaluation and management. UpToDate. [Internet]. 2021 [citado 23 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=dog%20bite%20antibiotic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H420770747
37. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico, Tratamiento y Control de Crisis Hipertensiva. [Internet]. Lima, Perú. 2020. 46 p. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1916387/R.D.%20N%C2%BA%2002-HNAL-D-2021.pdf.pdf>
38. CDC. Cetoacidosis diabética. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. [citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetic-ketoacidosis.html>
39. Hospital Cayetano Heredia. Guía de Práctica Clínica: Crisis Hiperglicémicas. [Internet]. Lima; 2015. 16 p. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_088_2015.pdf
40. Carhuavilca D, Sánchez A. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2020.
41. Hanco J. Estrategias de prevención y control de la diabetes en tiempos de pandemia. Perú: MINSA. 2020. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE202021/04.pdf>
42. Pereira N, Peter H, Pio J. Úlceras del pie diabético: importancia del manejo multidisciplinario y salvataje microquirúrgico de la extremidad. Rev Chil Cir. [Internet]. 2018. [citado 23 de febrero 2022]. 70 (6). 535-543. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-40262018000600535&script=sci_arttext#t2
43. Pineda J, Marín R, Tinageros A. Manipulación de lesiones en pacientes con leishmaniasis cutánea: serie de casos en un hospital peruano. Rev Peru Med Exp

Salud Pública. [Internet]. 2020. [citado 24 de febrero 2022]. 37 (2). Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/265-269/>

44. MINSA. Leishmaniasis. Módulo técnico. Lima, Perú: MINSA, OGE. 2000.
45. Mancha C, Carrera R. Factores asociados a la falla de la terapia con Estibogluconato de sodio en pacientes diagnosticados de Leishmaniasis cutánea en Hospital Arzobispo Loayza de Perú entre los años 2006- 2018. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. [Internet]. 2021. [citado 24 de febrero 2022]. Disponible en:
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/655347>

ANEXOS

Anexo 1: Clasificación clínica del Desprendimiento Prematuro de placenta.

DPPNI	GRADO 0	GRADO I	GRADO II	GRADO III
METRRORRAGIA	Nula	Ligera o ausente 150-500 ml	Intensa > 500 ml	Muy intensa
SHOCK	Normal	NO	Shock leve I-II	Shock Grave III-IV
PERDIDA DE BIENESTAR FETAL	NO	Rara o leve	Grave	Muerte fetal
COAGULACIÓN	Normal	Normal	Compensada Fibrinógeno puede estar bajo	Signos clínicos de CC ¹
ASPECTO DE ÚTERO	Normal	zona pequeña rojo-azulada	Intermedio entre I – III	Útero de Couvelaire
GRADO DE DESPRENDIMIENTO	Ocasional	< 30 %	30-50 %	50-100 %
FRECUENCIA	---	60 %	15 %	25 %

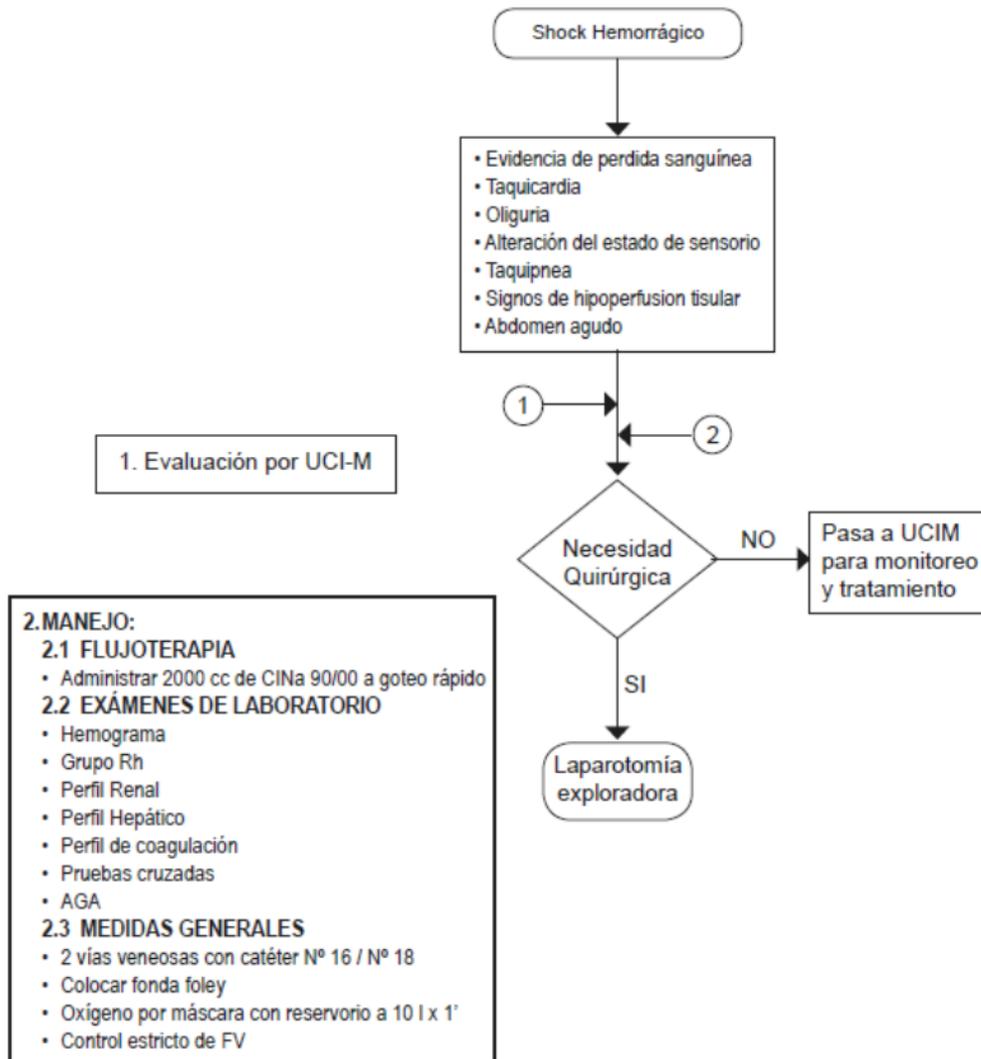
Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología - Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018.

