



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID  
19 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y EL  
CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA EN EL AÑO  
2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

DAPHNE MILLENE ABREGU CARBONERO

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ  
2021



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID  
19 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y EL  
CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA EN EL AÑO  
2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
DAPHNE MILLENE ABREGU CARBONERO**

**ASESOR  
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Víctor Hinostrroza Barrionuevo

**Miembro:** M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

**Miembro:** Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis en primer lugar a Dios porque sin él nada de esto sería posible, él supo guiarme en todo este camino, además de darme vida, salud y sabiduría.

A mis padres por siempre brindarme su apoyo incondicional en todos estos años de carrera, además de enseñarme que todo esfuerzo tiene su recompensa y por inculcarme valores que me han acompañado todo este tiempo y me hacen ser una mejor persona, por ellos soy la persona que soy.

A mis hermanas Savia y Aymar, a mi tío Pedro, a mis abuelos y demás familia en general por sus palabras de aliento, compañía, por siempre creer en mí y darme las fuerzas que necesito para lograr todas mis metas.

A mi pareja Bruno que está apoyándome en todo momento tanto de forma moral como en la realización de este proyecto, gracias por motivarme a seguir mis sueños.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera agradecer a la Dra. Rocío Jiménez Camaná que es la jefa del centro de salud Conde de la Vega Baja por aceptarme como interna de medicina y poder concluir mis prácticas pre profesionales a pesar de la difícil situación que está atravesando actualmente el país. Además, agradecer a los demás profesionales de salud del centro que me enseñaron sobre la atención en Primer Nivel de Atención.

Asimismo, estoy muy agradecida con los médicos del departamento de cirugía general del Hospital Arzobispo Loayza que fueron los que me guiaron en mis primeros meses de internado y me aportaron sus enseñanzas.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Cirugía general	5
1.2 Ginecología y Obstetricia	7
1.3 Medicina interna	9
1.4 Pediatría	10
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	13
2.1 Hospital Nacional Arzobispo Loayza	13
2.2 Centro de Salud Conde de la Vega Baja	14
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	18
3.1 Cirugía general	18
3.2 Ginecología y Obstetricia	22
3.3 Medicina interna	24
3.4 Pediatría	29

<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	33
<b>CONCLUSIONES</b>	37
<b>RECOMENDACIONES</b>	38
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	39
<b>ANEXOS</b>	45
1. Consentimiento informado de los internos de ciencias de la salud	45
2. Morbilidad en hospitalización cirugía general	46
3. Valores normales de concentración de hemoglobina	47
4. Evaluación de la deshidratación	48

## RESUMEN

En este trabajo se describe la importancia del internado médico para los estudiantes de medicina como parte de su formación profesional, además de narrar la experiencia del interno de medicina acerca del retorno a sus actividades prácticas en medio de una pandemia, comentando las experiencias vividas en un internado hospitalario y en un centro de Primer Nivel de Atención. De la misma manera, el autor comunica acerca de las limitaciones presentadas durante su pasantía, explicando la manera de cómo logró lidiar con ello y el manejo de la situación a su favor. Asimismo, se mencionan los casos clínicos más relevantes que observó sobre su rotación de internado, así como el diagnóstico y tratamiento aplicado en sus diferentes establecimientos de salud. Por último, el autor realiza una crítica sobre el internado realizado en medio de una pandemia, las habilidades clínicas adquiridas para su formación como médico general y el impacto que tuvo sobre su persona.

**Objetivo:** Describir las competencias adquiridas en cada rotación; para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, en base al Internado Médico desarrollado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Centro de Salud Conde de la Vega Baja durante el periodo de octubre de 2020 a abril de 2021.

**Metodología:** Recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencias de manejo de la salud.

**Conclusiones:** El internado médico es una actividad esencial en la carrera de medicina, tiene como finalidad que el estudiante pueda integrar y consolidar los conocimientos tanto teóricos como prácticos que han adquirido durante todos los años de pregrado. Asimismo, la experiencia del internado médico en Primer Nivel de Atención en plena pandemia, permitió complementar las habilidades clínicas.

**Palabras claves:** internado médico, pandemia, experiencia, interno de medicina.

## ABSTRACT

This paper describes the importance of the medical internship in medical students as part of their professional training, in addition to narrating the experience of the medical intern about returning to their practical activities in the midst of a pandemic, commenting experiences in a hospital intership and a primary health care centre. In the same way, the author communicates about the limitations presented during her internship, explaining how she managed to deal with it and the handling of the situation in her favor. It also mentions the most relevant clinical cases observed about her intership, as well as the diagnosis and treatment applied in different health establishments. Finally, the author makes a critique of the internship performed in the midst of a pandemic, the clinical skills gained for her training as a doctor and the impact on her person.

**Objective:** Describe the skills acquired in each rotation; to obtain the Professional Title of Surgeon, based on the Medical Internship developed in the Archbishop Loayza National Hospital and the Conde de la Vega Baja Health Center during the period from October 2020 to April 2021.

**Methodology:** Collection of information according to medicine based on evidence and experiences of health management.

**Conclusions:** The medical internship is an essential activity in the medical career, its purpose is that the student can integrate and consolidate the theoretical and practical knowledge they have acquired during all the undergraduate years. In addition, the experience of the first-level medical internship in the midst of the pandemic, made it possible to complement clinical skills.

**Keywords:** medical internship, pandemic, experience, medical intern.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es el último año de la carrera de medicina tanto en Perú como en otros países de Latinoamérica, el cual es obligatorio para poder graduarse de médico cirujano y dar una atención profesional médica adecuada. Este año es muy importante para que los estudiantes de medicina puedan integrar y consolidar los conocimientos tanto teóricos como prácticos que han adquirido durante todos los años de pregrado (1), además de ser una ocasión para estar al lado de los pacientes, desarrollar empatía al interactuar con ellos y adquirir otros valores necesarios para el ejercicio de la profesión médica. Los internos de medicina siempre deben estar bajo tutoría de un médico, el cual será el encargado de monitorear las diversas actividades que se programen por parte del mismo hospital o departamento académico de la universidad; asimismo, guiarlos en este año académico, para corregir aquellos errores que aún persisten de pre grado.

El internado médico antes de la pandemia usualmente comprendía de 12 meses, en el cual se hacían cuatro rotaciones en total de 3 meses cada uno, abarcando las rotaciones de medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia y pediatría. Estas actividades asistenciales se realizaban en la mayor parte en las áreas de hospitalización, emergencia y consultorio externo; mientras que en las actividades académicas se realizaban conversatorios sobre casos clínicos o

quirúrgicos, seminarios, exposiciones sobre las patologías más frecuentes e importantes, además de la preparación para el examen nacional de medicina (ENAM) (2).

Con la llegada de la pandemia por COVID 19 en el año 2020, lamentablemente, en marzo del mismo año, el Ministerio de Educación del Perú a través de la Resolución Viceministerial N°95-2020-MINEDU dio por suspendidas todas las prácticas clínicas que se realizaban de manera presencial en ese momento para todas las universidades a nivel nacional. Meses después, el Estado, al tener la necesidad de contratar más recursos humanos debido al colapso en el sistema de salud peruano y también la necesidad de los estudiantes de concluir sus prácticas clínicas se emitió el Decreto de Urgencia N°090-2020 la cual incluye las medidas para la reanudación del internado médico (3).

En primer lugar, para que el estudiante pudiera retornar debía firmar un consentimiento informado en el cual expresaba su decisión de volver a las prácticas clínicas precisando si tenía factores de riesgo, ver Anexo 1. La reanudación del Internado debía hacerse de preferencia en el Primer Nivel de Atención, en los centros de salud categorizados como de nivel I-3 y I-4, en áreas no COVID-19; se planteó además que estos establecimientos debían ser cercanos a su domicilio a fin de evitar el desplazamiento por largas distancias. Asimismo, solo debían asistir 15 días por mes, siendo la asistencia de lunes a sábado en el horario de 7 a.m. a 1p.m, con máximo dos guardias al mes de 12 horas (3).

En segundo lugar, el interno debía retornar con un estipendio mensual de novecientos treinta nuevos soles y un seguro de atención de salud por parte de Essalud. Además de figurar en la plataforma de Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS)(3).

En tercer lugar, para reincorporarse, los establecimientos de salud debían realizarse una prueba para descartar la presencia COVID 19. En ese entonces se contaba con las pruebas rápidas; en caso la persona salía negativa, procedía a retomar las actividades; en caso de salir positivo, debía aislarse en su hogar,

siendo monitorizado por teleconsulta hasta su pronta recuperación y retornaba, previa evaluación del médico ocupacional de la DIRIS a la cual correspondía(3).

Por último, los establecimientos se debían encargar de entregar equipos de protección personal (EPP). En caso no hubiera los suficientes recursos, el interno debía dejar de asistir al centro de salud hasta que haya condiciones para poder otorgárselo(3).

En este contexto, con una rotación por un hospital y su continuación en un Centro de Salud, puede afirmarse que ambas experiencias clínicas se complementan, ya que, al realizar el internado médico inicialmente en un hospital nacional, al ser un lugar de referencia de alta complejidad de todo el país, donde se atiende de forma integral (tanto de forma ambulatoria y hospitalaria muy especializada), el Interno adquiere distintas habilidades sobre patologías más complejas, manejo en hospitalización, habilidades en el centro quirúrgico y emergencias. En cambio, en el Primer Nivel de Atención, que es la puerta de ingreso del sistema de salud y la de mayor contacto directo con la población y su entorno, se realizan actividades esenciales, como la promoción y prevención de salud, además de diagnóstico temprano y tratamiento adecuado y rehabilitación, teniendo como principal objetivo atender las necesidades de salud más comunes en la población, realizando una atención integral de salud netamente ambulatoria(4).

Este trabajo tiene como objetivo describir el internado médico antes y durante la pandemia, relatando la experiencia de la autora, de sus últimas prácticas clínicas, tanto en un hospital general categorizado como III-1, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el Centro Médico Naval y posteriormente, en un establecimiento de Primer Nivel de Atención como el Centro de Salud Conde la Vega Baja. A su vez, dar a conocer la importancia de adquirir conocimientos y desarrollar competencias para actuar sobre las patologías más frecuentes que enfrentaremos ya como médicos.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es una etapa esencial en la formación médica, en la cual el estudiante pone en práctica todos los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en los ciclos previos. Esta forma de aprendizaje está enfocada en buscar soluciones de forma activa a los problemas, en este caso, lo vital es hallar el diagnóstico más adecuado posible, y posteriormente dar el tratamiento oportuno, centrándose en sus habilidades clínicas al momento de atender a los pacientes. Esto, sumado a la docencia e investigación, permitirá que el estudiante de último año consolide sus estrategias deductivas y desarrolle adecuadamente su competencia clínica, que engloba la asociación de conocimientos, habilidades y actitudes junto al razonamiento, estudios científicos y juicio personal que permitirán un desarrollo completo e integral como médico(5).