Anexo 2: Manejo de Inmediato del Shock Hipovolémico Gineco – Obstétrico.



Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales – Ministerio de Salud. 2010.

Anexo 3: Flujograma del manejo de la hemorragia postparto.



Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018.

Anexo 4: Factores de riesgo asociados a hemorragia postparto.

FACTORES	ATONÍA UTERINA	RETENCIÓN PLACENTA	RETENCIÓN RESTOS PLACENTARIOS	LESIÓN CANAL PARTO	INVERSIÓN UTERINA
ANTECEDENTES	Multiparidad	Cicatriz uterina previa	Cicatriz uterina previa	Primigesta	Inversión previa
	Gestante añosa	Legrados Uterinos	Antecedente de Legrados	Macrosomía	Multiparidad
CARACTERÍSTICAS	Macrosomía	Miomatosis	Acretismo placentario	Parto precipitado	
	Poliamnios	Acretismo placentario	Lóbulo placentario aberrante	Expulsivo prolongado	Acretismo placentario
	Embarazo múltiple	Anomalías uterinas	Óbito fetal	Parto instrumentado	Cordón umbilical corto
	Desprend P P	Corioamnionitis	Corioamnionitis	Extracción podálica	
	Parto prolongado	Prematuridad	Alumbramiento manual incompleto	Periné corto y fibroso	Placenta fúndica
	Parto precipitado	Placenta Previa		Várices vulvoperineales	
	Corioamnionitis	Parto prolongado		Episiotomía	
	Miomatosis			Mala Actitud Presentación	
	Maniobra Kristeller			Maniobra Kristeller	
	Obesidad				
INTERVENCIONES	Oxitóicos	Mala conducción del Parto	Mala conducción del Parto	Mala atención del expulsivo	Mal manejo alumbramiento
	Anestesia general	Mal manejo alumbramiento	Mal manejo alumbramiento		Mala técnica extracción placenta
	Sulfato de Magnesio				Tocolíticos
	Tocolíticos				

Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018.

Anexo 5: Clasificación de la deshidratación en diarrea aguda en niños.

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

(*) "Signos claves de deshidratación"

(a) La letargia y la somnolencia no son lo mismo. Una niña o niño letárgico no está simplemente adormecido sino que su estado mental está embotado y no se despierta completamente; la niña o el niño parece derivar hacia la inconsciencia.