Para perfeccionar este proceso se necesita de asesoría y retroalimentación de forma constante, lo que debería estar guiado por el tutor seleccionado.

La tarea inicial del docente debe ser diagnosticar las habilidades y nivel de conocimiento que posee el estudiante bajo su tutela. Esto le permitirá tener un enfoque más personalizado y orientado hacia las áreas de conocimiento reducido del alumno y reforzar las áreas que maneja más adecuadamente mediante actividades académicas programadas de contenido específico(6).

Según el artículo de Felipe del Castro, nos comenta sobre las diferentes etapas que atraviesa el estudiante en formación hasta llegar a la de un médico experto; la evolución de la estructura cognitiva, las cuales se pueden dividir de la siguiente manera(7):

Conocimiento reducido: En esta etapa se trabaja con los escasos conocimientos que posee el estudiante al inicio de su formación y tratan de adivinar el diagnóstico del paciente(7).

Conocimiento disperso: Se cuenta con más conocimientos, pero continúan siendo limitados y no muy estructurados, por lo cual se aplica la técnica deductiva para la hipótesis que se plantea, Aplica también para médicos con experiencia que utilizan esta técnica, pero para enfermedades poco conocidas, en la cual quieren descartar o incluir diagnósticos(7).

Conocimiento elaborado causal: En esta etapa se cuenta con mayor información sobre la enfermedad, etiología, signos y síntomas. Aquí con todo lo mencionado aplican la técnica hipotética deductiva, pero ya establecen un diagnóstico más afinado a diferencia de los anteriores(7).

Conocimiento especializado: En este nivel el médico que probablemente ya haya llevado diez años de experiencia como mínimo en el ámbito laboral, es capaz de enfocar la enfermedad en distintas maneras, usando distintas clasificaciones basadas en distintas características (fisiológicamente, patológicamente, anatómicamente, etc.), En este caso el médico utiliza la técnica inductiva utilizando los signos y síntomas como base dirigido hacia lo más general(7).

Patrones: En este caso el profesional aplica todas sus experiencias acumuladas al momento de diagnosticar una enfermedad(7).

Se espera que el interno de medicina pase a través de todas estas etapas mencionadas anteriormente con ayuda de las prácticas que va adquiriendo durante su formación como profesional de la salud.

Con respecto a las rotaciones en los diferentes servicios de medicina, la autora de este informe tuvo la oportunidad de comenzar con la rotación de cirugía

general antes de la pandemia, cuyas expectativas eran terminar el internado con la capacidad de saber diagnosticar de forma precoz un abdomen agudo quirúrgico (emergencia) y a la vez manejarlo adecuadamente. Asimismo, tener la destreza en sala de operaciones como ayudante del médico cirujano general principal. Al término de esta rotación, en efecto, se superó las expectativas de la estudiante, ya que el ser una asignatura teórico práctico le brindó la habilidad de diagnosticar y manejar las patologías de ámbito quirúrgico más comunes, enfocado en el área de hospitalización, hasta el alta de los pacientes. Debido a que la sede del Hospital Nacional Arzobispo Loayza es una sede docente, aprendió bastante durante las rondas médicas, además de las exposiciones diarias sobre los casos clínicos más relevantes para su formación médica.

Por otro lado, con la llegada de la pandemia por COVID 19 y la reanudación progresiva del internado médico con las condiciones establecidas en el Decreto de Urgencia N°090-2020, el aprendizaje fue más enfocado a la prevención y promoción de salud, ya que la autora tuvo que continuar el internado en el Primer Nivel de Atención. Afortunadamente, logró ser vacunada en el mes de marzo 2021 y continuar con sus actividades prácticas.

En el caso de la asignatura de medicina interna, desarrolló habilidades en la prevención, promoción, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las patologías más frecuentes como hipertensión arterial, diabetes mellitus, gastroenteritis aguda, faringitis aguda, neumonía, infecciones del tracto urinario, dermatitis, entre otras enfermedades, que son frecuente e importantes para la formación del profesional médico. Cabe resaltar que, a nivel hospitalario, no hubiera desarrollado del todo esas habilidades, debido a que en ese nivel de atención se ven patologías de mayor complejidad(8).

Así pues, si bien para la asignatura de pediatría, el sílabo de la universidad proponía desarrollar habilidades de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento oportuno en distintas patologías tanto en niños como en neonatos, sin embargo, en Primer Nivel de Atención el desarrollo de las actividades del centro de salud se encontró medianamente limitadas debido a la coyuntura

actual, por tanto, solo se atendía el área de anemia y medicina pediátrica. Lamentablemente, no se logró realizar el control de crecimiento y desarrollo de los niños, lo cual es una parte muy importante dentro de la atención en pediatría y relevante para que el interno de medicina pudiera desarrollar competencias en ese aspecto(9).

En las materias de ginecología y obstetricia, la interna que redacta este informe tuvo la oportunidad de rotar durante quince días en el Hospital Centro Médico Naval y observar algunas patologías ginecológicas complejas como tumores de ovario, cáncer de cérvix, entre otros casos, adquiriendo experiencia en realización de historias clínicas hospitalarias, así como el manejo en hospitalización. Además de ello, tuvo la oportunidad atender un parto natural en centro obstétrico de la institución. En relación con el Primer Nivel de Atención, reforzó la prevención y promoción tanto en planificación familiar como controles prenatales de las gestantes, además de identificar las gestaciones de riesgo y referirlas precozmente(10).

Durante los meses de internado médico realizado durante la pandemia por COVID 19, lo mencionado anteriormente se complementaba con clases virtuales donde los docentes exponían casos clínicos según el silabo, además de las tareas semanales que debían realizar los alumnos. De igual modo, por parte de los tutores de práctica se coordinaban exposiciones que los internos debían ejecutar acerca de las patologías vistas en consulta externa. Todo esto en conjunto lograba que el estudiante pudiera cumplir con los objetivos del internado médico.

A continuación, se detallarán los casos clínicos más representativos de cada rotación médica que ha desempeñado la alumna durante esta pasantía en el internado de medicina tanto a nivel hospitalario como en Primer Nivel de Atención. Se describirá la historia clínica de forma breve, examen físico, diagnósticos y tratamiento de la patología aplicada en ese instante por parte del médico encargado.

## 1.1 Cirugía general

Caso clínico N°1:

Paciente de sexo femenino de 20 años acude a emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la cual refiere que hace 8 horas presentó dolor tipo cólico a nivel del epigastrio, de intensidad 7/10, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimenticios. Además, refiere que 3 horas antes del ingreso, el dolor migra hacia la fosa iliaca derecha aumentando de intensidad, motivo por el cual acude a emergencias. Refiere alza térmica no cuantificada. No cuenta con antecedentes familiares ni patológicos ni quirúrgicos. Niega reacción adversa a algún medicamento.

Presentó las siguientes funciones vitales: frecuencia cardiaca de 115 latidos por minuto, una temperatura de 38.2 C°, frecuencia respiratoria de 18 por minuto y una presión arterial de 120/75 mmHg. Además, contaba con un peso de 60 kg y talla de 1.55 m.

Al examen físico se encontró en aparente regular estado general, aparente regular estado nutrición y aparente regular estado de hidratación, estaba despierto y colaboraba al examen, ventilando espontáneamente sin apoyo de oxígeno. Su piel se encontraba turgente, hidratada, elástica. No presentaba palidez, con llenado capilar menos a dos segundos. A nivel de tórax y pulmones, el murmullo vesicular pasaba bien en ambos campos pulmonares, no se escuchaban estertores. A nivel cardiovascular se encontraron ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad y no se escuchaban soplos. A nivel del abdomen estaba plano, no distendido con ruidos hidroaéreos presentes, presentaba dolor a la palpación profunda a nivel de fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney positivo, Blumberg positivo y signo de Rovsing negativo.

La impresión diagnóstica de este paciente fue síndrome abdominal agudo a descartar apendicitis aguda. En el plan de trabajo se le solicitó una ecografía de abdomen y sus exámenes pre quirúrgicos.

Dentro de sus exámenes auxiliares se encontró una hemoglobina de 12.8 gr/dl, leucocitos 18,570 mm<sup>3</sup>, abastados 8%. Glucosa, urea, creatinina, tiempo de protrombina, examen de orina dentro de los valores normales. Pruebas serológicas negativas.

En la ecografía se encontró en la fosa iliaca derecha una imagen tubular aperistáltica que mide 11 mm de diámetro antero posterior adyacente aumento de ecogenicidad de la grasa mesentérica y líquido laminar interasas. Concluyendo que se observan signos sugerentes de un proceso inflamatorio apendicular.

Posteriormente, debido a la clínica sugerente de apendicitis, exámenes auxiliares positivos, pasa a sala de operaciones de emergencia. Como tratamiento previo a la operación, la mantienen en nada por vía oral (NPO), hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 2 litros, ciprofloxacino 200 mg endovenoso cada 12 horas, metronidazol 1 gr endovenoso cada 8 horas, metamizol 1 gr endovenoso en caso hubiera dolor o fiebre, vendaje de miembros inferiores, preparación para sala de operaciones y control de funciones vitales.

A la paciente se le realizó una apendicectomía incisional por apendicitis aguda supurada y en los hallazgos se encontró un apéndice de 11 x 2 cm, la cual estaba supurada en toda su extensión, se encontró apéndice cecal subseroso con líquido inflamatorio en escasa cantidad y con base apendicular no comprometido.

Motivo por el cual la paciente luego continua en nada por vía oral luego de la cirugía, hidratación parenteral, metamizol 1 gramo cada 8 horas, tramadol condicional al dolor y control de funciones vitales. Debido a que tuvo una evolución favorable, fue dada de alta a los 3 días.

#### Caso clínico N°2:

Paciente de 21 años, de sexo femenino, con un tiempo de enfermedad de 2 años con curso insidioso progresivo. Refiere que hace 2 años presentó dolor tipo cólico en epigastrio irradiado hacia el cuadrante superior derecho asociado a náuseas y vómitos de contenido alimenticio posterior a ingesta de alimentos copiosos, el

dolor cedía sin analgésicos. Hace 1 año volvió a presentar el mismo cuadro clínico por lo cual acude a hospital donde le dan analgésicos y cede el dolor. Luego, hace 3 meses acude a consultorio externo donde le realizan una ecografía donde le encuentran litiasis vesicular y le diagnostican colelitiasis, motivo por el cual la hospitalizan para cirugía electiva. Al momento de la hospitalización, se encontraba con funciones vitales dentro de los valores normales, en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación. Al examen físico a nivel abdominal presentaba un abdomen plano, con presencia de ruidos hidroaéreos, a la palpación se encontró un abdomen blando, depresible, además de leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Los exámenes pre quirúrgicos se encontraban dentro de los rangos normales. Presentaba un peso de 70 kg y medía 1.55 metros. Antes de la operación le dieron cefazolina 2 gr 30 minutos antes de la operación, omeprazol 40 mg IV y metamizol 1gr IV en caso hubiera dolor.