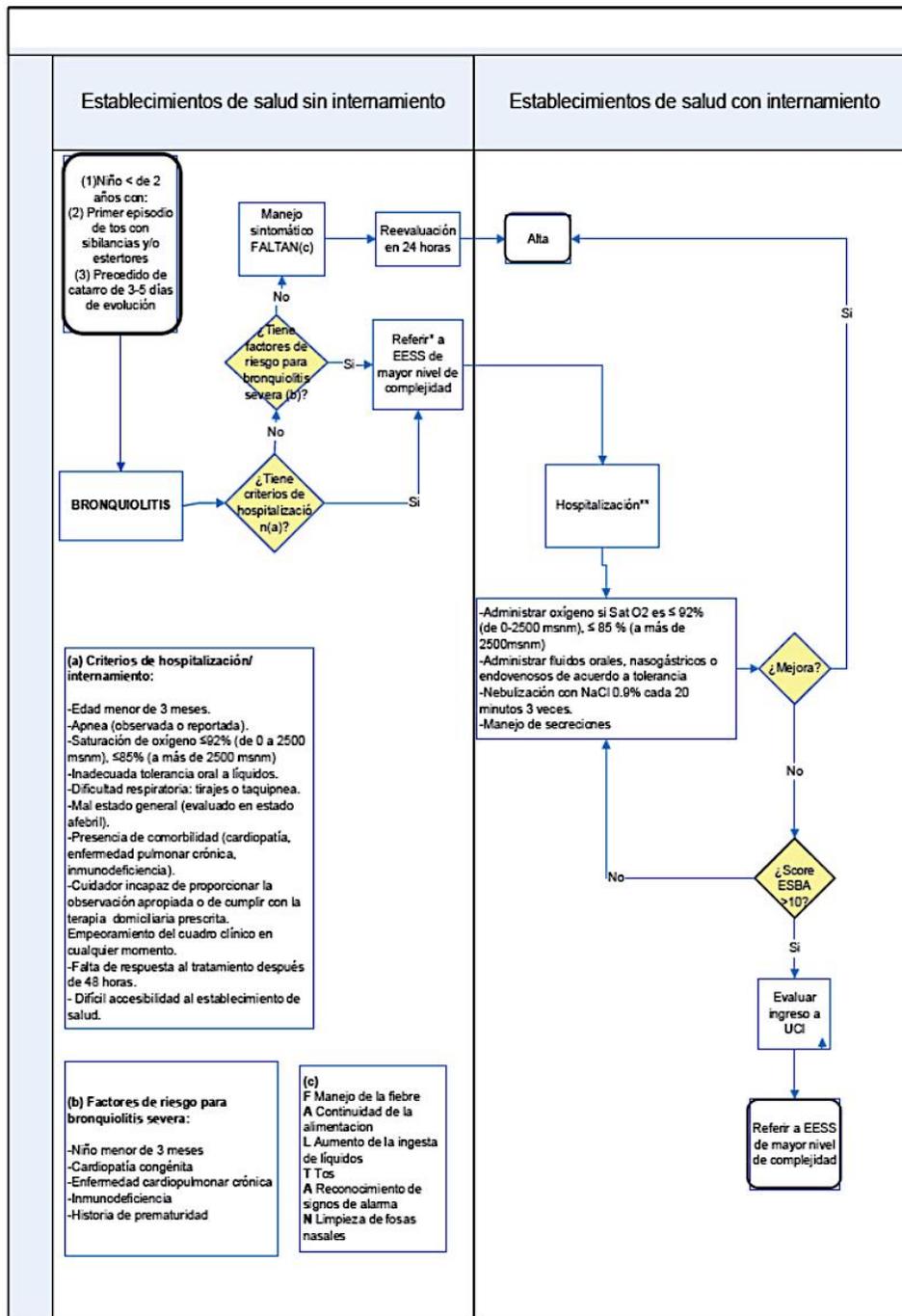
(b) En algunos lactantes, niñas y niños los ojos están normalmente algo hundidos. Es útil preguntarle a la madre si los ojos de la niña o el niño están como siempre o más hundidos de lo normal.

(c) El pliegue cutáneo tiene menos utilidad en los lactantes, niñas o niños con marasmo, kwashiorkor u obesos.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de la referencias bibliográficas^{2,3,4}

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño - Ministerio de Salud. 2017.

Anexo 6: Flujograma para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menos de 5 años



*Con manejo inicial, considerar tratamiento para otras posibles causas de obstrucción de la vía aérea.

**Si se encuentra en un EESS que cuenta con internamiento hospitalizar.

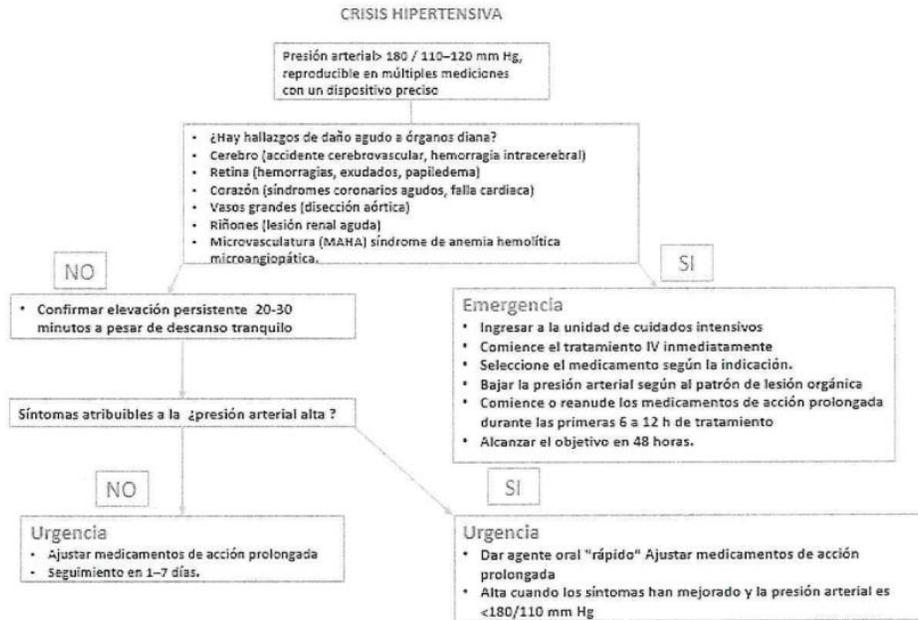
MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años. Ministerio de Salud. 2019.