Se le realizó una colecistectomía laparoscópica por colelitiasis y en los hallazgos se encontró una vesícula de 6 x 3 cm, paredes delgadas con múltiples cálculos en su interior y la vía biliar no dilatada. Debido a que la paciente tuvo una evolución favorable, fue dada de alta al día siguiente con indicaciones de reposo e hidratación además de antiinflamatorios no esteroideos vía oral en caso presentara dolor.

## **1.2 Ginecología y Obstetricia**

Caso clínico N°3:

Paciente de 32 años con gestación activa única de 28 semanas por ecografía del primer trimestre, acude a control prenatal refiriendo que desde hace una semana presenta molestias al orinar y presentaba la sensación de querer seguir orinando a pesar de que su vejiga estaba vacía. Además, refiere que su orina tenía mal olor. Niega presencia de flujo. Tiene un peso de 65 kg y mide 1.57 m. Cuenta con

las siguientes funciones vitales: frecuencia cardiaca de 82 latidos por minuto, 19 respiraciones por minuto, una temperatura de 36.5 C° y una presión arterial de 90/60 mmHg.

Al examen físico se encuentra en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación. A nivel abdominal se encuentra un abdomen globuloso, con presencia de ruidos hidroaéreos presentes, cuenta con una altura uterina de 27 cm y a las maniobras de Leopold el feto tiene una situación longitudinal, presentación cefálica y posición izquierda, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto y presencia de movimientos fetales. A nivel genito urinario se encuentra puño percusión lumbar negativo.

El médico tratante le solicita examen completo de orina de forma particular ya que al momento el centro de salud no contaba con los insumos suficientes. A la hora la gestante retorna con los siguientes resultados: al examen macroscópico se encuentra una orina de color amarillo oscuro de aspecto turbio, con una densidad de 1030 y un pH ácido. A nivel microscópico, escasas células epiteliales, 80 leucocitos por campo, 1 a 2 hematíes por campo, esterasa leucocitaria y nitritos positivo.

El médico tratante le dio como diagnóstico cistitis y gestación según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10. Como tratamiento se le indicó que tome nitrofurantoina de 100 mg cada 6 horas por 7 días vía oral y que retorne en 2 semanas con un examen nuevo de orina para reevaluación.

Caso clínico N°4:

Mujer de 25 años acude a consulta del centro de salud refiriendo que hace 4 días presentó secreción vaginal de color blanquecino que ha ido aumentando en cantidad y asociado a prurito vaginal. Niega presencia de fiebre. Dentro de sus antecedentes familiares refiere madre con hipertensión arterial y en antecedentes patológicos comenta que presentó asma bronquial en la infancia, el cual fue diagnosticado a los 5 años. Niega alergia a algún medicamento.

Exploración física: Presentó funciones vitales dentro de los rangos normales. Adecuado regular estado general. A nivel pulmonar y cardiaco todo normal. El abdomen era blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no presencia de masas palpables. A la exploración ginecológica se encuentra una vagina amplia, elástica, útero en posición posterior y a la especuloscopia se evidenció secreción blanquecina en regular cantidad cuyo aspecto era grumoso y no presentaba mal olor.

Por ende, se le da diagnostica de vulvovaginitis candidiásica y se procede darle tratamiento con clotrimazol comprimido vaginal de 100 mg cada 24 horas por 7 días e higiene vaginal constante.

### **1.3 Medicina interna**

Caso clínico N°5:

Adulto mayor de 65 años acude a consulta refiriendo dolor de cabeza a diario además de mareos desde hace un mes, el cual calmaba con paracetamol por momentos, pero de ahí retornaba motivo por el cual acude a consulta externa.

Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial no controlada diagnosticada hace 15 años. Niega antecedentes quirúrgicos además de alergia a medicamentos.

Al momento presentaba una frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, 18 respiraciones por minuto, temperatura de 36.7 C°, una presión arterial de 160/90 mmHg, peso de 80 kg y 1.60 m. Al examen físico se encontró en adecuado regular estado general, a nivel pulmonar, cardiaco y abdominal sin alteraciones.

Dentro de los diagnósticos propuestos fueron los siguientes: hipertensión arterial primaria y a descartar dislipidemia.

Se le solicitó como parte del control hemoglobina, perfil lipídico y control de presión arterial por 10 días. Al momento se le dio como tratamiento losartán de

50 mg cada 12 horas por un mes y se le comunicó que al tener los resultados de laboratorio y el control de las presiones arteriales debía acudir a control para reevaluación.

Caso clínico N° 6:

Paciente de sexo femenino de 70 años acude a consulta refiriendo dolor de ambas rodillas que lo presenta hace 5 años. Además, comenta que todos los días presenta dolor que varía de intensidad, le produce molestias al subir las escaleras y, últimamente, en la marcha. Posee un peso de 85 kg y mide 1.65 m. Refiere antecedente quirúrgico de una colecistectomía y antecedente patológico de hipertensión arterial diagnosticado hace 10 años, la cual está controlada. Al examen físico el paciente presenta funciones vitales dentro de los rangos esperados y con una presión arterial de 130/80 mmHg. Esta en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación. A nivel articular se encuentra leve aumento de volumen en ambas rodillas, no signos de flogosis, no rigidez, rango articular levemente disminuido, dolor a la movilización activa y pasiva, además en la articulación izquierda se escuchan crujidos. Por tal motivo, el médico le solicita una placa radiográfica de ambas rodillas. El doctor le asignó como diagnóstico dolor articular según el código CIE 10, a descartar gonartrosis, hipertensión arterial y obesidad. Por ese motivo le brinda como tratamiento naproxeno de 500 mg cada 12 horas vía oral por 5 días, además le solicita retornar con resultado de la placa radiográfica para posterior reevaluación e interconsulta por nutrición.

#### **1.4 Pediatría**

Caso clínico N°7:

Madre acude con su hijo de 1 año y 7 meses refiriendo que su hijo no tenía apetito hace 2 meses y lo veía un poco pálido motivo por el cual acude a consulta externa

de pediatría. Niega antecedentes patológicos además de reacciones alérgicas algún medicamento. Cuenta con un peso de 10,8 kg y una talla de 79 cm.

Al examen físico se encuentra en adecuado regular estado general, adecuado regular estado de hidratación y adecuado regular estado de nutrición. La piel se encuentra pálida +/-+++, hidratada y elástica, mucosas pálidas. Los demás aparatos y sistemas sin alguna alteración. Al tamizaje de hemoglobina se le encuentra una hemoglobina de 9.5 g/dl.

Los diagnósticos fueron los siguientes: Tamizaje de anemia, anemia leve, tratamiento de anemia y consejería nutricional.

El tratamiento que se le indicó fue con sulfato ferroso de 125 mg/ml en dosis de 36 gotas diarias por 30 días, se le indicó interconsulta a nutrición para poder complementar la dieta adecuada, además de citarlo el otro mes para un nuevo tamizaje y continuación del tratamiento.

Caso clínico N°8:

Madre acude junto a hija de 2 años refiriendo que desde hace 1 día comenzó con vómitos de contenido alimenticios 2 veces al día y 8 deposiciones líquidas sin moco ni sangre. Refiere alza térmica no cuantificada, motivo por el cual acude a consulta externa. Le comentó al médico también que su hijo de 4 años tuvo un episodio similar hace días, pero se resolvió. La paciente estaba con un peso de 12 kg y mide 89 cm, frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, temperatura de 38.5 C°.

A la exploración física, estaba irritable y con mucha sed, asimismo se encontraron mucosas secas, llenado capilar igual a 2 segundos y ojos pocos hundidos. A nivel cardiaco: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, sin soplos, presencia de ambos pulsos periféricos presentes. A nivel respiratorio murmullo vesicular pasaba bien en ambos campos pulmonares, no estertores. A nivel abdominal el abdomen se encontraba blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, ligero dolor difuso a la palpación profunda, no presencia de masas palpables. A nivel neurológico se encontraba activo, fontanela normotensa.

Se le diagnosticó enfermedad diarreica aguda y deshidratación leve-moderado. Consecuentemente indicándole como tratamiento hidratación con solución de rehidratación oral 50 ml/kg las primeras 4 horas la cual en época normal debió haber sido administrado en el centro de salud sin embargo debido a la pandemia se le indicó que lo realice en casa y si ocurriera alguna interurrencia retornar al establecimiento. Además, le indicó paracetamol de 120 mg en jarabe, 5 ml cada 8 horas condicional a la fiebre.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

### **2.1 Hospital Nacional Arzobispo Loayza**

La autora comenzó su internado en enero del 2020, antes de la pandemia por COVID 19, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el cual fue fundado en 1549 por el primer arzobispo del Perú llamada Jerónimo Loayza. Actualmente, este hospital depende del Ministerio de Salud tanto funcionalmente, estructuralmente y de forma financiera. Al ser un establecimiento muy especializado y centro de referencia a nivel nacional, posee una categorización de nivel III-1, el cual ofrece servicios especializados a las personas e impulsa la docencia y la investigación en el sector salud.

Este establecimiento brinda los servicios de consulta externa, atenciones en las estrategias sanitarias, intervenciones quirúrgicas, atenciones de emergencia, atenciones en la unidad de cuidados intensivos generales, atención en la unidad de cuidados coronarios, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio, radiografía digital, exámenes de medicina nuclear, centros de hospitalización de medicina interna, cirugía general, ginecología obstetricia, neonatología, pediatría y demás especialidades(11).

Según el análisis situacional del hospital nacional del año 2019, contaba con un total de 4608 trabajadores, de los cuales 146 eran internos de las ciencias de la

salud(11). Con referencia a la jurisdicción, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza no cuenta con población de referencia, ya que las personas llegan de diversos lugares de la capital y de todo el Perú(11).

Por otro lado, las morbilidades más frecuentes según sexo atendidas en consultorio externo en el año 2019 fueron la hipertensión arterial primaria, diabetes mellitus no insulino dependiente, lumbalgia no especificada, asma no especificada entre otras patologías. Al mismo tiempo, en el área de hospitalización, las morbilidades más frecuentes en el año 2019 fueron parto único espontáneo, parto por cesárea sin otra especificación, apendicitis aguda, parto por cesárea electivo, infección de las vías urinarias, entre otras enfermedades(11).

En el caso del servicio de hospitalización de cirugía general, contaba con tres pabellones, el cual la autora rotó en el pabellón 6-II, el cual contaba con 42 camas y 6 salas de operación, las cuales compartía con los pabellones 6-I Y 6-III. En el reporte del año 2019, indicaron que las morbilidades más frecuentes fueron apendicitis aguda no especificada, apendicitis aguda con absceso peritoneal, cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis, hernia inguinal unilateral no especificada, entre otras; las cuales coinciden con las patologías que más observó durante su rotación del año 2020. (Anexo 2)(11).