Anexo 7: Escala de Alvarado modificada para evaluación de Apendicitis Aguda.

Escala de Alvarado modificada	
Síntomas.	Puntuación
Migración del dolor.	1
Anorexia.	1
Náuseas y vómito.	1
Signos.	
Tenderness: Hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho.	2
Rebote: Signo de Blumberg.	1
Elevación de la temperatura >38°C.	1
Laboratorio	
Leucocitosis >10,000.	2
Shift to the left: Desviación a la izquierda de neutrófilos-neutrofilia > 75%.	1
Puntuación.	
<p>1-4: Considerar otras causas, difícil pero no imposible que efectivamente se trate de AA. Manejo conservador. Número predictivo de pacientes con AA: 30%</p> <p>5-6: Observación e ingreso hospitalario. Posible cuadro pero manifestaciones no diagnósticas de ella. Realizar TAC. Número predictivo de pacientes con Apa: 66%</p> <p>7-10: Certeza de apendicitis y debe practicarse cirugía. Número predictivo de pacientes con AA: 93%.</p>	

Meléndez J, Estela H, Sarmiento W. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. 2019.

Anexo 8: Flujograma para diagnóstico y manejo de Crisis Hipertensiva.



Guía de práctica clínica: diagnóstico, tratamiento y control de crisis hipertensiva - Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2020.

Anexo 9: Criterios diagnósticos para ceto acidosis diabética y estado hiperosmolar.

Cuadro N°3: Criterios diagnósticos de CAD y EHH (1)

	DKA			HHS
	Mild (plasma glucose >250 mg/dl)	Moderate (plasma glucose >250 mg/dl)	Severe (plasma glucose >250 mg/dl)	Plasma glucose >600 mg/dl
Arterial pH	7.25-7.30	7.00 to <7.24	<7.00	>7.30
Serum bicarbonate (mEq/l)	15-18	10 to <15	<10	>18
Urine ketone*	Positive	Positive	Positive	Small
Serum ketone*	Positive	Positive	Positive	Small
Effective serum osmolality†	Variable	Variable	Variable	>320 mOsm/kg
Anion gap‡	>10	>12	>12	Variable
Mental status	Alert	Alert/drowsy	Stupor/coma	Stupor/coma

*Nitroprusside reaction method. †Effective serum osmolality: 2[measured Na⁺ (mEq/l)] + glucose (mg/dl)/18. ‡Anion gap: (Na⁺) - [(Cl⁻ + HCO₃⁻) (mEq/l)] (Data adapted from ref. 13.)

Guía de Práctica Clínica: Crisis Hiperglicémicas - Hospital Cayetano Heredia. 2015.

Anexo 10: Clasificación de la Universidad de Texas para úlcera de pie diabético.

GRADOS				
	0	I	II	III
A	Lesión pre o posulcerativa completamente epitalizada	Úlcera superficial que no compromete tendones, cápsula ni hueso	Úlcera que compromete tendones o cápsula	Úlcera que compromete hueso o articulación
B	Lesión pre o posulcerativa completamente epitalizada con infección	Úlcera superficial que no compromete tendones, cápsula ni hueso con infección	Úlcera que compromete tendones o cápsula con infección	Úlcera que compromete hueso o articulación con infección
C	Lesión pre o posulcerativa completamente epitalizada con isquemia	Úlcera superficial que no compromete tendones, cápsula ni hueso con isquemia	Úlcera que compromete tendones o cápsula con isquemia	Úlcera que compromete hueso o articulación con isquemia
D	Lesión pre o posulcerativa completamente epitalizada con infección e isquemia	Úlcera superficial que no compromete tendones, cápsula ni hueso con infección e isquemia	Úlcera que compromete tendones o cápsula con infección e isquemia	Úlcera que compromete hueso o articulación con infección e isquemia

Pereira N, Peter H, Pio J. Úlceras del pie diabético: importancia del manejo multidisciplinario y salvataje microquirúrgico de la extremidad. 2018.