Debido a todo lo anterior mencionado, esta rotación le brindó facilidades a la autora de desarrollar habilidades tanto clínica como práctica, ya que el interno de medicina en ese establecimiento realizaba múltiples funciones, desde tomar muestras de sangre hasta entrar a sala de operaciones. Todo esto era posible de realizar antes de la pandemia.

## **2.2 Centro de Salud Conde de la Vega Baja**

Con referencia al establecimiento de salud al cual fue derivada la autora de este informe durante la reanudación del internado médico en tiempos de pandemia,

se trata de un Centro de Salud llamado Conde de la Vega Baja, la cual actualmente pertenece a DIRIS Lima Centro y está bajo el mando de la Dra. Rocío Jiménez Camaná. Al momento, posee una categorización I-3 según su complejidad, la cual significa que, como mínimo, debería haber 2 médicos generales, enfermera, obstetra, técnico de enfermería, odontólogo, técnico de laboratorio, técnico de farmacia y técnico de estadístico, a la vez de brindar una atención integral ambulatoria a la población de su jurisdicción. Debido a su categoría, el centro de salud está abierto al público las 12 horas al día y no hay áreas de hospitalización.

La población de la jurisdicción otorgada a dicho centro, era de 53,465 habitantes (14.98%) en el año 2018. Además, se dividió en 6 sectores para poder cuidar la salud pública de estas personas(12).

El Centro de Salud Conde de la Vega Baja posee diversos ambientes para que pueda funcionar de manera adecuada el establecimiento de salud, entre los cuales tenemos los administrativos (jefatura, secretaría, estadística, recursos humanos, logística, contabilidad, seguros de salud), de apoyo (admisión, archivo, caja, farmacia, servicio social, almacén, mantenimiento), intermedios (laboratorio, ecografías, radiología, nutrición, odontología, psicología, salud ambiental), enfermería ( inmunizaciones, control de tuberculosis, crecimiento y desarrollo, tópico y triaje), medicina (5 consultorios de medicina general del adulto), gineco-obstetricia (centro obstétrico, obstetricia y planificación familiar) y por último el área de psicología ( 2 consultorios psicológicos, módulo de atención integral de adicciones, salón múltiples para talleres). No obstante, debido a la pandemia por COVID 19, algunos servicios se encuentran limitados para el público y se ha agregado el área de atención a pacientes con COVID 19(12).

Aquel lugar cuenta con puerta de ingreso, jardines de interior, pasadizos, salas de espera, servicios higiénicos tanto para público como para los trabajadores, servicios básicos y buena ventilación. Debido a su nivel de complejidad, dicho centro cuenta con equipos biomédicos de buena tecnología para las áreas de laboratorio, ecografía, radiología, tópico, consultorios, entre otros servicios(12).

Según el análisis situacional del centro del año 2018, la población la cual acude a este establecimiento recibe en promedio 5 atenciones por persona al año, la cual se va incrementando con el pasar de los años. La mayor parte de los pacientes que son referidos, pertenecen al Seguro Integral de Salud (SIS), son derivados al Hospital Nacional Arzobispo Loayza y en caso de las gestantes, debido a la pandemia, también se les permite ir al Hospital San Bartolomé. Ambos hospitales quedan a 10 minutos utilizando un auto, partiendo desde el centro de salud(12).

Según el análisis situacional del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, la mayoría de atendidos y atenciones se dieron en el grupo etario de niños y adultos(12).

Por otro lado, los indicadores de morbilidad de niños del distrito de Cercado de Lima, ayudan a identificar los problemas de salud con alta incidencia, como son las infecciones respiratorias agudas (23.52%), otras deficiencias nutricionales (19.38%), entre otras. En el caso del adolescente, joven y adulto; la causa de morbilidad más frecuente son las enfermedades de la cavidad bucal, las glándulas salivales y de los maxilares. La segunda causa de morbilidad más frecuente tenemos a las infecciones agudas de las vías respiratorias altas en el grupo etario de los adolescentes y adultos. En los adultos mayores, las tres principales causas de morbilidad eran: enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y los maxilares, infecciones agudas de las vías respiratorias altas y las artropatías. Asimismo, dentro de la estadística propia del centro de salud, se puso observar que en el año 2018 las principales enfermedades no transmisibles fueron la hipertensión arterial con 275 pacientes, diabetes mellitus tipo 2 con 13 pacientes y diabetes mellitus tipo 1 con 4 pacientes. Todos estos indicadores le brindan un panorama general al centro de salud para enfocar más sus programas de prevención y promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación hacia las patologías con mayor prevalencia(12).

En cuanto a las referencias que se hacían efectivas antes de la pandemia, solo se realizaban cuando las patologías necesitaban manejo del médico especialista

o cuando no se contaba con los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente. Sin embargo, actualmente estas han sido muy limitadas debido al estado de emergencia. Al momento solo se refieren a las gestantes de alto riesgo o a término para el manejo adecuado del parto y a los pacientes con alguna patología que necesiten atención urgente con previa coordinación del hospital de referencia.

Durante la pandemia, la autora continuó realizando muchas campañas de prevención y promoción de salud organizadas por la institución. Se continuaba dando las atenciones de medicina general, atendiendo los controles prenatales, consejería en planificación familiar, inmunización y atención del programa de anemia, la cual la mayoría de veces eran los internos encargados de apoyar en ese programa junto al nutricionista. A causa de la pandemia, la interna no logró entrar a áreas COVID, sin embargo, desarrolló las habilidades de reconocer la clínica con la cual llegaban los pacientes al centro médico como el manejo que solían emplear en su centro de salud.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

En este capítulo se llevará a cabo la discusión de los casos clínicos más relevantes para la autora, los cuales observó durante su pasantía del internado médico, los cuales fueron narrados anteriormente.

### **3.1 Cirugía general**

A continuación, comenzaremos con el primer caso clínico que tenía como diagnóstico apendicitis aguda. La apendicitis aguda es descrita como la inflamación del apéndice, la cual figura como la causa más común de abdomen agudo y de urgencia quirúrgica en todo el mundo, además es más frecuente que se presente entre la segunda y tercera década de la vida. El evento patogénico de esta enfermedad se debe a la obstrucción del lumen apendicular, el cual puede ser causado por un fecalito, hiperplasia linfoidea, parásitos, tumores, etc.(13).

Esta obstrucción de la luz apendicular permite que haya un aumento de presión intraluminal por la acumulación de secreciones dentro de ella, permitiendo que posteriormente haya una proliferación de las bacterias y afectando la irrigación

vascular, logrando ocasionar una necrosis y en el peor de los casos una perforación(14).

Para llegar al diagnóstico de esta patología, se necesita de la historia clínica y exploración física (90% diagnóstico), se complementa con los exámenes de laboratorio. La escala de Alvarado es la herramienta más usada en el mundo, ya que tiene una sensibilidad de 68 % y especificidad de 87,9 % y sirve de ayuda diagnóstico en pacientes con sospecha de apendicitis(15).

Según el caso clínico, la paciente presentaba migración del dolor (1 punto), náuseas y vómitos (1 punto), dolor en el cuadrante inferior derecho (2 puntos), rebote positivo (1 punto), fiebre (1 punto), leucocitosis (2 puntos) y desviación a la izquierda (1 punto), lo cual según el puntaje de la escala de Alvarado nos daría 9 puntos. Esto significa que se confirma el diagnóstico y necesitaría una apendicectomía, además de los signos sugerentes de un proceso inflamatorio que nos sugería la ecografía.

Luego de los exámenes pre operatorios que le solicitaron que son hemograma, hematocrito, perfil de coagulación, grupo sanguíneo, factor Rh, electrocardiograma, radiografía de tórax y completar sus riesgos quirúrgicos, el manejo pre operatorio estuvo dentro de lo correcto. Según la guía práctica del Hospital Casimiro Ulloa, la paciente debe estar en nada por vía oral (NPO), hidratación endovenosa con cloruro de sodio al 0.9% aproximadamente con 2 litros, uso de antibioticoterapia 30 a 60 minutos antes de la cirugía y uso analgésicos después de haberse confirmado el diagnóstico(14).

Con respecto al inicio de antibiótico, se recomienda que a los pacientes con apendicitis se les administre antibióticos que cubran bacterias gram negativas y anaerobios de solo una dosis, siempre y cuando sea 30 o 60 minutos antes de la cirugía, caso contrario, la cirugía vaya a demorar se puede administrar de forma horaria hasta el momento que entre a sala de operaciones. Esta administración se ha relacionado con la disminución de la tasa de heridas quirúrgicas infectadas y presencia de abscesos intraabdominales(16).

Según las indicaciones dadas por “Medical Letter and Surgical Care Improvement Project”, recomiendan que de manera profiláctica se pueda dar dosis única de cefoxitina 2 gr intravenosa (IV) o cefotetan 2g IV, o la mezcla de cefazolina 2g con metronidazol 500 mg IV, la cual esta última es la más usada en nuestro país. En caso, se le quiera dar de forma horaria como en nuestro caso clínico, se le puede aplicar cefazolina 1 a 2g IV cada 8 horas o cefuroxima 1,5 g IV cada 8 horas o ciprofloxacino 400 mg IV cada 12 horas; cualquiera de estos sumado al metronidazol 500 mg IV cada 8 horas(17).

Después de la cirugía, debido a que se confirmó que era una apendicitis aguda no complicada, se le suspende los antibióticos, el cual fue un manejo por parte del servicio de cirugía del Hospital Arzobispo Loayza. Se debe continuar con la hidratación parenteral, las primeras 6 a 12 horas continuar con NPO, luego probar la tolerancia oral, suspensión de los antibióticos y aplicación analgésica, la cual se recomienda el metamizol como fármaco de elección, 2 g cada 8 horas en caso el dolor sea moderado y si aumentara la intensidad de este, se pueden utilizar opiáceos como el tramadol(18).

Como podemos apreciar, el manejo que se le dio a la paciente sigue las indicaciones de las guías clínicas a nivel nacional, así como a nivel internacional, lo que si varía es la cantidad de la dosis administrada, la cual fue menor con respecto a lo sugerido.

Finalmente, para brindarle alta del paciente a las 24-48 horas debe estar afebril, tolerancia oral, herida operatoria en buenas condiciones, mínimo dolor postoperatorio, lo cual se cumple con la paciente(14).

En el caso clínico N°2, el diagnóstico que presentaba la paciente era una colelitiasis. Esta enfermedad es una de las más frecuentes del aparato digestivo, la cual tiene una prevalencia de aproximadamente 20% en los adultos. Se define como la presencia de cálculos en la vesícula, además, pueden presentarse de forma asintomática, sintomáticos con cólico biliar o presentando complicaciones como colecistitis aguda, colangitis y pancreatitis(19).

En el caso clínico, la paciente en varias ocasiones había presentado cólicos biliares de forma recurrente, el cual se caracterizaba por dolor punzante en cuadrante superior derecho asociado a náuseas y vómitos que calmaba con analgésicos. El cólico biliar se caracteriza por durar aproximadamente 30 minutos y no debe exceder las 6 horas, se sugiere según la guía práctica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza manejar la urgencia con un antiespasmódico llamado butil bromuro de hioscina más dipirona y luego mandarle a casa con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por vía oral por si hubiera una recurrencia con posterior manejo en consulta externa para programación de cirugía electiva(20).

Si bien en el caso no se menciona la medicación específica usada en la paciente en emergencia, podemos concluir que el manejo posterior en consultorio externo fue el adecuado. Según otras bibliografías a nivel internacional, recomiendan el uso de ketorolaco en el manejo de la urgencia, ya que puede aliviar los síntomas en máximo 30 minutos, además del uso de AINES orales para los dolores recurrentes. Los opiáceos no son de primera elección porque aumentan la presión del esfínter de Oddi, el cual puede causar complicaciones. La indicación de colecistectomía electiva en la paciente fue la adecuada, ya que de esta manera se previene los cólicos biliares y complicaciones a futuro(21).

Esta cirugía laparoscópica, es la que se prefiere, ya que presenta menos dolor en el posoperatorio, menos tiempo de hospitalización y de recuperación(21). Según la guía del Hospital Casimiro Ulloa, se recomienda como tratamiento pre operatorio en caso presentara cólico biliar, administrar un antiespasmódico (hioscina 20 mg IV cada 8 horas) o analgésico (ketoprofeno 200 mg IV cada 8 horas o ketorolaco 30-60 mg IV cada 8 horas, entre otras opciones) vía endovenosa o intramuscular, profilaxis antibiótica con cefazolina 2g 30 minutos antes de la operación, aunque comenta que si la cirugía es de bajo riesgo había la posibilidad de no dar antibióticos, inhibidores de bomba de protones como el omeprazol 40 mg IV y la evaluación pre operatoria correspondiente. Todo lo mencionado fue aplicado en la paciente lo cual indica el buen manejo hospitalario,

además debido a una evolución favorable fue dada de alta al día siguiente, lo cual se encuentra dentro del rango según la guía (1 a 2 días post operatorio)(14).

### **3.2 Ginecología y Obstetricia**

En cuanto al caso clínico N°3, se le asigna el diagnóstico de cistitis y gestación según el código del CIE 10. La infección del tracto urinario bajo es la infección bacteriana más común en el embarazo, la cual si no es tratada de forma oportuna puede aumentar el riesgo de parto prematuro y recién nacidos con bajo peso al nacer, por este motivo se considera una infección del tracto urinario complicado(22). El agente etiológico más frecuente es la *Escherichia coli* hasta en un 80% de los casos, también se encuentra en un menor porcentaje *klebsiella*, *proteus mirabilis*, etc. Existen varios factores que facilitan la infección urinaria en una gestante como la hidronefrosis fisiológica, uretra pequeña, reflujo vesicoureteral, estasis urinaria, además de hormonas como las prostaglandinas que disminuyen el tono del músculo uretral y de la vejiga, así como de los uréteres; lo cual en conjunto predispone a una estasis urinaria y favorece al desarrollo de la infección. El diagnóstico se realiza con la clínica sugerente de disuria, ya que la urgencia urinaria y la polaquiuria pueden ser debido al embarazo, sumado a un urocultivo  $> 10^5$  formadoras de colonia (UFC), aunque otras bibliografías consideran que es suficiente  $>10^3$  UFC si la gestante presenta síntomas de infección urinaria. En caso de nuestra paciente se le tomó un examen general de orina, el cual es una prueba de rutina que se realiza a las gestantes cuando empiezan su control pre natal y que debe ser tomado como mínimo una vez cada tres meses. Este examen nos ayuda a encontrar una bacteriuria asintomática además de ayuda diagnóstica para pacientes sintomáticos, permitiendo así el inicio de tratamiento antibiótico empírico previo a la toma del urocultivo. En la gestante del caso clínico, se encontró su examen de orina patológico ya se aparte del aspecto turbio, había presencia de  $> 10$  leucocitos, densidad  $>1020$ ,  $> 1$  hematíes, esterasa leucocitaria (sensibilidad de

83% y la especificidad de 78%) y nitritos positivo (sensibilidad de 53% y una especificidad de 98%)(23).

El manejo debe comenzar de forma empírica que luego se adapta a los resultados del cultivo. Se recomienda que la terapia empírica incluya a los betalactámicos, como primera elección, además de las cefalosporinas y la fosfomicina 3 gr monodosis, ya que son seguros en el embarazo. Entre las opciones tenemos a la amoxicilina de 500 mg cada 8 horas 5-7 días, amoxicilina-clavulánico de 500 mg cada 8 horas 5-7 días, cefalexina 500 mg cada 6 horas por 5-7 días por vía oral, entre otras(22)(24).

La nitrofurantoína es una alternativa, sin embargo, no se recomienda su uso durante el tercer trimestre ya que puede ocasionar hemólisis en el recién nacido. Lamentablemente se usó como primera elección en la gestante del caso clínico, por ende, tuvo un manejo inadecuado(24).

Se recomienda el seguimiento con un urocultivo después de una semana terminado el tratamiento antibiótico(22).

El siguiente caso clínico N°4, el cual tiene como diagnóstico vulvovaginitis candidiásica, es un tipo de vaginitis que tiene como agente etiológico al hongo *Candida Albicans* en un 90% y con menor porcentaje a la *Candida glabrata* y *Candida tropicalis*. Para el diagnóstico es muy importante la historia clínica, exploración física y estudio de la secreción con solución salina.

La clínica de la vulvovaginitis candidiásica se caracteriza por la presencia de flujo blanquecino de aspecto cuajado, prurito vulvovaginal y dolor posterior a las relaciones sexuales(25).

El pH es ácido, en el estudio de la preparación en fresco se observan hifas y pseudohifas, a la exploración física se suele encontrar tanto la vulva como la vagina eritematosa con flujo blanquecino como aspecto de queso cortado. No se suele hacer cultivo a menos que sea un caso recurrente. (26)

Según la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal, en las infecciones no complicadas se puede utilizar fluconazol de 150 mg por vía oral monodosis,

tratamiento tópico con clotrimazol en crema al 1% 5g transvaginal por 3 a 7 días, clotrimazol comprimido de 100 mg intravaginal por 7 días o de 500 mg dosis única, miconazol en crema al 2% 5g transvaginal diario por 7 días, miconazol óvulo de 200 mg diario por 3 días o de 100 mg diario por 7 días(26).

Se puede decir que la paciente tenía una vulvovaginitis candidiásica no complicada debido a que era la primera vez que había presentado este flujo, presenta síntomas tolerables, probablemente sea Candida Albicans, es una persona sana, no embarazada y es inmunocompetente. El manejo que le dieron en Primer Nivel de Atención esta dentro de las guías nacionales(27).

### **3.3 Medicina interna**

Al respecto del caso clínico N°5, el paciente tiene como diagnóstico hipertensión arterial y diagnóstico presuntivo de dislipidemia. Como se sabe la hipertensión arterial es una patología vascular, arterial, sistémica e inflamatoria de larga data, el cual en las personas mayores de 18 años se define como una presión sistólica  $\geq 140$  mmHg y diastólica  $\geq 90$  mmHg. Si bien es una enfermedad incurable, si se tiene un tratamiento oportuno y logra controlar la presión arterial se reduce los eventos cardiovasculares. La mayoría de personas tienen una hipertensión idiopática, el cual no hay una causa identificable, se sabe que hay un componente familiar, a diferencia de la hipertensión secundaria en la cual, si hay causa identificable como la enfermedad renal, enfermedades endocrinas, medicamentos, entre otros(28). En el caso de nuestro paciente, este llegó con una presión arterial de 160/90 mmHg además de referir cefalea, el cual se ha descrito como síntoma asociado a la presión arterial elevada. Además, paciente presenta un índice de masa corporal de 31.25, el cual nos indicaría obesidad tipo I, lamentablemente el médico no lo registró en la historia clínica. Esta patología es uno de los factores de riesgo para la hipertensión, por ende, se recomendaría que se haga la investigación de más factores de riesgos para poder descartar

una causa secundaria, por eso en el Primer Nivel de Atención deberían realizarle la prueba de hemoglobina, glucosa en ayunas, examen de orina, creatinina sérica, colesterol total, cLDL, cHDL y triglicéridos séricos(28).

Todo tratamiento de la hipertensión arterial debe incluir una terapia no farmacológica sola o junto a la terapia antihipertensiva. Entre ellas se describen la restricción de sal no más de 5gr que puede reducir la presión sistólica en 4.8 mmHg y la presión diastólica en 2.5 mmHg, consumo de alimentos como las frutas, vegetales y bajos en grasas saturadas, ejercicio aeróbico de aproximadamente 30 minutos diarios o 150 minutos a la semana que puede reducir en 4 a 6 mmHg la presión sistólica y 3 mmHg la presión diastólica, limitar el consumo de alcohol en caso de los varones como máximo 20-30 g por día y las mujeres 20 gr al día como máximo, evitar el tabaco; todos estos están dentro de la recomendación A, en el caso de la reducción de peso se encuentra dentro de la recomendación B(29).

Según las guías de 2017 del American College of Cardiology y American Heart Association se debería iniciar tratamiento antihipertensivo en pacientes que presión arterial diurna fuera del consultorio  $\geq 135$  mmHg sistólica o  $\geq 85$  mmHg diastólica o presión arterial de consultorio en promedio  $\geq 140/90$  mmHg. Además de pacientes con presión  $\geq 130/80$  mmHg fuera de consultorio sumado a enfermedad coronaria, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica y adultos mayores  $\geq 65$  años(29).

En el caso de nuestro paciente se encuentra dentro de estos criterios, según una guía nacional hay cuatro grupos de antihipertensivos que son utilizados como primera elección en la monoterapia, dentro de ellos tenemos a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, bloqueadores de canales calcio y diuréticos como las tiazidas. En Primer Nivel de Atención, se suele iniciar con enalapril de 10 a 20 mg por día dos veces al día, losartán de 50 a 100 mg dos veces al día, hidroclorotiazida de 12.5 a 25 mg al día, amlodipino de 5 a 10 mg una vez al día, todos por vía oral(28). La cual fue aplicada como parte del tratamiento en el centro de salud, se debería

monitorizar la presión arterial aproximadamente de 8 a 12 semanas, sin embargo como el paciente es un adulto mayor, obeso y con presión sistólica  $\geq 160$  mmHg, se puede monitorizar solo por 4 semanas y analizar la posibilidad de terapia combinada en caso no hubiera mejora(28).

Este manejo puede iniciarlo el médico del Primer Nivel de Atención, sin embargo, debe referirse a un centro de mayor complejidad para que pase por una evaluación cardiológica. Luego de que el paciente controle sus presiones dentro del rango  $>140/90$  mmHg, se realizarán controles cada mes por medio año, al menos 4 de las 6 presiones deben estar dentro del rango esperado para decir que es un paciente hipertenso controlado(28).

Si en el hipotético caso que los resultados del paciente saliesen con dislipidemia, se tendría que dar el manejo inmediato para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. La dislipidemia es el aumento de las concentraciones plasmáticas de colesterol, triglicéridos o disminución. Se clasifican en hipercolesterolemia aislada (solo colesterol aumentado), hipertrigliceridemia aislada (solo triglicéridos aumentados) e hiperlipidemia mixta (colesterol y triglicéridos aumentados). Generalmente, la dislipidemia es asintomática, sin embargo, en la práctica clínica los pacientes con diagnóstico de dislipidemia suelen reportar dolor de cabeza y mareos(30).

En Primer Nivel de Atención, es muy importante la prevención y promoción de la dislipidemia, mediante el cambio de estilo de vida. Las recomendaciones son muy parecidas al tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial(31).

El uso de la terapia farmacológica dependerá de la categoría de riesgo cardiovascular en la que se encuentre el paciente y niveles altos de triglicéridos y colesterol total. La Guideline on the Management of Blood Cholesterol 2018, las estatinas son los fármacos de elección para reducir el colesterol LDL, estas reducen la formación de colesterol a nivel del hígado por inhibición de la competitividad de la enzima hidroximetilglutaril coenzima A reductasa. Estas tienen mayor efectividad en el hipercolesterolemia aislado(31).

En caso de la hiperlipidemia mixta los fármacos de elección son las estatinas y los fibratos. Se prefiere utilizar las estatinas en caso los niveles de colesterol sean más elevados a los niveles de triglicéridos, en caso contrario se iniciaría con los fibratos. Se ha descrito que el uso de ambos al mismo tiempo produce miopatía por lo cual esta contraindicado en pacientes con factores de riesgo de desarrollo de miopatía como en los hipotiroideos, insuficiencia renal, etc. Concluyendo la disminución del colesterol LDL, es el más importante para disminuir el riesgo cardiovascular(31).

En cuanto al caso clínico N° 6, al paciente le diagnosticaron de gonartrosis, hipertensión arterial y obesidad. La osteoartrosis es la pérdida del cartílago de las articulaciones de forma progresiva, acompañada de cambios reactivos en los márgenes articulares y afectación del hueso subcondral. Tiene etiología primaria la cual es incierta, probablemente por el deterioro articular debido a la edad y de etiología secundaria debido a algunas enfermedades como diabetes mellitus, post infecciosa, post traumáticas, entre otras. La clínica se manifiesta con dolor articular, rigidez menor a 30 minutos, deformidad articular, limitación funcional, atrofia muscular, crujidos articular e inestabilidad articular. Para la osteoartrosis de rodilla hay criterios clínicos para poder hacer el diagnóstico, que se caracteriza por dolor de rodilla y cinco de estos criterios: ser > 50 años, rigidez matinal de menos de 30 minutos, crujido a la movilización, sensibilidad ósea, volumen óseo aumentado, sin aumento de temperatura sinovial, VSG < 40 mm/hr, factor reumatoideo negativo, líquido sinovial de osteoartrosis(32). El paciente del caso clínico cumple con estos criterios, por lo cual el diagnóstico fue el adecuado, además es correcto el diagnóstico de obesidad debido a que posee un índice de masa corporal de 31.25.

Se ha descrito factores de riesgo asociados como el sexo femenino, antecedente familiar de osteoartrosis, obesidad, sobrecarga física y entre otros(33).

En el caso de nuestro paciente tenía como factor asociado la obesidad y el sexo femenino.

Se recomienda que para el manejo se empiece por el tratamiento no farmacológico, el cual incluye la pérdida de peso de como mínimo 10% que se ha relacionado a la reducción del 50% del dolor en pacientes con sobrepeso y obesidad, hacer ejercicios aeróbicos para aumentar la fortaleza del músculo local y uso de un calzado cómodo(34).

Con respecto del manejo farmacológico, no recomiendan el uso de paracetamol ya que no tiene un efecto significativo sobre el dolor. Ahora se prefiere el uso de AINES al inicio tópicos como como el diclofenaco y en caso no hubiera mejora AINES oral el cual se debe encontrar la mínima dosis con la cual pueda aliviar el dolor debido al mayor riesgo de complicaciones a nivel gástrico. En el caso de personas con patologías como diabetes mellitus, hipertensión arterial o que tienen edad avanzada, se recomienda AINES selectivo de COX 2 como el celecoxib, inhibidores no selectivos del COX como el ibuprofeno o diclofenaco, se recomienda que estos últimos se le añada un inhibidor de bomba de protones(32–34).

En caso de que no hubiera respuesta a los AINES orales, una alternativa podría ser el tramadol. Finalmente, si no responde al tratamiento anterior, lo ideal sería referirlo al especialista para buscar otras alternativas. No se recomienda el uso de infiltraciones intraarticulares con corticoide debido al corto efecto, además de que se ha demostrado daño al cartílago hialino(33,34).

En el caso del manejo del caso clínico, utilizaron un AINES que fue el naproxeno lo cual esta dentro de las guías de tratamiento, pero debió agregarse un inhibidor de bomba de protones como el omeprazol, por los efectos nocivos a nivel gastrointestinal. Asimismo, el médico debió haberle brindado la consejería sobre la terapia no farmacológica que debe llevar de en conjunto con la terapia farmacológica. Con respecto a la solicitud de la placa radiográfica, se recomienda según la guía del ministerio de salud pedirla en caso no hubiera respuesta al tratamiento para ver el grado de afectación articular, además del seguimiento(32).

### **3.4 Pediatría**

Por otro lado, con respecto a los casos de pediatría, el caso N° 7, el lactante presentaba como diagnóstico anemia, el cual es un trastorno donde el número de glóbulos rojos se ha reducido y de esta manera no puede satisfacer las necesidades del cuerpo. La hemoglobina y el hematocrito varían según raza, sexo y edad(35,36).

Generalmente, los pacientes son asintomáticos, pero cuando presentan síntomas son generales como astenia, hiporexia, sueño, mareos, cefalea, y signos como la palidez de piel y mucosas, caída de cabello, taquicardia, entre otras manifestaciones(36).

En la situación del paciente, presentó hiporexia, palidez de piel y mucosas, todo esto sumado al tamizaje de hemoglobina nos da como diagnóstico una anemia moderada según la tabla de niveles de anemia. (Anexo 3)

Según la guía del Ministerio de Salud, se recomienda realizar tratamiento profiláctico a los que nacieron a término a partir de los 4 meses y a los que nacieron pre término a partir de los 30 días. Se le va suplementar con 2 mg/kg hasta que cumplan 6 meses de nacido(36).

En caso del tratamiento de anemia en niños de 6 meses a 11 años, como en el caso del paciente, se le tiene que brindar una dosis de 3 mg/kg de jarabe de sulfato ferroso o gotas de sulfato ferroso o gotas del complejo polimaltosado, todo esto durante 6 meses continuos y los controles de hemoglobina se deben realizar el primer mes, tercer mes y al sexto mes iniciado el tratamiento.

En caso del paciente, el manejo de la anemia fue el correcto ya que según su peso le tocaba 26 gotas de sulfato ferroso en gotas. Casi siempre depende de la disponibilidad del tipo de presentación del producto que tengan el establecimiento de salud, según eso se podrá determinar la dosis correcta. Se recomienda que a todas las madres poder brindarle la consejería nutricional para que pueda completar su alimentación, recomendarle los alimentos ricos en hierro hem como es la carne, sangrecita, bazo, etc. La cual debe tomarse de preferencia con jugos

cítricos naturales para que ayude a la absorción, además de tomar el tratamiento de hierro con 1 a 2 horas después de los alimentos. El médico debe comentarle acerca de los efectos colaterales del tratamiento como son las náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento(36). El médico del establecimiento podrá brindarle el alta cuando haya cumplido con el tratamiento indicado y siempre y cuando la hemoglobina control haya salido dentro de los rangos normales(36).

Finalmente, con respecto al caso clínico N°8, se trata de enfermedad diarreica aguda y una deshidratación moderada. La enfermedad diarreica aguda es descrita como la disminución de la consistencia de las deposiciones y el aumento de la frecuencia de estas, el cual puede ir acompañado de fiebre y/o vómitos, además de tener una duración menor de 14 días(37).

Según estudios, la diarrea de origen viral es el más identificada dentro de los casos de diarrea en niños, como lo son el rotavirus, adenovirus, entre otros. El cual se caracteriza por ser una diarrea sin sangre, sin moco, con fiebre y vómitos. Caso contrario, si hubiera presencia de sangre y moco en las deposiciones se debe sospechar de etiología bacteriana u otra causa(38).

Entre los factores de riesgo asociados se encuentran la carencia de servicios básicos, la inadecuada manipulación y limpieza de alimentos, bajo nivel socioeconómico, vacunación incompleta, contacto con personas que han tenido diarrea, etc.(37). Para llegar al diagnóstico es muy importante la historia clínica y exploración física, es muy importante evaluar los signos y síntomas del e identificar en caso presentara deshidratación. Para eso es muy importante determinar el grado de deshidratación presenta el paciente para poder elegir el tratamiento adecuado (Anexo 4)(37).

Se utiliza el Plan A, cuando no se encuentran signos de deshidratación (déficit menor al 5% del peso) y se describe como presencia de estos signos como: estado de conciencia alerta, ojos no hundidos, no mucosas secas, llenado capilar menor a dos segundos y signo de pliegue negativo(37).

Para utilizar el Plan B, significa que el paciente presenta una deshidratación leve-moderada (déficit del 5-10% de peso) y se necesita 2 o más signos de los siguientes: estado de conciencia irritable, ojos poco hundidos, mucosas secas, pocas lágrimas, sed ávida y llenado capilar menor de 2 segundos(37).

Al respecto del Plan C, el paciente presenta una deshidratación severa (déficit mayor del 10% del peso) y se define como la presencia de dos o más signos de los siguientes: estado de conciencia letárgico, ojos muy hundidos, mucosas muy secas, no hay presencia de lágrimas ni de sed y signos del pliegue positivo(37).

En el caso del lactante mayor del caso clínico, debido a los síntomas y signos que presenta, se diría que presenta una enfermedad diarreica aguda de origen infeccioso probablemente viral, diarrea acuosa por la falta de moco y sangre, y aguda porque dura menos de 14 días. En este caso, el paciente se encontraba irritable, mucha sed, llenado capilar menor a 2 segundos, ojos pocos hundidos y fontanela normotensa; debido a estas características se puede comentar que el paciente presenta una deshidratación moderada y necesita aplicarse el tratamiento del Plan B. El diagnóstico realizado en el centro de salud fue el adecuado, sin embargo, el manejo fue aplicado de forma incompleta.

En el caso del paciente, se debió haber administrado las sales de rehidratación oral aproximadamente de 50-100 ml/kg durante las cuatro horas, debió haberse realizado en el establecimiento de salud debido a que el personal capacitado debió asegurarse que la madre supiera la técnica adecuada de administración además de la tolerancia oral, además que necesita de una reevaluación posterior para ver si la hidratación puede hacerlo en el hogar o continua con esta forma de hidratación por dos horas más. Se recomienda que en pacientes mayores de 2 años como es en este caso, se le de sorbos frecuentes. No se debe dar alimentación durante la hidratación inicial, posterior a las cuatro horas ya el niño puede recibir algún alimento. Se da de alta siempre y cuando no tenga signos de deshidratación, orine normal y tenga tolerancia oral. Además, se recomienda en este caso del paciente, la administración de zinc de aproximadamente 20 mg elemental por 10 días, ya que se ha demostrado la eficacia en reducir el tiempo

de duración y complejidad del evento diarreico. El médico tratante, debió haberle dado la consejería nutricional adecuada para la mejora de la diarrea además de prevención de recurrencia(37).

Si en el paciente no hubiera respondido a la hidratación oral, hubiera necesitado de hidratación endovenosa y ser referido a un centro de mayor complejidad.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

La experiencia del internado médico antes de la pandemia permitía al interno aprovechar todos los servicios de los hospitales, interactuar con los pacientes y consolidar todos sus conocimientos teóricos al momento de ponerlos en práctica de forma diaria, además de reforzarlos con clases presenciales en la universidad y seminarios en los hospitales como parte de la preparación pre profesional. Inesperadamente, la situación dio un giro de 360° a la llegada del coronavirus. El simple hecho de retomar las prácticas después de meses fue muy complicado, muy aparte de los temas de gestión que debían ser coordinados para brindar las mejores condiciones laborales a los internos, debido al temor por parte de los estudiantes de retornar a un establecimiento de salud, sabiendo la exposición que conllevaba continuar con las prácticas. Ya estando en el campo de acción, se evidenciaron las limitaciones que tenía el interno en cuanto al aprendizaje debido a que el protocolo de bioseguridad limitaba el contacto con los pacientes, además de la cancelación de las clases teóricas presenciales. En definitiva, se suma a todo lo anterior descrito, el hecho de que una minoría tuvo la oportunidad de continuar las prácticas hospitalarias en sus sedes de origen, mientras que los demás fueron distribuidos en establecimientos de Primer Nivel de Atención, por ende, el aprendizaje no fue homogéneo, afectando tanto la formación de médico

general como para el examen nacional de medicina (ENAM), el cual abarcaba una gran cantidad de preguntas sobre casos clínicos vistos en el hospital.

En la rotación de cirugía general, para la autora fue una excelente pasantía debido que tuvo a su disposición todas las áreas del hospital, aprendió a realizar buenas historias clínicas, examinar correctamente a los pacientes, sacar muestras de laboratorios, entrar a sala de operaciones como ayudante y conocer el manejo hospitalario. No se presentaron dificultades, a pesar de ser una rotación muy exigente debido a que demandaba quedarse hasta tarde y estudiar mucho porque los asistentes eran exigentes en las rondas médicas, cada esfuerzo valió la pena para la autora, ganó una gran experiencia hospitalaria.

Así pues, la rotación de medicina general llevada en el centro de salud fue todo en consulta externa, si bien debido a la cantidad de médicos que tuvieron que retirarse del establecimiento y trabajar de manera remota, solo quedaron cuatro médicos generales y la autora tenía que apoyarlos, ya que la demanda en ese lugar era grande todos los días. La interna tuvo la ventaja de que en ese centro de salud veía muchas patologías frecuentes y pudo aprovechar en la medida que se podía en hacerle la historia clínica, examinarlo, dar posibles diagnósticos y tratamiento, junto al apoyo del médico general encargado. Debido a que el horario de salida era en promedio a las 2 p.m., la autora podía llegar de forma rápida a su hora y estudiar los casos clínicos que observó durante el día.

Con respecto a la rotación de ginecología obstetricia, la dificultad que tuvo que afrontar fue la ausencia del médico ginecólogo, debido a los factores de riesgo que presentaba, tenía licencia de trabajar remotamente. Por ende, la autora solo pudo rotar con las licenciadas de obstetricia, sin embargo, la rotación en atención de controles prenatales fue muy interesante debido a que aprendió a manejar las patologías más frecuentes con las que llegaba la gestante al centro de salud y cuándo debían referirlas a una institución de mayor complejidad, el llenado de la historia clínica llamado “wawared” también fue parte de lo aprendido y el cual será de utilidad para el trabajo rural. Las licenciadas estaban dispuestas a enseñar a las internas de medicina todo acerca también del manejo en

planificación familiar, la aplicación de métodos anticonceptivos, las consejerías de prevención y promoción de enfermedades de transmisión sexual, entre otros temas, los cuales eran puestos en práctica todos los días con los pacientes. Además, pudo complementar los aprendidos en Primer Nivel de Atención, con una pasantía de quince días en el Centro Médico Naval. Si bien el inconveniente fue que no había muchas gestantes y las patologías que se veían no eran muy frecuentes; la experiencia de atender un parto natural y aprender más acerca de estas patologías ginecológicas, así como el manejo hospitalario, ayudó a aumentar sus conocimientos en esta área.

Por último, en la sección de pediatría, las dificultades que se presentaron fueron que había limitaciones para realizar el programa de crecimiento y desarrollo del niño, sin embargo, al estar permanentemente en el área de anemia y atención pediátrica, la estudiante tuvo la oportunidad de aprender a manejar la gran cantidad de patologías frecuentes de consulta externa en niños y dar charlas de prevención acerca de la anemia a las madres de familia.

Por otro lado, una dificultad que afectó a todos los internos de medicina en general fue la virtualización del ENAM, el cual continúa siendo requisito para titularse. Esta se consideraba una desventaja para los internos de esta promoción debido a la gran cantidad de problemas que podía generarse debido a esta modalidad, desde problemas tecnológicos como la falta de acceso a internet además de requisitos minuciosos que solicitaba la asociación peruana de facultades de medicina para rendirlo. Además, esta modalidad se encontraba propensa a plagio, lo cual afecta negativamente a los estudiantes honestos.

Todo lo expuesto anteriormente nos demuestra que, indudablemente, el internado médico del año 2020, ha sido una experiencia única y atípica. No obstante, cada interno es responsable de buscar constantemente la forma de aprender, para completar su formación como médico general.

Finalmente, pese a todo lo sucedido en este año caótico, la autora supo aprovechar cada oportunidad que se le presentaba, con la motivación de completar su año de internado médico y ser parte de la primera línea de esta

pandemia. Trabajar en Primer Nivel de Atención le abrió todo un panorama distinto a lo cual ella estaba acostumbrada, con el cual complementó sus habilidades clínicas y la preparó para el trabajo rural que va a realizar en los próximos meses, al aplicar para el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

## **CONCLUSIONES**

1. El internado médico es una actividad esencial en la carrera de medicina, la cual se realiza en el último año de este y tiene como finalidad que el estudiante pueda integrar y consolidar los conocimientos tanto teóricos como prácticos que han adquirido durante todos los años de pregrado.
2. La experiencia del internado médico en Primer Nivel de Atención permitió complementar las habilidades clínicas de la autora, así como conocer el manejo de las patologías más frecuentes en la población, de esta manera contribuyendo a su formación médica.
3. A pesar de tener un internado médico con muchas limitaciones en general, depende del estudiante de medicina aprovechar cada oportunidad para aprender.

## RECOMENDACIONES

- Mejorar las condiciones laborales del interno de medicina durante la pandemia por COVID 19 y asegurar el cumplimiento de estas a nivel nacional.
- El interno médico debería contar con rotaciones hospitalarias y en Primer Nivel de Atención para complementar la formación como médico general.
- A pesar de las limitaciones debido a la pandemia, el interno de medicina debe buscar la manera de aprender y aprovechar cada oportunidad que se le brinda en cualquier establecimiento.
- La pandemia por COVID 19 ha cambiado el mundo en muchos aspectos, pero en particular, sobre lo vinculado a la salud. Es necesario asumir la respuesta a esos cambios en la formación del Internado Médico, con un sólido entrenamiento en el Primer Nivel de Atención, complementado con competencias de manejo hospitalario básico, que preparen al interno de medicina para desempeñarse en corto plazo en un contexto sanitario complejo, con muchos retos y carencias, que requieran de su parte un óptimo desempeño y creatividad, centradas en el bienestar del usuario, razón de ser de esta hermosa profesión.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Rev Cuba Educ Medica Super. 2007;21(4):1–10.
2. Tel LM, Tel LM. REGLAMENTO DE INTERNADO MÉDICO - 2017. 2017;(511).
3. URIBE AG, Social M de S y P. Lineamientos para el inicio o reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020. 1389.
4. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 306-2020 [Internet]. 2020. p. 1–12. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.PDF>
5. Martínez-González A, Sánchez-Mendiola M, Méndez-Ramírez I, Andrés Trejo-Mejía J. Grado de competencia clínica de siete generaciones de estudiantes al término del internado médico de pregrado [Internet]. Ciudad de México; 2015 [cited 2021 Apr 17]. Available from: [www.anmm.org.mx](http://www.anmm.org.mx)

6. Adrián Martínez-González, Alberto Lifshitz-Guinzberg, Juan Andrés Trejo. Evaluación diagnóstica y formativa de competencias en estudiantes de medicina a su ingreso al internado médico de pregrado [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 17]. Available from: <https://sem.facmed.unam.mx/2congresoevaluacion/e-poster/ultimo/trejo/pdf1/h.pdf>
7. Rodríguez de Castro F, Carrillo-Díaz T, Freixinet-Gilart J, Julià-Serdà G. Razonamiento clínico. Rev la Fund Educ Médica. 2017;20(4):149.
8. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet]. [cited 2019 Apr 15]. Available from: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
9. Generales I. ( Silabo adaptado en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19 ) PEDIATRÍA ( INTERNADO ) ( Asignatura no presencial ). 2020.
10. Generales I. Silabo de ginecología y obstetricia adaptado 2020. 2020.
11. Oficina de Epidemiología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. ASIS 2019 Hospital Arzobispo Loayza [Internet]. 2019. p. 1–258. Available from: [http://www.hospitalloayza.gob.pe/MVC\\_Controlador/IndexC/indexC.php?acc=Transparencia006&tmenu=19&tsubmenu=119&estado=1](http://www.hospitalloayza.gob.pe/MVC_Controlador/IndexC/indexC.php?acc=Transparencia006&tmenu=19&tsubmenu=119&estado=1)
12. ASIS Centro de Salud Conde de la Vega del año 2018.
13. Hernández-Cortez J, De León-Rendón JL, Silvia Martínez-Luna M, David Guzmán-Ortiz J, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura [Internet]. Vol. 41, Cirujano General. Oaxaca, México; 2019 Dec [cited 2021 Apr 17]. Available from: [www.medigraphic.com/cirujanogeneral](http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral)[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
14. Vilchez M, Becerra O, Flores A, Heredia A, Villanueva H, Pita J, et al. Guías de Prácticas Clínicas de Cirugía General [Internet]. 2011. 59–63 p. Available from:

<https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>

15. Meléndez Flores JE, Cosio Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. *Horiz Médico* [Internet]. 2019 Mar 15 [cited 2021 Apr 17];19(1):13–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.03>
16. Souza-Gallardo LM, Luis Martínez-Ordaz J. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Ciudad de México; 2016.
17. Douglas Smink, David I Soybel. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 17]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=APENDICITIS&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H911197363](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=APENDICITIS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H911197363)
18. Farmacoterapéutica C. Protocolo de tratamiento del dolor postoperatorio.
19. Salam F Zakko. Overview of gallstone disease in adults - UpToDate [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 17]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colecistitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1109629133](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1109629133)
20. Guías de práctica clínica de cirugía general del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
21. Salam F Zakko, Nezam H Afdhal. Approach to the management of gallstones - UpToDate [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 17]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colecistitis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H4222226277](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H4222226277)
22. Thomas M Hooton, Kalpana Gupta. Urinary tract infections and

asymptomatic bacteriuria in pregnancy - UpToDate [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 17]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion urinary pregnancy&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1&fbclid=IwAR3sW0PXeA1ZDXShmbIUtVSjn7ix3B7jjFo\\_JCwAchaYGQ0C-oyRISKz0As#H2](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion+urinary+pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1&fbclid=IwAR3sW0PXeA1ZDXShmbIUtVSjn7ix3B7jjFo_JCwAchaYGQ0C-oyRISKz0As#H2)

23. Marcela Víquez Víquez, Constanza Chacón González, Silvana Rivera Fumero. Vista de Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas | Revista Medica Sinergia [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 17]. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482/824>
24. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en el Hospital Santa Rosa.
25. Esteban Sánchez Gaitán. Manejo de vulvovaginitis en la atención primaria. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2018;3(8):13–20. Available from: <file:///C:/Users/Alejandra/Downloads/Dialnet-ManejoDeVulvovaginitisEnLaAtencionPrimaria-7148924.pdf>
26. Guia de práctica clínica y de procedimientos en ginecología.
27. Jack D Sobel. Candida vulvovaginitis: Treatment - UpToDate [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 17]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=vulvovaginal candidiasis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1&fbclid=IwAR3P1E1EYlxuw0-RcHGp8w\\_DZc2aAjWdmwYCrbgZa8TqjAcckeebfnEXI1s#H881989839](https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=vulvovaginal+candidiasis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1&fbclid=IwAR3P1E1EYlxuw0-RcHGp8w_DZc2aAjWdmwYCrbgZa8TqjAcckeebfnEXI1s#H881989839)
28. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de práctica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Minist Salud [Internet]. 2015;27. Available from:

[https://www.saludarequipa.gob.pe/salud\\_personas/archivos/GPC\\_2015/RM031-2015-MINSA Dx tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva.pdf](https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC_2015/RM031-2015-MINSA_Dx_tratamiento_y_Control_de_la_Enfermedad_Hipertensiva.pdf)  
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>

29. Jan Basile, Michael J Bloch. Overview of hypertension in adults - UpToDate [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 17]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hipoertensionarterial&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H27](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hipoertensionarterial&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H27)
30. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. Dislipidemia. Vol. 139, Circulation. Lippincott Williams and Wilkins; 2019. p. E1082–143.
31. Canalizo-Miranda E, Favela-Pérez EA, Salas-Anaya JA, Gómez-Díaz R, Jara-Espino R, Del L, et al. Instrumentos clínicos Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Vol. 51, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013.
32. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento médico rehabilitador de adultos con osteoartritis en cadera, rodilla y manos.
33. José Eduardo Chavez Corrales, Mónica Parra Otárola, Jorge Cucho Venegas. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS. 2018.
34. Leticia Alle Deveza. Overview of the management of osteoarthritis - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Apr 17]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-osteoarthritis?search=osteoarthritis de rodilla&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H381224960](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-osteoarthritis?search=osteoarthritis%20de%20rodilla&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H381224960)
35. Jacquelyn M Powers, Claudio Sandoval. Approach to the child with

anemia - UpToDate [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 17]. Available from:  
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-anemia?search=anemia>  
niños&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1#H2

36. Niños EN, Gestantes M, Puérperas Y. Norma Técnica-Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia. Available from:  
<http://www.minsa.gob.pe/>
37. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y niño.
38. Gary R Fleisher. Approach to diarrhea in children in resource-rich countries - UpToDate [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 17]. Available from:  
[https://www.uptodate.com/contents/approach-to-diarrhea-in-children-in-resource-rich-countries?search=diarrhea in infants&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H3840413605](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-diarrhea-in-children-in-resource-rich-countries?search=diarrhea%20in%20infants&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3840413605)

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### ANEXO 1

##### Consentimiento informado del interno de ciencias de la salud para iniciar o reanudar sus actividades de internado

Mediante el presente documento, yo, \_\_\_\_\_  
(nombres y apellidos completos), identificado con Documento Nacional de Identidad / Carné de  
extranjería N° \_\_\_\_\_, en mi condición de interno de la carrera  
profesional de \_\_\_\_\_, de la Universidad  
\_\_\_\_\_, expreso mi  
consentimiento informado para iniciar o reanudar, voluntariamente, las actividades del  
internado en ciencias de la salud.

Asimismo, tengo conocimiento sobre los factores de riesgo para la COVID-19, así como de los  
signos y síntomas característicos, conforme a lo establecido en las normas emitidas por el  
Ministerio de Salud.

De igual forma, manifiesto que (si) o (no) presento factores de riesgo o comorbilidad,  
consistente en..... (señalar comorbilidad o factor de riesgo de  
existir), por lo que, expreso mi voluntad para iniciar o reanudar el internado pese a la condición  
antes descrita.

Suscribo el presente consentimiento informado, en la ciudad de \_\_\_\_\_  
a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2020.



\_\_\_\_\_  
Firma

DNI / C.E. N° \_\_\_\_\_

Huella digital

Fuente: Lineamiento para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020. 2020

## ANEXO 2

### MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN CIRUGIA GENERAL

Código CIE X	MORBILIDAD	TOTAL GENERAL						GRUPOS DE EDAD*											
		TOTAL		Femenino		Masculino		< 1 año - 11 años			12 - 17 años		18 - 29 años		30 - 59 años		60 - + años		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	496	12.1%	224	5.5%	272	6.7%					0	0	104	125	99	129	21	18
K351	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	357	8.7%	164	4.0%	193	4.7%					1	0	66	75	77	106	20	12
K801	CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	321	7.9%	235	5.8%	86	2.1%					1	0	49	9	124	43	61	34
K808	OTRAS COLELITIASIS	307	7.5%	251	6.1%	56	1.4%					1	0	39	5	147	31	64	20
K800	CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	218	5.3%	147	3.6%	71	1.7%					0	0	32	8	80	45	35	18
K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	189	4.6%	51	1.2%	138	3.4%					1	0	2	9	22	49	26	80
K805	CÁLCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS	140	3.4%	105	2.6%	35	0.9%					0	0	12	2	56	17	37	16
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	130	3.2%	50	1.2%	80	2.0%					1	0	17	31	24	40	8	9
K439	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	110	2.7%	79	1.9%	31	0.8%					0	0	4	1	36	16	39	14
K810	COLECISTITIS AGUDA	103	2.5%	62	1.5%	41	1.0%					0	0	11	3	34	24	17	14
K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	90	2.2%	54	1.3%	36	0.9%					0	0	1	0	24	20	29	16
K811	COLECISTITIS CRÓNICA	89	2.2%	67	1.6%	22	0.5%					0	0	9	1	44	12	14	9
K830	COLANGITIS	75	1.8%	49	1.2%	26	0.6%					0	0	5	1	25	17	19	8
K802	CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLECISTITIS	52	1.3%	39	1.0%	13	0.3%					1	0	3	1	24	5	11	7
K603	FÍSTULA ANAL	47	1.2%	9	0.2%	38	0.9%					0	0	3	6	4	25	2	7
C169	TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	44	1.1%	21	0.5%	23	0.6%					0	0	0	1	9	10	12	12
K566	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	44	1.1%	22	0.5%	22	0.5%					0	0	3	4	9	8	10	10
K469	HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	39	1.0%	25	0.6%	14	0.3%					0	0	1	1	9	4	15	9
K829	ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR, NO ESPECIFICADA	39	1.0%	28	0.7%	11	0.3%					0	0	1	1	21	6	6	4
K914	DISFUNCIÓN DE COLOSTOMÍA O ENTEROSTOMÍA	32	0.8%	17	0.4%	15	0.4%					0	0	2	1	8	7	7	7
K750	ABSCESO DEL HÍGADO	27	0.7%	18	0.4%	9	0.2%					0	0	2	2	8	5	8	2
K403	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	24	0.6%	3	0.1%	21	0.5%					0	0	0	5	0	6	3	10
K803	CÁLCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLANGITIS	23	0.6%	15	0.4%	8	0.2%					0	0	1	0	8	6	6	2
C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	22	0.5%	10	0.2%	12	0.3%					0	0	0	0	3	6	7	6
K85X	PANCREATITIS AGUDA	22	0.5%	17	0.4%	5	0.1%					1	0	4	0	8	4	4	1
K36X	OTROS TIPOS DE APENDICITIS	21	0.5%	11	0.3%	10	0.2%					0	0	2	2	8	6	1	2
	OTROS DIAGNÓSTICOS	550	13.5%	317	7.8%	233	5.7%					2	2	41	34	140	111	134	86
	IGNORADOS (S/R)	131	3.2%	75	1.8%	56	1.4%					0	0	7	10	36	32	32	14
	<b>T O T A L</b>	<b>4085</b>	<b>100.0%</b>	<b>2342</b>	<b>57.3%</b>	<b>1743</b>	<b>42.7%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>444</b>	<b>360</b>	<b>1166</b>	<b>866</b>	<b>723</b>	<b>515</b>

[\*] Grupo etéreo según RM 538-2009/MINSA.

Fuente: SIS - GalenPlus.

Elaboración: Unidad de Estadística - HNAL.

Fuente: Análisis de situación de salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2019

## ANEXO 3

### Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
<b>Niños Prematuros</b>				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
<b>Niños Nacidos a Término</b>				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
<b>Adolescentes</b>				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
<b>Mujeres Gestantes y Puérperas</b>				
Mujer Gestante de 15 años a más <sup>(1)</sup>	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Norma técnica anemia en pediatría y gestantes. 2017

## ANEXO 4

Tabla N° 3: Evaluación de la deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
<b>I. OBSERVE:</b>			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente <sup>(a)</sup>
2. Ojos <sup>(b)</sup>	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
<b>II. EXPLORE</b>			
6. Signo del pliegue* <sup>(c)</sup>	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
<b>III. DECIDA:</b>		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	<b>Sin signos de deshidratación</b>	<b>Algún grado de deshidratación</b>	<b>Deshidratación grave</b>
<b>IV. TRATE:</b>	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

Fuente: Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. 2017